



T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

# TÜRKİYE İLAÇ PİYASASI 'NDA FİYAT OLUŞUMUNUN EKONOMİK ANALİZİ

( Doktora Tezi )

**Azmi KERMAN**

Eskişehir, 1990

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ŞEKİLLER.....	x
TABLOLAR.....	xiii
KISALTMALAR.....	xix
GİRİŞ.....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### İLAÇ PİYASASINDA YAPISAL ÖZELLİKLER VE FİYAT OLUŞUMU

##### I. İLAÇ VE İLAÇ PİYASASI HAKKINDA GENEL

<u>BİLGİLER</u> .....	5
A. İLACIN TANIMI, ÖZELLİKLERİ VE TÜRLERİ....	5
<u>1. Tanımı</u> .....	5
<u>2. Özellikleri</u> .....	6
<u>3. Türleri</u> .....	7

a. Fiziki Görünüme Göre Sınıflandırma.	7
b. Tedavi Gruplarına Göre Sınıflandırma	7
c. Reçete Durumuna Göre Sınıflandırma.	9
B. İLAÇ PİYASASININ TANIMI, KAPSAMI VE	
TARİHSEL GELİŞİMİ.....	10
1. Tanımı ve Kapsamı.....	10
2. Tarihsel Gelişimi.....	12
<u>II. İLAÇ PİYASASINDA ARZ.....</u>	16
A. ARZIN OLUŞUMU.....	20
1. Yurtiçi Üretim.....	20
2. İthalat.....	22
B. ARZI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	22
1. Fiyat.....	23
2. Hammadde ve Yardımcı Maddeler.....	24
3. Ambalaj Malzemesi.....	26
4. Sermaye.....	27
5. İstihdam.....	29
6. Teknoloji ve Araştırma-Geliştirme.....	31
7. Kamu Kararları.....	37
a. İzlenen İktisat Politikaları.....	38
b. Ruhsatlandırma.....	39
c. İyi Üretim ve Denetim Kuralları....	41
<u>III. İLAÇ PİYASASINDA TALEP.....</u>	43
A. TALEBİN OLUŞUMU.....	43
B. TALEBİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	48

<u>1. Fiyat</u> .....	49
<u>2. Gelir Seviyesi</u> .....	50
<u>3. İkâme Malların Fiyatı</u> .....	53
<u>4. Tercihler</u> .....	55
<u>5. Nüfus</u> .....	58
<u>6. Kamu Kararları</u> .....	58
<u>7. Diğer Faktörler</u> .....	60

#### IV. İLAÇ PİYASASINDA FİYAT OLUŞUMUNU ETKİLEYEN

<u>DİĞER FAKTÖRLER</u> .....	60
A. PİYASA YAPISI.....	61
B. DEVLET MÜDAHALESİ.....	64
<u>1. Genel Durum</u> .....	64
<u>2. İlaç Fiyatlarının Doğrudan Denetimi</u> ....	67
a. Birim Maliyete Dayalı Fiyat Yöntemi	67
b. Standart Birim Maliyete Dayalı Fiyat Yöntemi.....	68
c. Birim Üretim Maliyetine Dayalı Fiyat Yöntemi.....	69
d. Standart Birim Üretim Maliyetine Dayalı Fiyat Yöntemi.....	70
<u>3. İlaç Fiyatlarının Dolaylı Denetimi</u> ....	70
a. Yatırım Karlılığı Pazarlığı.....	70
b. Dış Fiyatlarla İç Fiyatların Denetimi.....	71
C. Sosyal Güvenlik Kurumları İhaleleri İle Fiyat Denetimi.....	71

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL ÖZELLİKLERİ VE FİYAT OLUŞUMU

#### AÇISINDAN TÜRKİYE İLAÇ PİYASASI

<u>I. PİYASANIN GENEL GÖRÜNÜMÜ</u> .....	73
A. TARİHSEL GELİŞİM.....	73
B. TEMEL EKONOMİK ÖZELLİKLER.....	76
<u>1. Üretim</u> .....	77
<u>2. Tüketim</u> .....	85
<u>3. İstihdam</u> .....	89
<u>4. Dış Ticaret</u> .....	91
a. İthalat.....	91
b. İhracat.....	93
<u>5. Yatırım</u> .....	96
<u>6. Teknoloji</u> .....	98
<u>7. Dağıtım</u> .....	109
<u>II. ARZ YÖNÜNDEN FİYATI OLUŞTURAN FAKTÖRLER</u> .....	110
A. ÜRETİM MALİYETİ.....	111
<u>1. Hammadde ve Yardımcı Maddeler</u> <u>Giderleri</u> .....	115
<u>2. Ambalaj Malzemesi Giderleri</u> .....	131
<u>3. Direkt İşçilik Giderleri</u> .....	134
<u>4. Genel Üretim Giderleri</u> .....	134
<u>5. Genel İdare Giderleri</u> .....	136
<u>6. Finansman Giderleri</u> .....	136
<u>7. Tanıtım ve Pazarlama Giderleri</u> .....	136

5. <u>29.3.1972 Tarih ve 7/4129 Sayılı</u>	
<u>Kararname</u> .....	181
6. <u>11.3.1983 Tarih ve 83/6167 Sayılı Ek</u>	
<u>Kararname</u> .....	189
7. <u>4.12.1984 Tarih ve 84/8845 Sayılı</u>	
<u>Kararname</u> .....	191
B. <u>DİĞER KARARLAR</u> .....	197
1. <u>Ruhsatlandırma İşlemlerine İlişkin</u>	
<u>Kararlar</u> .....	197
2. <u>İthalat Rejimindeki Değişiklikler</u> ....	200
3. <u>İyi Üretim Uygulamasına Geçiş(GMP)..</u>	200
4. <u>Gümrük Bağışıklıkları</u> .....	201
5. <u>Yatırımların Teşvik Kapsamına</u>	
<u>Alınması</u> .....	202
6. <u>İlaçta KDV Uygulaması</u> .....	202
7. <u>İlaçta Sürşarj Hakkının Tanınması</u> ....	203
8. <u>Bozuk İlaçların Piyasadan Geri</u>	
<u>Çekilmesine İlişkin Düzenlemeler</u> .....	203
9. <u>Bağımlılık Yapma Riski Olan İlaçların</u>	
<u>Reçetelendirilmesine İlişkin</u>	
<u>Düzenlemeler</u> .....	204
10. <u>Bitkisel Kökenli İlaçların Satışının</u>	
<u>İzne Bağlanması</u> .....	205
V. <u>FİYAT OLUŞUMUNDA PİYASA YAPISININ ROLÜ</u> .....	205
A. <u>SEKTÖR BAZINDA PİYASA YAPISI</u> .....	206

<u>1. Firma ve Ürün Bazında Yoğunlaşma Oranı.</u>	206
<u>2. Alıcı Sayısı</u> .....	212
<u>3. Homojenlik</u> .....	218
<u>4. Şeffaflık</u> .....	219
<u>5. Piyasaya Giriş Serbestisi</u> .....	219
B. TEROPATİK ALT PİYASALAR BAZINDA PİYASA YAPISI.....	220
C. PİYASA YAPISI-FİYAT İLİŞKİSİ.....	222

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

#### TÜRKİYE İLAÇ PİYASASI'NDA FİYAT HAREKETLERİNİN GELİŞME EĞİLİMİ ÇERÇEVESİNDE FİYATLAMA SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

<u>I. İLAÇ PİYASASINDA FİYAT HAREKETLERİ VE TALEP ESNEKLİKLERİNİN GELİŞİMİNİN SEÇİLMİŞ İLAÇLAR BAZINDA ANALİTİK ANALİZİ</u> .....	226
A. ANALİZİN UNSURLARI.....	226
<u>1. Amaç</u> .....	226
<u>2. Kapsam</u> .....	226
<u>3. Yöntem</u> .....	227
<u>4. Kullanılan Veriler</u> .....	237
B. DEĞERLENDİRMELER.....	237
<u>1. Fiyat Gelişim Eğilimleri(1984-1990) İle İlgili Değerlendirmeler</u> .....	237

<u>2. Ortalama ve Reel Fiyat Değişimleri</u>	
<u>İle İlgili Değerlendirmeler.....</u>	239
<u>3. Talebin Fiyat ve Gelir Esnekliği İle</u>	
<u>İlgili Değerlendirmeler.....</u>	244
<u>II. İLAÇ PİYASASINDA FİYATLAMA SORUNLARI VE</u>	
<u>ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....</u>	248
SONUÇ.....	281
YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	285
EK - I UCUZ İLAÇ LİSTESİ.....	306
EK - II FİYAT BEYANNAMESİ.....	315

## ŞEKİLLER

Şekil No		Sayfa No
1.1.	İLAÇ PİYASASINDA ARZCILAR VE TALEPÇİLER..	10
2.1.	SATIŞ HASILATININ ÜRETİCİLERE GÖRE DAĞILIMI (1987).....	78
3.1.	ALFASİLİN 500 KAPSÜL FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	229
3.2.	BACTRİM TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	229
3.3.	LİNCOCİN AMPUL FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	229
3.4.	NOVALGIN TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	230
3.5.	CALCIUM-C EFF TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	230

3.6.	BECOZYM-C DRAJE FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	230
3.7.	BARALGİN TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	231
3.8.	BRUFEN TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	231
3.9.	ASPIRİN TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	231
3.10.	İNCİDAL DRAJE FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	232
3.11.	KENAKORT-A DERİ POMADI FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	232
3.12.	PRONOPEN AMPUL FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	232
3.13.	STREPTOMAGMA ŞURUP FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	233
3.14.	TERRAMYCİN POMAD FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	233
3.15.	PANALGİNE TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	233
3.16.	MUCAİNE ŞURUP FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90).....	234
3.17.	SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN ORTALAMA FİYATLARINDAKİ GELİŞİM TRENDİ (1984-90).....	234

3.18.	JENERİK AD UYGULAMASININ İLACIN SUNULUŞ ŞEKLİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ.....	254
-------	---	-----

## TABLÖLAR

Tablo No		Sayfa No
1.1.	BELLİ BAŞLI ULUSAL İLAÇ PAZARLARI.....	17
1.2.	EN BÜYÜK 30 ÇOKULUSLU İLAÇ FİRMASI(1977).	19
1.3.	İLAÇ ENDÜSTRİSİNDE İSTİHDAM(1983 ve 1986).	30
1.4.	SEÇİLMİŞ ÜLKELERDE ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME HARCAMALARI(1982 ve 1986).....	33
1.5.	İLAÇ ENDÜSTRİSİNDE ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME(1986).....	35
1.6.	ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE İLAÇ SAYISI(1983).....	40
1.7.	BAŞLICA İLAÇ TÜKETİCİSİ ÜLKELER.....	46
1.8.	TEDAVİ GRUPLARINA GÖRE DÜNYA İLAÇ KULLANIMI(1987).....	47
1.9.	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN İLAÇ TÜKETİMİNİN KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR İÇİNDEKİ PAYI...	51

1.10.	PİYASALARIN TEMEL ÖZELLİKLERİ.....	62
1.11.	GELİŞMİŞ ÜLKELERDE İLAÇ SANAYİİNDE HÜKÜMETİN ETKİSİ.....	65
2.1.	TEDAVİ GRUPLARINA GÖRE İLAÇ ÜRETİMİ.....	80
2.2.	TEDAVİ GRUPLARINA GÖRE İLAÇ ÜRETİMİ.....	81
2.3.	FARMASÖTİK ŞEKİLLERE GÖRE KURULU KAPASİTE VE KAPASİTE KULLANIM DURUMU(1986).....	83
2.4.	BAZI AVRUPA ÜLKELERİNDE VE TÜRKİYE'DE KİŞİ BAŞINA SAĞLIK HARCAMALARI VE İLAÇ TÜKETİMİ(1986).....	85
2.5.	BAŞLICA TEDAVİ GRUPLARINA DAHİL İLAÇLARIN TÜKETİMİ VE PİYASA PAYLARI(1988).....	88
2.6.	İLAÇ SANAYİİNDE İSTİHDAM.....	90
2.7.	İLAÇ SANAYİİNİN İHRACATI(1983-1989).....	95
2.8.	İLAÇ SANAYİİNDE YATIRIM(1985-1989).....	97
2.9.	YERLİ VE LİSANSLI İLAÇLARIN ÜRETİM MİKTARLARI(1982-1986).....	102
2.10.	LİSANSLI ÜRETİCİLER VE LİSANSÖRLERİNİN İLAÇ ÜRETİMİ(1988 Temmuz-1989 Haziran Dönemi).....	104
2.11.	LİSANSLI ÜRETİM LİSANSÖRLERİN ÜRETİMİNE DAHİL EDİLDİĞİNDE İLAÇ ÜRETİMİ.....	106
2.12.	SATIŞ HACMİ BÜYÜKLÜĞÜNE GÖRE İLK YIRMİBEŞ İLAÇ(1989).....	108

2.13.	ULUSLARARASI VE YURT İÇİ FİYATLARI ÖNEMLİ ÖLÇÜDE FARKLI İLAÇ HAMMADDELERİ.....	117
2.14.	İLAÇ SANAYİİNDE HAMMADDE ÜRETİMİ (1979-1988).....	120
2.15.	YURT İÇİNDE ÜRETİLEN BAZI İLAÇ HAMMADDE FİYATLARININ DÜNYA FİYATLARIYLA KARŞILAŞTIRMASI.....	123
2.16.	İLAÇ HAMMADDESİ İTHALAT VE İHRACATI....	125
2.17.	İTHAL EDİLEN BAZI İLAÇ HAMMADDELERİNDE DÜNYA PAZARLARINA GÖRE FİYAT FARKLILIKLARI VE ORANLARI.....	128
2.18.	İLAÇ HAMMADDE İTHALİ VE İLAÇ ÜRETİMİ (1982-1987).....	129
2.19.	TÜRKİYE'NİN İLK 500 FİRMA Sİ ARASINA GİREN İLAÇ FİRMALARININ KARLARI (1979-1988).....	145
2.20.	İKİ YABANCI FİRMANIN 1985-1988 YILLARI ARASINDA SATIŞ HASILATI VE KARLILIK DURUMLARI.....	146
2.21.	BAZI İLAÇ FİRMALARININ SATIŞA İLİŞKİN ORANLARI.....	147
2.22.	SATIŞ HASILATI EN YÜKSEK İLK 30 İŞLETMENİN PİYASA PAYLARI(1980-1988)...	207

2.23.	ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA(1984).....	209
2.24.	ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA (1985).....	209
2.25.	ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA (1986).....	210
2.26.	ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA (1987).....	210
2.27.	ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA (1988).....	211
2.28.	ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA (1989 İlk 9 Ay).....	211
2.29.	1985 YILINDA ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 İLAÇ.....	213
2.30.	1987 YILINDA ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 İLAÇ.....	214
2.31.	1989 YILINDA ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 İLAÇ.....	215
2.32.	DOĞRUDAN TOPTAN İLAÇ ALIMI (1988).....	216
2.33.	İLAÇ PİYASASINDA ALICILAR (1989).....	217
2.34.	TEDAVİ GRUPLARINA GÖRE PAZAR YOĞUNLAŞMASI (1974-1983).....	221
3.1.	SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN PİYASA PAYLARININ GELİŞİMİ (1984-1989).....	228

3.2.	SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN ORTALAMA VE REEL FİYAT DEĞİŞİM ORANLARI(1981-1984 ve 1984-1987 Dönemleri).....	235
3.3.	SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN PİYASA FİYATLARI VE PİYASA PAYLARINDAKİ GELİŞİM VE AĞIRLIKLI ORTALAMA FİYATLARI(1984-90).	241
3.4.	SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN ORTALAMA FİYATLARI İLE TÜKETİCİ FİYAT ENDEKSİNDEKİ DEĞİŞİM(1984-1989).....	243
3.5.	SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN PİYASADAKİ SATIŞ MİKTARLARI(TOPLAM TALEP MİKTARI) (KUTU ADET).....	245
3.6.	SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN ORTALAMA REEL FİYATLARI.....	246
3.7.	SEÇİLMİŞ İLAÇLARA YÖNELİK TALEBİN FİYAT ESNEKLİĞİ.....	247
3.8.	SEÇİLMİŞ İLAÇLARA YÖNELİK TALEBİN GELİR ESNEKLİĞİ.....	247
3.9.	İHALELERDE ÜRETİCİ FİRMALARIN BAZI İLAÇLAR İÇİN TEKLİF ETTİKLERİ FİYATLAR.	269
3.10.	16.2.1990 TARİHİ İTİBARIYLA, S.S.K. İLAÇLARI İLE PİYASADAKİ EŞDEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	271
3.11.	İTHAL FİYATLARDAKİ GÖRÜLEN FİYAT FARKLILIKLARI(1990).....	276

3.12.	TÜRKİYE VE İTALYA'DAKİ BENZER İLAÇLARDA GÖRÜLEN FİYAT FARKLILIKLARI.....	277
-------	---	-----

## KISALTMALAR

AEO	: Ankara Eczacı Odası
AT	: Avrupa Ekonomik Topluluğu
Ar-Ge	: Araştırma Geliştirme
B.M.	: Birleşmiş Milletler
Ç.U.Ş.	: Çok Uluslu Şirketler
D.İ.E.	: Devlet İstatistik Enstitüsü
D.P.T.	: Devlet Planlama Teşkilatı
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi
GLP	: İyi Laboratuvar Uygulamaları
GMP	: İyi Üretim Uygulamaları
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
İEİS	: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
İSO	: İstanbul Sanayi Odası
KDV	: Katma Değer Vergisi
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
OECD	: İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

ÖİK : Özel İhtisas Komisyonu  
OTC : Reçetesiz Satılabilir İlaç  
R.G. : Resmi Gazete  
S.S.K. : Sosyal Sigortalar Kurumu  
SSYB : Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı  
TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi  
TEB : Türk Eczacılar Birliği  
TL : Türk Lirası  
UNCTAD : Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma  
Konferansı  
WHO : Dünya Sağlık Örgütü

## GİRİŞ

Sağlıklı yaşam insanlığın temel amaçlarından birisidir. Dünya Sağlık Örgütü "2000 yılında herkese sağlık" ilkesini benimsemiş ve bu sorunun asrın sonuna kadar çözümlenmesini istemiştir. Gerçekten de gelişmiş toplumlar sağlıklı yaşamının bilincinde olarak bütçelerinden en büyük payı sağlık harcamalarına ayırmaktadırlar. Çağımızda insanların en duyarlı olduğu konuların başında sağlık gelmektedir. Bir ülkede yaşayan insanların çeşitli nedenlerle sağlık hizmetlerinden mahrum bırakılması, yaşamını yitirmesi çağın en büyük ayıplarından birisidir.

Türkiye'de yaşayan insanlar da sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları olduğu zaman eşit olarak yararlanmalıdır ve ülkede var olan sağlık sorunları ulusal sağlık politikası saptanarak bu çerçevede en kısa zamanda çözümlenmelidir.

Sağlığın önemli araçlarından birisi ilaçtır. İlaç, insanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için vazgeçilmez, onsuz olunamaz, niteliği olan temel bir ihtiyaç maddesidir. İnsanlar ihtiyaç duydukları an bu temel ürünü kullanmak zorundadır. Gelişmiş yada gelişmekte olan ülkeler ilaca üretiminden tüketimine kadar özel bir önem vermekte ve özellikle ilaç fiyatları dolaylı yada dolaysız yollardan denetlenmektedir.

İlaç sanayii, en fazla uluslararası etkinlik gösteren sanayi dallarından birisidir. Dünya ilaç endüstrisi tekelleşme ve holdingleşmenin en fazla olduğu, güçlü firmaların piyasayı denetlediği bir sanayi dalıdır. Günümüzde dünya toplam ilaç satışının yaklaşık üçte ikisi elli dolayında ÇUŞ'lar ve bağlantılı şirketleri tarafından denetlenmektedir.

Türk ilaç piyasasında da yerli ve yabancı üreticiler faaliyet göstermekte ve ülke gereksinmesinin tamamına yakın bölümünü karşılamak-

tadırlar. Ancak sanayi henüz formülasyon aşamasında olup, yeterli araştırma-geliştirme yapılmamaktadır. Diğer taraftan ilaç etken maddesi üretiminde de önemli ölçüde yol alınmıştır.

Çalışmamızda Dünya ve Türkiye ilaç piyasalarında yapısal özellikler ve fiyatlandırma sorunları incelenmiş, özellikle Türkiye açısından bazı çözüm önerileri getirilmiştir.

Çalışma üç bölümden meydana gelmiştir.

Birinci Bölüm'de genel olarak ilaç piyasasının temel yapısal özellikleri ve fiyat oluşumunu arz ve talep yönünden etkileyen faktörler incelenmiştir.

İkinci Bölüm'de Türk İlaç Piyasası temel ekonomik özellikleri açısından kısaca tanıtıldıktan sonra ilacın piyasa fiyatının oluşumunda çeşitli masraf kalemleri ile talep şartları, devlet ve piyasa yapısı gibi diğer unsurların rolleri değerlendirilmiştir.

Üçüncü Bölüm'de ilk olarak, hangi faktörlerin etkisinde olduğu önceki bölümlerde tartışılmış olan ilaç fiyatlarının gelişme eğilimi ve bu eğilimi etkileyebilecek bazı faktörlerin (talebin fiyat ve gelir esneklikleri gibi) analitik analizi yapılmıştır. Daha sonra, bu analiz sonucunda

"yüksek fiyat" sorununa çözüm getirebilmek amacı ile bu sorun alt sorunlara bölünerek herbir alt soruna yönelik çözüm önerileri geliştirilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### İLAÇ PİYASASINDA YAPISAL ÖZELLİKLER VE FİYAT OLUŞUMU

#### I. İLAÇ VE İLAÇ PİYASASI HAKKINDA GENEL BİLGİLER

##### A. İLACIN TANIMI, ÖZELLİKLERİ VE TÜRLERİ

###### 1. Tanımı

İlaç, beşeri ve veteriner hekimlikte tedavi edici, koruyucu ve besleyici olarak kullanılan kimyevi, hayvani ve biyolojik maddelerdir(1).

İnsanlar tarafından kullanılan ilaçlar beşeri, hayvanlar tarafından kullanılanlar ise veteriner

---

(1) DPT, Tıbbi İlaç Sanayi Özel İhtisas Alt Komisyonu Raporu, Ankara, 1976, s.1.

ilaçlar olarak adlandırılır. Bununla birlikte, herhangi bir ayırım yapılmaksızın yalnız ilaç denildiğinde ise genellikle beşeri ilaç grubu anlaşılmaktadır(2).

## 2. Özellikleri

İlacı herhangi bir maldan ayıran bazı özellikler vardır. Bunlardan başlıcaları şu şekilde sıralanabilir:

(1) İlaç, insanın yaşamını sürdürebilmesi için vazgeçilmez niteliği olan bir sosyal maldır.

(2) İlaç fiyatında meydana gelen değişikliklerin tüketicinin ilaç satın alma kararını fazlaca etkilememesi nedeniyle ilacın talebinin fiyat esnekliği sıfıra yakındır.

(3) İlacın kullanım ve değişim değerleri birbirinden çok farklıdır.

(4) İlaç, sınai ürünler sınıflandırmasında kimya sanayinin bir alt grubunu oluşturmaktadır.

(5) Satın alınacak ilacın seçiminde tüketici, bilgi noksanlığı nedeniyle çoğu zaman özgür iradesi ile davranamaz ve doktor, eczacı gibi üçüncü kişilerin önerileri doğrultusunda hareket eder. Dolayısıyla,

---

(2) Bu çalışmada da bundan sonra ilaç sözcüğü, beşeri ilaç yerine kullanılacaktır.

ilaç genellikle dolaylı (türev) veya yönlendirilmiş talebe sahip bir mal olma özelliğini taşımaktadır.

### 3. Türleri

İlacın sınıflandırması üç kriter göz önünde tutularak yapılır. Bu kriterler, fiziki görünüm, tedavi grubu ve reçete durumudur.

#### **a. Fiziki Görünüme Göre Sınıflandırma**

Farmasötik sınıflandırma şeklinde de adlandırılan bu sınıflandırmada ilacın dış görünümü esas alınmaktadır. Bu grupta yer alan başlıca fiziki şekiller şunlardır:

"Toz, granül, tablet, draje, kapsül, ampul, flakon, damla, şurup, süspansiyon, pomat, suppozituar, ovül, yakı, flaster".

Bu fiziki şekiller de kendi içlerinde daha alt gruplara ayrılabilir. Diğer taraftan, ilaç üretim teknolojisindeki yenilikler de yeni alt grupların oluşmasına neden olmaktadır.

#### **b. Tedavi Gruplarına Göre Sınıflandırma**

İlacın tedavisinde kullanıldığı farklı hastalık gruplarına göre de sınıflandırılması (farmakolojik sınıflandırma) mümkündür. Başlıca ilaçla tedavi grupları aşağıdadır:

(1) Sindirim sistemi ilaçları, antiasitler, antispazmotik ve antiemetikler,

(2) Karaciğer ve safra yolları ilaçları,

(3) Barsak antiseptikleri, antiparaziterler, laksatifler,

(4) Antidiaretikler,

(5) Antihistaminikler,

(6) Vitaminler, antianemikler, tonikler, iştah açıcılar, anabolizanlar, mineraller,

(7) Kanla ilgili ilaçlar,

(8) Kalp ve damar hastalıkları ilaçları,

(9) Tansiyon düşürücüler ve diüretikler,

(10) Dermatolojikler,

(11) G.U. Sistem ilaç, hormonlar, vaginal ilaçlar,

(12) Antibiotikler, sulfamidler,

(13) Tüberküloz ilaçları,

(14) Antiromatizmal, miyorelaksan ilaçlar,

(15) Anestezikler, analjezikler,

(16) Antiepileptikler,

(17) Antiparkinson ilaçları,

(18) Trankilizanlar, uyku ilaçları ve diğer sinir sistemi ilaçları,

(19) Soğuk algınlığı ve öksürük ilaçları,

- (20) Astım ilaçları,
- (21) Kulak, burun ve göz ilaçları,
- (22) Kanser ilaçları,
- (23) Parenteral solusyonlar,
- (24) Diğerleri.

### c. Reçete Durumuna Göre Sınıflandırma

İlaç sanayiinin ürünleri ya reçete karşılığında ya da reçetesiz satın alınabilir. Reçetenin bir tıp doktoru veya doktorları tarafından verilmesi şarttır. Reçeteli ilaçlar, dünya ilaç piyasasının yaklaşık %80'ini kapsamına almaktadır. Bu grup ilaçlar da kendi içinde özel reçeteli ilaçlar ve kurumsal reçeteli ilaçlar şeklinde ikiye ayrılır.

İlk grupta bedeli hastalar tarafından ödenen, ikincisinde sosyal güvenlik kurumları veya diğer kurumlar tarafından ödenen reçeteli ilaçlar yer alır.

Reçetesiz ilaçların satın alınması kararını verenler doğrudan tüketicilerdir. Bu ilaçlar eczanelerden veya diğer perakendecilerden doktor reçetesine gerek duyulmaksızın serbestçe satın alınabilirler. Bu grubun dünya ilaç piyasasındaki payı %20 dolayındadır, ancak son yıllarda bu pay artış eğilimi içindedir.

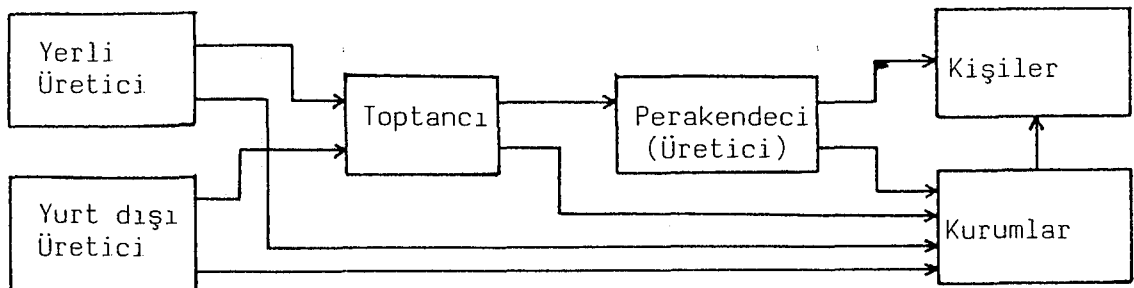
## B. İLAÇ PİYASASININ TANIMI, KAPSAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

### 1. Tanımı ve Kapsamı

İlaç arzıcı ve talepçilerinin karşılaştığı ortama ilaç piyasası denir. Şekil 1.1'de görüldüğü gibi ilaç arzıcıları, yurtiçi ve dışı ilaç üreticileri, depolar veya kooperatifler gibi ilaç toptancıları ile eczaneler ve marketler gibi ilaç perakendecilerinden meydana gelir. Ayrıca temelde ilaç talepçisi ve tüketicisi olan bazı kurumlar da bazen kişilere ilaç arzeden aracı kuruluşlar durumunda olabilirler. (Örneğin hastaneler) İlaç arzıcılarından eczanelerin perakende satışın yanısıra sınırlı ölçüde de olsa üretim fonksiyonu vardır. Geçmişte ilaç formüle etme eczanelerin asli faaliyet konusu iken günümüzde seri üretimin gelişmesi sonucunda nâdiren yaptıkları bir iş haline gelmiştir.

ŞEKİL 1.1.

### İLAÇ PİYASASINDA ARZCILAR VE TALEPÇİLER



İlaç piyasasındaki talepçiler ise temelde iki unsurdan oluşur; Kişiler ve kurumlar. Kişiler büyük ölçüde perakendecilerden, dolayısıyla eczane ve marketlerden, sınırlı ölçüde de kurumlardan ilaç talebinde bulunurlar. Kurumsal talep ise yurt içi ve dışı üreticiye, toptancıya ve perakendeciye yönelebilir. Dolayısıyla kurumlar ilacı ithal edebilir, yurt içindeki ilaç fabrikalarından, ecza depoları veya kooperatiflerinden ya da eczanelerden satın alabilirler. Kurum sözcüğünün kapsamına sosyal güvenlik kurumları, hastaneler ve diğer özel ve kamu kuruluşları girmektedir.

İlacın piyasaya kişilerin tüketimine yönelik olarak arzında izlenen doğal yol, yerli veya dış üreticiden ecza depoları veya kooperatifleri kanalı ile sağlama ve buralardan da eczaneler ile diğer perakendecilere (marketlere) ulaştırmadır.

Kendileri doğrudan arzıcı ve talepçi olmasalar da arzıcı ve talepçilerin piyasadaki davranışlarını önemli ölçüde etkileyen iki taraf, ilaç propagandistleri ve doktorlardır. Bunlardan ilki tanıtım, ikincisi tavsiye veya öngörü yolu ile belirli ilaçların piyasadaki arz ve talebini değiştirebilmektedir.

İlaç piyasasından söz edilirken tek bir pazar düşünülmemelidir. Gerçekten de bu pazar bir dizi teropatik alt pazardan oluşmuştur. Üstelik bu pazarların hiçbiri diğerleriyle rekabet içinde değildir. Çünkü

bu alt pazarların herbirine ayrı bir hastalığın tedavisini hedefleyen ilaçlar sunulmaktadır. Örneğin ağrı kesiciler ve kalp-damar ilaçları farklı tedavi alanlarında kullanılmaktadır ve birbirileri ile ikame edilemezler. Dolayısıyla çapraz talep elastikiyetleri sıfıra yakındır. Aynı tedavi grubu içinde yer alan ilaçların formülleri benzer olduğu için ilk bakışta birbirleri ile ikame edilebilir olduğu düşünülebilir. Ancak ileride daha geniş şekilde değinileceği üzere, bu defa da ticari marka faktörü etkili olmaktadır. Şöyle ki, tüketici hangi ilacın hangi ilacı ikame edebileceği konusunda yeterli bilgi sahibi olmadığı için birinin fiyatı arttığında markasını iyi bildiği ilacı bırakıp fiyatı artmayanın ikamesine kolaylıkla yönelemeyebilmektedir.

## 2. Tarihsel Gelişimi

Eczacılık, geçmişi tarihin çok eski dönemlerine kadar dayanan bir bilim dalıdır. İlk çağda ilkel kabileler hastalıkları tedavi etmek amacıyla bitki ve hayvan kökenli tertipler (ilaçlar) hazırlamışlardır. Daha sonra bunlar pazarlarda satılır hale gelmiştir.

Piyasaya yönelik ilaç üretimine ilk defa 15. yüzyılda İtalya'da geçilmiş, günümüz ilaç sanayiinin temelleri ise 18 ve 19. yüzyıldaki bilimsel buluş

ve keşiflerin ardından Avrupa'da atılmıştır(3).

İlaç üretimi önceleri eczanelerde gerçekleştirilirken 19. yüzyılın sonlarında küçük laboratuarlara kaymaya başlamıştır. Almanya'daki Engel Merck ve Schering Eczaneleri dönemin önemli üretim firmalarını oluşturmuşlardır. Bu dönemde üretilen ilaç sayısı son derece azdır. Teknoloji ise basittir.

Bilimsel araştırmaya dayalı ilaç sanayiinin doğuşu ise yenidir. 1930 yılında Sulfonilamidlerin bulunması ile ilaçta tedavi devrimi başlamıştır. 2. Dünya Savaşı şartları çok miktarda ilaç üretiminin kısa sürede gerçekleştirilmesini gerektirmiştir. Bu ise üretimin eczanelerden fabrikalara kayması ile mümkün olabilecekti. Seri üretimine geçilen penisilin 1943'te 1,7 milyar, 1945'te ise 570 milyar Ünite üretilmesi bu konuda çarpıcı bir örnektir.

1949 yılında Pfizer ilaç firmasının tetracyclin adlı antibiyotiği bulması ve bu ilacı bir marka adı altında piyasaya sürmekle büyük bir ticari başarı kazanması, ilerki yıllarda başlayacak marka rekabetinin öncüsü olmuştur. ortaya çıkan gelişmeler Batı'daki ilaç üretici firmaların dikey bütünleşmiş ve AR-GE,

---

(3) Bu konuda daha ayrıntılı bilgi için bkz. Şükran Geçgil ve H. Tuluğ Geçgil, Genel Farmokognoziye Başlangıç, İstanbul Üniversitesi Yayını, İstanbul, 1972, s.1-2.

Üretim, dağıtım ve pazarlama etkinliklerinin tümünü birden yerine getiren dev kuruluşlar haline dönüşmelerine yol açmıştır(4).

İlaç sanayii, aynı zamanda, en fazla uluslararası etkinlikler gösteren sanayi dallarından biri haline gelmiştir. Aslında, ÇUŞ'larla, ilaç sanayiinin doğuşu hemen hemen aynı yıllara raslamıştır. Önce İsviçre ve Almanya, daha sonra ABD kökenli ilaç üreticisi firmalar uluslararası faaliyetlerde bulunmuş ve yurt dışında şubeler açmışlardır. Bu şubeler önce İtalya, Fransa, İngiltere gibi gelişmiş, daha sonra gelişmekte olan ülkelerde açılmıştır. 1985 yılında İngiltere, Fransa, B. Almanya ve ABD gibi gelişmiş ülkelerdeki toplam ilaç satışlarının sırasıyla %66, %49, %45 ve %25'i yabancı sermayeli firmalarca gerçekleştirilmiştir.

Günümüzde dünya toplam ilaç satışının yaklaşık olarak üçte ikisi 50 dolayındaki ÇUŞ'lar ve bağlantılı şirketleri tarafından gerçekleştirilmektedir(5).

1987 yılında dünya reçeteli ilaç pazarı yaklaşık olarak 110 milyar dolarlık büyüklüğe ulaşmıştır.

---

(4) Arman Kırım, "Uluslararası İlaç Endüstrisinin Ekonomisi", ODTÜ Gelişme Dergisi, 14: 2, 1987, s.147.

(5) İlaç piyasasında arz incelenirken bu konuda daha ayrıntılı bilgi verilecektir.

Pazarın %38'i Kuzey Amerika, %27'si Asya ve Avusturalya, %27'si ise Batı Avrupa ülkelerine aittir(6). Reçetesiz satılan ilaçlarla birlikte dünya ilaç pazarının toplam satış hacminin 140 milyar dolara ulaştığı tahmin edilmektedir.

Tedavi gruplarına göre dünya ilaç piyasası incelendiğinde, en büyük payı %18 ile kalp ve damar ilaçlarının aldığı, bu grubu %16'lık payı ile antibiyotiklerin izlediği görülmektedir.

İlaç sanayiinin yanısıra ilaç piyasasının diğer unsurlarını teşkil eden toptancı ve perakendeci kuruluşlar ile alıcı kişi ve kuruluşlar da gerek niceliksel, gerekse de niteliksel özellikleri açısından son kırk yılda büyük bir değişim ve gelişim kaydetmişlerdir.

İlaç sanayiinin gelişmesi 1950'de 46 olan ortalama insan ömrünün 1985'de 61'e yükselmesinde önemli bir rol oynamıştır(7). Bu süre Türkiye'de 64, Avrupa'da 73'tür. Ayrıca, bebek ölümlerinin 1950'ye oranla %50 azalmasında, işgücü kayıplarının büyük ölçüde önlenmesinde de ilaç sanayiinde ortaya çıkan ilerlemelerin önemli ölçüde etkisi olmuştur.

---

(6) UNIDO, 1988-89 Endüstri ve Gelişme Toplu Raporu, Cenevre, 1990.

(7) BM, WHO İstatistikleri.

## II. İLAÇ PİYASASINDA ARZ

Herhangibir piyasada olduğu gibi ilaç piyasasında da arz iki yolla gerçekleşmektedir: İç üretim ve ithalat. Böylece bir ülke ilaç ihtiyacının bir kısmını kendi yurt içi üretiminden sağlayabildiği gibi kısmen veya tamamen ithalat yaparak da karşılayabilmektedir. Ancak hiçbir ülke ilaç ihtiyacının tamamını yalnız başına karşılamamaktadır. Ayrıca tüm ilaçların ve bu ilaçların imalatında kullanılan girdilerin aynı ülkede üretilmesi ekonomik açıdan rasyonel olmaktadır.

Dünya ilaç piyasasında 1980'li yılların başında toplam 70 milyar dolarlık satış gerçekleştirilmiştir(8). Bunun %85'i gelişmiş ülkelere aittir. %85'in %65'ini ise ABD, Batı Avrupa ülkeleri, Japonya gibi ülkelerdeki satışlar oluşturmaktadır(9).

Dünya nüfusunun büyük bir kısmını meydana getirmelerine karşın gelişmekte olan ülkelerin dünya ilaç pazarındaki payları ise oldukça düşüktür. Bu ülkelerin dünya ilaç piyasasındaki payları %15 olup, bunun dağılımında Latin Amerika ülkeleri %6, Asya ülkeleri %7, Afrika dahil diğer ülkeler ise ancak %2'lik bir paya sahiptir.

---

(8) 1987 yılında ise bu rakam 110 milyar dolara erişmiştir.

(9) World Development, Vol.11, No: 3, 1983, pp.177-179.

Ülke bazında dünyanın başlıca ilaç pazarları ile bu pazarlarda 1976 ve 1979'da gerçekleşmiş, 1990'da ise gerçekleşmesi öngörülen satış hacimleri aşağıda Tablo 1.1.'de gösterilmiştir:

TABLO 1.1.

## BELLİ BAŞLI ULUSAL İLAÇ PAZARLARI(Milyon Dolar)

	<u>1976</u>	<u>1977</u>	<u>1978</u>	<u>1979</u>	<u>1990</u>
1. ABD	8.200	9.300	10.140	11.360	21.060
2. JAPONYA	3.900	4.567	5.345	8.760	20.550
3. BATI ALMANYA	3.380	3.800	4.256	4.750	9.270
4. FRANSA	2.700	2.900	3.248	4.330	8.030
5. İTALYA	1.860	1.845	2.122	2.830	4.410
6. İNGİLTERE	1.030	1.260	1.462	1.910	3.700
7. BREZİLYA	1.100	1.200	1.620	1.890	7.830
8. İSPANYA	1.200	1.220	1.403	1.570	2.910
9. ARJANTİN	640	692	1.038	1.400	3.835
10. MEKSİKA	690	597	698	907	3.780
11. GÜNEY KORE	400	495	580	850	2.210
12. BELÇİKA	538	609	675	828	1.535
13. KANADA	623	662	735	748	1.220
14. HİNDİSTAN	625	645	698	720	1.875
15. İSVEÇ	385	428	480	547	1.015
16. HOLLANDA	330	384	445	530	985
17. İSVİÇRE	330	350	388	506	940
18. AVUSTRALYA	450	413	454	494	915
19. TÜRKİYE	250	277	332	468	1.215
20. KOLOMBİYA	181	248	322	432	1.800
DİĞER ÜLKELER	13.760	15.598	18.759	18.740	50.915
DÜNYA	42.572	47.490	55.200	64.570	150.000

Kaynak: IMS Verileri.

İlaç üretiminin ise %88'i sanayileşmiş ülkelerde %12'si gelişmekte olan ülkelerde yapılmaktadır.

Ülke bazında ilaç satışı ve üretiminden bahsedilirken ülke sınırı tanımayan ve her türlü işletme fonksiyonu açısından uluslararasılaşan ÇUŞ olgusunu da dikkate almak gerekmektedir. Çünkü çoğu ülkenin yerli üretimi gerçekte bu şirketlerin uluslararası üretiminin bir parçası olarak gerçekleşmektedir.

ÇUŞ'lar öncelikle gelişmiş ülkelerden başlayarak daha sonra ise artan bir tempoyla gelişmekte olan ülkelerde pazarlama faaliyetlerine yönelmişlerdir. Diledikleri gibi satış politikaları uygulayabildikleri gelişmekte olan ülkelerde aynı ürünleri değişik isimler altında yüksek fiyatlardan satma imkanına da sahip olmuşlardır. Aynı zamanda yan etkileri nedeniyle yasaklanan bir çok ilaç bu ülkeler pazarlarında alıcı bulabilmiştir.

1977 yılında dünya ilaç satışının yaklaşık olarak yarısı bu şirketlerden elli adedinin doğrudan veya bağlantılı şirketleri aracılığı ile satışı şeklinde gerçekleşmiştir.

Tablo 1.2.'den de görüleceği gibi en çok ciroya sahip şirketler arasında Alman, Amerikan, İsviçre ve Japon şirketleri yer almaktadır. Bu şirketlerin çoğunda yurt dışı satışlar toplam satışlar içinde önemli bir paya sahiptir. Bu durum şirketlerin çok

TABLO 1.2.

## EN BÜYÜK 30 ÇOKULUSLU İLAÇ FİRMASI (1977)

Sıra / Firma	Ülkesi	İlaç Satışları Milyar \$	Yabancı Piyasa satışlarının Toplam Satış içindeki Payı %	Toplam Grup satışlarında İlaç satışlarının Payı %
1. Hoechst	FRG	1.573	67.0	16
2. Merck and Co.	USA	1.446	44.9	84
3. Bayer	FRG	1.273	69.0	13
4. Ciba-Geigy	SWI	1.150	98.0	28
5. Hoffman-La Roche	SWI	1.145	90.0	51
6. American Home Prod.	USA	1.116	31.2	39
7. Warner Lambert	USA	1.025	43.3	40
8. Pfizer	USA	1.016	51.0	50
9. Sandoz	SWI	935	95.0	48
10. Eli Lilly	USA	911	37.0	53
11. Upjohn	USA	744	37.2	66
12. Boehringer Ingelheim	FRG	735	69.0	77
13. Squibb	USA	668	33.0	50
14. Bristol-Myers	USA	666	30.6	30
15. Takeda	JPN	646	6.0	65
16. Rhone Poulenc	FRA	614	59.0	13
17. Schering Plough	USA	606	42.9	63
18. Glaxo	UK	594	61.4	72
19. Abbott Labs.	USA	581	32.0	47
20. Beecham	UK	524	70.0	36
21. Johnson-Johnson	USA	518	41.2	18
22. Montedison	İTA	487	42.0	8
23. Cyanamid	USA	484	34.0	20
24. Schering	FRG	456	63.5	51
25. Akzo	NDL	442	87.7	10
26. ICI	UK	414	60.0	5
27. Smith Kline	USA	411	35.5	53
28. Wellcome	UK	385	86.0	65
29. G.D. Searle	USA	382	37.0	51
30. Baxter Travenol	USA	355	31.0	42

Kaynak: IMS Verileri.

uluslu olma özelliklerinin doğal bir sonucudur. Ayrıca bu şirketlerin çoğunda ilaç sektörü önemlidir, fakat tek faaliyet alanlarını oluşturmamaktadır. Bunlar, kozmetik, gıda, boya ve deterjan sanayileri gibi kimya sektörü ile yakından ilişkili üretim sahalarına da girerek piyasalarını çeşitlendirmektedirler. ÇUŞ'ların başka bir ülkedeki faaliyetleri o ülkenin kendilerine sunduğu olanaklara ve yerel mevzuata önemli ölçüde bağlıdır. Bu faaliyetler doğrudan yabancı yatırım, lisans anlaşmaları, ihracat veya pazarlama anlaşmaları gibi yollardan biri veya birkaçı şeklinde olabilmektedir.

## A. ARZIN OLUŞUMU

İlaç piyasasında arzı oluşturan yurt içi üretim ve ithalatla ilgili özellikler aşağıda ayrı ayrı ele alınmıştır.

### 1. Yurtiçi Üretim

İlaç üretimi temel olarak üç aşamada gerçekleşmektedir.

- Araştırma ve ürün geliştirme,
- İlaç aktif maddeleri ve hammaddelerinin üretimi,
- Aktif maddelerin mamul ilaca dönüştürülmek üzere dozaj fabrikasyonu (formülasyon).

İlk iki aşama genellikle gelişmiş ülkeler ve ÇUŞ'lar tarafından gerçekleştirilmektedir. Çok uluslu şirketlerin dış ülkelerdeki bağlı şirketlerinin kuruluş prosedürü ve yukarıda belirtilen üretim aşamalarının tam tersine bir işleyiş gösterdiği söylenebilir.

İlaçların yerli üretimle mutlaka daha ucuza mal edildiğini söylemek mümkün değildir.

Yerli üretime başlanması mutlaka maliyetlerin düşmesi anlamına gelmemekle beraber elde edilen kârların yurt içinde kalması sektörde kalifiye işgücünün yetişmesi ve döviz tasarrufu gibi yararlar sağlar. Ayrıca, başlangıçta üretim maliyetleri yüksek olsa bile zamanla firma içi ölçek ekonomilerinin ortaya çıkması ile bunlarda düşüşler görülebilir.

Yurt içi üretimin başlıca iki aşamada gerçekleştiği söylenebilir(10). Bunlar bağımlı iç üretim ve bağımsız iç üretimdir. Her iki üretimin yapılabilmesi temel olarak hammadde ve patente bağlıdır. Hammadde ve ilaç etken maddesinin patentinin ülkenin kendi kaynakları tarafından karşılanma oranı arttıkça, dışa bağımlılık da azalmaktadır.

---

(10) Nurettin Abacıoğlu, Dünya'da ve Türkiye'de İlaç Fiyatlarının Oluşumuna Bakış, TEB Haberler, Sayı: 22, 1986.

## 2. İthalat

Gelişmekte olan ülkeler gereksinimlerini genellikle ithalat yoluyla karşılamaktadırlar. İthalat doğrudan ilaç alınarak yapılabildiği gibi hammadde ve kimyasal ürünlerin satın alınması şeklinde de olabilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ilacın ithalatı sırasında aracının çokluğu ilaç elde edilmesi ile ilgili işlemlerin artırdığı gibi aynı ya da benzer ilaçların çeşitli kişilerce ithalatının yapılması maliyetleri de yükseltmektedir. Farklı ithalatçılar tarafından alınan ilaçlarla bazen önemli ölçüde fiyat farklılıklarına raslanabilmektedir. Örneğin, Karayipler Bölgesinde en düşük fiyatlı ilaç bile %50 ile 5000 arasında farklılıklar olabilmektedir(11).

Gelişmekte olan ülkeler ilaçlarını WHO'nun belirlediği temel ilaç listesine göre seçmelidir. Ayrıca kendi özel durumlarını da gözönünde bulundurmaları gerekmektedir(12).

### **B. ARZI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

İlaç arzını etkileyen çok sayıda faktörden söz edilebilir. Bunların başlıcaları aşağıda incelenmiştir.

---

(11) World Development, Vol.11, No: 3, pp.169-175, 1983.

(12) WHO'nun bu ülkeler için belirlediği bu liste yaklaşık 200 kalem ilaçtan oluşmaktadır.

## 1. Fiyat

Arz yasası ilaç piyasası için de genel olarak geçerlidir. Dolayısıyla, fiyatı artan ilaçların üretimi ve arzını arttırma gayretleri gerek yeni firmalar, gerekse mevcut firmalarca gösterilir. Bununla birlikte, çoğu firma için önemli olan fiyatın artışı veya azalışından çok fiyatlama politikalarında serbestiye sahip olup olmadıklarıdır. Çünkü bazen sürümü veya piyasadaki pazar paylarını arttırmak ya da ürününe alışkanlık yaratmak gibi amaçlarla bazı firmalarca kasıtlı ve bilinçli olarak düşük fiyatlama politikaları izlenebilmektedir. Kamu kararlarının ilaç fiyatlarının oluşumu üzerindeki etkileri incelenirken bu konuya yeniden değinilecektir.

Ayrıca, genellikle oligopolistik bir yapı arzeden ilaç alt piyasalarında fiyat, pazardan çok üretici firmaların izledikleri birbirleriyle uyumlu fiyat politikaları çerçevesinde belirlendiği için, zaten piyasada veri alınma durumunda değildir.

Serbest rekabet ortamında ise bir firmanın maliyetlerini kapsayacak bir fiyat elde edebileceği garantisi bulunmamaktadır. Bu piyasa türünde özellikle yüksek kâr sistemin ardındaki itici güçtür. Bir firma getireceği yeniliklerle yüksek kârlar sağlarsa, rakipleri bu kârı paylaşmak için kaynaklarını aynı alana yöneltecekler, bu ise sonuçta öncülük yapan

firmanın kârını azaltacaktır. İlaç sektöründe bu duruma bazı alt piyasalarda rastlanır. Rakiplerin rekabetinden korunmanın bir yolu olan patent bile benzer malların piyasaya verilmesini tamamen önleyemeyebilir. Ancak, yine de ilaç piyasasının çoğu alt piyasası böyle bir rekabet ortamından uzaktır ve fiyat rekabeti yerini marka ve tanıtım yarışına bırakmıştır.

## 2. Hammadde ve Yardımcı Maddeler

Arzı etkileyen faktörler arasında üretim maliyeti içindeki yüksek maliyeti nedeniyle hammadde ve yardımcı maddeler en ön sırada yer almaktadır. İlaç hammaddeleri sanayiinde kullanılan başlangıç maddelerinin büyük bir kısmı kimya ve petrokimya sanayilerinin ürünüdür. Bunun sonucu olarak bu endüstrilerin bir ülkedeki gelişmişlik düzeylerinin ilaç hammaddeleri sanayiinin o ülkedeki mevcut durumunu ve gelişme potansiyelini belirlediği söylenebilir. İlaç sanayiinde önemli bir keşif olan ve tedavi devrimini başlatan sulfonamidler boya sanayiinin yan ürünü olarak bulunmuştur.

İlaç hammaddesi üretimi başlıca üç yoldan yapılmaktadır.

(1) Fermantasyon yoluyla üretim: Bakteriyolojik ve mikrobiyolojik yöntemlerin endüstriyel uygulaması

sonucu ilaç etken maddesi elde edilmesi özel olarak seçilen mikroorganizmaların kültürünün yapılması ve bu kültürden oluşan ilacın ekstre edilmesiyle gerçekleşmektedir.

(2) Sentez yoluyla üretim: Maddelerin bir yada bir kaç aşamada kimyasal reaksiyonlarla molekül yapısının değişmesi sonucu yeni maddeler elde edilmesi esasına dayanmaktadır. Sentez işlemi sırasında kullanılan maddeler çoğunlukla kimya, petrokimya, demirçelik ve kok endüstrisinden elde edilmektedir.

(3) Ekstraksiyon yoluyla üretim: Bitkisel yada hayvansal kaynaklı maddelerin ekstraksiyonu ile, bunlarda bulunan aktif maddelerin elde edilmesidir.

Hammadde ve aktif madde üretimi teknik yönden oldukça güç ve karmaşık olmasının yanında büyük ölçülerde sermaye yatırımı da gerektirmektedir. Onun için hammadde üretimi, genellikle az sayıda gelişmiş ülke firmasının elinde toplanmıştır. Örneğin dünyada vitamin formülasyonu yapan yüzlerce ilaç firması olmasına karşın, dünya ham vitamin piyasası yalnızca 12 dev çok uluslu ilaç şirketinin elindedir(13). Gelişmiş ülkeler de ekonomik nedenlerle diğer gelişmiş ülkelere bazı hammaddeleri satın

---

(13) Arman Kırım, "Uluslararası İlaç Endüstrisinin Ekonomisi", ODTÜ Gelişme Dergisi, 14(2), 147-177, Ankara, 1987.

almaktadırlar. Örneğin, 1982'de F. Almanya 506 milyon dolarlık, Fransa 524 milyon dolarlık, ABD 571 milyon dolarlık hammadde ithal etmiştir. İlaç sanayiinde 2000'i aşkın hammadde kullanılmaktadır. Bunların hepsinin birden üretilmesi bir ülke ekonomisi için verimli olamaz. Bir hammaddenin verimli olarak üretilmesi, yurt içi gereksiniminin optimal ekonomik kapasitenin üzerine çıkmasına ya da büyük ölçüde ihracat olanaklarının bulunmasına bağlıdır.

### 3. Ambalaj Malzemesi

İlaç endüstrisinde arzı oluşturan girdilerden birisi de ambalajdır. İlaç kalitesinin belirlenmesinde ambalaj önemli bir yer tutmakta ve tüm ülkelerde bu konu yasalarla düzenlenmektedir. Bilim adamlarının bulgu ve önerileri ambalaj malzemesi konusuna yeni boyutlar getirmekte ve bu konuda her geçen gün yeni gelişmeler kaydedilmektedir. Gelişen bilim ve teknoloji çocuklara ve yaşlılara verilen ilaçlarda ayrı ambalaj malzemesi kullanılmasını öngörürken jinekolojik ilaçlar ve göz ilaçlarında da yeni öneriler getirmektedir.

"Farmasötik müstahzarları üretildiği andan hasta tarafından kullanılincaya kadar geçen süre içinde, fiziksel, kimyasal ve atmosferik değişikliklere karşı korumak, taşınmalarını, saklanmalarını, alınmalarını

ve ayırt edilmelerini kolaylaştırmak, yapımcısını belirtmek, ilaç ve kullanımı hakkında gerekli bilgileri vermek amaçlarıyla kullanılan; saklama kapları, iç ambalaj malzemeleri, kapaklar, kutular, etiketler, prospektüs, testere, ölçek, damlalık, gibi malzemeler 'ambalaj malzemeleri' olarak tanımlanır."(14)

Ambalajlama işlemi GMP kurallarına uygun olarak yapılmalıdır. WHO, Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ve benzeri uluslararası kuruluşlar bazı maddelerin ambalajlama için kullanılmayacağı kuralını getirmişlerdir. Örneğin, naylon torba, kağıt poşet, açık şişe gibi kaplar geçici süre için bile kullanılmamaktadır. Ambalaj malzemesi seçiminde özel bir özen gösterilmesi gerekmektedir.

İlaçlar küçük ambalaj yada büyük ambalajlarda tüketime sunulabilir. GMP kurallarına uyulmak koşuluyla büyük ambalajın (klinik ambalaj) maliyet düşürücü bir faktör olduğu söylenebilir.

#### 4. Sermaye

İlaç sanayiinde sermaye yatırımı üretimin üç temel aşaması için ayrı özellikler taşır. Üretimin ilk aşaması olan araştırma ve ürün geliştirme riskli

---

(14) İlaç Endüstrisinde Ambalajın Yeri, İEİS, Türk Matbaacılık, İstanbul, 1982.

ve sonuç alınması yıllar sürebilecek bir dönemi içerdiği için sermayenin mobilitesinin en düşük olduğu ve sadece belirli çaptaki uluslararası firmaların kaynak ayırabildiği bir devreyi ifade eder. Aktif madde ve hammaddelerin kimyasal üretimi ise birinci aşamanın yıllar sonra olumlu sonuç vermesi halinde geçilebilecek bir dönemdir ve çoğunlukla ilk aşamaya sermaye yatırımı yapan firmaların elde ettikleri bilgileri değerlendirmek için gerekli sermaye yatırımı yapmaları ile gerçekleştirilir.

Son aşamayı oluşturan aktif maddelerin mamul ilaca dönüştürülmesi veya formülasyonu ise bilinen teknolojilere dayalı olarak ve daha az sermaye gereksinimi duyularak gerçekleştirilebilmektedir ve bu nedenle sermaye mobilitesinin en yüksek olduğu dönem olma özelliğini taşır. Artık, küçük ölçeklerde sermaye yatırımı yapılarak nihai mamul üretilebildiği için yalnız buluşu gerçekleştiren firmalar değil, fakat bunlarla joint-venture'lar şeklinde ortaklıklar kuran veya lisans anlaşmaları yapan çeşitli ülkelerdeki bağlı firmalar da sermaye katkısı sağlayabilmektedir. Böylece bu aşama gerek üretimin gerekse sermayenin en fazla uluslararasılaştığı bir dönem olmaktadır. Ayrıca devreye yalnız bu aşamada giren ortak veya lisansör firmalar açısından sermayenin marjinal verimliliği ve dolayısıyla kârlılık oranı oldukça yüksek değerlerde gerçekleşmektedir.

Böylece nispeten az sermaye ile çok üretim satış ve kârlılık gerçekleştiği için, yalnız bu aşamada faaliyet gösteren firmalar açısından ilaç sanayii pek de sermaye-yoğun bir üretim biçimine sahip olmadığı görülmektedir.

Sonuç olarak ilaç sanayiinde tüm üretim aşamalarını içerecek bir üretim faaliyeti yüksek sermaye yatırımı gerektirdiği için yalnız belli başlı firmalar ve ülkelerce gerçekleştirilebilmekte, son aşamadan ibaret bir üretim faaliyeti ise daha az sermaye yatırımına gerek göstermekte ve çok sayıda firma ve ülkece yapılmaktadır.

### 5. İstihdam

Dünya ilaç endüstrisinde çalışan personel sayısı 1986 yılı itibariyle bir milyon üzerindedir. ABD, Japonya ve Federal Almanya istihdam bakımından önde gelen ülkelerdir. Özellikle gelişmiş ülkelerde çalışanların önemli bir bölümü Ar-Ge'de istihdam edilmektedir. F. Almanya'da 1980 yılında Ar-Ge'de çalışanların sayısı 12.000 dolayındadır. Bunun %34'ünü idari kadro, geri kalan %66'sını ilmi ve teknik kadro oluşturmaktadır(15). Aşağıdaki Tablo 1.3.'de gelişmiş ülkelerdeki firma ve personel sayıları görülmektedir.

---

(15) İlaç Endüstrisinde Araştırma ve Geliştirme, İEİS, Tür Matbaacılık, İstanbul, 1982.

TABLO 1.3.

## İLAÇ ENDÜSTRİSİNDE İSTİHDAM (1982 ve 1986)

Ülke	1982		1986	
	Şirket Sayısı	Çalışan Sayısı	Şirket Sayısı	Çalışan Sayısı
Belçika	-	-	240	15.150
Kanada	-	15.700	-	20.000
Fransa	-	-	335	71.200
F. Almanya	-	-	1.000	100.000
İtalya	348	64.350	330	64.580
Japonya	1.037	182.207	1.252	176.244
İspanya	375	-	362	40.700
İngiltere	-	-	385	82.400
A.B.D.	-	-	675	198.250
Arjantin	227	26.000	240	23.000
Brezilya	469	58.015	-	-
Hindistan	3.000	-	9.000	-
Kore	342	-	746	-
İsviçre	-	-	350	44.000

İlaç sanayiinde istihdam edilen işgücünün çoğunluğu kalifiye olma özelliği taşır. Özellikle Ar-Ge faaliyetinin yürütülmesinde çalışan personel yüksek niteliklidir ve bu personele fazla ücret ödenmektedir. Sanayiinin pazar yapısı nedeniyle benzeri başka bir sanayi dalında pek az görülebilecek şekilde reklam ve tanıtım işlerinde görevli personelin gerek sayısı gerekse de geliri önemli ölçüde yüksektir.

## 6. Teknoloji ve Araştırma-Geliştirme

İlaç sanayiinin tarihsel gelişiminde üretimin hızlı artış nedenlerinin başında teknolojik faktörler gelir.

İlaç sanayiinde gözlenen teknolojik araştırma faaliyetlerini iki grupta toplamak mümkündür. Birincisi yeni etken maddelerin keşfi ve geliştirilmesi amacıyla yapılan temel araştırmalar, ikincisi ise mevcut ilaç veya üretim teknolojilerinin geliştirilmesine yönelik uygulamalı araştırmalardır.

İlaç sanayii, araştırmaya yapılan yatırımlar açısından uzay ve elektronik sanayilerinden sonra gelmektedir. Sürekli yeni ürün bulunması ve geliştirilmesi çabaları, bu sanayiinin temel özelliğini oluşturmaktadır.

Herhangibir teknoloji genellikle bir ülkeden bir ülkeye bir firmadan diğerine en az dört değişik biçimde transfer edilebilmektedir(16).

Malların ihracatı ile, direkt yatırım ile, endüstriyel tesis ve teçhizatın satışı ve endüstriyel mal haklarının, özellikle patent ve know-howların transferi ile teknoloji transferi yapılabilmektedir.

---

(16) Türkiye ve Dünya'da İlaç Endüstrisi, İEİS, İlaç Endüstrisinde Teknolojik Gelişim ve Teknoloji Transferi, İstanbul, 1974, s.141.

ÇUŞ'lar uluslararası faaliyetlerinde en fazla doğrudan yatırımı tercih etmektedirler. Doğrudan yatırımların yapılması yabancı bir ülkede kurulan yavru şirketler aracılığı ile olmaktadır. Yavru firmaların varlığı doğrudan pazarın içinde olabilme, gümrük duvarlarını ve öteki korumacı politikaları aşabilme gibi avantajlar sağlamaktadır. ÇUŞ'lar yabancı bir ülkede yatırım yaparken, basit ve bilinen teknolojilere dayalı "formulasyon" aşamasını seçmektedir.

Teknoloji transferinin önemli bir yolu da lisans anlaşmalarıdır. Özellikle gelişmiş ülkelerin ilaç firmaları Ar-Ge faaliyetleri sonucu buldukları yeni bir ürün veya üretim teknolojisinin patentini almaktadırlar. Avrupa düzeyinde, Avrupa patent anlaşması endüstriyel mülkiyeti korumada bir ölçü olmakla birlikte patentin niteliği ve süresi ülkeye göre değişiklik göstermektedir. Yeni buluş yapan firmalar patentini aldıkları ürün veya üretim teknolojisini yaptıkları lisans anlaşmalarıyla pazarlayabilmektedirler.

İlaç sanayii araştırma ve geliştirmenin en yoğun olarak yapıldığı sanayii dallarından biridir. Günümüzde Ar-Ge için yapılan harcamaların giderek artması bu faaliyetlerin az sayıda firma tarafından yapılmasına sonuçtada yeni ilaç ve üretme teknolojilerinin bu firmalar tarafından keşfedilmesine neden

olmaktadır. Ar-Ge harcamaları bakımından 1986 yılında 4.7 milyar dolar ile ABD ilk sırada yer alan ülke olmuştur. Daha sonra 2 milyar dolar ile Japonya, 1.6 milyar dolarla F. Almanya gelmektedir. Aşağıdaki tablo 1.4'de seçilmiş ülkelerde Ar-Ge harcamaları 1982 ve 1986 yılları itibariyle görülmektedir(17).

TABLO 1.4.

## SEÇİLMİŞ ÜLKELERDE ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME HARCAMALARI

(1982 ve 1986)

(Milyon Dolar Olarak)

<u>Ülke</u>	<u>1982</u>	<u>1986</u>	<u>Artış (%)</u>
Belçika	65	-	-
Kanada	37	100	63
Fransa	600	1.025	425
Federal Almanya	900	1.600	700
Hindistan	40	45	5
İtalya	260	470	210
Japonya	960	2.030	1.070
Kore	10	25	15
İspanya	40	50	10
İsviçre	750	1.200	450
İngiltere	700	900	200
A.B.D.	1.820	4.700	2.880

Kaynak: DPT.

(17) DPT, VI. Beşyıllık Ü.İ.K. Raporu, s.60.

Ar-Ge harcamaları firma bazında incelenirse yıllık harcamalar 100 milyon doların üzerine çıkmaktadır. Tablo 1.5'de 1986 yılı itibariyle dünyanın önde gelen ilaç firmalarının Ar-Ge harcamaları görülmektedir.

Araştırma artık temel bilimsel bilginin gelişmesinden çok "rekabet stratejisi" işlevi görmektedir. Burada firmaların amacı sürekli olarak yeni ürün geliştirerek, bu ürünlerden daha iyisi bulunana kadar veya taklitleri yapılınca kadar tekel kârları elde etmektir(18).

İlaç sanayiinde araştırma faaliyetleri temel araştırma, uygulamalı araştırma - geliştirme olmak üzere başlıca iki grupta toplanabilir(19).

(1) Temel araştırma: Tıp ilmine yararlı olmak ve sağlık sorunlarına yanıt verme fikrinden hareket eden, konusu, amacı, program ve gereksinimleri önceden saptanmış yeni buluşlara yönelik çalışmalardır.

(2) Uygulamalı araştırma-geliştirme: Eldeki bilimsel verilere dayalı olarak yeni bir ürünün ortaya çıkarılması için yapılan kimyasal, farmasötik, analitik, biyolojik ve farmakolojik çalışmalar uygulamalı araştırmadır.

---

(18) Arman Kırım, "Uluslararası İlaç Endüstrisinin Ekonomisi", ODTÜ Gelişme Dergisi, 14(2), 147-177, Ankara, 1987.

(19) İlaç Endüstrisinde Araştırma-Geliştirme, İEİS, Tür Matbaacılık, İstanbul, 1982, s.1.

TABLO 1.5.

## İLAÇ ENDÜSTRİSİNDE ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME(1986)

Şirket	Ar-Ge Personeli	Ar-Ge Harcamaları (Milyon \$)	Ar-Ge Harcamalarının Satışlara Oranı %
Merck	4.400	300	13
Hoechst	4.200	310	17
Ciba-Geigy	4.000	290	16
Roche	3.500	230	20
Lilly	3.100	210	14
Boehringer I.	3.100	200	17
Wellcome	3.000	120	17
Glaxo	3.000	130	8
UpJohn	2.900	190	17
ICI	2.850	130	13
Pfizer	2.800	180	12
Smith Kline	2.800	180	14
J. and j.	2.600	170	15
Sandoz	2.600	200	14
Bayer	2.500	170	16
Bristol Myers	2.300	140	15
A.H.P.	2.300	140	11
Rhone Poulenc	2.200	140	17
Schering Plough	1.900	130	13
Monsanto	1.800	120	27
Beecham	1.800	80	13
American Cynamid	1.650	100	14
Dow	1.650	95	15
Squibb	1.600	100	11
Takeda	1.600	130	12
Warner Lambert	1.600	110	16
Sanofi	1.500	90	16
Syntex	1.450	85	15
Astra	1.450	85	18

Kaynak: DPT.

Geliştirme çabaları ise mevcut bir ilacın dayanıklılık, tıbbi uygulama kolaylığı, biyolojik etkinlik niteliklerini, üretim ve denetim teknolojisini geliştirmeye yönelik yapılan çalışmalardır.

Araştırma faaliyetleri uzun süren çalışmalardır. Bir araştırmanın ne kadar süreceği ve nasıl sonuçlanacağı daha önceden bilinmemektedir. 1960'lı yıllarda üç-beş yılda sonuca ulaşılırken günümüzde gerçek anlamda bir buluş, ortalama 10 yıllık bir süre gerektirmektedir. ayrıca araştırmaların randımanı da çok düşük olmaktadır. İncelenen 10.000 molekülden ancak bir tanesi ilaç olarak piyasaya çıkabilmektedir. 1970'li yıllarda ABD'de incelenen 126.060 kimyasal maddeden 1013 tanesi klinik farmokoloji aşamasına kadar gelebilmiştir. Sonuçta 16 tıbbi yeni ilaç geliştirilebilmiştir(20). Yeni buluş sayısında görülen azalmanın en büyük nedeni insan vücuduna ilaç olarak verilmesi tasarlanan maddeler için çok sıkı düzenlemeler yapılması ve görece olarak kolay tedavide kullanılan ilaçların geçmişte bulunmuş olmasıdır. Doğal olarak, ilaç elde edilmesinin uzun sürede olması, randımanın düşük olması ve yapılan yatırımların özelliği Ar-Ge maliyetlerini etkilemektedir.

1986 yılında 47, 1987 yılında 58 ve 1988 yılında 52 ürün ilk kez kullanıma sunulmuştur. 1988

---

(20) İlaç Endüstrisinde Araştırma ..., s.2.

yılında yeni ilaç üretiminde Japonya, Fransa, İtalya, İsveç ve İngiltere 34 ilaçla önde gelen ülkeler olmuşlardır. 1988'de geliştirilen yeni ilaçlar . en çok kardiovasküler ilaç grubunda olmuş, bunu sırasıyla antiefektif ve psikotrop ilaçlar izlemiştir. Araştırmacı firmalar genellikle ilacı daha çok tüketen gelişmiş ülkelerin insanların sorunlarına ilişkin araştırmalara yönelmişlerdir. Gelişmekte olan veya azgelişmiş ülke insanların hastalıklarına ilişkin çalışmalar ise daha az oranda yapılmaktadır.

### 7. Kamu Kararları

Devlet, çeşitli kararları aracılığı ile piyasaya sürülen ilaç miktarını doğrudan ve dolaylı olarak etkiler. Devletin izlediği iktisat politikaları, (vergi, teşvik, dış ticaret politikaları gibi) ilaç maliyetini ve arzını arttırıcı veya azaltıcı etkiler yaratır. Bu arada ilacın piyasaya verilmesi ile ilgili bürokratik ve teknik şartlar da (ruhsatlandırma ve GMP, GLP şartları gibi) sonuçta arzı dolaylı olarak etkiler.

Aşağıda fiyata doğrudan müdahale dışındaki kamu kararlarının ilaç arzı üzerindeki etkileri kısaca gözden geçirilecektir(21).

---

(21) İlaç fiyatlarına devletin müdahalesi konusu ise Bu Bölümün IV üncü ayırımında incelenmiştir.

### a. İzlenen İktisat Politikaları

İlaç üretici, toptancı ve perakendecilerine yönelik olarak uygulanan her türlü vergi, resim, harç ve fonlardaki artışlar maliyetler ve fiyatları arttırıcı, azalışlar ise azaltıcı etkiler yaratır. Ayrıca sanayiye yönelik yatırımların teşviki, yatırımı, üretimi ve arzı arttırırken, teşvik edilmemesi ise yeni yatırımların ve dolayısıyla üretim ve arzın en azından yeterince artmamasına neden olur.

İlaç ithalatının zorlaştırılması amacı ile ithalatta tarife, kota, fon gibi engellerin oransal ve miktar olarak arttırılması bazen yerli ilaç sanayiinin gelişmesine itici güç sağlarken, bazen de ilaçta kıtlık ve karaborsaya yol açabilir.

Fiyatlar genel seviyesindeki büyük artışlara rağmen, çeşitli gelir gruplarının gelir seviyelerinin bu artışlarla aynı oranda artmaması nedeniyle tüketicilerin satın alma güçlerinde gözlenen gerilemeler de önce ilaç talebini sonra dolaylı olarak ilaç arzını azaltıcı etki yaratabilmektedir.

İthalatın libere edilmesine yönelik tedbirler ilaç ithalatını ve arzını arttırırken, ihracatın teşviki ise yurt içine yönelik ilaç arzı üzerinde azaltıcı etkiler yaratmaktadır.

## b. Ruhsatlandırma

Bir ilacın piyasaya sürülebilmesi için hemen hemen tüm ülkelerde resmi otoritenin onayı gerekmektedir. İlaç firmaları, bu onayı alabilmek için ruhsat başvurusu ile birlikte bazı bilimsel dökümanları da resmi otoriteye sunmak zorundadır.

İlaca ruhsat verilmesindeki temel amaç etkinlikle ve emniyetle ilacın bulundurulup satılmasını temin etmektir.

ABD'de 1980'li yıllarda toplam 700 kimyasal maddenin 20.000 farklı ilaç adı altında satıldığı tesbit edilmiştir. Diğer ülkelerde bunlara ek olarak bu ilaçların 30.000 kadar daha ismi olduğu düşünülürse 700 kimyasal maddenin 50.000 kadar farklı ismi olduğu söylenebilir. Bazı araştırmacılara göre bu rakam 80.000'in üstünde olup her ilaca 70 ticari isim düşmektedir(22).

Brezilya'da 1970'li yıllarda pazarda 30.000 çeşit ilaç değişik isim ve şekillerde satılmakta idi. Eğer ilaçların çeşitli sunuluşu sayılmazsa (tablet, şurup, ampul gibi) pazardaki ilaç sayısı 10.000 kadar idi. Büyük ilaç şirketleri pazara daha çok ilaçla girmeye çalışmaktadır. Bu amaçla

---

(22) World Development, Vol.11, No: 3, 1983, s.169-175.

eski ve yeterince fazla satılmayan ilaçlarını yeniden elden geçirmekte biçim veya karışım oranlarını değiştirerek yeni bir ilaç gibi piyasaya vermektedirler. Bazı ilaçlar birçok sağlık sorununu çözen her derde deva ilaç gibi sunulmaktadır(23).

Çeşitli ülkelerde ilaç sayısı aşağıdaki tabloda görülmektedir.

TABLO 1.6.

## ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE İLAÇ SAYISI (1983)

<u>Ü l k e</u>	<u>İlaç Sayısı</u>	<u>Farmasötik Şekil Sayısı</u>
İspanya	12.500	14.750
Kolombiya	9.000	-
Almanya	8.742	12.527
Brezilya	8.000	24.000
Belçika	8.000	11.000
Yunanistan	8.000	18.000
İsviçre	7.300	35.000
Japonya	6.617	22.540
İtalya	6.222	12.920
Fransa	4.500	11.000
İngiltere	3.300	14.000
İsveç	2.541	-
Danimarka	2.227	3.918
Hollanda	2.300	6.011
Rusya	2.000	-
Türkiye	1.810	3.524

Kaynak: İEİS.

(23) Robert J. Ledogor, *Hungry For Profits: US Food and Drug Multinationals in Latin America*, New York, 1976, s.24.

İlaçta sayı fazlalığının yarattığı reklam giderlerini artırma, kalite kontrolünü güçleştirme, kamu sağlık bütçelerini şişirme ve hekimleri ilaç seçiminde zorlama gibi sorunlar vardır.

İlaç enflasyonu olan Arjantin ve Brezilya gibi ülkeler denetimi kolaylaştırmak için ilaç lisanslarını iptal etmekte ve yeni ilaçları sınırlandırmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde kaynakların sınırlı olması nedeniyle hayati önemi olan ilaçların sınırlı bir listesinin yapılmasında fayda vardır. WHO tarafından hazırlanan ve 300 ilacı kapsayan liste geniş ölçüde kabul görmüştür. Böylelikle öncelikle gereksinim duyulan ilaçların emniyetli ve etkili bir biçimde üretim ve satışının sağlanması amaçlanmıştır.

### c. İyi Üretim ve Denetim Kuralları

İlacın emniyetli kullanımını konusunda standartlar WHO tarafında belirlenmiştir. WHO 1968 senesinde dünya ülkelerine örnek olmak üzere "iyi ilaç üretim ve kalite kontrol yöntemleri" adı altında bir öneri sunmuştur. Kısa adı GMP olan bu öneri paketinde WHO tarafından saptanan üretim, kalite ve pazar denetimleriyle ilgili kurallar yer almaktadır. GMP'yi bütünüyle olmak üzere uygulamaya konan "iyi laboratuvar uygulamaları" "GLP"de ilaç denetim uygulamalarını

standardize etme ve denetimin güvenilirliğini sağlamaya yöneliktir.

Halen dünyada 36 ülkenin uyguladığı GMP ve GLP standartları 1984 yılından itibaren Türkiye'de de uygulanmaya başlanmıştır.

GMP'den amaç, ilacın üretim yerinde tüm girdilerden başlayarak belirli kurallara uygun olarak işlem görmesidir. İlaç yapımında kullanılan tüm malzemelerin nereden geldiği ve ne gibi özellikler taşıdığı saptanmaktadır. Bunlar kullanılmadan önce ayrı ayrı depolarda bekletilerek, kalite kontrolü işlemi yapıp uygun bulunduktan sonra üretime alınmaktadır. Üretimin her safhasında kalite kontrol işlemleri devam etmektedir. Son ürün ambalajlanmış, prospektüsü, varsa diğer malzemesi, ambalaj içine yerleştirilmiş ve üzerine üretim tarih, seri nosu, son kullanma tarihi basılmış olmalıdır.

"İlaç üretiminin yapıldığı binalar, depolar, makina ve malzemeler, bölümler, ilacın özelliklerine uygun büyüklükte; şekilde ve özellikte olmak zorundadır"(24). İlaç sterilse, steril şartlarda üretilmektedir. Mesul müdür ve diğer çalışanlar belirlenmiş meslek gruplarından ve belli niteliklere sahip olmalıdır. Üretim, kalite kontrol, depoda uygulanan

---

(24) Rapor, Temmuz 1988, Y:1, S.1.

karantina ve temizlik bakım işlerinin kayıtları her seri ilaç için tam ve düzenli olarak tutulmalıdır. GMP kuralları ilacın firmadan çıkışıyla sınırlı olmayıp, tüketici ve sağlık personelinden gelecek her türlü şikayet kayıtlara geçirilerek, önlemleri alınmalıdır.

İlaçla ilgili bütün bu önlemlerin uygulanıp, uygulanmadığının denetlenmesinin görevi ise devlete düşmektedir.

### III. İLAÇ PİYASASINDA TALEP

İlaç talebi, çeşitli faktörlerin etkisi altında bireylerin ve kurumların ilaç tüketimi yapma kararını vermeleri ve bu amaçla harcamada bulunma davranışlarıdır. Talebin oluşumu ve bu oluşumu etkileyen faktörler ise aşağıda incelenecektir.

#### A. TALEBİN OLUŞUMU

İlaç talebinde bulunanlar temelde bireyler ve kurumlardır. Bireysel talepte, her ne kadar kişiler tek tek belli ilaçları satın alma isteklerini ifade ediyor ve bedellerini ödüyorlar ise de bu aşamaların her ikisinde de çoğu zaman kendi özgür iradelerini ve gelirlerini kullanmamaktadırlar. Çünkü talepte bulunurken doktor, eczacı gibi yönlendirenlerin önerileri

doğrultusunda hareket etmekte, ödeme yaparken ise ilişkili oldukları sağlık ve sosyal güvenlik kuruluşlarının finans sisteminden yararlanmaktadırlar. Dolayısıyla talep genellikle türev talep niteliği taşıyabilmekte ve tüketiciden çok yönlendirenlerin tercihlerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Yönlendirenlerin tercihleri genellikle bir belge ile yazılı şekil almaktadır. Bu belge reçetedir. Reçetenin bir özelliği de özellikle sosyal güvenlik kurumları kapsamındaki personel için bedelin hiç ödenmemesini veya pek az bir kısmının ödenmesini sağlayan bir araç olmasıdır.

Bireysel talebin tamamen bireyin kendi kararı doğrultusunda gerçekleşmesi de mümkündür. Geçmiş deneyimlere dayanılarak belli ilaçlar bireylerce talep edilebilir. Bu duruma en çok reçetesiz satılabilen ilaçlarda raslanır. Kişilerin kendi kendini tedavi için serbestçe alabildikleri bu reçetesiz ilaçlara OTC (Over The Counter) denilmektedir. Batıda sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri bir seçenek olarak kendi kendini tedavinin desteklenmesi sonucunu doğurmuştur. Reçetesiz satılabilen ilaçların listeleri oluşturulmuş ve tüketici bunlar hakkında bilinçlendirilmiştir(25). Bu tür talebin bir özelliği de ilaç

---

(25) Örneğin ABD'de reçetesiz ilaçların etiketlerinde tüketiciler için gerekli bilgilerin talimat ve uyarıları mutlaka taşımaları şartı sıkı bir şekilde denetlenmektedir.

bedellerinin çoğu zaman tamamen bizzat bireylerce karşılanmasıdır.

Kurumsal talep ise çoğunluğu kamuya ait çeşitli kurumların (hastaneler, sosyal güvenlik kurumları, dispanserler, vb.) toplu olarak mal siparişlerinden oluşur.

Talebi ayrıca iç talep ve dış talep (ihracat) olarak iki bölümde incelemek de mümkündür.

Nüfusu ve gelişmişlik düzeyi yüksek ülkeler dünyanın en önemli iç pazarlarını oluştururlar. İç talebi belirlemede nüfus, tek başına yeterli açıklayıcı güce sahip bir faktör değildir. Bu konuda 1 milyara yaklaşan nüfusuyla Hindistan'ın otuzbeş-kırkta biri kadar nüfusa sahip Kanada'dan daha az ilaç tüketmesi çarpıcı bir örnektir.

Üretici fiyatlarıyla 1987'de 134,4 milyar dolar civarında gerçekleştiği sanılan dünya ilaç tüketiminde 17 milyar dolar civarında bir pazar oluşturan Doğu Avrupa ülkeleri hariç tutulduğunda Amerika kıtası ülkeleri 42, Avrupa 38, diğer ülkeler 37 milyar dolar kadarlık tüketimleri ile sıralanırlar. Türkiye tek başına 600 milyon dolar civarındaki tüketimi ile dünyanın en çok ilaç tüketen yirmiikinci ülkesidir. Gelişmekte olan ülkeler arasında ise dokuzuncu sıradadır.

TABLO 1.7.

## BAŞLICA İLAÇ TÜKETİCİSİ ÜLKELER

	<u>Ü l k e l e r</u>	<u>1987 Yılı (Milyon \$)</u>
1	ABD	33.223
2	Japonya	25.359
3	F. Almanya	10.588
4	Fransa	7.559
5	İtalya	7.031
6	İngiltere	3.899
7	Kanada	2.435
8	İspanya	2.415
9	Hindistan	1.822
10	Brezilya	1.684
11	Meksika	1.315
12	Güney Kore	1.206
13	Arjantin	1.200
14	Belçika	1.081
15	Hollanda	984
16	İsviçre	964
17	Avustralya	793
18	İsveç	731
19	Avusturya	675
20	Güney Afrika	607
21	Tayvan	601
22	Türkiye	592
23	Portekiz	559
24	İran	538
25	Filipinler	453
26	Finlandiya	422
27	Mısır	420
28	Kolombiya	414
29	S. Arabistan	406
30	Yunanistan	379

Kaynak: İlaç 1989, 101 Soru 101 Yanıt, İEİS.

TABLO 1.8.

## TEDAVİ GRUPLARINA GÖRE DÜNYA İLAÇ KULLANIMI(1987)

Tedavi Grupları	Kullanım Oranı %	Yıllık Artış %
Kalp-Damar	18.1	13.0
Antibiyotik	16.1	10.0
Mide Bağırsak	15.6	13.0
Merkezi Sinir Sistemi	11.1	9.0
Solunum Yolları	7.1	14.0
Kas ve İskelet İlaçları	6.3	10.0
Kan Yapıcı	6.1	11.0
İdrar Yolu	4.2	12.0
Deri Hastalıkları	3.5	14.0
Kanser	3.0	14.0
Duyu Organları	2.1	12.0
Hormon	1.7	15.0
Parazit	0.2	24.0
Başka ilaçlar	4.5	16.0

Kaynak: İlaç 1989, 101 Soru 101 Yanıt, İEİS.

İlaç tüketiminin yalnız toplam değerine değil fakat nüfusla birlikte düşünülerek her birey başına düşen değerine de bakılması anlamlı olacaktır. O takdirde toplam değer açısından önde olan bazı ülkeler çok daha aşağı sıralarda yer almaktadır. Böyle bir sıralamada üst sıralar tamamen gelişmiş ülkelere doldurulmaktadır. Japonya'nın 116, ABD'nin 111, F. Almanya ve İsviçre'nin 98 ve 92 dolarla ilk 4 sırayı paylaştığı bu listede Türkiye 8,8 dolarla en alt sıralarda yer almaktadır. İlk listede 9. sıradaki Hindistan 2,8 dolarlık tüketimle Türkiye'nin de altındadır.

Her biri birer ayrı piyasa olma niteliği taşıyan tedavi grupları bazında dünya ilaç tüketiminin 1987 yılı itibariyle yüzdesel dağılımı tablo 1.8'de gösterilmiştir. Kalp-damar hastalıkları ilaçları, antibiyotikler ve mide-bağırsak ilaçları toplam pazarın yaklaşık olarak yarısını oluşturmaktadır. Tedavi gruplarına yönelik harcamaların yıldan yıla artış hızında ise fazlaca bir farklılık gözlenmemektedir.

## B. TALEBİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

İlaç talep fonksiyonu, başta ilacın fiyatı ve alıcının gelir seviyesi olmak üzere çok sayıda faktörün bileşke etkisine bağımlı olarak oluşur.

Bu faktörler ve talep üzerindeki etkileri aşağıda ele alınmıştır.

## 1. Fiyat

Farklı niteliklere sahip talep türlerinin fiyat değişikliklerinden etkilenme derecesi de farklılıklar gösterir. Bireysel ilaç talebinin fiyat esnekliği genel olarak düşüktür. Çünkü ilaç insanların yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için tüketilmesi zorunlu olan bir maldır ve öncelik derecesi çok yüksektir. Dolayısıyla fiyatındaki değişiklikler karşısında talepçi genellikle duyarlı değildir. Her ne olursa olsun tüketimini sürdürmeye çalışır. Bu duyarsızlık bedelini kendisinin ödemediği (veya pek az kısmını ödediği) reçeteli ilaçlar için en yüksek seviyededir (esneklik, sıfıra yakındır). Üdemeyi kendisinin yaptığı reçeteli ilaçlarda biraz daha azalır (Esneklik sıfırdan uzaklaşmaya başlar). Çünkü kendi gelir düzeyi gerekli harcamayı yapıp yapamayacağı kararını etkilemeye başlar. Ancak yine de bir yolu bulunup doktor reçetesindeki ilaçlar satın alınmaya çalışılır.

Konu ile ilgili bir diğer taraf da reçeteyi yazan doktorlardır. Doktorlar genel olarak ilaç yazarken fiyattan pek az etkilenir. doktorlara yönelik olarak yapılan ilaç tanıtım kampanyalarının ve kişisel deneyimlerinin yazdıkları ilacın seçiminde etkisi büyüktür.

Eczacı ise fiyatlar hakkında daha fazla bilgi sahibidir. Tamamen aynı nitelikte bir ilacın daha

ucuzunun varlığı konusunda hastayı uyarabilir, ancak yüksek fiyatlı mal satmada eczacının da maddi çıkarının olması ve zaten reçeteyi değiştirme yetkisinin de olmaması gibi nedenlerle çoğu zaman talebi fazlaca etkileyemez.

Reçetesiz olarak bireylerce talep edilen ilaçlarda ise talebin fiyat esnekliği sıfırdan daha da uzaklaşmıştır ve fiyatlardaki değişikliklere karşı birey kendi inisiyatifi ile harcama yapma (ya da yapmama) kararını verecektir.

Toplu olarak ilaç alımı yapan kurumların ilaç talebinin fiyat esnekliği ise çok daha yüksektir. Çeşitli ölkelerde ihale aarak veya başka usullerle üretici veya toptancılardan alım yapan bu kurumlar, pazarlık yaparak teklifçi firmaları fiyat rekabetine zorlamak suretiyle düşük fiyatı elde etmeye çaba gösterirler.

Bir piyasada üretilen bir mala olan talep fiyata karşı ne denli duyarsızsa, yani talep elastikiyeti sıfıra yaklaşırsa, o piyasada tekelleşme derecesi o ölçüde yüksek olacaktır. İlaç piyasası da yukarıdaki özellikleri nedeniyle genel olarak tekelci bir piyasa görünümü arz etmektedir.

## 2. Gelir Seviyesi

Bir ölkede kişi başına düşen gelir içinde kişi başına düşen ilaç tüketiminin mutlak ve oransal

değerleri ilaç tüketiminin gelirle ilişkisini ortaya koyan ölçülerdir. Mutlak değer genel olarak ilaç tüketiminin azlığı veya çokluğunu gösterirken, oransal değer o ülkede kişilerin ilaç kullanmaya verdikleri önemi veya öncelik derecesini yansıttığı için anlamlıdır.

TABLO 1.9.

KİŞİ BAŞINA DÜŞEN İLAÇ TÜKETİMİNİN  
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR İÇİNDEKİ PAYI

Ü l k e	Kişi başına ilaç tüketimi(1) (dolar)	Kişi başına milli gelir(2) (dolar)	(1)/(2)
Japonya	116,2	10.987	0.0105
ABD	110,5	16.689	0,0066
F. Almanya	98,2	10.234	0,0095
İsviçre	92,6	13.129	0,0070
Fransa	80,9	9.298	0,0087
Kanada	66,5	13.292	0,0050
İtalya	64,2	6.249	0,0102
İsveç	54,1	12.175	0,0044
İngiltere	41,4	7.986	0,0051
Arjantin	39,6	2.360	0,0160
Brezilya	10,3	1.613	0,0063
Türkiye	8,8	1.100	0,0080

Kaynak: İEİS ve OECD yayınlarından yararlanılarak tarafımızca düzenlenmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi mutlak değer olarak en fazla ilaç tüketen ülkeler arasında yer alan ABD ve Kanada'da gerçekte insanlar gelirlerinin ancak binde beşi veya altısı civarında bir kısmını ilaca ayırırken bu pay Arjantin'de %1,6'ya kadar çıkmaktadır. Bu arada Japonya hem mutlak hem de oransal olarak ilaç tüketimi yüksek bir ülke olarak göze çarpmaktadır. Türk insanının ise düşük gelir seviyesine uygun olarak nispeten yüksek oranda ilaç tüketim harcamasında bulunacağı umulduğu halde gelirinin ancak binde 8'ini bu alana yöneltmekte olması ve bütçesinden ilaca Federal Alman veya Fransız'dan daha az oranda pay ayırması ilginçtir.

Kurumsal talep açısından gelir düzeyini belirleyen ilgili kurumun bütçesi ve finansman imkanıdır. Kurumlar buna bağlı olarak ilaç tüketimi harcamasında bulunurlar. Sosyal güvenlik kurumlarının kesenek veya prim şeklinde topladıkları fonlar harcamalarını karşılayamadığında reçete bedellerini zamanında ödene-meyebilmekte veya tüketime belli sınırlamalar getirile-bilmektedir. Sonuçta ilaç tüketimi azalmaktadır.

Bu konuda çarpıcı bir örnek AT ülkelerinin durumudur. AT'ta ilaç harcamalarının çok önemli bir bölümü (%80'i) reçeteli ürünlerden oluşup, reçeteli ürünlerin başlıca alıcısı devlet tarafından finanse edilen sağlık sigorta sistemleri olduğu için ilaç, denetim harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Topluluğa üye devletler bu yükü azaltabilmek

için ilaç fiyatlarına çeşitli biçimlerde karışmaktadır. gerçekten topluluk üyelerinin tümü, ilaç fiyatlarını ve/veya sigortalıya yapılan geri ödemeleri sınırlamak yolu ile ilaç harcamalarını kontrol altında tutmaya yönelik politikalar izlemektedirler. Görülüyor ki bireysel talep açısından gelir elastikiyeti oldukça düşük bir mal olan ilaç, kurumsal talep açısından yüksek elastikiyete sahip olma özelliği göstermektedir.

### 3. İkâme Malların Fiyatı

İlaç sanayiinde çeşitli tedavi grubuna dahil ilaçların oluşturduğu her bir alt piyasada her bir ilacı ikâme edebilecek iki tür maldan söz edilebilir. Birincisi bu ilacın bir sanayi ürünü olan ve aynı kimyasal formüle sahip tamamıyla benzeri bir başka ilaçtır. İkincisi ise aynı hastalığın tedavisi amacı ile kullanılan ancak çoğu zaman bir sanayii ürünü niteliği taşımayan tıbbi bitkilerdir. Önce, kısaca tıbbi bitkilerin durumu ele alındıktan sonra ilk grup ikâme ürünlere değinilecektir.

Dünya nüfusunun yaklaşık yüzde sekseninin tıbbi bitkileri yoğunlukla tedavi amacı ile kullanıldığı bilinmektedir. Özellikle Asya ülkelerinde ve bu arada Çin Halk Cumhuriyeti ve Hindistan'da geleneksel tedavi aracı olarak yüzyıllardır şifalı otlar ve diğer bitkiler kullanılmaktadır. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde de doğal tedavi yöntemlerine ve herbalist (tıbbi

bitki satıcılarına) artan bir ilgi gözlenmektedir. İlaç fiyatlarındaki hızlı artışlardan çok alışkanlıklara bağlı olarak bunlara yönelinmekle birlikte ilaç fiyatlarındaki aşırı artışların veya gelir (satın alma gücündeki) deki reel düşüşlerin pahalı gelen ilaç yerine onu ikâme edebileceği düşünülen tıbbi bitkilere talebi arttırdığı durumlara da raslanabilmektedir. Onun için ilaç talebinin tıbbi bitkiler açısından çapraz elastikiyeti genellikle sıfırdan büyüktür. Bir ilaç her ne kadar kimyasal formülü ve etkisi açısından bir diğerinin tıpa tıp aynısı olsa bile tüketicinin veya tüketiciyi yönlendiren doktor, eczacı, gibi meslek sahiplerinin değerlendirmelerinde genellikle farklı imiş gibi algılanır. Onun için mamul ilaçlar arasında ikâme etkisi oldukça zayıftır ve sınırlıdır. Bu etkinin işlemeyişi bazı ilaç piyasalarının tekелci bir pazar yapısı kazanmasına yol açan temel nedendir.

Tüketiciye sunulan ilacın içerdiği etken madde ile anılmasına "Jenerik isim" denilmektedir. İlaç sanayii genellikle jenerik isim yerine "ticari marka" kullanmaktadır. İlaçtaki aktif madde içinde mevcut başarılı kimyevi isim veya formülün yerine geçmek üzere uydurulan bu ticari marka, firmaların propagandistlerince tanıtım faaliyetlerinde ön plana çıkarılmakta ve tüketici ile doktor hatta eczacı gözünde ilgili alt piyasada ilgili marka adeta monopolcü konumuna getirilmektedir. Bunun sonucu olarak tüketici

piyasada daha ucuza satılan ve tamamen aynı kimyasal formül ve aktif maddeye sahip farklı ticari markalı bir ilaca kolayca yönelememektedir. Bu durumda çapraz talep elastikiyeti genellikle düşük olmaktadır. Tüketicinin ve tüketiciyi yönlendirenlerin tercihleri başlığı altında jenerik ilaç konusuna tekrar değinilecektir.

#### 4. Tercihler

İlaç piyasasının belli başlı üç tarafı vardır: Hasta, hekim ve eczacı.

İlacın seçimi genellikle hekim tarafından yapılmaktadır. Böylece talep ilacı yazan hekimce yaratılmış olmaktadır. Ancak ödeme, talebi yönlendiren hekim tarafından yapılmamaktadır. Hekimler genelde ilaç yazarken fiyat düşüncesinden pek etkilenmezler. Fiyatla talep arasındaki ilişki kopuktur.

Pek çok Üçüncü Dünya ülkesi, tıp fakültelerinden yetişen hekimleri fakir bölgelerde çalışmaya özendirmek için büyük miktarlarda paralar harcadıkları halde hekimler bu yörelere gitmek istememektedirler. Zira, oralarda eğitimleri sırasında alıştıkları teknolojiyi bulamamakta ve başarı oranları düşmektedir. Ayrıca tıp öğretimi yapılırken ülkenin sosyo-ekonomik koşullarını gözönüne alacak tedavi yöntemleri uygulanmasına yönelik bilgi verilmemiştir. Öğrenciler okul bitince

doğal ve ucuz tedavi yöntemleri yerine pahalı tedaviye yönelmektedir. Örneğin 1980 yılında Bengaldeş'te hekimler ülkenin yarısından fazlasında görülen ishal vakaları için reçetelere pahalı ithal malı ilaçlar yazarken pek azı çok ucuz olan ağızdan sıvı ile besleme yöntemini salık vermiştir.

Hekimlerce yapılan seçim genellikle reçetelendiği gibi eczaneler tarafından uygulanır. Eşit ilaçların varlığından ve fiyatlarından haberdar olan eczacılar genellikle talebe etki etmezler. Bir çok ülkede eczacıların kazancının satış fiyatının belli bir yüzdesine bağlı olması nedeniyle daha pahalı ilacı satmak eczacının lehine olabilmektedir. Genellikle gelişmekte olan ülkelerde bu durum geçerlidir. Ayrıca hekimin tüketiciye ilacın daha kaliteli olduğunu vurgulamak için pahalı ilacı yazması da olasıdır. Bizzat kendisi de pahalı ilacın daha kaliteli olduğunu düşünebilir. Ticari isimlerin bol olduğu bir piyasada hekim tercihlerinin önem kazanması nedeniyle firmalarca satış promosyonuna yönelik harcamaların büyük bir bölümü hekime yönelik olarak yapılır. Firma temsilcileri hekimleri ziyaret ederek bedelsiz numune, çeşitli hediyeler, vb. ile tercihlerini etkilemeye çalışırlar. Reçetesiz ilaçlarda ise yapılan reklamların amacı tüketiciyi etkilemektir. Son yıllarda özellikle ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde reçetesiz ilaçların piyasa payı hızla yükseldiği için bu ilaçların satışını

arttırıcı ve doğrudan tüketicii hedef alıcı reklam faaliyetleri de gelişmektedir.

Belli bir ilacın satışı için yapılan reklam harcamaları, aynı firmanın pazarladığı başlıca ilaçlar için de haricen önemli yararlar sağlayabilir. Böylece belli bir markanın yanı sıra firmanın ticari ismi de tanıtılmış olur. İlaç firmalarının pazarladığı ilaç sayısı ne kadar çok olursa tanıtım harcamalarının firmaya sağladığı kâr o oranda çok olur.

Bir firmanın ticari ismi güçlendikçe ilaçlarının tanıtımı için yaptığı harcamalar daha az olmaktadır. Yeni kurulmuş bir firmanın piyasada tutunması ve tanınması için çok daha fazla çaba göstermesi gerekmektedir. Tüketicinin ve tüketicii yönlendirenlerin tercihlerine yönelik satış promosyonu harcamaları her ne kadar üreticiler için ilaçları farklılaştırmak için gerekli ise de tüketici açısından gereksizdir ve ilaç fiyatlarının yükselmesi anlamına gelmektedir. Yüksek fiyatın ise daha kaliteli ürün pazarlanması ile bir ilişkisi yoktur.

Gelişmiş ülkelerde kaliteyi denetlemek için uygun araçlar olduğu için bu fonksiyon önemsiz kalmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu tür araçlar olmayabilir. O zaman hekim ya da tüketici kendi kendine deneme yoluyla kalite kontrolünü yapar.

Ticari marka taşıyan ilaçlara ödenen fazla fiyatın tüketici üzerinde olumsuz etkisi vardır.

Bazı gelişmekte olan ÷lkelerde dñř÷k gelirli t÷keticiler bir çok ticari markalı ilacın fiyatını satın alma g÷çlerinin ÷stñnde. bularak taleplerini sınırlandırabilmektedir.

### 5. Nñfus

Nñfusun bñy÷klñđ÷, ilaç talebini belirleyen önemli faktörlerdendir. Bazı temel ilaçlar doğrudan nñfus bñy÷klñđ÷ ölçñsñnde daha fazla t÷ketilir. Ancak, pek çok ilaç için nñfus bñy÷klñđ÷ññn önñne geçen satın alma gñcñ ve tercih faktörleridir.

Nñfusun artış (azalış) hızını büyük ölçñde etkileyen faktörler doğum ve ölüm oranları, bunları da etkileyen sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyi ve bazı sosyal faktörlerdir. Sonuçta ortalama insan ömrññn uzaması, nñfusu ve ilaç t÷ketimini arttırmaktadır.

### 6. Kamu Kararları

Kamu kararları arzı olduğu kadar talebi de etkileyebilme özelliğine sahiptir. Bu kararlardan bazı örnekler aşağıda verilmiştir:

Sağlık sigortası veya sosyal güvenlik kurumları kapsamındaki hastaların ilaç tedavi giderlerine katılım paylarının değer, oran ve şeklini değiştirme veya

kaldırma kamu kararları ile mümkündür. Bu payın artması talebi olumsuz, azalması olumlu yönde etkiler.

İlaç tüketiminin herhangi bir tüketim harcaması gibi vergilendirilmesi ve bu vergi oranının değiştirilmesi sonuçta ilaç tüketim harcamalarını bir ölçüde etkileyebilir. Vergi oranındaki artışların talebi olumsuz, azalışların olumlu yönde etkilemesi beklenir. Ancak, gerçekte talebin fiyat esnekliği düşük olduğu için sonuçta ilaç tüketiminin fazlaca değişmediği söylenebilir.

Zaman zaman devletin öncülüğünde başlatılan çeşitli hastalıklara karşı savaş kampanyaları ve karşılıksız verilen sağlık hizmetleri ile birlikte ilaç dağıtımını ilaç tüketimini arttırıcı bir etki yaratmaktadır. (Aşı kampanyaları, aile planlaması programları, diş, göz hastalıklarına karşı kampanyalar vb.)

Devletin koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmesi, ilaçla tedavi gereğini azaltacağı için ilaç tüketimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Ayrıca reçete ile ilgili düzenlemeler ve sınırlamalar, ilaç satış yerleri ile ilgili düzenlemeler gibi çeşitli kararlar dolaylı olarak ilaç tüketimini etkileyen diğer kamu kararlarından bazılarıdır. Devletin fiyatlara olan müdahalelerinin arz ve talep üzerindeki etkisi ise izleyen ayırmada ayrıca değerlendirilmiştir.

## 7. Diğer Faktörler

Hekimin hastasını uygun bir süre muayene etmesi, gerekli test ve incelemeleri yaptırmaması ve sonuçlarına göre ilaç önerisinde bulunması gerekirken bazı ülkelerde (Türkiye de dahil) hasta sayısının fazla olması nedeniyle bu prosedür çoğu zaman işlememekte, hekim de çaresiz olarak reçeteye gereğinden fazla ilaç yazarak ortaya çıkan hizmet aksaklığını telafi etmeye çalışmaktadır. Sonuçta ilaç talebi artmaktadır. Ayrıca, gelir düzeyi düşük ülkelerde hastaların hekimden kendileri veya yakınlarının kullanımı amacı ile reçetelerine fazla veya pahalı ilaç yazdırma istekleri de ilaç tüketimini arttıran bir diğer faktördür.

İlaç ambalajının tedavi dozajına göre az veya çok ilaç ihtiva etmesi, ayrıca ambalajın kendi maliyeti ilaç tüketiminin parasal değerini yukarı çeken bir masraf kalemini oluşturmaktadır. Sonuçta, ambalaj atılmakta ve evlerde kullanım süresi geçmiş, ilaç depoları oluşmaktadır.

## IV. İLAÇ PİYASASINDA FİYAT OLUŞUMUNU ETKİLEYEN DİĞER

### FAKTÖRLER

Bu bölümün ikinci ve üçüncü ayrımlarında dünya ilaç piyasalarında genel olarak arz ve talep fonksiyonlarının oluşumunu etkileyen faktörler incelendi. Sonuçta ortaya çıkan arz ve talep fonksiyonları birlikte

denge ilaç fiyatını ve denge arz ve satış miktarlarını belirlerler. Ancak tam rekabet piyasası varsayımı altında ve devletin fiyatlara müdahalesinin olmadığı bir ortamda fiyat oluşumunu bu şekilde açıklamak mümkündür. Gerçekte ise ilaç alt piyasalarında hem tam rekabet piyasaları çok az olup genellikle eksik rekabet piyasaları hakimdir hem de devlet az veya çok piyasaya müdahalede bulunmaktadır. Dolayısıyla bu iki faktörün fiyat oluşumu üzerindeki etkilerinin de daha önce yapılmış olan değerlendirmeye katılması gerekmektedir.

Aşağıda önce piyasa yapısının daha sonra devletin fiyatlara müdahalesinin fiyat oluşumu üzerindeki etkileri tartışılacaktır.

#### A. PİYASA YAPISI

Herhangi bir piyasanın yapısını belirlerken kullanılan temel ölçüler tablo 1.10'da gösterilmiştir.

İlaç piyasası tablodaki kriterler gözönünde tutulduğunda bir bütün olarak oligopol karakteri gösterir. Alt piyasalar itibariyle ise çoğunlukla oligopol, daha az sayıda monopolcü rekabet ve monopol, çok az sayıda tam rekabete yakın piyasa türlerine rastlanır.

Teropatik piyasalarda genellikle az sayıda firma toplum hasılatın önemli bir kısmını elde etmektedir. Fiyat rekabeti yerine ürün farklılaştırmasına

TABLO 1.10.

## PİYASALARIN TEMEL ÖZELLİKLERİ

	<u>Tam</u> <u>Rekabet</u>	<u>Monopol</u>	<u>Oligopol</u>	<u>Monopolcü</u> <u>Rekabet</u>	<u>Monoposon</u>	<u>Oligopson</u>
Satıcı Sayısı	Çok	Tek	Az ve Sınırlı	Tek izlenimi yaratmakla birlikte çok	Çok	Çok
Alıcı Sayısı	Çok	Çok	Çok	Çok	Tek	Az ve sınırlı
Mal farklılaş-tırması	Yok	Var	Var	Büyük ölçüde Var	Yok	Yok
Piyasaya yeni satıcıların Giriş ve piyasadan çıkış serbestisi	Var	Yok	Kısmen Var	Var	Var	Var
Haberleşme İmkanları	Mükemmel	Sınırlı	Sınırlı	Sınırlı	Sınırlı	Sınırlı
Şeffaflık	Var	Yok	Az	Az	Az	Az
Fiyat Belirleme- de Etkili Taraf	Hem alıcı Hem satıcı	Satıcı	Satıcılar	Satıcılar	Alıcı	Alıcılar
Reklam- Tanıtım	Yok	Kısmen Var	Var	Büyük Ölçüde var	Yok	Yok

(veya farklılaştırmış izlenimi vermeye) dayalı rekabet vardır. Bu rekabetin en önemli araçları; ticari marka, reklam ve tanıtım, ambalaj, patent ve yeni ürün sürümüdür. Bu araçlar kullanılırken herhangi bir fiyat indirimi yapılmadığı için, tüketici gerçek anlamda bir refah kaybına uğramaktadır.

Piyasaya yeni firma girişi patent yasası ile bir ölçüde engellenebilmektedir. Ancak bu yasayı kabul etmeyen ülkeler için her hangi bir giriş engeli

## B. DEVLET MÜDAHALESİ

### 1. Genel Durum

Gelişmişlik düzeylerine bakılmaksızın dünya ülkelerinin pek çoğu ilaçla ilgili konulara hassas bir biçimde yaklaşmaktadır. Özellikle ilaç fiyatları ülkelerin gündeminde sürekli olarak yer almaktadır. İlacın öteki tüketim mallarından farklı olarak doğrudan insan sağlığını ilgilendirmesi, konuya daha çok önem kazandırmaktadır. Bu nedenle ilaç fiyatları dolaylı yada dolaysız biçimlerde devletçe denetlenmektedir. ABD gibi ilaç fiyatlarının serbest piyasada oluştuğu ülkelerde bile dolaylı yollardan fiyat denetimleri yapılmaktadır. ABD'de, ilaç fiyatlarını denetleyen herhangi bir yasa yoktur. Üretici, toptancı ve perakendeci fiyatlarının oluşumuna pazar yön vermektedir. Ancak satın alma yöntemleri ve formülasyonla ilgili bazı sınırlandırmalar vardır. Avrupa Topluluğu'na bağlı ülkelerde ise devlet ilaç harcamalarına yönelik denetim yapabilmektedir. Bu ülkelerde ilaç harcamalarının büyük bir bölümünü reçeteli ilaçlar oluşturduğu için ilaç piyasasında monopson durumu ortaya çıkmaktadır. AT ülkelerinde genellikle dolaylı yoldan denetimler yapılmaktadır. Aşağıdaki tablodan gelişmiş ülkelerde ilaç sanayiinde siyasal otoritenin etkisi görülebilmektedir.

TABLO 1.11.

## GELİŞMİŞ ÜLKELERDE İLAÇ SANAYİNDE HÜKÜMET ETKİSİ

<u>Ü l k e</u>	<u>Yeni Mamül- lerin Emni- yet Düzeni</u>	<u>Etkin İthalatın Sınırlanması</u>	<u>Fiyat Kontrolleri</u>	<u>Patent Sistemi Mamül veya Prosesler</u>	<u>Belirli Finansal Teşvik</u>
A.B.D.	Evet	Belki	Hayır	İkisi de	Hayır
İngiltere	Evet	Hayır	Evet	İkisi de	Hayır
Fransa	Evet	Evet	Evet	İkisi de	Evet
Almanya	Evet	Hayır	Hayır	İkisi de	Hayır
İsviçre	Evet	Hayır	Hayır	İkisi de-prosesler 1975'e kadar	Hayır
Japonya	Evet	Evet	Evet	İkisi de-prosesler 1976'ya kadar	Hayır

Kaynak: OECD Raporları.

AT'ta ulusal otoriteler ilaç fiyatlarına müdahale ederken çelişen amaçları da dengelemek durumunda kalmaktadırlar. Bir yandan ulusal sağlık harcamalarını azaltmak için, iyi kalite ilacı en uygun fiyatla sağlamak isterken diğer yandan da yerli ilaç endüstrisinin yatırımlarını artırıcı, Ar-Ge harcamalarını özendirici ve ihracatı kolaylaştırıcı yeterli bir fiyat düzeyi oluşturmak istemektedirler. Toplulukta Danimarka ve F. Almanya dışında piyasaya çıkarılmış ilaçların fiyatlarının önemli ölçüde yükseltilebilmesi devletin onayına bağlıdır. Bazı ülkeler fiyat artış taleplerine ancak üretim maliyeti arttığında izin vermektedir. Bazıları ise referans ülkelerdeki fiyatların artması halinde fiyat artış taleplerini olumlu karşılamaktadır.

İlaç sanayiinin geliştiği ülkelerde benimsenen fiyat politikaları, yaratıcı ve yeni ürünleri geliştirmeye önem veren firmaların lehine olmaktadır.

İlaç endüstrisinin gelişmediği ülkelerde ihtiyaç ithalatla karşılanmaktadır. Bu ülkelerde devlet genellikle ilaç faturasının hafifletilmesine öncelik veren fiyat politikaları uygulamaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerin ilaçların üretim ve satışlarını denetlemek için kullandıkları başlıca yöntem ise, ilaç ve ilaç üretiminde kullanılan ara maddelerin fiyatlarının devlet tarafından belirlenmesidir. Bu ülkeler genelde her ilaç için bağımsız

olarak fiyat saptadıkları gibi üretici kârını sınırlamak yoluna da gitmektedirler(26). Bu ülkelerin sınırlamaları arasında tescilli markaların ve ilaç sanayiinde yabancı sermayenin sınırlandırılması, patent koruması, miktar denetimi, ithalatını yaptıkları maddelerin cins ve fiyatlarının denetimi sayılabilir.

## 2. İlaç Fiyatlarının Doğrudan Denetimi

İlaç fiyatları dolaylı olarak denetlenebildiği gibi doğrudan da denetlenebilmektedir. Doğrudan denetlemede ilaçların maliyetlerinin hesaplanmasıyla ilgili çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. Bu yöntemlerin başlıcaları dört tanedir(27).

### **a. Birim Maliyete Dayalı Fiyat Yöntemi**

Bu yöntemde, toplam masraflar mamul üretim miktarına bölünmekte, elde edilen birim maliyet belli bir katsayı ile çarpılarak fiyata ulaşılmaktadır.

---

(26) Shelia K. Fiter and Talat Rahman, The International Pharmaceutical Industry And Developing Countries: A Review of Economic and Regulatory Trends, Washington, 1983.

(27) Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, Türkiye ve Dünya'da İlaç Endüstrisi, Seminer. Ankara 6-8 Mayıs 1974, s.105.

Birim maliyete dayalı fiyat yönteminde maliyet ne kadar fazla olursa, üretici kârı da o oranda artacaktır. Bu nedenle üreticiler maliyeti mümkün olduğunca yüksek göstermeye çalışırlar. Onun için pahalı ve üretim süreci kısa olan ilaçların üretimi özellikle tercih edilecektir.

#### **b. Standart Birim Maliyete Dayalı Fiyat Yöntemi**

Ana ilkeler açısından, birim maliyete dayalı fiyat yöntemine benzemektedir. Ancak bu yöntemde, şirketlerin gerçek maliyetlerinin yerini standart maliyetler almıştır. Her masraf için belli standartlar saptanmıştır. Üreticinin kâr edebilmesi için bu standartların altına inmesi gerekmektedir. Bu nedenle üreticiler hakiki maliyetle, standart maliyetin arasındaki farkın en fazla olduğu ürünleri üretmek istemektedirler. Üreticiler fiyat aldıktan sonra masrafların en az düzeyde olmasını arzulamaları nedeniyle kalitenin bozulması söz konusu olabilmektedir. Standartların değişen koşullara uyabilmesi için sıklıkla değişmesi zorunluluğu vardır. Yöntemin faydalı olabilmesi için, kalite denetiminin iyi yapılması ve standartların gerçeğe uygun olarak tespit edilmesi gerekmektedir.

### c. Birim Üretim Maliyetine Dayalı Fiyat Yöntemi

Birim üretim maliyetine (sınai maliyete) dayalı fiyat yönteminde, hammadde, yardımcı maddeler, işçilik ve genel üretim giderleri birim üretim giderlerini (sınai maliyeti) oluşturur. Kalite kontrol giderleri de üretim giderlerinin içindedir. Fiyat saptanırken birim başına sınai maliyet bir katsayı ile çarpılır. Üreticinin genel masrafları ve kârı bu bölümün içinde yer almaktadır. Başka bir deyişle fiyat tesbit edilirken doğrudan göz önünde tutulamayan genel idare giderleri, finansman, satış ve tanıtım ve araştırma giderleri ile firmanın kârı sınai maliyetin belli bir katsayı ile çarpılması sonucu bulunur. Firmaların kârlarını arttırmak için sınai maliyeti yüksek tutmaları, ve doğrudan göz önünde tutulamayan giderlerini de azaltmaları gerekmektedir.

Sınai maliyete dayalı fiyatlandırma yönteminin birim başına toplam maliyete dayalı yöntemden bazı önemli farklılıkları vardır. Uygulanması daha kolay olup, firmaların kârlarını arttırmaları için üretim dışı giderlerini düşürme zorunlulukları vardır. Üretim dışı giderleri endüstride üretilen çeşitli ürünlere paylaştırma sorunu da ortadan kalkmıştır. Bu yöntemin uygulanmasındaki en önemli işlerden biri fiyatlamada kullanılan katsayının saptanmasıdır. Katsayı yüksek tutulursa küçük işletmeler de korunmuş olur.

#### d. Standart Birim Üretim Maliyetine Dayalı Fiyat Yöntemi

Bu yöntemde üretim giderleri standart olarak saptanmaktadır. Sistemin amacı üretim masraflarını artırarak kârı artırma eğilimini ortadan kaldırmaktır. Firmalar standart maliyetleri yüksek, tüketimi fazla, üretim süreci kısa olan ürünlere yönelirler. Yöntemin faydalı olabilmesi için standartlar saptanırken özen gösterilmelidir. Ayrıca katsayılar seçilirken değişik üretim süreçleri gerektiren ürünler için ayrı ayrı katsayılar kullanılmalı, standartlar değişen koşullara göre yenilenebilmeli ve kalite kontrolüne önem verilmelidir.

### 3. İlaç Fiyatlarının Dolaylı Denetimi

İlaç fiyatları devletçe dolaylı olarak da denetlenebilmektedir. Devletin başlıca dolaylı denetim yöntemleri aşağıdadır:

#### a. Yatırım Kârlılığı Pazarlığı

İlaç firmaları ile fiyatları denetleyen kurum arasında yatırım kârlılığı pazarlığı yapılır. Yatırım kârlılığı saptandıktan sonra ilaç fiyatları firmalar tarafından belirlenir. Firmalar belli dönemlerde muhasebelerine ilişkin bilgileri ve gerekli öteki

bilgileri denetleyici kuruma vermektedirler. Bu yöntem firmalara büyük rahatlık getirmektedir. Yatırımlarını artırabilirler. En son gelişmiş teknolojilere kullanabilirler. Firmalar değişik ilaçları gerektiği kadar üretebilirler. Genellikle rekabetin arttığı ve yüksek kaliteli üretimin yapıldığı söylenebilir. ancak fiyat esnekliği az olan ilaçların fiyatları çok daha yüksek olmaktadır.

### **b. Dış Fiyatlarla İç Fiyatların Denetimi**

Dış fiyatlar, ithalat veya ihracat fiyatlarıdır. Bu fiyatlardan bir tanesi fiyat denetiminde kullanılabilir. İlaç fiyatlarını firmalar kendileri belirlemektedir. Üst fiyat ithalat veya ihracat fiyatı olmaktadır. Bu yöntemin kullanılması sonucu ülkede dış rekabete açık firmalar kurulacaktır. Kalite yüksek olup fiyatlar dünya fiyatlarına uygun olarak belirlenmektedir. Yerli ilaç sanayiinin gelişimini engelleyen bir yöntem olduğu söylenebilir.

### **c. Sosyal Güvenlik Kurumları İhaleleri İle Fiyat Denetimi**

Bir çok ülkede sosyal güvenlik kurumları en önemli ilaç tüketicisidir. Bu kurumların çok güçlü pazarlık olanakları vardır. Pazarlık sonucu en uygun kalite ve fiyattan ilaç satın alınabilir. İlaç sanayiinde

fiyat ve kalite en önemli rekabet unsuru haline gelir. Öteki piyasa fiyatları da Sosyal Güvenlik Kurumu'nun uyguladığı fiyatı uygularsa fiyatların düşük seviyede oluşması sağlanabilir. Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumları kendileri ruhsat alarak, ilaçlarını ihale ile ilaç firmalarına yaptırabilirler.

Avrupa Topluluğunda yeni bir ürünün fiyatlandırılmasında dört temel mekanizma kullanılmaktadır.

- Maliyet + Kâr Yöntemi: Fiyat her ürün için üretim maliyetine göre belirlenmektedir. Yunanistan'da bu yöntem uygulanmaktadır.

- Yurtiçi Fiyat Karşılaştırması Yöntemi: Her yeni ürün fiyat alırken piyasadaki benzer ürünlerle karşılaştırılır. Yeni ürünün fiyatı belirlenirken varsa araştırma primi ve tedavi üstünlüğü primi eklenir. Fransa'da bu yöntem uygulanmaktadır.

- Uluslararası Fiyat Karşılaştırma Yöntemi: Uluslararası fiyatlar referans alınır. Her yeni ürünün fiyatı uluslararası karşılaştırma yapılarak saptanır. İspanya ve Portekiz bu yöntemi uygulayan ülkelere örnek olarak gösterilebilir.

- Kâr Denetimi Yöntemi: Üretici fiyatını serbestçe belirlemekte, ancak üreticinin genel kârlılığı denetlenmektedir. İngiltere buna örnek ülke olarak gösterilebilir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL ÖZELLİKLERİ VE FİYAT OLUŞUMU AÇISINDAN TÜRKİYE İLAÇ PİYASASI

#### I. PİYASANIN GENEL GÖRÜNÜMÜ

Türk ilaç piyasasının genel çerçevesinden bahsedilirken önce piyasanın ortaya çıkışı ve günümüze kadar olangelişimine kısaca değinilecek daha sonra ise temel ekonomik özellikleri incelenecektir.

#### A. TARİHSEL GELİŞİM

Cumhuriyet öncesinde Türkiye'de ilaç üretimi küçük çapta ve eczanelerde gerçekleştirilmiştir. Ülkede ilk ilaç 1895 yılında resmi izinle "Pertev Şurubu" adı altında piyasaya verilmiştir(1). 1920'lerde

---

(1) Acta Pharmaceutica Turcica, Vol.XXXI, S.2, 1989.

Ülkede üretilen ilaç sayısı 30 dolayındaydı ve ihtiyaç genellikle ithalat yoluyla karşılanmaktaydı. Bu ilaçların kalite ve fiyatları ile ilgili hiçbir denetim olmadığı gibi ruhsat alma zorunluluğu da yoktu. Bu konuda ilk devlet denetimi 1924'de getirilmiş ve ilaç ithalatı ve satışı konularında ruhsat alma zorunluluğu konulmuştur. 1928'de çıkarılan 1262 sayılı yasa çerçevesinde ilaç piyasasında köklü yeniliklerin yapılması amaçlanıyordu. Bu yasa ile ilacın ruhsatlandırılması, üretimin denetlenmesi, ithalatı, ambalajlanması ve tanıtımı ile ilgili çeşitli kurallar getirilmiştir. Bu yasa yerli ilaç sanayiine ithalatı yapılan ilaçların üreticileri ile eşit koşullarda rekabet edebilmeleri imkanını kazandırmıştır(2). Ancak ilaç fiyatlarının belirlenmesi konusunda açık hükümler taşımadığı için yatırımcıların bazı kuşkulardan kurtulup yatırım yapmaya özendirilmeleri konusunda yetersiz kalmıştır.

2. Dünya Savaşı, Almanya'dan yapılan hazır ilaç ithalatının daralmasına yol açmış, üretim ABD ve İngiltere'den ham madde sağlanarak yurt içinde gerçekleştirilmiş, pek çok yeni tesis devreye girmiş ve üretim miktarı artmıştır. Yine de yurt içi talep tam olarak karşılanamamıştır.

---

(2) TBMM, İlaç Araştırma Komisyon Raporu, 1969, s.13.

2. Dünya Savaşı'ndan sonra özellikle 1950-1953 arasında ithalatta liberasyon politikasının etkisiyle gerek ilaç ithalatı gerekse de yerli ilaç sanayiinin gereksinimi olan makina ve ham madde ithalatı kolaylaşmıştır. Bu dönemde sanayinin finansmanı açısından yeni imkanlar sağlanmıştır. Sınai Kalkınma Bankası ise uzun vadeli ve düşük faizli krediler vererek yerli sanayiye destek olmaya başlamıştır(3).

1953 yılından itibaren ortaya çıkan döviz darboğazı toplam ithalatta ve dolayısıyla ilaç ithalatta kısıtlamalara gidilmesine yol açmıştır. Bu durum yerli sanayinin işine yaramış ve yerli üreticiler ürünlerini kolayca pazarlama imkanına kavuşmuşlardır. Genellikle hammaddesi ithal edilen ve tablet, şurup, ampul şeklinde piyasaya sürülen ilaçlara yönelik üretim artmıştır. Bu ilaçların bir kısmı lisans anlaşmaları aracılığı ile büyük yabancı firmalarla sağlanan işbirliği çerçevesinde üretilmiştir.

1954'te çıkarılan 6224 sayılı Yabancı Sermaye Yasası ile dış yatırımcılara sağlanan teşvikler ilaç sanayiinde yatırım yapan yabancı şirket sayısının 1960'ta 13'e kadar çıkmasına yol açmıştır.

---

(3) Nitekim Eczacıbaşı, İbrahim Ethem, Mustafa Nevzat, Abdi İbrahim bu dönemde kurulan veya gelişen firmalar arasındadır.

"İlaç aktif maddesi imal ederler, Ortadoğu'daki en büyük ilaç sanayiine sahip oluruz" düşüncesi ile iyi koşullar altında ülkeye gelmeleri sağlanan yabancı ilaç firmaları, genellikle dünyada ün yapmış firmaların aynı isim altındaki yavru (bağlantılı) şirketleri olarak kurulmuşlardır. Bu firmaların hiçbirisinin kuruluş kararnamesinde ilaç hammaddesi üreteceklerine dair bir kayıt yoktur ve nitekim gerçekte de üretmemişlerdir. 1960'lı yıllarda kurulan bazı yabancı firmalar da ilaç ham maddesi üretme taahhütünde bulunmuşlar, ancak üretmemişlerdir.

1961 yılında patentin kaldırılması ile yerli firmaların yabancılar karşısında patentsiz üretim yapma imkânı ortaya çıkmıştır. Bunun sonucunda 1960'lı yılların ortalarından itibaren ilaç sanayiinde yerli ve yabancı firmalar arası rekabet hızlanmıştır.

Günümüzde yerli ve yabancı ilaç üreticisi firmalar ilaca yönelik yurt içi talebin tamamına çok yakın bir bölümünü karşılayabilecek duruma gelmiştir.

## B. TEMEL EKONOMİK ÖZELLİKLER

İlaç piyasasınının üretim, tüketim, istihdam, dış ticaret, yatırım, teknoloji ve dağıtım kanalları açısından temel ekonomik özellikleri aşağıda incelenmiştir.

## 1. Üretim

Türkiye'de ilaç üretimi özel sektör ve kamu kuruluşlarına ait firmalar tarafından yapılmaktadır. Diğer taraftan üretimin çok küçük bir kısmı (tahminen %1'i civarında bir bölümü) eczaneler tarafından gerçekleştirilmektedir(4).

Kamu sektöründe yer alan üretici kuruluşlar; SSK İlaç Fabrikası, Milli Savunma Bakanlığı'na ait ilaç fabrikaları, Kızılay Plasma Fraksiyon Laboratuvarları, Bolvadin Alkoloid Fabrikası ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü'dür. SSK İlaç Fabrikası ve MSB'na ait ilaç fabrikaları üretimlerini kendi gereksinimlerine dönük olarak yapmaktadırlar.

---

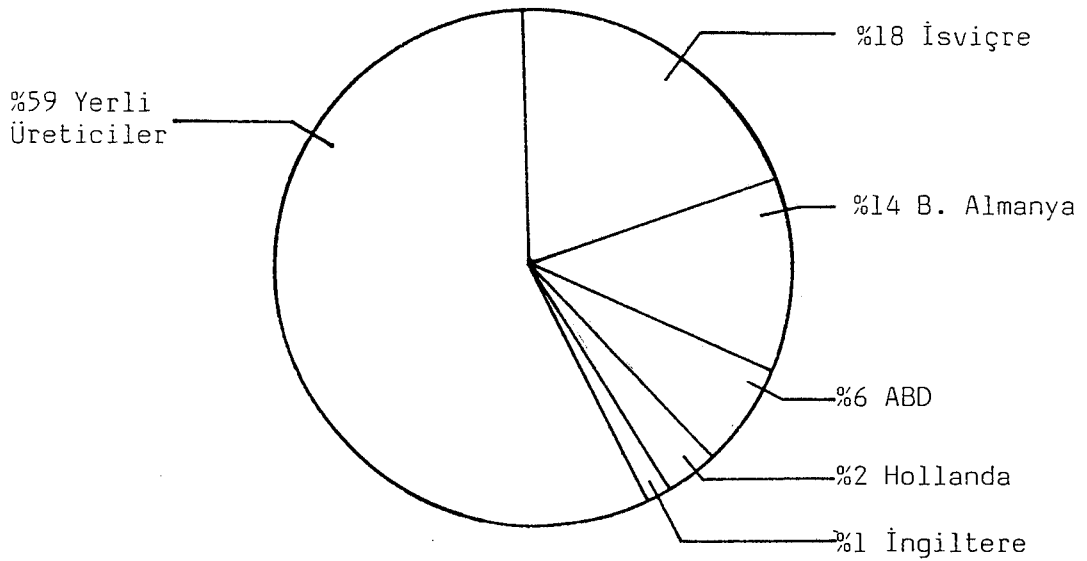
(4) Eczacıların usulüne uygun bir biçimde düzenlenen hekim reçeteleri karşılığında eczanelerinde değişik fiziki şekillerde hazırladıkları ilaçlar "Majistiral İlaç" olarak adlandırılır. Sanayi ölçekli üretimin devreye girmesiyle eczanelerde üretim giderek azalmıştır. Günümüzde majistiral ilaç üretimi bazı ülkelerde hâlâ önemli boyuttadır. B. Almanya'da ve Belçika'da tüm ilaç üretiminin sırayla %6 ve %13,5'ünü bu tür ilaçlar oluşturmaktadır. Türkiye'de majistiral ilaç fiyatlandırması SSB'nın yayınladığı listelere göre yapılmaktadır.

Özel sektöre ait üretici firma sayısı 119'dur(5). Bunlardan 110 tanesi yerli, 9 tanesi yabancı firmalardır. Ancak 9 yabancı firma toplam satış hasılatının %41'ini sağlarken 110 yerli firma kalan %59'unu gerçekleştir- mektedir. Satış hasılatının başlıca üretici kesimlere dağılımı aşağıda gösterilmiştir.

ŞEKİL 2.1.

SATIŞ HASILATININ ÜRETİCİLERE GÖRE DAĞILIMI

(1987)



Toplam sayısı 9 olan yabancı firmaların 3'ü İsviçre, 2'si B. Almanya, 2'si ABD, 1'i Hollanda 1'i İngiltere kökenlidir. Bu firmalardan beşi dünyanın en büyük on ilaç firması arasında yer almaktadır(6).

(5) İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, 101 Soru 101 Yanıt, İstanbul, 1989, s.13.

(6) Bu beş firmadan Sandoz, Roche, Ciba-Geigy İsviçre, Bayer B. Almanya, Pfizer ABD kökenlidir.

İlaç sanayiinin önde gelen ellidört firmasının 1982-1987 yılları arasındaki üretim miktarları ve değerleri tedavi gruplarına göre sınıflandırma yapılarak aşağıda Tablo 2.1. ve 2.2.'de sunulmuştur. Bu tablolardan izlenebileceği gibi bazı tedavi gruplarında üretim gerek miktar, gerekse sabit fiyatlarla değer olarak sürekli artarken, bazılarında istikrarsız bir seyir izlemekte, bazılarında ise azalmaktadır. Toplam üretim miktarı ve değeri ise yılda ortalama %2-3 civarında bir oranda artmaktadır. Tabloda gösterilmeyen 1979-1982 döneminde bu artış oranının yılda ortalama %20 civarında gerçekleşmiş olduğu dikkate alınırsa 1982'den sonra ilaç sanayiinin üretiminin miktar ve değer olarak hızlı bir gelişme göstermediği ancak, yavaş bir artış trendi içinde olduğu söylenebilir(7).

Türkiye'de 2163 çeşit ilaç üretilmektedir. Değişik sunuş biçimleri gözönüne alınırsa (tablet, ampul, şurup, damla, kapsül vs.) bu sayı 3155'e ulaşmaktadır. Brezilya İlaç Endüstrisi kuruluşu

---

(7) Bu pazarın gelecek 5 yıldaki büyüme trendini hesap etmek üzere bir uluslararası kuruluşa yaptırılan eğilim araştırmasına göre 1991'de 655, 1992'de 712, 1993'de 682, 1994'te 748 milyon dolarlık ilaç satış değerine erişilebilecektir. Bu çalışmada enflasyon beklentisi ve döviz kuru politikasındaki yanlış beklentilerden kaynaklanan sorunlar nedeniyle pazarın düşük seviyede bir büyüme performansı gösterebileceği iddia edilmektedir.

TABLO 2.1.  
TEDAVİ GRUPLARINA GÖRE İLAÇ ÜRETİMİ

Sıra No.	T E D A V İ G R U B U	Y	I	L	L	A	R	Birim: 1000 Kutu	
		1982	1983	1984	1985	1986	1987		
1	Sindirim Sistemi İlaçları, antiasitler antispazmodik ve antiemetikler vs.	29.097	35.977	35.032	35.964	35.879	39.137		
2	Karaciğer ve Safra Yolları İlaçları	2.448	1.108	672	940	924	788		
3	Barsak Antiseptikleri, Antiparazitler, Laksatifler	7.712	11.387	16.200	14.848	13.760	15.924		
4	Antidiabetikler	2.638	934	1.440	1.497	1.584	3.151		
5	Antistaminikler	7.700	7.918	7.618	7.686	8.557	8.947		
6	Vitaminler, Antianemikler, Tonikler, İştah Açıcılar, Anabolizanlar, Mineraller	48.788	43.650	45.674	48.032	44.588	47.936		
7	Kanla İlgili İlaçlar(Antikoagülanlar) Kan Kesiciler	2.216	4.015	3.508	4.593	4.462	5.295		
8	Kalp ve Damar Hastalıkları İlaçları	10.662	10.266	11.180	12.669	13.040	13.849		
9	Tansiyon Düşürücüler ve Diüretikler	6.402	5.608	5.354	6.624	6.144	7.161		
10	Dermatolojikler	21.703	23.693	25.296	22.985	28.058	31.002		
11	G.U. Sistem İlaç, Hormonlar, Vajinal İlaçları	23.527	20.852	22.267	21.484	24.031	23.924		
12	Antibiyotikler, Sülfamidler	129.248	121.052	136.703	141.557	140.333	144.105		
13	Tüberküloz ilaçları	3.065	2.332	2.269	2.468	1.918	2.333		
14	Antiromatizmal, Miorelaksan İlaçlar	20.256	23.533	24.115	23.866	26.809	28.018		
15	Anestezikler, Analjezikler	100.143	130.359	135.940	133.920	139.562	144.451		
16	Antiepileptikler	875	1.573	1.272	1.862	1.752	13.738		
17	Antiparkinson İlaçları	562	675	606	670	748	863		
18	Trankilizanlar, Uyku İlaçları ve Diğer Sinir Sistemi İlaçl.	16.167	17.788	15.586	15.734	15.449	17.705		
19	Astım İlaçları	6.153	7.906	8.970	6.940	7.414	8.166		
20	Soğuk Algınlığı ve Öksürük İlaçları	22.280	27.499	28.210	30.610	29.610	37.570		
21	Kulak, Burun ve Göz İlaçları	15.275	11.331	12.004	12.433	13.077	14.356		
22	Kanser İlaçları	124	232	303	290	295	369		
23	Parantral Solüsyonlar	6.930	13.892	12.193	12.771	18.364	27.234		
24	Diğerleri	49.455	25.523	31.138	29.045	28.025	21.329		
TOPLAM		533.416	549.103	583.550	589.498	604.383	657.350		

Kaynak: DPT

TABLO 2.2.

Sıra No.	T E D A V İ G R U B U	TEDAVİ GRUPLARINA GÖRE İLAÇ ÜRETİMİ					(1987 Yılı Fiyatlarıyla)	
		Y	I	L	L	A	R	Birim: Milyon TL.
		1982	1983	1984	1985	1986	1987	
1	Sindirim Sistemi İlaçları, Antiasitler, Antispazmodik ve Antienetikler v.s.	21.272	26.302	25.611	26.293	26.230	28.613	
2	Karaciğer ve Safra Yolları İlaçları	1.556	704	427	598	587	501	
3	Barsak antiseptikleri, antiparazitler, laksatifler	2.171	3.205	4.560	4.179	3.873	4.482	
4	Antidiabetikler	4.032	1.427	2.201	2.288	2.421	4.816	
5	Antihistaminikler	5.271	5.420	5.215	5.262	5.858	6.125	
6	Vitaminler, antianemikler, tonikler, iştah açıcılar, anabolizanlar, mineraller	31.763	28.418	29.736	31.271	29.029	31.209	
7	Kanla ilgili ilaçlar (antikoagülanlar) kan kesiciler	1.327	2.404	2.101	2.751	2.672	3.171	
8	Kalp ve Damar Hastalıkları İlaçları	10.558	10.166	11.071	12.545	12.913	13.714	
9	Tansiyon düşürücüler ve diüretikler	6.796	5.953	5.684	7.032	6.522	7.602	
10	Dermatolojikler	11.839	12.877	13.748	12.492	15.249	16.849	
11	G.U. Sistem İlaç, Hormonlar, Vajinal İlaçları	17.136	15.187	16.218	15.648	17.503	17.424	
12	Antibiyotikler, Sülfamidler	110.765	103.741	117.154	121.314	120.265	123.498	
13	Tüberküloz İlaçları	4.182	3.182	3.096	3.367	2.617	3.183	
14	Antiromatizmal, Miorelaksan İlaçlar	19.840	23.050	23.620	23.376	26.259	27.443	
15	Anestezikler, analjezikler	51.368	66.868	69.730	68.694	71.588	74.096	
16	Antiepileptikler	208	374	303	443	417	3.268	
17	Antiparkinson İlaçları	962	1.155	1.037	1.147	1.280	1.477	
18	Trankilizanlar, Uyku İlaçları ve Diğer Sinir Sistemi İlaçl.	13.680	15.052	13.189	13.314	13.073	14.982	
19	Astım İlaçları	3.753	4.822	5.471	4.233	4.522	4.927	
20	Soğuk Algınlığı ve Öksürük İlaçları	7.666	9.462	9.706	10.536	10.188	12.927	
21	Kulak, Burun ve Göz İlaçları	4.604	3.415	3.618	3.747	3.941	4.327	
22	Kanser İlaçları	1.052	1.968	2.570	2.460	2.502	3.130	
23	Parenteral Solüsyonlar	834	1.672	1.467	1.537	2.210	3.277	
24	Diğerleri	22.403	16.723	20.402	19.030	18.362	13.975	
	TOPLAM	355.038	363.547	387.935	393.557	400.081	425.070	

Kaynak: DPT.

ABİFARMA'nın 1987 yılında yaptığı bir araştırmaya göre bu sayı ABD'de 60.000, İtalya'da 12.000, F. Almanya'da 8.850, Brezilya'da 6.000 ve İspanya'da 4.000 dolayındadır.

İlaç fabrikalarının üretim kapasitelerini kullanma durumları fiyat politikalarını etkilemektedir. Tablo 2.3'de fiziki şekillere göre kurulu kapasite ile kullanılan kapasite görülmektedir(8). Kullanılan kapasite oranı yaklaşık %62.6 oranında olup, kullanılmayan kapasite oranı ise %37.4'tür. Maliyetler içinde değişmez gider payının %50 olduğu varsayılırsa, kapasitesinin tam kullanılmaması sonucu değişmez giderlerin maliyeti %17 oranında artırdığı söylenebilir. Atıl kapasiteye neden olarak ilaç sanayiinde üretimin özellikleri(9), deneme süreleri, GMP nedeniyle yeni makinelerin devreye sokulamaması gösterilebilir.

---

(8) DPT, Türk İlaç Sanayiinin AET Karşısındaki Rekabet İmkanları Özel İhtisas Kom. Kimya San. Alt Komisyonu Beşeri İlaç Sanayii Grubu Raporu, Ankara, 1986, s.11.

(9) İlaç sanayiinde aynı makinada değişik sayıda bileşimi farklı ilaç üretilebilir. Ayrıca drage olarak kullanılan bir ilaç toz, granül, tablet kaplama ve cila işlemlerinden geçer. Tabloda yalnızca kaplama ve cila işlemleri ile ilgili kapasite yer almaktadır.

TABLO 2.3.  
FARMASÖTİK ŞEKİLLERE GÖRE KURULU KAPASİTE VE KAPASİTE KULLANIM DURUMU  
(1986)

Sıra No.	A n a M a l l a r	Kapasite Birimi	Kurulu Kapasite	Kullanılan Kapasite	Kapasite Kullanım Oranları (%)
1	Toz/Granül Üretimi	Ton	6.640	5.314	0,800
2	Tabletler	Ton	5.200	3.190	0,613
3	Drajeler	Ton	1.900	1.202	0.632
4	Kapsüller				
	a. Sert jelatin kapsüller	Ton	765	331	0,432
	b. Yumuşak jelatin kapsüller	Ton	50	13	0,260
5	Şurup ve süspansiyonlar, Damlalar	Bin Lt.	15.274	9.440	0.618
5	Parenteral preparatlar				
	a. Ampuller	Bin adet	316.610	204.248	0.645
	b. Likit flakonlar	Bin adet	13.308	6.941	0.521
	c. Toz flakonlar	Bin adet	77.660	44.343	0.570
	d. Serumlar	Bin adet	25.180	15.641	0.621
7	Liyofilize preparatlar				
	a. Ampuller	Bin adet	6.215	4.195	0.674
	b. Flakonlar	Bin adet	6.407	2.672	0.417
8	Pomatlar	Ton	4.572	2.641	0.577
9	Suppozituar ve ovüller	Ton	444	229	0.515
10	Flaster ve Yakılar	m <sup>2</sup>	572	320	0.559
	TOPLAM		480.807	300.729 (%62,6)	
	Atıl Kapasite			180.078 (%37,4)	

Kaynak: DPT.

Türk ilaç sanayiinde başvurulan üretim yöntemlerinden birisi de fason üretimdir. Bazı ilaç firmalarının üretim yerlerinin olmamasına karşın ellerinde S.S.Y.B.'dan aldıkları ilaç ruhsatları vardır. Bu ruhsatlara dayalı olarak ilaç fabrika veya laboratuvarlarında fason olarak ilaçlarını ürettirebilirler. Bunun dışında, ilacı üretecek yeri mevcut ancak kapasitesi yetersiz olan öteki bazı firmalarda bu üretim tarzını benimseyebilirler. Fason üretim yaptırmak isteyen firma S.S.Y.B.'dan üretim için gerekli izin aldıktan sonra malzemelerini vererek istediği ilaçları ürettirebilmektedir.

Türkiye ilaç pazarının giderek büyümesi, bölge ülkeleri ile ilişkileri ve yakınlığı ile diğer bazı beklentileri nedeniyle yabancı sermayenin bazı ilaçları Türkiye'de fason olarak ürettirmesi uygulaması giderek yaygınlaşmaktadır. Sosyal güvenlik kurumlarının güvencesi altındaki nüfusun giderek artması, dış satımda görülen belirgin yükselme ve Türkiye'nin AT'a girme olasılığı yabancı sermayenin bu pazara olan ilgisinin artmasının diğer başlıca nedenleridir. Yabancı firmalar lisanslı üretim yerine "tall manufacture" dedileri fason üretim yöntemini giderek benimsemektedirler. Bu nedenle bir çok ilaç firması üretim kapasitesini artırmak istemektedir(10).

---

(10) Fason üretim için anlaşma yapan önde gelen yabancı firmaların arasında Glaxo, Merck, Servier isimli firmalar sayılabilir.

## 2. Tüketim

Türk İlaç Sanayii yurt içi tüketimin tamamına yakın bir bölümünü karşılamaktadır. Ancak son yıllarda ithalatın liberasyonu kararlarına paralel olarak mamul ilaç ithalatında da bir artış gözlenmektedir. Ülkedeki ilaç tüketimine ilişkin sağlıklı bir bilgi sahibi olmak için Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün temel olarak aldığı bazı önerileri değerlendirmekte yarar vardır. WHO ilaç sorununa yaklaşırken ölçüt olarak sağlık harcamaları içinde ilacın ekonomik payına ve yerine önem vermektedir. Bu konuda bir fikir verebilmek amacı ile aşağıda Türkiye'nin ve bazı Avrupa ülkelerinin kişi başına düşen yıllık sağlık harcamaları ve yıllık ilaç tüketim değerleri gösterilmiştir.

TABLO 2.4.

BAZI AVRUPA ÜLKELERİNDE VE TÜRKİYE'DE  
KİŞİ BAŞINA SAĞLIK HARCAMALARI VE İLAÇ TÜKETİMİ  
(1986) (1 ECU= 0.9848)

Ülke Adı	Kişi Başına Sağlık Harcaması (ECU/Yıl)	Kişi Başına İlaç Tüketimi (ECU/Yıl)
B. Almanya	1.777	119
Fransa	1.036	112
Hollanda	1.022	43
İngiltere	588	64
İsveç	1.374	75
Portekiz	111	39
Yunanistan	115	34
Türkiye	34	10

Kaynak: İEİS, Rapor, Temmuz 1989, Y.12, S.13.

Tablodan da anlaşılacağı gibi Avrupa ülkelerinde yıllık sağlık harcamalarının ve kişi başına yıllık ilaç tüketiminin en düşük olduğu ülke Türkiye'dir. WHO, sağlık harcamaları içinde ilacın ekonomik payının gelişmiş ülkelerde %7-14 arasında az gelişmiş ülkelerde ise %60-65 dolayında olduğunu bildirmektedir. Tabloda kişi başına sağlık harcamasının en çok yapıldığı ülkenin B. Almanya olduğu görülmektedir. Türkiye'de ise sağlık harcamaları içinde ilacın payı %34 civarındadır. 1988 yılı itibarıyla Türkiye'de kişi başına ilaç tüketimi 19 dolara çıkmış olmasına rağmen hâlâ çok düşüktür.

Diğer taraftan kişi başına düşen milli gelir AT ülkelerinde ortalama 7.500\$ iken, Türkiye'de 1400\$ dolayındadır. Bir malın yada hizmetin fiyatının değerlendirilmesinde gelir düzeyi şüphesiz önemli bir faktördür. Bu nedenle Türkiye'de gelir düzeyine oranla sağlık harcamaları ve ilaç harcamalarının payının başka ülkelerdekilerle karşılaştırılması yararlı olacaktır. Türkiye'de sağlık giderlerinin milli gelire oranı öteki ülkelere kıyasla oldukça düşüktür(11). 1983 yılında bu oran ABD'de %10.8, Avusturya'da %7.3, F. Almanya'da %8.2, Fransa'da %9.3, Hollanda'da %8.8, İspanya'da %6.3, Yunanistan'da %4.7 olurken Türkiye'de %3.6 düzeyinde kalmıştır.

---

(11) OECD Sağlık Raporu, 1985.

İlaç tüketim harcamalarının milli gelire oranı ise, 1985 yılı itibariyle İtalya'da %1.9, Fransa'da %1.7, F. Almanya'da %1.5, İspanya'da %1.4, Yunanistan'da %1.1, Hollanda'da %0.8, Türkiye'de %0.8 ve İngiltere'de %0.7 olmuştur(12).

Tedavi gruplarına göre ilaç kullanım oranları da bir ülkenin gelişmişlik düzeyi ile ilgili bazı ipuçları verebilmektedir. Tablo 2.5'de Türkiye'de önde gelen tedavi edici ilaç gruplarının 1988 yılı itibariyle TL ve dolar bazında değerleri ve piyasa payları görülmektedir.

Genel talebin %8.9'unu kapsayan geniş spektrumlu penisilinler tüketim içinde en büyük paya sahiptir. 1988 yılında saphalosporin grubu antibiyotikler talebin %5,5'lik bölümünü karşılamışlardır. Bu rakam 1984 yılında %1,8'de kalmıştı.

Tablodan da görüleceği gibi ilk sırada antibiyotik grubu ilaçlar yer almaktadır. Dünyada ilaç kullanımında ise ilk sırada kalp ve damar hastalıkları ilaçları bulunmaktadır. Antibiyotiklerin fazla tüketilmesinin başlıca nedenleri olarak; Türkiye'de sağlık hizmetlerinin ve koruyucu tıp hizmetlerinin

---

(12) EEC, Pharmacy Group Statistician, 1986.

TABLO 2.5.  
BAŞLICA TEDAVİ GRUPLARINA DAHİL İLAÇLARIN  
TÜKETİMİ VE PİYASA PAYLARI  
(1988)

Farmakolojik Gruplandırma	Değer (Milyar TL)	Değer (Milyon \$)	Piyasa Payı(%)
1. Genel Sistem Anti-Enfektifler	277.7	195.0	31.2
- Geniş spektrumlu penisilinler	79.2	55.6	8.9
- Sepholosporinler	49.0	34.4	5.5
- Makrolides	32.0	22.5	3.6
- Orta-kısa spektrumlu penisilinler	25.8	18.1	2.9
- Amino glikozidler	16.0	11.3	1.8
- Diğerleri	75.7	53.1	8.5
2. Sindirim Sistemi ve Metabolizma	158.4	111.3	17.8
- Vitaminler	42.7	30.0	4.8
- Antiasitler, Antiflatulant, Antipeptik ülser ilaçları	40.0	28.1	4.3
- GI Antispasmodik, Antikolinergik	16.9	11.9	1.9
- Antidiabetik tedavi	10.7	7.5	1.2
- Diğerleri	48.1	33.8	5.4
3. Merkezi Sinir Sistemi İlaçları	97.0	68.1	10.9
- Ağrı kesiciler	48.9	34.4	5.5
- Psiko analeptikler	18.7	13.1	2.1
- Diğerleri	29.4	20.6	3.3
4. Solunum Sistemi İlaçları	73.0	51.3	8.2
- Öksürük ve soğuk algınlığı ilaçları	26.7	18.8	3.0
- Bronkodilatörler, Astım ilaçları	15.1	10.6	1.7
- Antihistaminikler	13.4	9.4	1.5
- Diğerleri	17.8	12.5	2.0
5. Kardiyovasküler Sistem İlaçları	61.4	43.1	6.9
- Kalp tedavisi	14.2	10.0	1.6
- Diğerleri	47.2	33.1	5.3
6. Kas Kemik Sistemi İlaçları	51.6	36.3	5.8
- Sistem Antiromatizmal ilaçlar	32.0	22.5	3.6
- Diğerleri	19.6	13.8	2.2
7. Dermatolojik Sistem İlaçları	44.5	31.2	5.0
- Mevzii kortikosteroidler	15.1	10.6	1.7
- Mevzii mantar ilaçları	14.3	10.0	1.6
- Diğerleri	15.1	10.6	1.7
8. Üreme Sistemi ve Seks Hormon İlaçları	43.6	30.6	4.9
- Seks hormonları	23.1	16.2	2.6
- Jinekolojik anti efektifler	10.7	7.5	1.2
- Diğerleri	9.8	6.9	1.1
9. Hastane Solüsyonları	28.5	20.0	3.2
- İntravenöz solüsyonlar	22.3	15.6	2.5
- Diğerleri	6.2	4.4	0.7
10. Duyu Organları İlaçları	16.0	11.3	1.8
- Göz ilaçları	14.2	10.0	1.6
- Diğerleri	1.8	1.3	0.02

11. Sistemik Hormon İlaçları	15.1	10.6	1.7
- Sistemik kortikosteroidler	11.6	8.1	1.3
- Diğerleri	3.5	2.5	0.4
12. Kan Yapıcı İlaçlar	13.4	9.4	1.5
- Kansızlık ilaçları	9.8	6.8	1.1
- Diğerleri	3.6	2.5	0.4
13. Sitostatikler	5.3	3.7	0.6
14. Parazit İlaçları	4.5	3.1	0.5
T O P L A M	390.0	625.0	100.0

Kaynak: Çeşitli uluslararası yayınlardan yararlanılarak tarafımızca düzenlenmiştir.

yeterince gelişmemesi, eğitim düzeyinin yetersiz oluşu, doktor muayenesi için yapılacak harcamayı daha ucuza ikame etme düşüncesi ve aşırı tanıtım masrafları gösterilebilir.

### 3. İstihdam

İlaç sanayiinde yaklaşık 16.000 kişi çalışmaktadır. Hammadde üretiminde çalışanlar da bu sayının içersinde yer almaktadır. Sanayide işin niteliği nedeniyle yüksek öğrenim görmüş çalışan sayısının diğer üretim sektörlerine göre daha çok olduğu söylenebilir. Ayrıca tanıtım faaliyetlerinde çalışan sayısı da hayli fazladır. Firmalar arası rekabetin fiyat yolu ile değil de propoganda ve reklâm yoluyla yapılması bu konuda önemli bir etken olmaktadır. 1988 yılında tanıtım faaliyetlerinde yaklaşık 2337 kişi çalıştırılmıştır. Aşağıdaki tabloda 1980 ve 1988 yıllarında

sektörde çalışan sayısı karşılaştırmalı olarak görülmektedir. Hammadde üretiminde çalışan yaklaşık 2.300 kişi tabloda yer almamaktadır.

TABLO 2.6.

## İLAÇ SANAYİNDE İSTİHDAM

	<u>1980</u>	<u>1988</u>
Eczacı	189	380
Kimya Yüksek Mühendisi	120	232
Kimyager	100	200
Doktor	49	100
Biyolog	26	60
Mühendis	36	111
Ekonomist	113	267
Diğer yüksek tahsilliler	371	562
Diğer personel		
- İdari	1.708	1.498
- Teknisyen	203	416
- Laborant	97	258
Kalifiye işçi	946	1.290
Düz işçi	<u>4.195</u>	<u>6.210</u>
TOPLAM	8.153	11.584

Kaynak: Aylık Rapor, Mayıs 89, Y.2, S.11.

Sektörde, özellikle yüksek tahsilli çalışan sayısında 2 kata yakın artış görülmekte olup, bu

grubun toplam çalışanlara oranı 1980 yılında %12.3 iken 1988'de %16.5 olmuştur. Bu artışın başlıca nedeni 1984 yılından sonra uygulanmaya başlanan iyi üretim koşulları (GMP) için yapılan yatırımlardır.

İşçi saati başına düşen üretim miktarı olarak ölçülen prodüktivite oranı ise 1982'de 61.1 iken, düzenli olarak artarak 1986'da 76.5'e yükselmiştir(13).

#### 4. Dış Ticaret

##### a. İthalat

Türkiye'nin 1988 yılında yapmış olduğu toplam ithalat içinde ilacın payı %1.92 oranındadır. Yurt dışından sınırlı miktarda hazır ilaç ile önemli ölçüde ilaç yapımında kullanılan hammadde ve yardımcı maddeler satın alınmaktadır. İlaç endüstrisi yurt içi ilaç talebinin büyük bir bölümü kendini karşılayabilmektedir. 1984 yılından önce yalnız Türkiye'de üretilmeyen bazı önemli hazır ilaçların ithalatı yapılmıştır(14).

---

(13) DPT, Türk İlaç Sanayiinin AT Karşısında Rekabet İmkanları, Ankara, 1987, s.22.

(14) Bu ilaçlar kanser hastalığı tedavisinde kullanılan ilaçlar, şeker hastalığı tedavisinde kullanılan insülin gibi ilaçlar ile bazı aşı ve serumlardır.

1984 yılında çıkarılan ilaç fiyat kararnamesinde ilaç fiyatlarını düşürmek amacıyla S.S.Y.B.'nin gerekli düzenlemeleri yapabileceği belirtilmiştir. Ancak gelişmeler bu yönde olmamıştır. İlaç ithalatına getirilen kolaylıklar sonucu bazı firmalar yurt dışından zorunlu ilaçların yanısıra öteki bazı ilaçların da ithalatını yapmışlar ve ithalat hızla artmıştır. İthal edilen ilaçlar arasında Türkiye'de tamamen aynısı üretilen ilaçlar da bulunmaktadır. Aynı etken maddeyi, aynı miktarda içeren bu ithal ilaçların fiyatları yerli ilaçlara oranla çok pahalı olabilmektedir(15). Ayrıca ithalatı yapılan bazı zorunlu ilaçların eşdeğer olanları arasında da önemli farklılıklar olabilmektedir. Bu fiyat farklılıkları özellikle kanser ilaçlarında belirgin bir biçimde görülmektedir(16). Bazı ilaç firmaları ise yurt dışından hazır bir biçimde getirdikleri ilaçların dış ambalajını yaptıktan sonra pazarlamaktadır. Bu ilaçlar genel olarak antibiyotik türü ve pahalı ilaçlardır. Ancak

---

(15) Göz hastalıklarında kullanılan ithal Timoptic 0.5 damlanın fiyatı Eylül 1990 fiyatları ile 24.056 TL olup, benzeri timosol 0.5 damlanın fiyatı 8.500 TL'dir. Aynı şekilde Dexa-sine damlanın fiyatı 20.000 TL, benzeri olan Onadron damlanın fiyatı ise 5.500 TL'dir.

(16) Nolvadex 10 mg 250 tablet = 461.194 TL  
 Tomoflex 10 mg 250 tablet = 334.237 TL  
 Tadex 10 mg 250 tablet 330.961 TL'dir.

zorunlu durumlarda, başka tedavi imkanı kalmadığı zaman kullanılması gereken bu ilaçlara Türkiye'de hekim reçetelerinde çok sık rastlamak mümkün olabilmektedir(17). İthalatı yapılan hazır ilaçların tutarı 1985 yılında yaklaşık 13, 1986'da 20, 1987 yılında 40, 1988 yılında ise yaklaşık 55 milyon dolar olmuştur.

D.P.T. tarafından yapılan bir çalışmaya göre ilaç endüstrisinin yaptığı ithalatın AT ülkelerinden karşılanma oranı giderek artmaktadır.

#### **b. İhracat**

Türkiye'nin ilaç ihracat trendi giderek yükselmektedir. Hükümetin ihracata yönelik politikaları ve Sovyetler Birliği'nin son yıllardaki özel durumunun bu artışa yol açan önemli etkenler olduğu söylenebilir. Hükümet ihracatın artması için bazı teşvik tedbirleri uygulamaktadır. Bunların arasında vergi iadesi uygulaması, bazı ilaç hammaddelerinin ihracatında 1990'a kadar kg başına 15\$ dan başlayan destekleme ve fiyat istikrar fonu ödemesi yapılması gibi örnekler sayılabilir.

---

(17) Roche ilaç firması tarafından İsviçre'den ithalatı yapılan Rocephin ampul, Glaxo ilaç firması tarafından İngiltere'den ithalatı yapılan Zinacef ampul, Eczacıbaşı ilaç firması tarafından ithalatı yapılan Pipril ampul örnek olarak verilebilir. Genellikle reçeteye 10-15 adet yazılan bu ilaçlardan örnek olarak verilirse 1 gr Rocephin ampul fiyatı 61.800 TL'dir.(61.800x10=618.000) Böylece bir reçetedeki tutarı 618.000 TL olabilmektedir.

Son yıllarda hızla artan bir şekilde Sovyetler Birliği'ne yapılan ilaç ihracatı içinde %80-90 oranında ithal girdi bulunduğu, yabancı şirket ilaçlarının yerli ilaçlara tercih edildiği, yabancı ÇUŞ'lerin ise transfer fiyatlaması(18) yapmaları nedeniyle yaratılan katma değerden Türk ekonomisinin ciddi bir yararlanımı olmadığı ileri sürülmektedir(19).

VI. Beşyıllık Kalkınma Planı Kimya Sanayi Özel İhtisas Komisyonu İlaç ve Hammaddeleri Sanayi Alt Komisyonu Beşeri İlaç Grubu raporunda ise, gelişmekte olan ülkelere ve Sovyetler Birliği'ne yapılacak ihracatta ana imkanın lisansla üretilen ilaçlar ve yabancı firma ilaçlarına bağlı olduğu belirtilmektedir. Ayrıca aynı raporda Türk ilaç sanayiinin önemli oranda ihracatı gerçekleştirebilecek teknik eleman ve bilgi birikimine sahip olduğu, üretilen ilaçların kalite açısından dünya standartlarına uygunluğu ifade edilmektedir.

---

(18) Özellikle çok uluslu şirketlerde ana şirket başka bir ülkedeki yavru şirkete üretim için gerekli girdileri satarken fiyatları dünya fiyatlarının üstünde tutmakta ve yüksek kâr transferi yapmaktadır. Bu uygulamalara "transfer fiyatlaması" denmektedir.

(19) Cem Alpar, "Ekonomide Durum", Dünya Gazetesi, 28.2.1990.

İlaç sanayiinin son yıllarda gerçekleştirdiği hammadde ve mamul ilaç ihracatı aşağıda gösterilmiştir.

TABLO 2.7.

## İLAÇ SANAYİİNİN İHRACATI

(1983-1989)(Bin \$)

<u>Yıllar</u>	<u>Hammadde İhracatı</u>	<u>Mamul İhracatı</u>
1983	5.317	7.539
1984	8.196	1.399
1985	10.412	2.765
1986	15.829	4.281
1987	26.190	4.742
1988	39.778	22.851
1989(geçici)	25.400	114.000

Kaynak: İEİS, Aylık Rapor, Şubat 1990, Y.3, S.20, s.1.

Endüstrinin toplam ihracatı Sovyetler Birliği'ne yapılan ihracat nedeniyle son iki-üç yıldır büyük ölçüde artış göstermiştir. İlaç endüstrisinin ihracat yaptığı ülkeler arasında S.S.C.B.'nin yanısıra bazı Batı ülkeleri ve 3. Dünya ülkeleri de sayılabilir.

İlaç sanayiinde ihracatın ithalatı karşılama oranı ise; 1985'te %8.7, 1986'da %10.7, 1987'de %12.1, 1988'de %21.4 ve 1989'da %36.9 olmuştur.

## 5. Yatırım

Türk ilaç sanayiinde yatırım harcamaları son yıllarda önemli bir sıçrama göstermiştir. Buna neden olarak ülkemizde iyi ilaç üretim koşullarının uygulanması ve son yıllarda ihracatta görülen talep artışını karşılamak amacı ile yapılan kapasite artırıcı yatırımlar gösterilebilir. İlaç sanayiinde büyümek ve teknolojiye ayak uydurabilmek için yatırım yapılması gereklidir.

Yatırımlarda, iyi ilaç üretimi koşullarının uygulanmaya başlanması nedeniyle önemli bir artış olmuştur. Sağlık Bakanlığı 1 Kasım 1984 yılında "İspençiyari ve Tıbbi Müstahzar İmalathaneleri" Yönetmeliği'ni yayınlayarak WHO tarafından önerilen ve pek çok ülkede uygulanan iyi ilaç üretim koşullarını zorunlu hale getirmiştir. Yönetmelik 1 Kasım 1985'te uygulamaya girmiştir. GMP (Good Manufacture Practices) adı altında bilinen bu kuralları içeren yönetmelikte WHO tarafından tespit edilen üretim, kalite ve pazar denetimleriyle ilgili bilgiler bulunmaktadır. GMP'deki asıl amaç yüksek kalitede ilaç üretmek olup, ilaç üretim teknolojisi ve kalite denetiminde dünya standartlarına uyma zorunluluğu vardır. Öte yandan GMP'nin bütünleyicisi olan ve ilaç denetim uygulamalarını standardize etme ve denetim güvenilirliğini sağlamaya yönelik olarak yürürlüğe giren "İyi Laboratuvar Uygulamaları" GLP için de önemli ölçüde yatırım söz konusu olmuştur.

İlaç sanayiinde yatırımların teşvik kapsamına alınması da aynı döneme raslamaktadır. 19.4.1984 ve 18377 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "mevcut müstahzar (hazır ilaç) üretim tesislerinin modernizasyonu, yenilenmesi ve dar boğazların giderilmesi ile ilgili yatırımların teşvik kapsamına alınması" kararıyla sanayie önemli bir olanak sağlanmıştır.

Bakanlar Kurulu 31.3.1988 tarih ve 88/12811 Sayılı Kararı ile de "Yatırımların ve Döviz Kazandırıcı Hizmetlerin Teşviki ve Yönlendirilmesi" ile ilgili uygulama esaslarını belirleyen 88/3 sayılı tebliği yayınlayarak ilaç sanayiine tanınan teşvikleri genişletmiş, ilaç hammaddeleri ve müstahzar üretimi "özel" önem taşıyan sektörler arasına alınarak 12 milyar TL'yi aşan yatırımlar için %100 yatırım indirimi öngörülmüştür.

İlaç endüstrisinde son 5 yılda yapılan yatırımlar aşağıdaki tabloda görülmektedir.

TABLO 2.8.

İLAÇ SANAYİİNDE YATIRIM  
(1985-1989)(Milyon TL)

Yatırım Konusu	1985	1986	1987	1988	1989
İyi üretim uygulamaları GMP	1.939	3.757	7.275	5.187	22.127
İyi laboratuvar uygula. GLP	626	1.398	1.809	1.792	5.638
Kapasite geliştirme	2.697	4.607	7.988	9.340	19.396
Diğer yatırımlar	1.149	292	1.647	7.902	13.786
Hammadde üretimi	1.309	487	8.675	3.924	15.975
TOPLAM	7.720	10.541	27.394	28.145	76.922

Kaynak: İEİS, Aylık Rapor, Nisan 1990, Y.3, S.22, s.1.

Tablodan da izlenebileceği gibi 1989 yatırımları bir önceki yıla oranla %200'e yakın bir artış göstermiştir. Yatırımlarda GMP uygulamaları ilk sırada yer almaktadır. Yurt dışından gelen talebi karşılamak için yapılan kapasite artırıcı yatırımlar ikinci sırada, firmaların arıtma tesislerini yenileme ve modernizasyon için yaptıkları diğer yatırımlar ise üçüncü sırada yer almaktadır.

İlaç sanayiinin karlılığını belirlemede önemli bir gösterge olan yatırımların gelişimi incelenirken araştırma ve geliştirmeye ilişkin herhangi bir yatırıma raslanılmaması ise düşündürücüdür.

## 6. Teknoloji

İlaç sanayii teknolojinin hızla değişip geliştiği bir sanayi dalıdır. Teknolojinin en fazla geliştiği ülkeler bile zaman zaman kendi yarattıkları teknolojiye yetişmekte zorluk çekmektedirler. Türkiye'de de ilaç üreticileri yeni teknolojileri izlemek ve transfer etmek zorunda kalmaktadırlar. Ancak Türkiye'nin patenti kabul etmemesi nedeniyle teknoloji transferinde zorlandığı konusunda tartışmalar sürmektedir.

Türkiye'deki yasalar, ilaçta patenti kabul etmemektedir. Şu anda yürürlükte bulunan ve 23.3.1879 tarihli "İhtira Beratı" yasasında ilaç, ilaç hammaddeleri ve bunların üretim yöntemleri patent dışında

bırakılmıştır. Patentle ilgili önemli bir karar da Kurucu Meclis döneminde alınmıştır. Kurucu Meclis'e bu konu ile ilgili olarak sunulan ve patente karşı olan rapor 8.5.1961 tarihli bileşimde oybirliği ile kabul edilmiştir. Raporda: "Sanayi Bakanlığı'na başvurarak ilaçların kimyevi adları için patent alındığını, patent alanların ise tekelleşerek ülkeyi büyük döviz kaybına uğrattıkları ve halkın pahalı ilaç almasına neden oldukları" belirtilmektedir. Türkiye'de patente karşı alınmış Danıştay kararları da vardır(20).

Yeni bir ilaç hammaddesi bulan veya ilacın yapımına ilişkin bir teknik geliştiren kuruluşlar bu buluşları için patent almaktadırlar. Patent bu buluşları yapan ülkeleri korumakta ve onlara yararlı olmaktadır. Türkiye'de henüz araştırma faaliyetleri yapılmadığı için patent anlaşmasına girildiği takdirde; aynı isim altında patentli malın üretiminin yapılması, adı değişik de olsa aynı ürünün üretilmesi, patent hakkının tescilinde sır olan teknolojinin kullanılması, mümkün olmayacaktır. Sonuçta ilaç ham ve yardımcı maddelerinin alımı en ucuz ülke yerine patent sahibi

---

(20) Danıştay 12. Dairesinin 19.2.1968 gün ve 1967/76, 1968/339 sayılı kararı ile "İlaç imaline mahsus usullerin ihtira beratı olarak tescil edilemeyeceği" belirtilmiştir.

firmadan ve onun öngördüğü fiyat üzerinden yapılacak ve patentli mala ayrıca patent hakkı ödenecektir. Ulusal firmalar ise patent sahibi firmalarla anlaşmak zorunda kalacaklardır. Türkiye patent anlaşmasına girmemekle aynı buluşu yapan öteki kaynaklardan alışveriş yapma şansına kavuşmuş olmaktadır(21). Patenti alınmış bir buluşun, başkaları tarafından üretilme tekniğinin öğrenilmesi ve kullanma hakkının elde edilmesine "Lisans Anlaşması" denmektedir. Başka bir deyişle ilaç sanayiinin teknoloji temini için kullandığı olağan yol, belirli ilaçların üretimi için lisans anlaşması yapılmasıdır. Lisans karşılığı ödenen bedele ise Royalty denilmektedir.

Türkiye'de lisans anlaşmaları genellikle 5 yıl için yapılmaktadır. Anlaşma siyasi otorite tarafından onaylandıktan sonra, şartlar, yapılacak uzatmalar için de geçerli olmaktadır. Lisans için ödenen ücretler ise günün koşullarına göre değişebilmektedir. Türkiye 1950'lerin ilk yıllarında satış

---

(21) Eğer patent anlaşması sözkonusu olsa idi, örneğin etken maddesi ketotifen olan ve 30 tabletlik ambalajlarda satılan Zaditen adlı astım ilacı 22.500 TL'ye veya daha yüksek fiyattan pazarlanacaktı. Aynı ilaç ucuz hammadde temin edilerek başka bir firma tarafından 8.500 TL'ye tüketiciye sunulmaktadır.

hasılatı üzerinden %10 Royalty ödemiştir. Hükümetlerin karışması üzerine bu oran daha sonra %3'lere kadar düşmüştür. Günümüzde hammadde ve yardımcı maddelerden aşırı "transfer kârı" sağlayan yabancı firmaların royalty almadıkları söylenmektedir.

Lisans veren tarafından lisans alanla anlaşma yapılırken bazı kısıtlayıcı şartlar konabilir: Örneğin lisansör lisansını verdiği ürüne ihracat yasağı getirebilir, hammadde ve yardımcı maddeleri kendinden ya da göstereceği bir kuruluştan satın almayı şart koşabilir. Üretilen ürüne kalite denetimi ile numune gönderme zorunluluğu koyabilir, tesis ve hesapları denetlemek isteyebilir. Lisans veren için en önemli şart özel etkin maddenin kullanımı ile ilgilidir. Lisansı veren hammaddeyi denetleyemezse kalitenin de denetlenemeyeceği savını öne sürebilir. Ancak böyle bir denetim teknoloji transferine ve ülke teknolojisinin gelişmesine engel olmaktadır. Ayrıca ilaç satış fiyatlarının da artmasına yol açmaktadır. İthalatı yapılan maddelerin fiyatı dünya piyasasına uygun olarak değil, anlaşma ile belirlenmektedir. Anlaşma sonucu lisans verenler ürünlerini istedikleri fiyattan satma olanağına kavuşmaktadırlar. Hammaddenin fiyatının yüksek olması lisans alıcı için de uygun düşmektedir. Üreticilerin satış fiyatları ve kârları hammadde fiyatına bağlı olduğu için hammadde pahalı oldukça kârları da artmaktadır. Öte yandan hammaddeye

yüksek fiyatlar ödenerek yurtdışına fon aktarılabilir. Lisans alan firmanın hammaddeyi başka bir kaynaktan temin etmesinin kalite konusunda bir sorun yaratmaması gerekir. Lisans veren firmalar, anlaşma yaptıkları kuruluştan sürekli numune alarak kalite denetimi yapmaktadırlar. Kalite denetiminin lisans veren tarafından yapılması, lisans alanın kalite denetim teknolojisini geliştirmesini önler.

İstanbul Eczacı Odası tarafından yapılan bir araştırmaya göre 1987 yılında Türkiye'de lisanslı firma sayısı 147 tanedir. En çok ciro yapan 140 ilaçta yerli ilaç firmaları, 33 ilaçta 55 milyar TL'lik satışla %15 oranında bir pay alırken, yabancı lisanslı 107 ilaç 308 milyar TL ile %85'lik bir paya sahip olmuştur.

Yerli ve lisans altında üretilen ilaçların kutu olarak dağılımı aşağıdaki tabloda görülmektedir.

TABLO 2.9:

YERLİ VE LİSANSLI İLAÇLARIN ÜRETİM MİKTARLARI

(1982-1986)(Birim: 1000 kutu)

	1982	1983	1984	1985	1986
Yerli ilaçların Üretim miktarı	196.458	244.346	253.579	259.887	255.471
Lisans altında yapılan Üretim miktarı	290.100	323.473	346.789	336.409	363.181
TOPLAM	486.558	567.819	600.368	596.296	618.662

Tablodan da anlaşıldığı gibi Türk İlaç Sanayii teknolojik açıdan dışa bağımlıdır. Ulusal şirketlerin toplam üretiminin büyük bir kısmını lisanslı ürünler oluşturmaktadır.

Türkiye'nin tanınmış bir çok ilaç firması iş hacimlerini genellikle lisanslı üretim yoluyla ve yönünde geliştirmişlerdir. Yabancı lisansörlerin doğrudan üretimleri ise daha düşük düzeyde kalmıştır. Önde gelen lisanslı üretim yapan yerli şirketler ve lisansörlerinin ad ve pazar payları Tablo 2.10'da gösterilmiştir. IMS'nin bu araştırmasında lisans veren yabancı firmaların (lisansörlerin) üretimi, lisans alan ve aynı zamanda malın dağıtıcısı olan yerli firmaların üretimi içinde kabul edilmiştir.

Tablodan da görülebileceği gibi Eczacıbaşı ilaç firması özel pazarlama haklarından dolayı Turgut Holding ve Roche ilaç firmasının önünde yer almaktadır. Ancak, lisanslı üretim, lisans veren firmanın üretimi olarak kabul edildiğinde ortaya çıkan tablo oldukça farklı olmaktadır.

Haziran 1989 tarihinde sona eren ve 12 aylık bir süreyi kapsayan IMS verilerine göre firma satışları ve payları 1984 yılı ile karşılaştırmalı olarak aşağıdaki Tablo 2-11'de gösterilmiştir.

TABLO 2.10.

LİSANSLI ÜRETİCİLER VE LİSANSÖRLERİNİN İLAÇ ÜRETİMİ  
(1988 Temmuz-1989 Haziran Dönemi)

Sıra No.	D a ğ ı t ı c ı F i r m a	Değer (Milyon \$)	Pay (%)
1	Eczacıbaşı	53.96	12.46
	- Astra	1.60	0.36
	- Baxter	10.24	2.39
	- Biochemie	0.28	0.06
	- Boehringer Ing.	0.55	0.13
	- Bristol	0.57	0.13
	- Collet	1.10	0.25
	- Eaton	0.57	0.13
	- Eczacıbaşı	8.52	1.98
	- Fujisawa	2.72	0.62
	- Gerolymatos	0.15	0.03
	- Lederle	0.31	0.07
	- Leo	0.29	0.06
	- Pharmacia	0.24	0.06
	- Phillip Duphar	4.05	0.93
	- Rhone Poulenc	1.81	0.42
	- Schering Corp	5.35	1.22
	- Takeda	0.19	0.04
	- Upjohn	10.84	2.50
	- Vick Int.	1.64	0.38
	- Warner Lambert	2.94	0.69
2	Turgut	40.66	9.34
	- Abbott	4.79	1.10
	- Abfar	5.32	1.21
	- Beecham	8.22	1.87
	- Chemie Linz	0.25	0.06
	- Daichi	1.30	0.31
	- Fako.	14.19	3.26
	- MSD	0.77	0.18
	- Mallinckrodt	0.09	0.02
	- SK & F	0.29	0.07
	- Squibb	5.44	1.25
3.	Roche	38.98	9.01
4	Sandoz	21.38	4.88
5	Nevzat	21.07	4.87
	- Eli Lilly	4.57	1.06
	- Kyowa Hakko	0.16	0.03
	- Nevzat	16.17	3.74
	- Nippon Kayaku	0.07	0.01
	- Wellcome	0.10	0.02
6	Pfizer	20.72	4.81
7	Bayer	20.42	4.71
8	Ciba Geigy group	18.96	4.36

9	Deva Holdings	18.79	4.29
	- Deva	14.09	3.22
	- Farmitalia C/Erba	4.36	0.99
	- Sanabo	0.34	0.08
10	Hoechst	18.61	4.25
	- Behringwerke	0.13	0.03
	- Byk Gulden	0.20	0.04
	- Hoechst	18.28	4.18
11	Bilfar Holdings	13.62	3.14
	- Arsan	2.83	0.65
	- Bilim	5.40	1.25
	- Chugai	0.33	0.08
	- Erlen	0.03	0.01
	- Hermes	0.12	0.03
	- Natoche Navarron	0.50	0.11
	- Sterling Winthrop	0.75	0.16
	- UCB	0.97	0.22
	- Zambon	2.69	0.62
12	Birsan	12.19	2.83
	- İlsan	2.54	0.59
	- İltaş	9.62	2.23
	- Leiras	0.02	0.01
13	Schering AG	12.10	2.77
14	Etem	11.19	2.60
	- Asta	2.07	0.47
	- Etem	7.40	1.73
	- Hausmann	1.70	0.39
	- Ravensberg	0.02	0.01
15	Doğu	8.11	1.89
	- Doğu	7.34	1.71
	- Green Cross	0.21	0.03
	- ICI	0.66	0.15

---

Kaynak: IMS Raporları.

TABLO 2.11.

## LİSANSLI ÜRETİM LİSANSÖRLERİN ÜRETİMİNE DAHİL EDİLDİĞİNDE İLAÇ ÜRETİMİ

Sıra No.	Firma Adı	HAZİRAN (1989)		Sıra No.	Firma Adı	ARALIK (1984)	
		Satış (Milyon TL)	Payı (%)			Satış (Milyon TL)	Payı (%)
1	Roche	70.94	9.01	1	Roche	7.33	9.43
2	Sandoz	38.41	4.88	2	Fako	4.56	5.86
3	Pfizer	37.86	4.81	3	Sandoz	4.25	5.46
4	Bayer	37.07	4.71	4	Nevzat	3.87	4.98
5	Ciba Geigy Group	34.35	4.36	5	Deva	3.70	4.76
6	Hoechst	32.86	4.25	6	Ciba Geigy Group	3.38	4.35
7	Nevzat	29.46	3.74	7	Pfizer	3.11	4.00
8	Fako	25.65	3.26	8	Upjohn	3.03	3.90
9	Deva	25.35	3.22	9	Bayer	2.90	3.73
10	Schering A.G.	21.77	2.77	10	Hoechst	2.58	3.32
11	Upjohn	19.70	2.50	11	Schering A.G.	2.03	2.61
12	Baxter	18.80	2.39	12	Wyeth	1.81	2.33
13	Iltas	17.58	2.23	13	Squibb	1.74	2.23
14	Eczacıbaşı	15.62	1.98	14	Abbott	1.56	2.01
15	Beecham	14.75	1.87	15	Doğu	1.46	1.88

Kaynak: IMS Verileri.

Türk ulusal şirketlerinin marka payı 1984 yılına oranla gerilerken ÇUŞ'ler ve özel pazarlama hakkına sahip markaların pazardaki payı artmıştır. 1984 yılında ilk beş firma sıralamasında üç Türk firma varken 1989 yılında hiç bir Türk firması ilk beşe girememiştir. Buna göre yerli şirketlerin iç pazarda durumlarını koruyabilmek için giderek uluslararası markalara daha fazla bağımlı hale geldikleri ve bunun sonucunda da marka kullanım haklarında olabilecek değişikliklerden daha fazla olumsuz yönde etkilenebilecekleri anlaşılmaktadır.

Lisans alan firmalar teknoloji ile birlikte ilacın markasına da sahip olmak istemektedirler. Lisans vericilerin de markalarını vermekten doğan büyük çıkarları vardır. Bu firmaların ilaçları hekim ve halk kitleleri tarafından tanınmakta ve ürünleri rekabete karşı korunmaktadır. Lisans alıcılar ise pazarda tanınan bir malı rahatlıkla pazarlayabilmektedir.

Çok uluslu markalar son yıllarda ilaç pazarını önemli ölçüde etkileri altına almış ve genel satış hacmi içindeki paylarını da artırmışlardır. Aşağıda tablo 2.12.'de yalnızca özel pazarı kapsayan (kurumların tüketimi hariç) İMS 1989 verilerine göre önde gelen ürünler dolar bazında tutarları ve payları görülmektedir.

TABLO 2.12.  
SATIŞ HACMİ BÜYÜKLÜĞÜNE GÖRE İLK YİRMİBEŞ İLAÇ  
(1989)

Sıra No.	İlaç Adı	Üretici Firma	Satış (Milyon \$)	Pay (%)	1984 teki Sırası
1	Augmentin	Beecham	8.22	1.87	
2	Alfasilin	Fako	7.14	1.65	2
3	Duocid	Pfizer	6.63	1.57	
4	Lincocin	Upjohn	6.35	1.47	3
5	Bactrim	Roche	6.31	1.44	1
5	Ampisina	Nevzat	5.78	1.35	4
7	Rocephin	Roche	5.22	1.20	
8	Növalgin	Hoechst	4.57	1.04	5
9	Ranitab	Deva	4.51	1.03	
10	Voltaren	Ciba Geigy	4.40	1.02	17
11	Dextrose	Baxter	4.01	0.93	19
12	Alfoxil	Abfar	3.63	0.83	13
13	Supradyn	Roche	3.61	0.83	20
14	Tarivid	Hoechst	3.57	0.82	
15	Insidon	Ciba Geigy	3.51	0.80	
16	Cleocin	Upjohn	3.42	0.78	16
17	Claforan	Hoechst	3.15	0.73	
18	Benexol	Roche	3.13	0.72	12
19	Amoksina	Nevzat	3.04	0.70	
20	Ceclor	Lilly	2.93	0.69	
21	Longatren	Bayer	2.93	0.68	25
22	Pen-0s	Eczacıbaşı	2.90	0.67	
23	Famodin	İltaş	2.76	0.65	
24	Erythrocin	Abbott	2.75	0.63	7
25	Calcium C	Sandoz	2.75	0.63	9

Kaynak: IMS Verileri.

1989 yılında en çok satan 25 ürünün yalnızca 14 adedi 1984 yılında 25'in içine girebilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi ilk sıradaki ilk 10 ürünün 7 tanesi ilk 20 ürünün 15'i, ilk 25 ürünün 18 tanesi çok uluslu markalardır.

### 7. Dağıtım

Türkiye'de ilacın değer olarak %70'lik bölümü üretici-depocu-eczane kanalı ile tüketiciye ulaşmaktadır(22). Kalan %30'luk bölüm ise Sosyal Güvenlik Kurumları, Silahlı Kuvvetler, hastaneler ve dispanserlerin üreticilerden ihale yoluyla aldıkları ilaçlardan oluşmaktadır. Ayrıca ithalatçıların aldıkları ilaçlarda aynı kanaldan tüketiciye ulaşmaktadır. Eczaneler gereksinimlerinin büyük bir bölümünü depolardan temin edebildikleri gibi, doğrudan üreticiden veya ithalatçılardan da temin edebilmektedirler.

Türkiye'de yaklaşık 400 adet ecza deposu bulunmaktadır. Birbirinden farklı kapasitede olan depolar özel mülkiyete konu olabildikleri gibi kooperatif örgütlenmesi biçiminde de görülebilmektedir. Türkiye'de bulunan 19 Eczacı-kooperatifi, eczacıların bir araya gelerek kurdukları ekonomik meslek örgütleridir. İlaç firmalarından aldıkları ilaçları aracıyı

---

(22) Aylık Rapor, Ekim 89, s.4.

ortadan kaldırmak suretiyle ortaklarına ulaştırmaktadırlar. Kooperatifler depo satışlarının %20'sini gerçekleştirmekte olup, ülkedeki eczacıların yaklaşık %25'i bu ekonomik örgütlere ortak olmuşlardır(23).

Üretici ve ithalatçılar depo dışında SSK, Askeri hastaneler, Silahlı Kuvvetler, sağlıkla ilgili enstitüler, dispanserler ve özel hastanelere doğrudan satış yapabilmektedirler.

Türkiye'de bakkallarda ilaç satışı yasak olmasına karşın halk ilacı olarak bilinen ve günlük kullanımı fazla olan aspirin, gripin ve benzeri ilaçlar bu yerlerde satılabilmektedir. Bakkallar depo ve/veya eczane aracılığı ile bu ilaçları temin etmektedirler.

## II. ARZ YÖNÜNDEN FİYATI OLUŞTURAN FAKTÖRLER

İlaç, fabrikada üretildikten veya ithalatı yapıldıktan sonra tüketiciye ulaşınca kadar maliyet açısından belli aşamalardan geçmektedir. Bu aşamaların her birisi ilacın arz yönünden maliyetini ve dolayısıyla fiyatını oluşturan unsurlar olarak değerlendirilebilir. Türkiye'de ilaç fiyatları yasalara göre, S.S.Y.B.'inca belirlenmektedir. Bakanlık bugüne kadar

---

(23) Eskişehir Ecza-koop Çalışma Raporu, 1989, s.3.

çıkardığı çeşitli kararnamelerle ilaç fiyatlarının saptanmasında çeşitli yöntemler uygulamıştır. İlerde ayrıntılı bir biçimde inceleneceği gibi maliyeti oluşturan unsurlarve bunların belirlenmesinde uygulanacak yöntemler kararnamelerde yer almıştır. Bu bölümde maliyet unsurları ile ilgili genel bir bilgi sunulacaktır..

İlaç, yabancı bir ülkeden ithalatı yapılarak sağlanıyorsa, üretim aşaması atlanarak ithalatçı tarafından S.S.Y.B.'nın belirlemiş olduğu fiyatlandırma sistemi içinde çeşitli kanallarla tüketiciye ulaştırılmaktadır. İlaç ülke içinde üretiliyorsa arz yönünden fiyatı oluşturan maliyet unsurları şu şekilde sıralanabilir:

- Üretim maliyeti
- Üretici firma kârı
- Toptancı firma kârı
- Eczane veya perakendeci kârı
- KDV

Bu unsurlar sırasıyla aşağıda incelenecektir.

#### A. ÜRETİM MALİYETİ

Üretim maliyetini oluşturan kalemler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

1. Hammadde ve yardımcı maddeler giderleri.
2. Ambalaj malzemeleri giderleri,

3. Direkt işçilik giderleri,
4. Genel üretim giderleri,
5. Genel idare giderleri,
6. Finansman giderleri
7. Tanıtma ve pazarlama giderleri
8. Diğer giderler.

İlacın üretim maliyetini oluşturan hammadde ve yardımcı madde ile ambalaj malzemesi giderleri, direkt işçilik giderleri ve genel üretim giderleri sinai maliyet olarak tanımlanmaktadır. Sinai maliyete endirekt giderler eklenerek ticari maliyet bulunmaktadır. Endirekt giderler ise genel idare giderleri, finansman giderleri, tanıtma ve pazarlama giderlerinden oluşmaktadır.

Türkiye'de ilacın maliyet yapısı, 1989 yılı itibariyle perakende satış fiyatı 100 TL. olan bir ilaçta ortalama değerlerle aşağıdaki gibi oluşmaktadır(24).

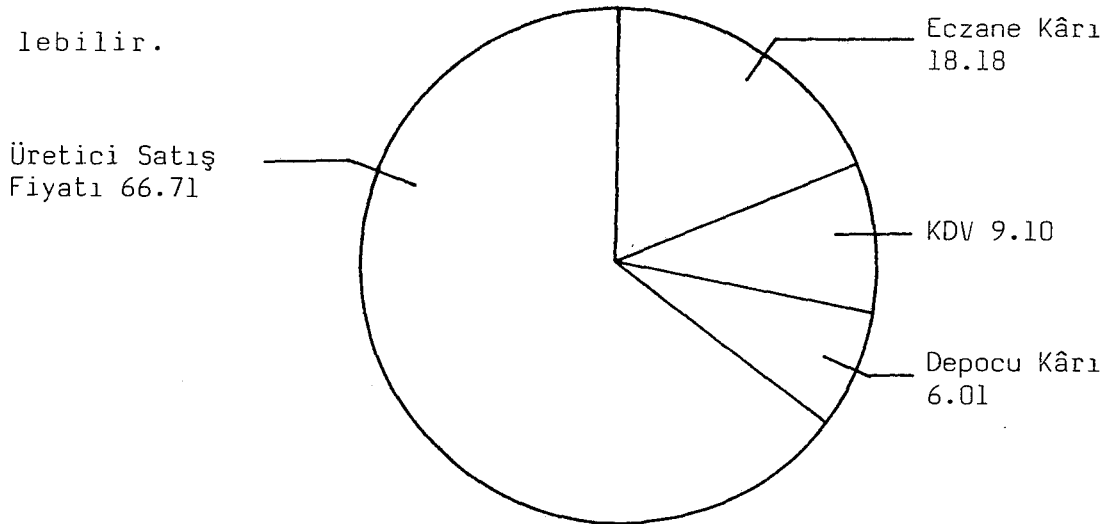
	<u>TL</u>
Hammadde	27.50
Ambalaj	5.40
İşletme giderleri	3.03
Direkt işçilik	3.95
İdare giderleri	3.08

---

(24) İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, 101 Soru 101 Yanıt, 1989, s.9.

Satış ve pazarlama	4.83
Tanıtım	2.10
Finansman	<u>8.11</u>
TOPLAM ÜRETİM MALİYETİ	58.00
Üretici kârı	<u>8.71</u>
ÜRETİCİ SATIŞ FİYATI	66.71
Depocu kârı	<u>6.01</u>
DEPOCU SATIŞ FİYATI	72.72
Eczane kârı	18.18
KDV	<u>9.10</u>
PERAKENDE SATIŞ FİYATI	100.00

Bu unsurların dağılımı aşağıdaki şemada görülebilir.



Yukarıdaki verilerden yararlanarak ilaç sanayinin maliyet yapısı şu şekilde incelenebilir:

	%
Hammadde ve Yardımcı maddeler	<u>47.4</u>
Ambalaj malzemeleri	9.3
Direkt işçilik giderleri	6.8
Genel üretim giderleri	5.2

Genel idare giderleri	5.3
Finansman giderleri	14.0
Tanıtma ve pazarlama giderleri	12.0

Maliyet yapısı içinde en önemli bölümü hammadde ve yardımcı maddelere ilişkin giderlerin oluşturduğu, finansman giderleri ile tanıtma ve pazarlama giderlerinin maliyet yapısını etkileyen öteki önemli unsurlar olduğu anlaşılmaktadır.

S.S.Y.B. tarafından 1988 yılında 7.900 TL fiyat verilen bir ilacın fiyat beyannamesi örnek olarak aşağıda yer almaktadır:

	TL
Hammadde toplamı	2.676,31.00
Fire %3	80,28.93
Ambalaj + fire toplamı	21,37.00
<u>İşçilik + üretim giderleri</u>	<u>94,80.00</u>
<u>TOPLAM SINAİ MALİYET</u>	<u>2.872,76.93</u>
İdari giderler	228,54.92
Satış gideri	442,30.40
Finans gideri	671,55.15
<u>Satış iskontosu</u>	<u>386,54.43</u>
<u>TOPLAM MALİYET</u>	<u>4.601,71.83</u>
Kâr %20	920,34.37
Firma satış fiyatı	5.522,06.02
Depocu satış (%9)	6.019,04.76
Perakendeci satış(%25)	7.523,80.95
<u>KDV'li satış (% 5)(25)</u>	<u>7.900,00.00</u>

(25) İlaçta KDV bir süre %5 olarak belirlenmiştir.

Örnekte de görüldüğü gibi hammadde ve ambalaj malzemesi fireleri maliyet içinde yer almaktadır. Ham madde firesinin normalde %1'i geçmemesi gerekmektedir. Ayrıca firmaların aracı kuruluşlara yaptıkları satış iskontoları da maliyeti etkileyen önemli bir unsur olarak görülmektedir. Üretici her türlü giderini maliyet içerisinde rahatlıkla gösterebilmektedir.

### 1. Hammadde ve Yardımcı Maddeler Giderleri

İlaç maliyetinin oluşumunda en önemli unsuru hammadde ve yardımcı maddelerin sağlanmasına ilişkin masraflar oluşturur. Çünkü bu masraflar üretim maliyetinin yaklaşık %50'lik bölümünü kapsar.

Türkiye'de ilaç hammadde sanayii müstahzar ilaç sanayiinin gösterdiği gelişimi gösterememiştir. Günümüzde yurtiçi ihtiyacın ancak %30'luk bölümü yurt içinde üretilmektedir. Hammadde üretimi konusunda önceleri yabancı sermayeye büyük ümitler bağlanmıştır. Yabancı sermayenin ülke olanaklarının yetersiz kaldığı karmaşık ve üst düzeydeki teknolojileri sağlayacağı düşünülmüştür. 1954 yılından sonra "Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu"na göre bu sektörde Türkiye'ye gelen 13 adet yabancı firmanın hiç birisinin kararnamesinde ilaç hammaddesi üreteceğine dair bir kayıt yer almamıştır(26).

---

(26) TBMM İlaç Araştırma Komisyonu Raporu, 1969, s.28.

1977 yılında yayınlanan IV. Beş Yıllık Kalkınma Plânı Özel ihtisas Komisyonu Raporunda da yabancı sermayeli firmaların kendi ihtiyaçları olan bazı maddeleri üretmeye devam ettikleri, temelden başlayarak sentezlere girmedikleri, üretmeleri gereken hammaddelerin üretimine iyi kanalize edilmedikleri ifade edilmektedir. Günümüzde dünya ilaç ve hammaddeleri piyasası çok uluslu şirketlerin egemenliği altındadır. Bunlar yaptıkları araştırmalar sonucu elde ettikleri etken maddeleri patent korumasıyla denetimleri altında tutmakta ve mümkün olabildiğince yüksek fiyattan pazarlamak istemektedirler. Çok uluslu şirketlerin Türkiye'deki uzantıları (şubeleri) çeşitli özel ihtisas komisyonu raporlarında belirtildiği gibi yurt içinde hammadde üretmek istememişler ve bu konuda bilinçli olarak da direnmişlerdir. Türkiye'deki siyasi otorite de bu konuda başarılı olamamıştır. Bu şirketlerin hammadde üretmekten kaçınmalarının ve Ar-ge faaliyetinde bulunmamalarının nedeni kendi ana firmalarında yaptıkları üretimlerini pazarlamak istemelerinden kaynaklanmaktadır. Anafirmalardan gelen etken maddeler, dış ticaret yolu ile yavru firmaya dünya fiyatlarının üzerinde pazarlanabilmektedir. Böylece ana şirkete haksız kâr transferi yapılabilmektedir. Örneğin, 1960'lı yıllarda tetrasiklin adlı antibiyotik temel maddesi dünya piyasalarında kg'ı 90-95 dolar iken Türkiye'ye kg'ı 600 dolardan

ithal edilmiştir(27). 1970'li yıllarda bir çok temel etken maddenin dünya piyasalarına oranla çok pahalıya ithal edilip satıldığı görülmüştür. Aşağıdaki tabloda bu konuda bazı ilaç örnekleri verilmiştir. Bu örnekler daha da çoğaltılabilir.

TABLO 2.13.

ULUSLARARASI VE YURT İÇİ FİYATLARI ÖNEMLİ ÖLÇÜDE  
FARKLI İLAÇ HAMMADDELERİ

<u>Firma Adı</u>	<u>Hammadde Adı</u>	<u>İthal Fiyatı (\$/kg)</u>	<u>Dünya Piyasa Fiyatı(\$/kg)</u>
Hoechst	Glibenclamid	1.300	405
Barox Welcome	Allopurinol	380	80
Bohringer Ingelheim	Bromhexin	315	76
Roche	La Dopa	490	65
Roche	Nitrozepam	1.200	96
Eczacıbaşı	rolitetrasiklin	790	75

Kaynak: Çeşitli yayınlardan tarafımızca derlenmiştir.

İlaç aktif maddeleri üretimine Beş Yıllık Kalkınma Planlarında yer verilerek, ülke için stratejik bir anlam taşıyan bu ürünlerin özellikle yerli firmalar tarafından üretilmeleri istenmiştir. Türkiye ilaç

---

(27) Somut Gazetesi, Röportaj, 7 Ekim 1983, s.6.

endüstrisi günümüzde ikibini aşkın hammadde kullanmaktadır. Bunların tamamını ülke içinde üretmek mümkün olmadığı gibi akılcı da olmaz. Onun için yalnız karşılaştırmalı üstünlük sağlanabilecek ürünlerin üretimine yönelmek gerekmektedir. Ayrıca sektörün yakından ilgili olduğu kimya sanayinin gelişmemiş olması da ayrı bir sorun oluşturmaktadır. Bu sektörde gerçek anlamda hammadde üretimi 1971 yılında başlamıştır. Türkiye'de ilaç hammadde sanayiinin kurulması yönünde önemli bir aşama olarak kabul edilen "ANSA Antibiotik ve İlaç Hammaddeleri Sanayii" oniki yerli ilaç firmasının yaklaşık 20 milyon TL'lik ortak yatırımı ile kurulmuştur. ANSA 1971 yılında temelden başlayarak fermantasyon yöntemiyle tetrasiklin ve oksitetrasiklin(28) üretmiştir. Bu gelişmeden sonra 1973 yılında bir yerli ilaç firması olan Fako belli bir aşamadan başlayarak, yarı sentez yöntemiyle, çok tüketilen bir antibiyotik türü olan ampisilin üretimini gerçekleştirmiştir. Daha sonra gene ülkede çok tüketilen bir antibiyotik türü olan amoksisilin ve benzeri semisentetik penisilinlerin üretimine geçilmiştir. Bu dönemde Mustafa Nevzat, DEVA ve ATABAY gibi yerli ilaç firmaları aynı konuda sentez ünitelerini faaliyete geçirmişlerdir.

---

(28) Tetrasiklin ve oksitetrasiklin o yıllarda çok fazla kullanılan bir antibiyotik türüdür.

1981 yılında ANSA'nın antibiotik konusunda faaliyete başlayarak günümüzde çok tüketilen bir antibiotik türü olan Gentamisin Sulfat'ı üretmesi bu sektördeki önemli aşamalardan birisidir. 1984 yılında Eczacıbaşı İlaç Sanayii'de kurduğu tesislerde Gentamisin Sulfat üretimine başlamıştır.

V. Beş Yıllık Kalkınma Plânı döneminde üretim çeşitlerine Eritromisin ve tuzları, Rifampisin gibi antibiotikler, mide ülserlerinde kullanılan ranitidin ve kilo aldırıcı bazı ilaçlar ile bazı hormon ilaçları eklenmiştir. Ayrıca 1988 yılı sonunda gene bir antibiotik türü olan Linkomisin üretimine de başlanmıştır. Türkiye'de en çok tüketilen ilaçların, özellikle antibiotik türü ilaçlarının üretiminin ön planda yer aldığı görülmektedir.

Türkiye'de ilaç hammaddeleri sektöründe üretim yaparak ülke gereksiniminin %30'unu karşıladığı belirtilen 26 kuruluş bulunmaktadır. 18 yerli, 8 yabancı firmanın yer aldığı sektörde 2 tane de kamu sektörüne ait kuruluş yer almaktadır.

Türkiye'de 1980 yılında 37 olan ürün sayısı, sonraki yıllarda hızla artmıştır.

Endüstrinin kullandığı etken maddelerin yerli üretimle karşılanma oranı 1975 yılında %9, 1981 yılında %22 dolayındadır. 1989 yılı itibariyle bu

oranın yaklaşık %30 olduğu söylenebilir(29). Türkiye'de üretilen ilaç hammadde miktarlarının gelişimi aşağıdaki tabloda gösterilmiştir(30).

TABLO 2.14

İLAÇ SANAYİNDE HAMMADDE ÜRETİMİ  
(1979-1988)

<u>Yıllar</u>	<u>Üretim (Ton)</u>
1979	1.808
1980	1.360
1981	1.824
1982	2.166
1983	3.146
1984	3.175
1985	3.625
1986	8.639
1987	6.877
1988	7.098

Tablodan görülebileceği gibi özellikle 1986 yılından itibaren hammadde üretiminde önemli artışlar olmuştur.

---

(29) Rakamlar çeşitli bültende yayınlanan ÜİK Raporlarından alınmıştır.

(30) İEİS, İlaç ve İlaç Endüstrisi, İstanbul, 1988-1989.

Sektörde 1977-1981 döneminde 39 kalem ilaç hammaddesi üretilirken 1982-1987 döneminde bu rakam 58'e yükselmiştir.

Türkiye'de üretilen ilaç hammaddelerinin maliyetleri dolayısı ile fiyatları, aynı ürünün dış piyasalardaki fiyatına oranla pahalı olmaktadır. V. ve VI. Beş Yıllık Kalkınma Planları ÜİK raporlarında bu konu açıkça belirtilmektedir. Bu duruma neden olarak özellikle hammadde üretiminde kullanılan yerli girdilerin pahalı olması, enerji fiyatının yüksekliği, yerli ünitenin yeni olması, kapasite ile ilgili sorunlar gösterilmektedir(31). Ayrıca hammadde üretiminde kullanılan yabancı girdilerin oranı da bir hayli yüksektir. 1987 yılında bu girdiler için yaklaşık 31 milyon dolar ödenmiştir. Yerli üretimlerde girdi olarak kullanılan ve ithali yapılan maddelerin gümrük vergisinden muaf tutulmasına ilişkin uygulama belli bir süre yetersiz kalmıştır. "8/3891 sayılı 1982 yılı programı kararnamesinde 'ilaç aktif maddelerinin ana girdileri' ifadesi yer alırken 8/5357 sayılı 1983 programı kararnamesinde kapsam daraltılarak 'antibiyotik üretiminde kullanılan hammaddeye' ifadesi kullanılmıştır." 23 Mart 1984

---

(31) Bkz. ayrıntılı bilgi için DPT, Çeşitli ÜİK Raporları.

tarikh ve 18350 sayılı R.G.'de yayınlanan 84/7829 sayılı kararla da ilaç yapımında kullanılan ve yerli üretimi bulunmayan ilaç hammadde ve yardımcı maddeleri ile yerli üretimi bulunmayan ilaçlara bir yıllık gümrük bağışıklığı getirilmiş ve bu bağışıklık daha sonraki yıllarda sürmüştür. 31.12.1988 tarih ve 20036 sayılı R.G.'de de "Türkiye'de imal edilen tıbbi müstahzarların terki binde bulunan ilaç ham, başlangıç maddeleri, ilaç hammaddeleri üretiminde kullanılan maddeler ile tıbbi müstahzarların gümrük vergisi ile ithalde alınan diğer vergi, resim ve harçlardan muaf olarak ithal edilmesine dair" karar yayınlanarak muafiyete konu olan listeler belirlenmiştir. İlaç hammaddeleri ithalatında gümrük ve istihsal vergisinin kalkması ilacın hammadde maliyetini %25, ilacın fiyatını ise %17.5 oranında etkilemiştir.

Türkiye'de üretilen hammaddeler için, eğer ülke gereksinimini karşılayacak düzeyde bir üretim varsa, ithalat yasağı konmuştur. Çeşitli tarihlerde yayınlanan R.G.'lerde Türkiye'de üretildiği için ithali yasaklanan hammadde listeleri yayınlanmıştır(32). Ancak yurt içinde üretilen hammaddelerin fiyatı dünya piyasa fiyatlarının çok üstünde oluşmuştur. Aşağıdaki tabloda Kasım 1985 tarihinde yurt içinde üretilen bazı ilaç hammaddelerinin fiyatı ile dünya piyasa fiyatları karşılaştırılmaktadır.

---

(32) Bkz. 27.1.1986 tarih ve 19324 sayılı R.G. ve 16.1.1988 tarih ve 19696 sayılı R.G.

TABLO 2.15

## YURT İÇİNDE ÜRETİLEN BAZI İLAÇ HAMMADDE FİYATLARININ DÜNYA FİYATLARIYLA KARŞILAŞTIRMASI

Sıra No.	Gümrük tarife no	A d 1	Dünya piyasa rayiç fiyatları (Kasım 1985)(Döviz)	Dünya fiyatıyla ithalat maliyeti (Kasım 1985)(TL)	Tespit edilebilen yerli üretim fiyatları (Kasım/Aralık 1985)
129	29.16.75	Asetil salisilik asit	\$ 2.20	1.606 TL	2.680 TL
130	29.23.99	Ethambutol HCl.	\$ 34.-	24.820 TL	33.840 TL
134	29.05.83	Paracetamol	DM 11.-	3.069 TL	4.500 TL
138	29.34	Trimethoprim	DM 120.-	33.480 TL	36.800 TL
141	29.38.32	D-Panthenol	DM 35.-	9.765 TL	21.400 TL
150	29.44.10	Ampicillin trihidrat	\$ 68.-	49.640 TL	51.904 TL
	29.44.10	Amoxcilline trihidrat	\$ 85.-	62.050 TL	59.937 TL
152	29.44.36	Erytromicine stearate	\$ 78.-	56.940 TL	74.200 TL
154	29.44.48	Gentamisin Sulfate	\$ 500.-	365.000 TL	754.000 TL
		Rifampicin 30.11.85	\$ 225.-	164.250 TL	190.000 TL
		Rifampicin 25.08.86	\$ 200.-	171.000 TL	297.000 TL
		Rifampicin 24.04.88	\$ 155.-	254.500 TL	450.000 TL

Kaynak: Çeşitli yayınlar ve özel arşivlerden yararlanılarak tarafımızca derlenmiştir.

Not: 15 Kasım 1985 Döviz Satış

1 \$ = 561.16 TL 1 DM = 214.88 TL

+ %30 ithalat masrafları 1 \$ - 730 TL.

+ %30 ithalat masrafları 1 DM - 279 TL.

Yerli üretime getirilen koruma, ünitelerinde hazır ilacın yanısıra hammadde üreten sanayicilere önemli yararlar sağlamıştır. Bu firmalar ürettikleri hammaddeleri kendi ürünlerinde girdi olarak kullandıkları gibi, hammadde üretmeyen ancak aynı hammaddeyi ürünlerinde girdi olarak kullanan öteki üretici firmalarada satabilmişlerdir. Türkiye'de hammadde üretim miktarı ve üretilen ürün sayısı zaman içinde artmış ancak dünya fiyatları ile bu ürünlerin arasındaki olumsuz fark kapanmamıştır. Bu durum pahalı olarak hammadde sağlayan üreticilerin tepkisine neden olurken, hükümetin liberal ekonomi anlayışı ile de bağdaşmamıştır. 10.6.1989 tarihinde bu uygulama değişmiş, Türkiye'de üretilen ürünlerin ithalatı serbest bırakılmış, ancak fon uygulaması başlatılmıştır. Başka bir deyişle Türkiye'de üretilen ürünlerin ithalatı serbest bırakılmış, ancak koruma bazı ürünlerde fon aracılığı ile devam etmiştir. 17.1.1990 tarihinde 20.405 sayılı R.G.'de yayınlanan son ithalat rejiminde de hammaddelerde gümrük vergisi ve fon uygulaması sürmüştür. Ürün başına konan fonlar 20 dolarla 150 dolar arasında değişmekte olup özellikle antibiyotik türü ürünlerde fon oranı yüksek tutulmuştur(33).

---

(33) Örneğin Linkomisin hcl GV-1'e alınmış ve kg başına da 150 dolar fon konmuştur. GV-1 sınıfı gümrük vergisi yaklaşık %25 oranında bir vergi yükü getirmektedir.

Türkiye'nin AT'a girme planları da göz önüne alınırsa, gelecek için yerli hammadde üretim sanayiinin umut verici bir gelişim gösteremeyeceği söylenebilir.

Türkiye hammadde açısından dışa bağımlı bir ülke konumundadır. Hammadde ithali genellikle Alman ve İsviçre kaynaklı ilaç firmalarından yapılmaktadır. İthalat yapılan öteki ülkeler arasında İngiltere, Japonya ve ABD sayılabilir(34). Aşağıdaki tabloda yıllara göre hammadde ithalat ve ihracatı görülmektedir.

TABLO 2.16

## İLAÇ HAMMADESİ İTHALAT VE İHRACATI

<u>Yıllar</u>	<u>İthalat(Milyon \$)</u>	<u>İhracat(Milyon \$)</u>
1980	90.700	2.117
1981	111.900	3.194
1982	92.486	4.525
1983	102.600	5.311
1984	120.941	8.196
1985	136.672	10.412
1986	170.816	15.829
1987	218.919	26.190
1988	248.041	39.778

Kaynak: İEİS kaynaklarından derlenmiştir.

---

(34) B. Alman: Hoechst, Bayer, Knoll, Merck, Schering; İsviçre: Ciba, Sandoz, Roche, Dolder, Siegfird; İngiliz: Glaxo, Colorcom; Japon: Takedo ve ABD: Upjohn firmaları ithalat yapılan önemli firmalardır.

1983 yılında ve daha önce yayınlanan ithalat rejimlerine göre ilaç ve ilaç hammaddeleri üretiminde kullanılan maddelerle hazır ilaçların ithalattan önce ve sonra fiyat ve kalite yönünden denetimi S.S.Y.B. tarafından yapılmıştır. 1984 yılında çıkan ithalat rejimi ile hammadde ithalatında önfiyat denetimi kaldırılmıştır. S.S.Y.B. yalnız ilaç ve ilaç üretiminde kullanılan hammaddelerin kalitesinden sorumlu tutulmaktadır. İthalat yapılan hammaddelerin fiyat konusunda denetimi ise Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığına bırakılmıştır. Müsteşarlık "gerekli gördüğü durumlarda" fiyat denetimi yapabilecektir. İthalat yapılan hammaddelerde önfiyat denetiminin kalkmasının gerekçesi şu görüşlere dayandırılmıştır(35).

"1984 yılı başına kadar devam eden ithal hammaddelerin ön fiyat kontrollerinde, kalite ve uygun fiyatlı hammadde temini yerine, en ucuz fiyatlı hammadde ithali esas alınmıştır. Bunun sonucunda da küçük fiyat farkları için dahi, yıllardan beri kaliteli ve sürekli hammadde ithal edilen güvenilir ihracatçı firmaların fiyatları uygun bulunmayarak,

---

(35) İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü'nün katıldığı "Üretimden Kullanım Safhasına Kadar İlaç" adlı açık oturum 15.6.1985 tarih ve 237 sayılı İSO dergisinde yayımlanmıştır. Bu görüşler bu açık oturumda da ilgili genel müdürce ileri sürülmüştür.

ilaç üreten firmalar, kalitesi bilinmeyen, süreklilik arz etmeyen kaynaklardan hammadde ithaline zorlanmıştır."

Ancak bu gerekçeye rağmen 1984 yılı öncesinde ithalatı yapılan ilaç hammaddesinin ön fiyat denetiminin istenen düzeyde yapılmadığı ve dünya piyasasına oranla fiyat farklılıklarının oldukça fazla olduğu söylenebilir. 1978 yılına kadar ilaç hammaddelerinin fiyat denetimi sanayicilerin kendi ilişkileri içinde ele alınmış ve kendi örgütleri tarafından yapılmıştır. 1978 yılında S.S.Y.B'nin yaptığı bir araştırmada uluslararası hammadde fiyatları Türkiye'ye ithal edilenlere oranla çok düşük bulunmuştur(36). Örneğin 1982 yılında tüberküloz tedavisinde kullanılan rifampisin adlı hammaddenin 1200\$/kg'dan ithalatı yapılırken, başka bir üretici tarafından 195\$/kg'dan ithali yapılabilmektedir(37). Örnekleri çoğaltmak mümkündür.

1984 yılından sonra ithal edilen hammadde ve ilaç fiyatlarını denetimi altında bulunduran Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı gerçekte fiyat denetimi yapmamaktadır. Müsteşarlık zaten "gerekli görürse" fiyat araştırması yapacaktır. Ancak normal şartlar altında ilaç üreticileri, ithalatını yaptıkları hammaddeleri

---

(36) İzmir Eczacı Odası Bülteni, Temmuz 1983, S.13.

(37) O yıllarda 1802 TL'lik fiyatla satılan bu ilaç daha sonra 767 TL'den satılmaya başlamıştır.

TABLO 2.17.

İTHAL EDİLEN BAZI İLAÇ HAMMADDELERİNDE DÜNYA PAZARLARINA GÖRE  
FİYAT FARKLILIKLARI VE ORANLARI

<u>İlaç Hammadde Adı</u>	<u>1984 Yılı İthal Fiyatı</u>	<u>1984 Yılında Dünyadaki Geçerli Fiyatı</u>	<u>Fazlalık Oranı(%)</u>
Pindolol	5.531,8 \$/kg	2.115,7 \$/kg	161
Nifuroxazid	120 \$/kg	29,42 \$/kg	313
Triamcinolone Acetonide	12.700 \$/kg	2.300 \$/kg	452
Halcinonide	33 \$/g	5,8 \$/g	450
Flumethasone Pivalate	95 \$/g	12.65\$/g	630
Betamethasone Base	30,5 \$/g	6,9 \$/g	343
Medroxyprogesteron	3.332 \$/kg	1.500 \$/kg	122
Atenolol	460 \$/kg	160 \$/kg	188
Disopyramide Fosfat	950 \$/kg	150 \$/kg	530
Amikasin Sulfate	8.500 \$/kg	3.300 \$/kg	158
Fenidilin	2.330 DM/kg	690 DM/kg	238
İsopropamide	617 DM/kg	175 DM/kg	252
Diclofinac	1.922 FS/kg*	645 FS/kg	197
Ketotifen	115.000 FS/kg	43.000 FS/kg	167
Calcium Dobesilat	488 FS/kg	64 FS/kg	663
Thioridazine HCl	1.055 FS/kg	505 FS/kg	108

Kaynak: Çeşitli kaynaklardan tarafımızca derlenmiştir.

\* FS/kg = İsviçre Frankı/kg.

fiyat beyannamelerinde gösterilebilmektedir.

1984 yılı sonu itibariyle ithali yapılan bir bölüm ilaç hammaddesinin dünya pazarlarına göre fiyat farklılıkları Tablo 2.17'de izlenebilir.

Hammadde ithal fiyatlarının keyfi olarak yüksek gösterilme olgusunun 1984 sonrasında da sürdüğüne bir kanıt olmak üzere Tablo 2.18. sunulmuştur.

TABLO 2.18.

İLAÇ HAMMADDE İTHALİ VE İLAÇ ÜRETİMİ  
(1982-1987)

<u>Yıllar</u>	<u>Hammadde İthalatı (\$)</u>	<u>İmal Edilen Kutu (Birim)</u>
1982	92.486.399	556.970.630
1983	102.600.000	515.060.000
1984	120.941.518	475.048.875
1985	136.672.992	510.544.375
1986	170.816.439	547.865.467
1987	218.919.934	567.062.857

Kaynak: İ.E.İ.S. Yayınlarından derlenmiştir.

Tablodan izlenebileceği gibi 1982-87 arasında kutu cinsinden ilaç üretimi fazlaca bir değişiklik göstermez, hatta zaman zaman gerilerken, dolar cinsinden hammadde ithalatı için ödenen döviz miktarı hemen hemen iki buçuk katına çıkmıştır. Aynı dönemde

yerli hammadde üretiminin payının da arttığı dikkate alınırca bu artış üç katı aşmaktadır. Bu dönemde doların değerinde bir miktar aşınma olması bu farkı açıklamaktan çok uzaktır. Bu farkın oluşmasında teknolojik değişikliklerin de rolü olmadığı savunulabilir. 1982 ile 1987 arasında ithal girdide tasarruf ettirici önemli bir teknolojik değişiklik olmamıştır. Ayrıca dünya piyasalarında ilaç hammaddesi fiyatlarında da ilgili dönemde anormal bir artış olmadığı bilinmektedir. Bu durumda ortaya çıkan artışın tek açıklaması kalmaktadır: Yüksek kâr elde edebilmek amacı ile yüksek fiyatla ithalat faturalaması yapmak.

Aslında, Türkiye'de ithalatı yapılan hammaddelerin fiyatının yanı sıra miktarının da sıkı bir biçimde izlenmesi gerekmektedir. Normal şartlar altında ancak ülkeye giren hammadde miktarının artması şartıyla dışarı ödenen döviz miktarı artmalıdır. İthalatı yapılan hammaddelerin kalitesi konusunda da eleştirilerin olmaması gerekmektedir. S.S.Y.B. ve üreticilerin Türkiye'de üretilen her ilacın kaliteli olmasından sorumlu olması gerekmektedir. Diğer taraftan günümüzde ayrı kaynaklardan hammadde ithalatı yaparak üretim yapan firmalardan, ilacı ucuz satan üreticiler vardır. Bunların ürünlerinde kalite yönünden bir sorun bulunmamaktadır(38).

---

(38) 200 mg Aciclovir hammaddesi taşıyan 25 tabletlik kutularda satılan Hernosit adlı ilaç 131.000 TL'dan pazarlanırken aynı ilaç Aciviral adı altında 38.000 TL'dan satılmaktadır.

## 2. Ambalaj Malzemesi Giderleri

Ambalaj malzemesi ilaç maliyetini oluşturan önemli girdilerden birisidir. İlacın üretim maliyeti içinde yaklaşık %10'luk bir paya sahiptir. 1960'lı yıllarda ilaç üretiminde en pahalı girdi ambalaj malzemesi olmuştur. D.P.T. Özel İhtisas Komisyonu'nun 1966 tarihli raporunda 100 TL'lik üretim içinde yer alan çeşitli girdiler arasında ambalaj malzemesi 17.72 TL ile birinci sırada yer almaktadır. 16.94 TL ile hammadde ikinci, 9.25 TL ile işçilik giderleri üçüncü sırada yer almaktadır. Günümüzde hammadde tartışmasız şekilde ve açık farkla maliyet kalemleri içinde ilk sırayı alırken, ambalaj masrafları da ilaçtan ilaca değişmekle birlikte daima ilk üç-dört masraf kalemi içinde yer almaktadır.

İlacın üretim, dağıtım ve kullanımı 4348 sayılı yasa ile bazı maddeleri değişik 1262 sayılı ispençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Yasası ile tesbit edilmiştir. Yasanın 12. maddesi ambalaj malzemesi konusuna da tanımlama getirmektedir. İlaçların dış ambalaj kısımları üzerinde ve ambalaj içindeki açıklamalarda, açık ve Türkçe olarak ruhsat sahibinin ve yapıldığı Laboratuvarın adı ve adresi, ruhsat numarası, ilacın nasıl kullanılacağı ve fiyatının yazılı olması gerekmektedir. Ayrıca terkinde etkin ve zehirli maddeler varsa cinsi ve miktarları, Bakanlıkça gerekli görülürse

yapıldığı tarih göze çarpacak şekilde kayıt ve işaret edilecektir. Doktor reçetesi ile satılmasına izin verildiği takdirde bu konu da açıkça belirlenecektir.

Yasanın bu hükmünden de anlaşıldığı gibi bir ilaç hastaya verilinceye kadar sorumluluk üreticiye ve onun mesul müdürüne yüklenmektedir. Üretici normal ambalajlamada yaptığı gibi klinik ambalajlamada da yasanın öngördüğü bilgileri ambalajın üstünde belirtmelidir.

İlacın kalitesi üzerinde ambalajın önemli biryeri vardır. Bütün ülkeler bu konuyu yasalara göre düzenlemektedir. Türkiye'de GMP kurallarına uygun ambalaj malzemesi kullanılması zorunludur. GMP kurallarına göre ambalaj malzemeleri: Primer ambalaj malzemeleri ve öteki ambalaj malzemeleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer ambalaj malzemeleri, ilaçla doğrudan temasta bulunan ve ilacın kalitesine, stablitesine ve kullanımına etki edecek malzemeleri kapsamaktadır. Parantral Solusyonlarda(39) Primer ambalaj malzemesi oranının yüksekliği nedeniyle ambalaj girdileri maliyet içinde yükselmektedir.

Günümüzde ilaçlar son derece pahalı ve gösterişli ambalajlar içinde tüketime sunulmaktadır. Ambalaj malzemesinin büyük bir bölümü yurt dışından

---

(39) Enjeksiyon yoluyla verilen ilaçlar.

gelmekte bu da ilacın maliyetini artıran önemli bir etken olmaktadır(40). Sonuçta ise bu ekstra masraf hastaya yüklenmektedir.

İlacın küçük ambalaj içinde mi, yoksa büyük hastane ambalajı ile mi tüketime sunulması gerektiği eskiden beri tartışılan bir konudur. Az miktarda ilaç içeren küçük ambalajlar, şişe, kağıt, karton, blister ambalaj ve öteki girdilerin pahalılığı nedeniyle ilaç fiyatını yükseltmektedir. Büyük ambalajlar ise hastaya kullanacağı kadar ilaç verilmesine yol açtığı için ilaç israfına engel olmaktadır. Bugün bir çok Avrupa ülkesi ve ABD'de ilaçların bir büyük ambalaj içinde eczanelere gelmesi ve eczaneden hastaya ihtiyacı kadar verilmesi uygulaması yaygınlaşmıştır. 100-500-1000 adet ilaç içeren hastane ambalajlarında tabletler blister ambalaj içinde, ve ihtiyaca göre tüketiciye verilebilmektedir. Bunun sonucu maliyetlerde önemli ölçüde düşmeler görülmektedir. Hastane eczanelerine ihalelerde verilen ucuz fiyat tekliflerinin nedenlerinden birisi de ambalaj masraflarının azlığı olmaktadır.

Üreticiler ambalaj malzemesine ilişkin sağladıkları tüm faturaları da maliyet içinde gösterebilmektedirler.

---

(40) Türkiye'de ambalaj malzemesi yapılmaktadır. Örneğin cam ürünler Paşabahçe Şişe ve Cam Fabrikası'nda üretilmektedir.

### 3. Direkt İşçilik Giderleri

İlaç maliyetini oluşturan unsurlardan birisi de işçilik giderleridir. Maliyet içerisindeki payı %3-5 dolayındadır. İşçilik giderleri maliyet içinde en kolay denetlenebilen bölümlerden birisidir.

Doğrudan işçilik giderleri ilaç fabrika ve laboratuvarlarında gerek üretim aşamasında gerekse doldurma ve ambalajlamada fiilen çalışan işçilerin ücretleri toplamıdır. Bu toplam: işçinin saat başı ücreti veya gündeliği, işçi sigortaları işveren hissesi, fazla çalışma ücretleri, varsa çocuk ve doğum yardımları, yıllık ikramiye, ücretli izinler, diğer primler, pazar ve bayram yevmiyeleri, işçinin çalıştığı süre içindeki iaşe giderleri ve kabul edilebilir sosyal giderlerden oluşmaktadır.

### 4. Genel Üretim Giderleri

Genel üretim giderleri içinde yer alan kalemler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

(1) Endirekt İşçilik (Yardımcı İşçilik): Üretime dolaylı olarak katılan personelin ücretleri ve direkt işçilikte belirtilen sosyal haklarla; ticari ve idari servisler ile müdüriyette çalışanlar hariç olmak üzere öteki işletme bölümlerindeki idareciler, ustabaşılar, nezaretçiler, denetim personeli,

teknik personel, bakım ve tamir personeli ve benzeri hizmetlerin ücretlerini kapsamaktadır.

(2) Üretimde kullanılan tüketim maddeleri: Kömür, akaryakıt, temizlik malzemeleri gibi harcama kalemlerine yapılan masraflardır.

(3) Tamir ve bakım giderleri.

(4) Sınai kısmın(departmanın) işgal ettiği sahalara (bina, arsa, depo vs.) ait kiralar.

(5) Sınai faaliyette bulunulan kısımlardaki makina, teçhizat, alet ve edevatın amortismanları.

(6) Kalite kontrol giderleri.

Buraya kadar oluşan maliyetlere sınai maliyet denilmektedir. Başka bir deyişle yukarıda bahsi geçen hammadde ve yardımcı maddeler, ambalaj malzemeleri ve direkt işçilik giderleri ile genel üretim giderleri malın fabrika maliyetini oluşturmaktadır. ilacın perakende satış fiyatına varmak için gerekli aşamalardan birisi de ticari maliyettir. Bunun için sınai maliyete endirekt giderleri ilave etmek gerekmektedir.

Endirekt giderlerin içinde ise genel idari giderler, finansman giderleri, tanıtma ve pazarlama giderleri ile ödenen patent hakları ve royalty yer almaktadır.

### 5. Genel İdare Giderleri

Sınai maliyetin dışında kalan ve satış, propaganda finansman ve royalty masraflarını içermeyen tüm masrafları genel idare giderleri olarak nitelendirmek mümkündür.

### 6. Finansman Giderleri

İlaç maliyetinin yaklaşık %14'lük bir bölümü oluşturan finans giderleri, hammadde ve yardımcı maddelerden sonra maliyet giderleri içinde en yüksek payı alan bir kalem olarak nitelendirilebilir. 1972 kararnamesinde finans giderlerinin maliyetler içinde gösterilebilmesi söz konusu değildir. Ancak 1984 yılında çıkarılan ilaç fiyat kararname si ilaç firmalarına kullandıkları kredilerin faizlerini maliyetlerine yansıtabilme hakkını tanımıştır. Günümüzde kredi faizlerinin yüksek olması nedeniyle, sanayicinin kullandığı kredilerin faizi de ilaç maliyeti ve dolayısıyla tüketicisi üzerine önemli denilebilecek oranlarda bir yük getirmektedir.

### 7. Tanıtma ve Pazarlama Giderleri

Tanıtma ve pazarlama giderleri endirekt giderlerdendir. Üretim maliyeti içerisindeki payının yaklaşık %12 civarında olduğu söylenebilir. Tanıtıma

ayrılan giderler içinde tanıtma örgütü için yapılan giderler, numune giderleri, amortisman, sigorta gibi harcamalar yer alırken, pazarlama giderleri ise, sevkiyat, nakil için yapılan ambalajlama, nakil giderleri ve satış iskontosu gibi masrafları kapsamaktadır.

Tanıtma ve pazarlama ilaç sanayii için özel bir öneme sahiptir. İlaç endüstrisinin oligopolistik yapısı nedeniyle firmalar arasında fiyata dayalı bir rekabet söz konusu olmamaktadır. Fiyat rekabeti sonuçta fiyatları aşağı çeken bir etki yapacağı için, firmalar fiyat dışı rekabet yöntemlerini uygulamaktadırlar. Fiyat dışı rekabet ise reklam ve tanıtım yoluyla ve piyasaya yeni ürün sunarak gerçekleşir. Piyasaya sürülen yeni ürünler genellikle eski formullerin farklılaştırılarak değişik markalar altında pazarlanması şeklinde olmaktadır. Arman Kırım'ın "Türkiye'de İlaç Endüstrisinde Sanayi Yapısı ve Rekabet Yöntemleri" başlıklı raporunda 1975-1983 yılları arasında piyasaya sürülen ürünlerin %57'sinin taklit-tekrar ürün, %7'sinin kombinasyon ve ancak %36'sının yeni bir madde içeren ürünler olduğu ve yerli büyük firmaların yabancılara oranla bu yöntemi daha çok benimsedikleri anlatılmaktadır.

Taklit ürünlerin piyasaya verilmesi tüketiciye herhangi bir yarar sağlamadığı gibi ayrıca ekonomide israfa yol açmaktadır.

Reklam ve tanıtma yoluyla ürün pazarlamasının temel ilkesi olan "ürün farklılaştırması" na gidilirken belli bir firmanın malı reklam ve telkin yolu ile hekim ve eczacıya değişik bir ürün gibi sunulmaktadır. Örneğin Ibuprofen hammaddesi içeren bir ilaç romatoid artrit ve Ostro artrit hastalıkları için 400 mg'lık tabletler halinde piyasaya verilirken yeni bir fiyat, yeni ambalaj ve yeni bir isimle ağrı kesici ve ateş düşürücü olarak 200 mg'lık tabletler halinde iyi bir reklam ve tanıtım kampanyası desteğinde pazarlanabilmektedir.

Türkiye'de reklam ve tanıtmanın sınırları yasalarla belirlenmiştir. 1262 sayılı yasanın 4348 sayılı yasayla değişik 13. maddesi şu şekildedir: "müstahzarların övme yoluyla ve bunlara malik olmadıkları şifa hassalarını atfederek veya mevcut şifai tesirlerini büyütmek suretiyle sabit veya müteharrik sinema filimleri, ışıklı veya ışıksız ilan, radyo veya herhangi bir vasıta ile reklamının yapılması memnudur. Şu kadar ki tarifname ve gazetelerde ..... hastalıklarında kullanılması faydalıdır, şeklinde ilanlara müsaade olunabilir. Ancak reçetesiz satılmasına müsaade edilmeyen müstahzarların tıbbi mecmualardan başka yerlerde reklamı yapılamaz. Reklam numunelerinin önceden Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletince tasvip edilmesi lazımdır". Bir ilacın bilimsel nitelikleri

için hazırlanan filmler de S.S.Y.B.'nin izni ile tayin edeceği yerlerde gösterilebilmektedir. Yasadan da anlaşılacağı gibi reklam ve tanıtmanın halk sağlığını istismar etmeyecek şekilde yapılmasına izin verilmektedir. Aslında yeni ürünlerin tanıtımı amacıyla reklam yapılabilmelidir. Yeni bulunan ya da bilinmeyen kimyasal bir maddenin tanıtılması ve tıp mesleğine bu konuda bilgi yayılması olağan karşılanmalıdır. Ancak ülkemizde olayların gelişimi bu yönde olmamıştır. 1960'lı yıllardan sonra Türkiye'de bulunan yabancı firmalar reklam ve tanıtım aracılığı ile ilaç pazarının önemli bir bölümünü ele geçirmişlerdir. Öte yandan hekim ve eczacılara parasız dağıtılan ilaç numuneleri yabancı firmaların ana firmalardan gereksiz hammadde getirerek, döviz kazanmalarına neden olmuş, tanıtım masrafları ilaç maliyetine katılarak firmalara ek kazançlar sağlanmıştır.

1972 yılında hazırlanan ve ilaç fiyat kararına temel olan "İlaç Endüstrisinin İktisadi ve Mali Yönden Denetimi Konusunda Rapor" da eşantiyon tanıtım ve satış masraflarının sınırlandırılması istenmektedir. Raporda 10 yerli ve yabancı firmaya ilişkin 1968-1971 yılları arasındaki bilgiler değerlendirilerek tanıtım ve satış giderlerinin, sınırlı maliyete oranının %25-35 oranında değiştiği, bazılarında ise bu oranın %55-%60 gibi yüksek değerlere ulaştığı belirlenmiştir.

1972 Kararnamesi'nde reklam ve tanıtım harcamaları ilacın sınaî maliyeti içersinde yer almamaktadır. Bu giderler üreticinin gayri safi kârını belirleyen oran içinde yer almaktadır. Kararname parasız numune dağıtımına da bazı sınırlamalar getirmiştir.

1984 İlaç Fiyat Kararnamesi ile reklam ve tanıtım üzerindeki kısıtlamalar kalkmıştır. Türkiye'de ilaç endüstrisinde reklam ve tanıtmanın boyutları çok yüksektir. Scrip ve Stocton Instute'in 1977 yılında yaptığı hesaplama göre reklam harcamalarının endüstri satışlarına oranı %16 dolayındadır.

Reklam giderleri yıllardan beri pazarlanan ve çok fazla tanınan ilaçlarla, tentürdiyot, oksijenli su gibi galenik ürünlerin maliyetlerinde bile yer almaktadır.

Türkiye'de ilaç reklam ve tanıtımı için çeşitli yollar kullanılmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

(1) Yayın yolu ile reklam ve tanıtım: Yayın yolu ile yapılacak reklam için günlük gazetelerde veya dergilerde "ilacın piyasaya verildiğini" duyuran ilanlar verilmektedir. Türkiye'de özellikle çok satan gazetelerde hemen hergün bu ilanlara rastlanabilir. Ayrıca firmalar hekim ve eczacılara çok sık ve çok sayıda ürünlerini tanıtan yayın göndermektedir.

(2) Seminerler ve tıbbi kongreler aracılığı ile reklam ve tanıtım: İlaç firmaları tanıtım amacıyla

hekim ve eczacılara yönelik seminerler ve tıbbi kongreler düzenlemekte, bunun için tanınmış konuşmacılar sağlamakta, toplantıları cazip hale getirebilmek için pahalı ve gösterişli yerler seçmektedir.

(3) Numune ve hediyeler: Türkiye'de ilaç firmaları tarafından hekim ve eczacılara bol miktarda numune dağıtılmaktadır. Bu numunelerin bir kısmı orjinal numune olduğu gibi (piyasada satılan ilacın aynısı) bir kısmı da küçük ambalajlara konulmuş ilaç örnekleridir. Ayrıca Türkiye'de yaygın bir biçimde hediye dağıtılmaktadır. Çok fazla çeşitlilik arzeden hediyeler arasında saat, dolma kalem, top, havlu, mutfak eşyaları ve çeşitli giysiler yer almaktadır.

(4) İndirim ve ödül etkinlikleri: İlaç firmaları, satışlarını artırmak amacıyla ilaç depolarına ve eczanelere satış iskontoları yapmakta, fazla alışveriş yapan depolara kamyon ve otomobil dahil olmak üzere çeşitli ödüller verebilmektedir. Bu konuya depocu ve eczacı kârlarında ayrıca değinilecektir.

(5) Satış elemanlarının etkinlikleri: Türkiye'de ilaç firmalarının çok iyi düzenlenmiş tanıtım örgütleri vardır. Tanıtım örgütünün merkezi firmanın bulunduğu yerde olmakta, ayrıca büyük kentlerde bölge müdürlükleri kurulabilmektedir. Bu kentler arasında İstanbul, İzmir, Ankara, Adana sayılabilir. Küçük kentlerde

ise ihtiyaca yetecek sayıda satış elemanı bulundurulmaktadır. Örnek verilecek olursa Eczacıbaşı 240, Bayer 111, Glaxo 108, Deva 97, Fako 91, Abfar 70, Squibb 65, Pfizer 64 satış elemanına sahiptir. Eczacıbaşı'nın personel sayısının çokluğu çok sayıda lisanslı ürüne sahip olması ile bağlantılıdır.

Satış elemanları genelde erkek olup, yüksek tahsilli adaylar arasından seçilmekte ve firmalarca özel olarak eğitilmektedir. Bu elemanlar belli bir program dahilinde hekim ve eczacıları ziyaret ederek, ilaçlarının tanıtımını yapmaktadırlar. Tanıtım sırasında piyasada benzeri olabilecek ürünlerinin daha etkili olduğunu kanıtlamak için çabalamakta, hediyeler dağıtmaktadırlar. Tanıtım elemanları ilaç depolarından ve eczanelerden sipariş toplama görevini de üstlenmişlerdir.

### 8. Diğer Giderler

İlacın üretim maliyetini oluşturan giderler içinde araştırma geliştirme giderleri ile lisans ve know how için yapılan giderleri de belirtmek gerekir. Ayrıca her ilaç için S.S.Y.B.'dan ruhsat alırken bazı harcamalar yapılmaktadır.

Türkiye ilaç endüstrisi üretim teknolojisi açısından oldukça iyi bir düzeye ulaşmasına karşın araştırma geliştirme açısından henüz başlangıç aşamasındadır. Endüstrinin araştırmaya yönelik bir programının olmadığı söylenebilir. 1981 yılında ilaç sanayiinin global maliyet yapısı üzerinde 16 ilaç firmasını kapsayan bir çalışma yapılmış, 100 üzerinden yapılan değerlendirmede Ar-GE giderlerinin

payı 0,16 gibi düşük bir seviyede belirlenmiştir. İlaç sanayiinin gelişimi açısından büyük önem taşıyan araştırma faaliyeti için, yeterli sermaye ve bilgi birikimi, yasal destek, alt yapı, üniversitelerle işbirliği gibi faktörler rol oynamaktadır. 1972 yılında çıkarılan fiyat kararnamesinde Ar-Ge yapan ilaç fabrika ve laboratuvarlarına araştırma yaptığını çalışmaları ve yayınları ile kanıtladığı takdirde sınaı maliyet üzerinden bir prim verilmekteydi. Bunun araştırma-geliştirme faaliyetlerinin özendirilmesinde önemli bir unsur olduğu söylenebilir.

İlacın üretim maliyeti içinde lisans ve know-how bedellerinin toplam maliyeti tam olarak hangi oranda etkilediği konusunda kesin bir şey söylemek mümkün olmamaktadır. İlaç sanayiinin kurulduğu yıllarda lisans karşılığı olarak satış hasılatı üzerinden %10 royalty bedeli ödenmekteydi. Bu oran zaman içinde siyasi otoritenin de baskısıyla %3'e kadar düşürülmüştür. Günümüzde lisans veren ve alan firma bu tür ilişkileri daha çok aralarında yaptıkları özel anlaşmalarla belirlemektedirler. Bu nedenle ödenen lisans bedelinin tutarı açıklanmamaktadır. Başka bir deyişle lisans ve know how ödemeleri sorunu genellikle dolaylı yollardan çözülmektedir.

## B. ÜRETİCİ FİRMA KARI

İlacın toplam üretim maliyetine %20 oranında kâr payı eklenerek firma satış fiyatına ulaşılmaktadır. 1984 yılında çıkan ilaç fiyat kararnamesine göre, sanayicilere ürün bazında azami %20, firma bazında ise azami %15'lik

kâr oranı tanınmıştır. İlaç fiyat kararnamelelerinin incelenmesi sırasında da görülebileceği gibi, "firma kârlılığı" üzerinde en çok tartışılan konulardan birisi olmuştur. İlaç üreticileri, standart maliyete dayalı olarak hesaplanan kârlarını, genelde yeterli bulmamışlar ve gelişen teknolojiye ayak uyduracak yatırımları yapabilmek için yeterli fon birikimi sağlayamadıklarından yakınmışlardır. Bu yakınmalar ve 1980 sonrasında izlenen liberal ekonomi politikaları bir araya gelince, yeni bir kararname hazırlanmış ve 1972 Kararnamesi'nin yerini 1984 tarih ve 8845 sayılı Kararname almıştır. Kararnamenin temel felsefesi, ilacın maliyetini oluşturan tüm girdilerde üreticinin beyanını esas alması ve gerekli olsun ya da olmasın her türlü giderin maliyet içinde yer alabilmesine imkan vermesidir. Türkiye'de cirosuna göre en büyük 500 firma arasına giren ilaç firmalarının yıllara göre kârlılık oranları Tablo 2.19'da görülmektedir(41).

Tablodan da görülebileceği gibi, 1972 yılı fiyat kararnamesinin uygulandığı 6 yıllık dönemin kârlılık ortalaması %9 olmuştur. 1984 yılı fiyat kararnamesinin uygulandığı 4 yıllık dönemde ise ortalama kârlılık %5.6 düzeyinde kalmıştır.

Firmaların kendi beyanlarının esas alındığı, kendi istekleri doğrultusunda hazırlanan kararname

---

(41) Mehmet Domaç, Havan Dergisi, İstanbul Eczacı Odası Yayını, Mart-Nisan 1990, S.6, s.35.

TABLO 2.19.

TÜRKİYE'NİN İLK 500 FİRMASI ARASINA GİREN  
İLAÇ FİRMALARININ KARLARI  
(1979-1988)

<u>Yıl</u>	<u>Firma Sayısı</u>	<u>Ortalama Kârlılık %</u>
1979	3	11.13
1980	6	11.18
1981	9	10.74
1982	10	8.14
1983	12	4.85
1984	13	7.96
1985	15	5.84
1986	13	3.48
1987	12	6.49
1988	13	6.86

döneminde, karşı çıktıkları 1972 Fiyat Kararnamesi'ne oranla daha az kâr etmiş görünmelerinin ve daha az vergi ödemelerinin çok çarpıcı olduğu söylenebilir.

Tablo 2.20'de 2 yabancı firmanın 1985-1988 yılları arasındaki hasılat ve kârlılık durumları görülmektedir.

Sandoz firması son dört yılda sattığı her ilaçtan ortalama %5 zarar etmiş görülmektedir. Ciba-Geigy ise ancak ortalama yıllık %1 kârla çalışmıştır.

TABLO 2.20.

İKİ YABANCI FİRMANIN 1985-1988 YILLARI ARASINDA  
SATIŞ HASILATI VE KÂRLILIK DURUMLARI

<u>Firma Adı</u>	<u>Yıl</u>	<u>Satış Hasılatı (000) TL</u>	<u>Vergi Öncesi Bilanço kârı (000) TL</u>	<u>Kârlılık (%)</u>
CIBA-GEİGY	1985	9.862.518	751.106	7.61
	1986	23.735.057	-993.149	-4.18
	1987	38.234.538	10.509	0.02
	1988	<u>56.800.156</u>	<u>347.397</u>	0.61
	Toplam	128.632.269	115.863	
SANDOZ	1985	8.054.477	105.600	1.31
	1986	14.850.323	-1.445.113	-9.73
	1987	27.566.438	166.164	0.6
	1988	<u>57.338.553</u>	<u>-3.976.375</u>	-6.93
	Toplam	107.809.791	-5.149.724	

Kaynak: Sağlanan şirket bilançolarından tarafımızca aktarılmıştır.

Tablo 2.21'de ise 1988-1989 yılında beş büyük şirketin bilançolarından çıkarılan çeşitli oranlar ve kârlılık değerleri görülmektedir. Kârlılık oranlarının genellikle fazla yüksek olmadığı ve ortalama %10-15 civarında kaldığı anlaşılmaktadır. İskontolar ise hemen hemen kârlılık oranı kadar gerçekleşmiştir.

TABLO 2.21.

## BAZI İLAÇ FİRMALARININ SATIŞA İLİŞKİN ORANLARI

(1988-1989)

	ECZACIBAŞI		BİLİM		SANTA-FARMA		DEVA	HOECHST
	1988 - 1989		1988 - 1989		1988 - 1989		1989	1989
SATIŞ(milyar TL)	153	388	21	44	18	36	97	209
1. İskonto/Satış(%)	10.4	8.5	10.5	11.8	8	8.9	9.8	8.2
2. Sınai Maliyet/Satış(%)	47	44	54	49	58.7	56.2	55	65
3. Faaliyet Giderleri/Satış(%)	12.6	17.8	15.3	20	13.9	16.3	13.1	20
4. Finansman Giderleri/Satış(%)	24.2	6.9	7.5	8.6	5.3	7.9	12.4	3.7
5. Vergi öncesi Kâr/Satış(%)	5.8	22.8	13.7	11.4	14.1	10.6	9.7	3.1

Kaynak: Sağlanabilen şirket bilançolarından tarafımızca çıkarılmıştır.

Bazı sanayi işletmeleri kâr seviyelerini korumak için mevcut ilacın etken maddelerinin dozajını veya sunuluş şeklini değiştirmektedir. Böylece aynı etken maddeye, aynı miktarda sahip ve aynı isim altında satılan ilacın 20 drajelik ambalajının satış fiyatı ile 40 drajelik ambalajı arasında büyük fiyat farkları olabilmektedir. Ayrıca basit formül değişiklikleriyle de fiyatlarda önemli farklılıklar yaratılabilmektedir.

Öte yandan bazı sanayiciler de yüksek kârlara erişebilmek için ilaç üretimi ile ilgisi bulunmayan alanlara girmişlerdir. Bu alanlar arasında, sermaye piyasası, inşaat sektörü, kozmetik madencilik sektörleri vb. örnek olarak gösterilebilir.

### C. TOPTANCI KURULUŞ KARI

İlaç fabrika ve laboratuvarlarında üretimi yapılan veya ithalat yolu ile sağlanan ilaçlar genellikle ecza depoları aracılığı ile eczanelere veya öteki tüketim birimlerine ulaştırılmaktadır. Türkiye'de depocu kârı % 9 olup, bu oran ilaç fiyat kararname-lerinde belirlenmektedir. Üretici firma depo kanalını atlayarak perakendeciye ulaşıyorsa üretici satış fiyatından satış yapmaktadır. Bu durumda ödeme koşullarına göre çeşitli ek iskontolar alınabilmektedir(42).

---

(42) Uygulamada perakende satış fiyatından %10 KDV düşüldükten sonra yaklaşık %28 oranında iskonto yapılarak üretici satış fiyatına ulaşılabilir.

Türkiye'de % 9 olan depocu kâr oranı Belçika'da %12.7, F. Almanya'da %14.5, Hollanda'da %21 ve İspanya'da % 8 oranındadır.

İlaç üreticileri genellikle yıl başlarında büyük kapasiteli ecza depoları ile kota anlaşmaları yapmaktadırlar. Firma ve deponun üzerinde anlaşmış oldukları satış hacmi gerçekleşirse depolar ek olarak %3-6 oranında ek prim iskontosu alabilmektedirler. Kota anlaşması yıllık olabildiği gibi aylık, 3 aylık, 6 aylık devreler için de yapılabilir. Günümüzde ilaç firmaları ürünlerinin pazarlanmasını teşvik etmek için en çok kullandıkları satış yöntemlerinin başında vadeli ve mal fazlalı kampanyalı satışlar gelmektedir. İlaç firması satmayı planladığı ürünü için depo veya eczaneye %25'e kadar varan mal fazlaları vermekte, 6 ay, 12 ay'a ulaşan vadeli satışlar yapabilmektedir. Kampanyaya katılan depolara verilen vade, ek iskonto, mal fazlasının yanı sıra pahalı hediyeler de söz konusu olabilmektedir(43) Depoların firmalardan aldıkları avantajları, eczanelere aktarmaları kendi satış politikaları ile ilgilidir. Ancak Eczacı kooperatiflerinin hertürlü avantajı ortaklarına aktardığı söylenebilir.

---

(43) Kampanyada firma istediği satış hacmini yakalamak için Avrupa seyahatleri, beyaz eşyalar gibi hediyeler de vermektedir.

İlaç firmaları, depolara yaptıkları iskonto tutarlarını maliyetleri içinde gösterebilmektedir. Öte yandan yaptıkları uzun vadeli satışlar nedeniyle yada başka nedenlerle kullandıkları dış kaynak faizleri de ilaç maliyeti içinde yer alabilmektedir.

Ecza depoları ve eczaneler ilaç fiyatlarına gelen zamları mevcut stoklarına uygulayabilmektedir(44). Özellikle stoklu çalışan ecza depoları bu uygulamadan büyük ölçüde yararlanmaktadır.

#### D. PERAKENDECİ (VEYA ECZACI) KARI

İlacın tüketiciye ulaşmasındaki en son aşama eczanelerdir. 1988 yılı rakamlarına göre Türkiye'de 12.000 dolayında eczane bulunmaktadır. Eczanelerin ilacın tüketiciye ulaştırılmasının yanı sıra küçük ölçekli de olsa ilaç üretme gibi bir işlevleri de vardır. Yapılan bir araştırmaya göre eczanelerde yapılan üretim reçeteli olarak satılan ilaçların %1'i dolayındadır(45). Eczacılar, hekimlerin reçetelelerine yazdıkları yapma ilaçları (majistiral ilaç)

---

(44) 14.8.1984 tarih ve 18488 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan tebliğ.

(45) TEB, 24. Dönem 1. Bölgelerarası Toplantı, TEB Yayınları 26, Tutanaklar Dizisi 2, s.8.

mesleki hünerlerini de katarak eczanelerinde üretmektedirler. Majistiral ilaçların fiyatlarının hesaplanması Türk Eczacılar Birliği tarafından hazırlanan ve S.S.Y.B.'nin onayladığı tarifelere göre yapılmaktadır. Eczacılar, farmakopelerde, kodekslerde, mesleki formüler ve yayınlarda kayıtlı olan, eczacılık teknolojisine uygun olarak ve reçeteye bağlı olmaksızın da ilaç hazırlayabilmektedir(Offisinal ilaç).

Eczaneler ilaçlarını ecza depolarından temin edebildikleri gibi, firmalardan doğrudan alabilmektedirler. Eczacı kârı ilacın satış fiyatı üzerinden %20 olarak belirlenmiştir. Ancak yapılan alışverişin ödeme koşullarına göre %20'den sonra değişen oranlarda iskontolar uygulanmaktadır(46).

Öte yandan depolar ve firmalar kendi satış politikalarına uygun olarak bazı ilaçlarda mal fazlalı satış yapmaktadırlar. Eczacıların kâr haddi fiyat kararlamelerine göre %20 olarak belirlenmesine karşın, k rlılığın depo veya firmanın satış politikasına bağlı olduğu söylenebilir.

Bazı Avrupa  lkelerinde eczacılara uygulanan k r hadleri Türkiye'den farklı olmaktadır(47). Bu

---

(46) %20'den sonra %16, %12, %10, %8 gibi iskontolar yapılabilir.

(47) İ.E.İ.S., Aylık Rapor, Ekim 89, s.4.

oran Belçika'da %31, F. Almanya'da %32.1, Fransa'da %30.4, İngiltere'de %23 ve İspanya'da %30.7'dir.

Türkiye'de, eczanelerden reçetesiz olarak ilaç temini mümkündür. Ancak uyuşturucu ilaçlar için kırmızı, psikotrop ilaçlar içinse yeşil reçete mecburiyeti vardır. Eczacılar bir çok hastalığın tedavisi için hastalara danışmanlık görevi yapmaktadır. Öte yandan bazı hastalar yakınlarının önerisi ile de eczanelerden ilaç alabilmektedirler. Türkiye'de sosyal güvenlik şemsiyesinin genişlemesi sonucu eczanelere gelen özel hekim reçetesi sayısı azalırken, sosyal güvenlik kurumlarının reçetelerinde artma görülmektedir.

Yasalar eczane dışında ilaç satışını yasaklamıştır. Eczanelerin bulunmadığı yerlerde S.S.Y.B'dan izin alarak hekimler ecza dolabı açabilmektedir.

#### E. KATMA DEĞER VERGİSİ

2.11.1984 yılında yayınlanan ve 1.1.1985 tarihinde yürürlüğe giren katma değer vergisi(KDV), ilacın üretim, dağıtım ve tüketimini etkilemektedir. Türkiye'de katma değer vergisi oranı %10 olarak belirlenmiştir. Gelişmekte olan bir ülkede katma değer vergisinin alınması politik bir tercih konusudur. Ancak insan sağlığını ilgilendiren ve temel bir ihtiyaç malzemesi olan ilaçtan İngiltere ve Portekiz

gibi bazı ülkeler katma değer vergisi almamakta, Lüksemburg %4, Fransa %5.5, Belçika, İspanya, Hollanda %6, İtalya %9, Danimarka %22 oranında katma değer vergisi uygulamaktadırlar(48).

### III. TALEP YÖNÜNDEN FİYATI OLUŞTURAN FAKTÖRLER

İlaca olan fiili talebin, ilaç tüketim miktar ve değerlerinden izlenmesi mümkündür. Toplam satış miktarı ve değeri (hasılatı) bilindiği takdirde ortalama (birim) satış değeri de hesaplanmış olur. Böylece talep yönünden birim fiyata ulaşılır. Görülüyor ki birim satış fiyatına ulaşmada toplam satış hasılatı çıkış noktası olmaktadır.

Toplam maliyeti oluşturan unsurların analizinde yapıldığı gibi toplam satış hasılatının unsurları da tek tek ele alınabilir.

Toplam ilaç satış hasılatı (veya ilaç tüketim değeri) alıcının kimliği açısından, kişiler ve kurumlar olmak üzere iki grubun ilaç tüketim harcamalarının toplamından ibarettir. Bu hasılatı ulaşmanın bir başka yolu ise daha önce de belirtildiği gibi reçete durumuna göre reçeteli ve reçetesiz olarak satılan ilacın hasılat değerlerini toplamaktır. Aşağıda bu

---

(48) Aylık Rapor, Ekim 1989, Y.2, S.16, s.4.

iki kriter çerçevesinde Türkiye'de ilaç tüketiminin durumu incelenecektir. Böylece öncelikle Türkiye'de toplam ilaç talebinin parasal değerini, dolayısıyla da toplam ilaç arzı ile birlikte ilaç birim fiyatını etkileyen bir ilişki zincirinin ilk halkası (aşaması) açıklanmış olacaktır.

## A. TOPLAM TALEBİN YAPISI

### 1. Alıcının Kimliğine Göre Tüketim

Türkiye'deki ilaç tüketimi, alıcının kimliği açısından kurumsal alımlar ve kişisel alımlar olarak iki grubun harcamalarının toplamından oluşur.

#### a. Kurumsal Alımlar

Türkiye'de üç temel sosyal güvenlik kurumu vardır. İşçi statüsünde olan kişiler Sosyal Sigortalar Kurumu'nun (S.S.K.) sosyal güvenlik şemsiyesi altındadır. Serbest meslek sahipleri Bağ-Kur, 657 sayılı Devlet Memurları Yasası'na bağlı olanlar ise Emekli Sandığı'nın güvenlik kapsamı içinde bulunmaktadır.

Türkiye nüfusunun yaklaşık olarak %57'si sosyal güvenlik kurumlarının güvencesi altındadır. Kalan %43'lük bölüm ise hiçbir sosyal güvenceye sahip değildir. Siyasi otorite sosyal güvencesi olmayan kesim için Genel Sağlık Sigortası çıkarma hazırlıkları içindedir.

1989 yılı verilerine göre S.S.K.'na bağlı 19.911.000, Emekli Sandığı'na bağlı 9.692.238(49) ve Bağ-Kur'a bağlı 9.375.670 kişi bulunmaktadır.

S.S.K. sigortalıları, kuruma ait olan hastaneler ve dispanserlerde muayene olarak, ilaçlarını da aynı yerlerden temin edebilmektedirler. Hastane veya dispanser eczanelerinde bulunmayan ilaçlar serbest piyasa eczanelerinden sağlanabilmektedir. 1988 yılı verilerine göre kurumun sağlık yardımlarından yararlanan 16.5 milyon kişi için yaklaşık 20.5 milyon adet reçete düzenlenmiştir. 1989 yılı rakamları ile sağlık primi geliri 1 trilyon 579 milyar TL olarak gerçekleşmiş, buna karşılık 878 milyar TL'lik sağlık harcaması yapılmıştır. Sağlık harcamasının yaklaşık %50'lik bölümünü ilaç giderleri oluşturmaktadır(50).

İlaç giderlerinin yüksek olmasının önemli bir nedeni ise, hekimlerin zaman yetersizliği yüzünden hastalarına fazla ilaç yazarak tedavi etmek istemeleridir.

S.S.K. ilaçlarını genellikle firmalardan sağlamaktadır. Kurumun kendi tüketimine yönelik olarak

---

(49) 657 sayılı Devlet Memurları Yasası'na göre devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler ile memur emeklileri, dul ve yetimleri ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler.

(50) Rakamlar S.S.K. yayınlarından derlenmiştir.

Üretim yapan ve ihtiyacın ancak bir bölümünü karşılayan bir de ilaç fabrikası bulunmaktadır..

Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları ise, ilaçlarını serbest piyasadan ve genellikle anlaşmalı eczanelerden sağlamaktadırlar.

1989 yılında anlaşmalı eczaneler tarafından Bağ-Kur'a fatura edilen reçetelerin tutarı 128.1 milyar TL olmuştur. Emekli Sandığı mensupları ise 1988 yılında 57 milyar TL'lik ilaç tüketirken, bu rakam 1989 yılında yaklaşık 127 milyar TL'ye yükselmiştir.

657 sayılı yasaya bağlı devlet memurları ve bekmakla yükümlü oldukları kişilerin ilaç harcamaları ise 215 milyar TL'ya ulaşmıştır(51). Adı geçen kurumların 1989 yılı ilaç tüketimleri yaklaşık 870 milyar TL olmuştur. Bu rakama hasta katılım payları dahil edilmemiştir. Gerçekte, reçete tutarlarının bir bölümü hastalar tarafından ödenmektedir. Toplam reçete tutarının, çalışanlar %10'unu, emekliler ise %20'sini ödemektedirler. Serbest piyasa eczaneleri, kendilerinden ilaç alan kurumlara %5 oranında iskonto uygulamaktadırlar(52). Hastalar tarafından ödenen reçete katılım

---

(51) Hürriyet Gazetesi, 23 Temmuz 1990.

(52) TEB ve Maliye Bakanlığının yaptıkları protokol gereği tüm serbest eczaneler, resmi kurumlara %5 oranında iskonto yapmaktadırlar.

payları ve eczanelerin yaptıkları iskonto tutarları 1989 yılı için 215 milyar TL olmuştur. Bu durumda aynı yıl için resmi kurum reçetelerinin toplam ilaç tüketimi içindeki payı 1 trilyon 85 milyar TL'ye ulaşmıştır. Kurumların ilaç harcamaları yıllar itibarıyla büyük artışlar göstermektedir. Emekli Sandığı'nın reçete tutarlarındaki artış bir önceki yıla oranla %100'ün üzerinde olmuştur. Resmi reçetelerde ilaç savurganlığını önlemek amacı ile bir reçetede yazılı ilaç sayısı beşle sınırlanırken, antibiyotik grubu ilaçlar için antibiogram yaptırma zorunluluğu getirilmiştir.

#### **b. Kişisel Alımlar**

Serbest piyasada kişiler tarafından yapılan ilaç tüketimi genelde eczanelerden ilaç satın alınarak yapılmaktadır. Eczane dışında ise bazı aktar ve baharatçılarda bitkisel kökenli ilaçlar satılmaktadır. Ayrıca bazı bakkallar da ilaç satmaktadırlar.

Yasalar eczane dışında ilaç satışını yasaklamıştır. Ancak bazı bakkallarda halk arasında çok tüketilen (aspirin, gripin vb.) ilaçları bulmak mümkün olmaktadır. Öte yandan S.S.Y.B. sosyalizasyon dışı bölgelerde eczanenin bulunmadığı durumlarda izin almak koşulu ile

bazı ilaçların satılmasına izin vermiştir(53).

Kurumlarla herhangi bir ilişkisi olmaksızın, doğrudan kişisel ilaç alımlarının yaklaşık olarak 131 milyar TL dolayında olduğu ve bunun tüm tüketimin %11'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir.

IMS verilerine göre 1989 yılı ilaç tüketimi 1 trilyon 216 milyar TL olmuştur.

## 2. Reçete Durumuna Göre Tüketim

Eczanelerden temin edilen ilaçlar; reçete ile alınan ilaçlar ve reçetesiz alınan ilaçlar olmak üzere iki başlık halinde toplanabilir.

### **a. Reçete İle Alınan İlaçlar**

Türkiye'de yasalar ilaçların reçete karşılığı olarak verilmesi zorunluluğunu getirmiştir. 1928 yılında yürürlüğe giren 1262 sayılı yasaya göre ilacın, eczaneden hekim reçetesi ile sağlanması gerekmektedir. Ancak günümüzde uygulama bu yönde olmamakta ve yalnızca uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar için bu zorunluluk

---

(53) Bu bakkalarda, bazı ağrı kesici ilaçlar, kinin tablet, yara merhemi, uyuz ilacı, hintyağı ve müşhil gazozu, çocuk mamaları, diş tozları ve macunlarını ve meyve tuzları gibi ruhsatlı ilaçlar satılabilir.

yerine getirilmektedir. Yasaların emredici hükümlerine karşın reçetesiz ilaç satışına izin verilmesinin başlıca nedeni olarak ülkedeki sağlık hizmetlerinin yetersiz ve dağılımının adaletsiz olması gösterilebilir. Ayrıca ilacın eczane ölçeğinde üretiminden, sanayi ölçeğinde üretimine geçilmesi ile ilaç üretimi artmış, sağlık hizmeti üretmeden üretilen ilacın tüketilmesinin bir yolu da reçetesiz ilaç satışı olmuştur(54).

Sonuç olarak uyuşturucu ve psikotrop ilaçların dışında kalan tüm ilaçlar, eczanelerden yasaların engellemesine karşın reçetesiz olarak sağlanabilmektedir.

Reçeteler, kurum reçetesi veya özel reçete olarak ayrılabilir. Hastalanan kişi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı ise veya resmi bir yerde çalışıyorsa reçetesinin büyük bir bölümü kurumu tarafından karşılanmaktadır(55).

Sosyal güvenlik koruması altında olmayan hastalar genelde özel hekimlerin muayenehanesine giderek sorunlarına çözüm aramaktadırlar. Hekime ücretini ödeyerek

---

(54) Levent Kamacık, Toplum Sağlığı Açısından Bilinçli İlaç Kullanımı Sempozyumu, TEB Yayınları 24, Ankara, 1988.

(55) Çalışan kişiler reçete bedelinin %10'unu, emekliler ise %20'sini kendileri ödemektedir.

muayene olan kişi, aynı şekilde ücretini ödeyerek eczaneden ilacını alabilmektedir. Ancak ilaç fiyatlarında son yıllarda görülen artış ve toplumun satınalma gücünde görülen azalış nedeniyle, reçetede ki ilaçların tamamını alamayan veya bir kısmını alabilen hasta sayısı giderek artmaktadır.

Kamu kuruluşlarında verilen hastane hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle, sosyal güvenlik kapsamında olup özel hekime muayene olan çok sayıda hasta bulunmaktadır. Hekim hastanın bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumunun hastanesinde görev yapıyorsa hastalar özel muayenehanede ücretli olarak muayene olup ilaçlarını resmi kurumdan ücretsiz olarak yazdırabilmektedirler. Hastalar reçeteden fayda gördükleri takdirde reçeteyi tekrar edebildikleri gibi, aynı konuda rahatsızlığı olan yakınlarına da önerebilmektedirler.

#### **b. Reçetesiz Alınan İlaçlar**

Türkiye'de hastalanan kişilerin ilaçlarını eczanelerden reçetesiz olarak da sağlayabilecekleri daha önce de belirtilmişti. İlaça gereksinimi olan kişi veya yakını sürekli olarak kullandıkları bir ilacı veya ilaçları satın almak isteyebilecekleri gibi bir sağlık görevlisinin önerisi sonucu da reçetesiz ilaç alabilmektedir(56). Öte yandan eczaneye gelen

---

(56) Ebe, sağlık memuru, hemşire gibi sağlık görevlileri de hastaya ilaç önerebilmektedir.

hasta genellikle eczacının danışmanlığına başvurarak ilaç almak istemektedir. Hasta veya yakınının sorununu dinleyen eczacı hastaya ilaç verebilmekte, ilaç vermeden yardımcı olabilmekte veya hastayı bir hekime gönderebilmektedir. Bir hekimin veya eczacının önermesi olmadan ilaç kullanımı, başka bir deyişle ilaçların reçetesiz alınıp satılması yani OTC (Over The Counter)'nin ABD ve bazı Batı Avrupa ülkelerinde görülen biçimde Türkiye'de uygulanması olanaksız görülmektedir. Gerek yasal düzenlemelerin gerekse toplumun eğitim-kültür düzeyinin bu uygulamaya hazır olmadığı söylenebilir(57).

#### B. TOPLAM TALEBİN BELİRLEYİCİLERİ

İlaç fiyatı, tüketicinin gelir seviyesi, ilacın ikame mallarının fiyatı, zevk ve tercihler, nüfus gibi başlıklar altında daha önce incelenmiş olan talebi etkileyen faktörler bu ayrımda Türkiye açısından değerlendirilecektir.

- Türkiye'de ilacın fiyatı talebi üzerinde fazlaca etkili değildir. Bu çalışmanın Üçüncü Bölümü'nde talebin fiyat elastikiyeti hesaplamalarında da izlenebileceği gibi çoğu zaman fiyatlar arttıkça talep miktarı azalmayabilmekte, ancak bazen tam tersine

---

(57) Bkz. ayrıntılı bilgi için TEB yayınları s.27-28.

gerçekten talep miktarında bir ölçüde azalma görülebilmektedir. Bu durumda Türkiye'de ilaç fiyatı toplam talep ve dolayısıyla yeniden oluşacak fiyat seviyesi üzerinde beklenenden daha az etki yapmaktadır.

- Tüketicinin gelir seviyesindeki artışların ilaç tüketimini arttırması beklenirken, üçüncü Bölüm'deki çalışmada da görülebileceği gibi bazı yıllarda tam tersine azalmalar görülebilmektedir. Dolayısıyla Türkiye'de ilaç, tüketicinin geliri arttığında daha fazla tüketmek için hemen harekete geçeceği bir mal niteliği taşımamaktadır. Gerek gelir gerekse fiyatla ilişkilerde ortaya çıkan bu durum kanımızca ilaç talebinin çoğunlukla kurumsal talep niteliği taşımasından ve bireyin kendi gelirinden çok ödemeyi yapacak kurumların bütçeleri ve getirdikleri bazı zorlukların derecesine bağımlı olmasından kaynaklanmaktadır.

- İlacı aynı tedavi grubu içinde ikame edebilecek başka ilaçların fiyatındaki gelişmeler Birinci Bölüm'de "jenerik ilaç" konusunda belirtildiği gibi ilgili ilacın talebini fazla etkilememektedir. Türk tüketicisi de çoğu zaman marka imajının etkisi altında kalarak talep ettiği ilacın daha ucuza satılan ikamesine yönelememekte, çünkü o ilacın yerini tam olarak tutacağına inanmamaktadır.

- Bireylerin zevk, tercih ve alışkanlıkları reçetesiz ilaçların talebini Türkiye'de de önemli ölçüde etkilemekte, ancak özellikle reçeteli ilaçlarda

doktor tercihleri ön plana çıkmaktadır. Ayrıca her iki talep türü de ticari marka ve propaganda faktörlerinin büyük ölçüde etkisi altında bulunmaktadır.

Ülkemizde hekimler hastalarına tür ve miktar olarak çok sayıda ilaç yazmaktadırlar. Bunun nedenleri arasında:

- Firmaların hekimlere uyguladıkları yoğun ve etkin propaganda,

- Hasta sayısının fazla olması nedeniyle kesin tanı koyma şansını artırmak için daha fazla ilaç yazılması,

- Özel hekimlik kurumunun denetimsiz ve başıboş olması, sayılabilir.

İlaç tüketimini tercih ve alışkanlıklar açısından etkileyen öteki nedenler arasında tüketicinin yakınların önerisiyle ilaç alması, pahalı ilacın daha etkili olabileceği konusundaki inancı sayılabilir.

Tüketicinin iyi bir ilaç bilgisinin olmaması ve ilacın büyük bir özgürlük içinde kullanılması da tüketimi artıran nedenler arasında sayılabilir. Tüketici ilaçları kullanırken şu hususlara dikkat etmelidir(58):

---

(58) Lütfiye Eroğlu, Aylık Rapor, Mayıs-Haziran 1990, s.4.

- İlaç, hekimin belirttiği zaman aralıklarında kullanılmalı, doz atlanmamalı, iki doz birleştirilmemeli,

- Birden fazla ilaç birarada yutulmamalı, ilacın kullanım süresine tam uyulmalı, tedavi gerekenden kısa ya da uzun sürdürülmemeli,

- Hekim önerisi dışında gelişigüzel ilaç kullanılmamalı,

- İlaçlar uygun koşullarda saklanmalıdır.

Türkiye'de bu kurallara yeterince uyulduğu söylenemez. Nitekim yapılan araştırmalarda evlerin artık ilaçlarla dolu olduğu ve bunların çoğunun kullanım süresini aştığı belirlenmiştir.

- İlaç tüketimini bir ülkedeki nüfus ve ortalama yaşam süresi de etkilemektedir. Türkiye'de oldukça genç ve kalabalık bir nüfus yaşamaktadır(59). Yılda ortalama %2,5 dolayında artan nüfusun 1989 yılı tahminlerine göre %42'si kırsal kesimde, kalan bölümü ise kentlerde yaşamaktadır. Türkiye, nüfusunun %37,5'u 15 yaşın altında olması nedeniyle genç bir nüfusa sahiptir. Bu durum Avrupa ile açık bir çelişki yaratmaktadır. Türkiye'nin şu andaki yaklaşık 55 milyonluk nüfusunda 5 yaşın altında yaklaşık 6,5 milyon çocuk

---

(59) Tahminlere göre 1990 yılında Türkiye'nin nüfusu 55 milyonun üzerindedir.

vardır. 60 ve yukarı yaş nüfusu ise 3,5 milyon dolayındadır. 1985 nüfus sayımlarına göre nüfusun %78'lik bölümü okur-yazardır.

Yapılan araştırmalar ilaç tüketiminin 0-2 yaş arası çocuklarda en fazla, 2-20 yaş arasında en az olduğunu göstermektedir. Tüketim 20-40 yaş arasında artmakta, 40 yaşın üzerinde ise devamlı bir artış göstermektedir. Ayrıca erkeklerden daha çok yaşamaları ve annelik dönemine girdikten sonra ilaca daha çok gereksinim duymaları nedeniyle kadınların daha çok ilaç tükettiği gözlenmektedir.

- Ülkedeki kültür, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin gelişmişlik düzeyi de ilaç tüketimini etkilemektedir. Kültür seviyesi arttıkça insanlar sağlıklarına daha çok özen göstermektedir. Bütün bu faktörlerle beraber ülkedeki sağlık hizmetlerinin gelişmişlik derecesi de ilaç tüketiminde etkili olmaktadır. Türkiye'deki nüfusun %60'a yakın bölümü sosyal güvenlik şemsiyesi altındadır. Ancak bu kurumlarda istenilen düzeyde hizmet verilmemektedir. WHO'ya göre bir hekimin 7 saatlik süre içinde bakması gereken hasta sayısının 20 dolayında olduğu belirtilmişken, SSK hastane ve polikliniklerinde hekim başına hasta sayısı 100-150 arasında değişmekte ve mesai saatleri içinde ortalama 3-4 dakikada bir hasta muayene edilmiş olmaktadır.

Sonuç olarak normal bir sağlık hizmeti almayan hasta genelde ihtiyacı olan bir ilaç yazdırmak için kuruma başvurmuştur.

#### IV. FİYAT OLUŞUMUNDA DEVLETİN ROLÜ

İlacın insan sağlığı ile olan doğrudan ilişkisi nedeniyle hemen hemen tüm ülkelerde devlet ilaç piyasasını ve fiyatlarını çeşitli biçimlerde denetlemektedir.

Türkiye'de de Cumhuriyetten bu yana ilaç piyasası ve fiyatları devlet tarafından denetlenmektedir.

Bu denetim doğrudan fiyat kararnameleeri ve fiyatta dolaylı etkisi olabilecek diğer kararlar aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Fiyat kararnameleeri ve diğer kararlar aşığıda ayrı ayrı incelenecektir.

##### A. FİYAT KARARNAMELERİ

İlaç fiyatlarının denetimi 1928 yılında çıkarılan 1262 sayılı "Tıbbi ve İspeçiyari Müstahzarlar Kanunu" nun 4348 sayılı yasa ile değiştirilen 7. maddesine göre S.S.Y.B. tarafından yapılmaktadır. Maddenin f bendine göre "fiyatın muvafık ve isminin uygun bulunması" gerekmektedir. Aynı madde Bakanlığın piyasa koşullarına göre müstahzar fiyatlarının değiştirilmesini isteyebileceğini de belirtmektedir. Yasada ilaç

fiyatlarının belirlenme şekli ayrıntıları ile yer almamaktadır. Bu nedenle çeşitli tarihlerde çıkan kararnamelerle ilaç fiyatları düzenlenmiştir. Kararnameler çıkarılırken günün koşulları, endüstrinin ihtiyaçları, konunun sosyal niteliği gözönünde bulundurulmuştur.

İlaç fiyatlarını düzenlemek için çeşitli tarihlerde çıkarılan kararnameler ve ek kararnameler aşağıda ayrı ayrı incelenmiştir:

#### 1. 21.11.1956 Tarih ve 1059 Sayılı Kararname

Resmi gazetede 21 Kasım 1956 tarih ve 9463 sayı ile yayınlanan bu kararname 17 maddeden oluşmaktadır.

İthalı yapılan veya yurt içinde üretilen "Tıbbi ve ispençiyari müstahzarların" kâr sınırlarını ve satış yöntemlerini saptayan kararnamede 1262 sayılı yasa ayrıntılı bir biçimde açıklanmaktadır. 3. maddede "piyasa şartlarına göre bakanlığın müstahzar fiyatlarında gereken değişikliği yapmaya yetkili olduğu" belirtilmektedir. Böylelikle ilaç fiyatlarının belirlenmesinde S.S.Y.B.'nin yetkisi açıklık kazanmış olmaktadır.

Kararnamede yabancı tıbbi ve ispençiyari ilaçlarda ithalatçı kârı %15, toptancı kârı %10 ve perakendeci kârı üst sınırı %25 olarak tesbit edilmiştir.

Kararnamenin 2. maddesinde "İmal tekniği ve hususiyetleri itibariyle emsallerine nisbetle bariz üstünlüğünün adı geçen vekaletçe kabul edilmesi halinde imalatçı satış fiyatları emsallerine nazaran %20'ye kadar artırılabilir." denilmekte ve ilaçlar arasında kalite farklılığı olabileceği onaylanmış olmaktadır.

13. ve 15. maddeler S.S.Y.B.'nin kamu yararına yapabileceği etkinlikleri kapsamaktadır. 13. maddede halk sağlığı açısından çok önemli görülen yerli ve yabancı ilaçların 1262 sayılı yasanın 4348 sayılı yasa ile değişmiş 2. maddesinin B bendinde yazılı ruhsatsız diğer ilaçlarla gerek görülecek bazı tıbbi ecza ve malzemelerin en üst fiyatlarını tesbit ve duyurmaya ve gerektiğinde değiştirmeye S.S.Y.B. ve İktisat ve Ticaret Bakanlığı birlikte yetkili kılınmıştır.

15. maddenin c bendinde halk ve ulusal savunma gereksinimlerini karşılamak ve vurgunculuğu önlemek için ilaçlarda Sağlık Bakanlığı, tıbbi ecza içinse Bakanlıkla birlikte İktisat ve Ticaret Bakanlığı yetkili kılınmıştır.

Kararnameye göre üretici maliyet fiyatları hesaplanırken: İlgili ilacın üretiminde kullanılan hammadde ve ambalaj malzemesinin satın alma ya da ambar tutarları temel olarak alınmaktadır. İşçilik ve diğer giderlerin hesaplanmasında kararnameye ekli olan bir liste kullanılmaktadır. Ekli listede ilaçlar

piyasaya sunulan biçimlerine göre sınıflandırılmıştır. Her sınıfın karşısına hammadde ve ambalaj malzemesi toplamlarına göre belirlenen çeşitli tutarlar ve bunlara eklenecek işçilik ve öteki gider karşılıkları oran olarak sıralanmıştır. İlacın hammadde ve ambalaj malzemesi tutarları arttıkça uygulanan yüzde oranı düşük tutulmuştur. Böylece yüksek hammadde ve ambalaj malzemesi tutarına azalan oranlarda işçilik ve öteki giderler karşılığı eklenerek belli bir denge sağlanmak istenmiştir.

1059 sayılı kararnamenin bazı maddelerini değiştiren 1087 sayılı kararname ile birlikte uygulama sonuçları da incelenecektir.

#### 2. 12.4.1957 Tarih ve 1087 Sayılı Kararname

1087 sayılı kararname, 1059 sayılı kararnamenin 1, 2 ve 11. maddelerinde bazı önemli değişiklikler yapmaktadır. 24.5.1957 tarihli Resmi Gazete'de ise kararnamenin açıklanması yayınlanmıştır.

1059 sayılı kararnamenin 1. maddesi, 1262 sayılı yasanın 1. maddesine göre "ruhsata tabi tıbbi ve ispençiyari müstahzarların" satış fiyatlarının hesaplanmasında kabul edilen maliyet unsurları ile üretici veya ithalatçı, toptan ve perakendeci kâr sınırlarını belirlerken, 1087 sayılı kararnamenin 1. maddesi 1262 sayılı yasanın 4348 sayılı yasayla değişik

2. maddesinin B bendinde yazılı ruhsatlandırmaya gerek olmayan diğer ilaçları da kapsamına almıştır.

1087 sayılı Kararname'nin 2. maddesi ise ruhsata bağlı "yerli tıbbi ve ispençiyari müstahzarlarla", ruhsata bağlı olmayan öteki ilaçların üretici maliyet fiyatlarının oluşumuna ve denetimine ayrıntılı bir biçimde yer vermektedir. Üretici maliyetleri 1059 sayılı kararnamede belirtildiği gibi oluşmaktadır(60).

İlaç üretiminde kullanılan hammadde ve ambalaj malzemesinin görülmeyen fireleri "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti ile Sanayi Odaları, Sanayi Odalarının bulunmadığı yerlerde Ticaret ve Sanayi Odaları tarafından" belirlenerek maliyet oluşumunda gözönünde tutulmaktadır. Üretimde kullanılan hammaddelerle ambalaj malzemesinin fiyatlarına ait fatura ve öteki vesikaların tetkik ve piyasaya uygunluğunun denetimi ise, Türk Eczacılar Birliği Merkez Heyeti ile heyete girecek Türkiye Ecza Depocuları Cemiyeti, Türkiye Tıbbi Müstahzarlar Sanayii ve Laboratuvarları Cemiyeti'nden birer üyenin katılımı ile İstanbul'da kurulacak bir komisyona verilmiştir.

Bu esaslara göre hesaplanacak ilaç maliyet fiyatlarına, işletme ve idare masrafları, patent hakları ücretleri, amortisman, finansman, reklâm,

---

(60) Ayrıntılı bilgi için 9615 sayılı R.G.'ye bakınız.

numune, satış masrafı vb. gibi her ne ad altında olursa olsun başkaca bir masrafın ilave edilmesine izin verilmemiştir.

Kararnamenin 2. maddesi ile gelen bir başka yeniliğe göre bir ilacın piyasaya verilen son biçimine kadar geçirdiği üretim aşamalarındaki diğer farmasötik şekilden dolayı(61), işçilik ve diğer masrafları karşılamak üzere maliyete herhangi bir ekleme yapılamamaktadır. Öte yandan bir ilacın üretiminde kullanılan hammadde ve ambalaj malzemesinin değeri toplamında, piyasa koşullarına göre %20'lik bir artış yada azalış olmadıkça ilacın fiyatında bir değişiklik yapılamamaktadır.

1087 sayılı Kararname 1059 sayılı Kararname gibi, benzerlerine göre üstün nitelikli ilaçlar olabileceğini kabul ederek, kaliteli ilaç üretimini teşvik amacıyla Bakanlığa maliyet fiyatlarını arttırabilme yetkisi vermiştir.

1087 sayılı Kararnamenin 11. maddesinde yerli ve yabancı ilaçların eczane ve ecza depolarında etiket mahiyetindeki ambalajlarında yazılı perakende satış fiyatları üzerinden satılacağı, ancak üretildikleri

---

(61) Örnek olarak; drage olarak piyasaya verilen bir ilaç daha önce toz, granülasyon, tablet aşamalarından geçmektedir.

yada ithalatlarının yapıldığı yerden başka bir bölgede satılmaları halinde bu fiyata taşıma, ambalaj ve vb. masrafları karşılamak üzere bir ekleme yapılacağı belirtilmektedir.

Fiyat oluşumu kısaca yeniden özetlenecek olunursa; "Hammadde ve ambalaj malzemesinin değeri üretici satış fiyatının tesbitinde esas olarak alınmaktadır. Bunlara ait fatura ve diğer vesikaların piyasa koşullarına uygunluğu bir komisyonca denetlenmektedir. Firelerin tutarı ise hammadde ve ambalaj fiyatlarına eklenmektedir. Firelerin miktarı Sağlık Bakanlığı ve Sanayi Odaları'nca birlikte saptanmaktadır. Bu toplama öteki üretim giderleri olan işçilik, yakıt, enerji, su, idari masraflar ve vb. masraflar için, ilacın piyasaya verilen son şekline göre %25 ile %120 arası değişen götürü bir masraf yüzdesi eklenmektedir. Elde edilen değerlerin maliyeti oluşturduğu kabul edilip buna %25'i eklenerek üretici satış fiyatı, %10 eklenerek depocu satış fiyatı %25'i eklenerek perakendeci satış fiyatı bulunmaktadır."

Kararnamelerle ilgili kısa bir değerlendirme ise aşağıda yapılmıştır:

(1) Kararnamelerde ilaç fiyatlarının oluşumunda S.S.Y.B'nin etkisi açıkça görülmektedir. Bakanlık gerekli gördüğü durumlarda fiyatlara karışmaktadır. "Milli Koruma Kanunu" da kararnamelerde etkili olmuştur.

(2) ilaç maliyetinin oluşumunda hammadde ve ambalaj malzemesi temel olarak alınmakta öteki giderler götürü bir şekilde maliyete eklenmektedir. Hammadde ve ambalaj malzemesinin fiyatları bakanlığın oluşturduğu bir komisyonun denetiminden geçmektedir.

(3) Hammadde ve ambalaj fiyatlarının toplam değerinde %20'den fazla bir değişiklik olmadan Bakanlığa ilaç fiyatlarında yapılacak bir değişiklik için başvuruda bulunulamamaktadır.

(4) Benzer ilaçlarda kalite farklılıkları olabileceği Bakanlık tarafından onaylanmış olmaktadır.

(5) Kararname pahalı hammadde ve ambalaj malzemesini özendirici bir yapı arz etmektedir. Öteki giderlerin ucuz olması, hammadde ve ambalaj malzemesinin fiyatlarının yüksek olması önceleri sanayiye büyük avantajlar sağlamıştır. Ancak zamanla durum tersine dönmüş işçilik, işletme masrafları ve öteki masraflar artmış ve bu avantaj da ortadan kalkmıştır.

(6) İlaçların yapımında kullanılan aynı etken maddeler değişik ülkelerden farklı fiyatlarla ithal edildiği için eş bünyeli ilaçlarda farklı fiyatlar oluşmuştur. Bu durum, ana firmalarından hammadde getirerek ilaç üreten yabancı ilaç firmalarının büyük ölçüde yararına sonuç vermiştir.

### 3. 15.1.1968 Tarih ve 6/9311 Sayılı Kararname

12.4.1957 tarih ve 1087 sayılı Kararnamenin gereksinimleri karşılamadığı kanısına varan S.S.Y.B. ile ilaç işverenleri yeni bir sistem arayışına girmişlerdir. Bu nedenle Maliye, Sağlık, Sanayi, Ticaret Bakanlıkları ve Türkiye Odalar Birliği uzmanlarının katılımı ile bir komisyon oluşturulmuştur. Komisyon, Türkiye'deki mevcut sistemi ve yabancı ülkelerdeki uygulamaları inceleyerek, ilacın fiyatlandırılmasında "sınai maliyet" sisteminin temel alınmasına karar vermiştir.

15.1.1968 tarih ve 6/9311 sayılı İlaç Fiyat Kararnamesinde 18 madde yer almaktadır. Kararnamenin 1. maddesinde ilaç fiyatının belirlenmesinde temel faktör olarak sınai maliyete yer verilmiştir. Sınai maliyet; mamulun bünyesine giren ham ve yardımcı maddeler tutarları ve fireler, ambalaj malzemesi tutarı ve fireleri, direkt işçilik tutarı ve üretim giderlerinden oluşmaktadır. Kararnamenin 2, 3, 4, 5. maddelerinde sınai maliyeti oluşturan unsurlara ilişkin bilgiler yer almaktadır. Mamulun bünyesine giren hammadde ve yardımcı maddelerle ambalaj malzemesi fiyatları indeks fiyatlarıdır. İndeks fiyatlarla bu maddelere ait fireler ve fazla dozlar Fiyat Kontrol Komitesinin görüşü alınarak her yıl S.S.Y.B. tarafından saptanarak ilgililere duyurulacaktır. Ham ve yardımcı

maddelerde gerçekçi bir fiyat saptamak için bu maddelerin her yıl dünya fiyatlarıyla karşılaştırılarak indekslerinin yapılması düşünülmüştür. 6/9311 Sayılı Kararnamede yer alan "Fiyat Kontrol Komitesine" önemli sorumluluklar verilmiştir. Fiyat Kontrol Komitesi, Bakanlığın(62) tesbit edeceği ilaç sanayi ile ilgili meslek kuruluşlarından 3 temsilci, Bakanın bizzat atayacağı 3 temsilci ve Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdüründen oluşmaktadır.

Sınai maliyetin unsurlarından birisi olan direkt işçilik tutarı, ilaç fabrika ve laboratuvarlarında üretim safhasında, doldurma ve ambalajlamada çalışan eleman ve işçilerin ücretleri tutarındır. Ücretlerin içinde çalışanlara verilen tüm sosyal haklar da yer almaktadır. Endirekt işletme giderleri de denilebilecek olan üretim giderleri sınai maliyeti oluşturan sonuncu unsur olmaktadır. Üretim giderleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Endirekt işçilik (yardımcı işçilik) ve bunlara bağlı sosyal giderler,
- Üretimde kullanılan tüketim maddeleri; kömür, akaryakıt, su, gaz, elektrik vb.
- Tamir ve bakım giderleri,

---

(62) Bakanlık kelimesinden, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının anlaşılmalıdır.

- Sınai kısmın kapladığı sahaların kiralaları,
- Sınai yerlerin ve makina, teçhizat, alet ve edevatın amortismanları,

Üretim giderlerinden ürünün bünyesine ne miktarda katılacağını hesaplamak için bir "emsal" saptanmıştır. Bu emsalin nasıl hesaplanacağı kararnamede açıklanmaktadır.

Yukarıda anlatılan şartlara uygun olarak her ürünün birimi için hesaplanan giderlerin toplamı onun sınai maliyetini oluşturmaktadır.

İlacın sınai maliyetine ayrıca hesaplanan ticari maliyet eklenerek üretici maliyet fiyatına ulaşılmaktadır.

Kararnamenin 9. maddesine göre ticari maliyeti bulmak için, sınai maliyete endirekt giderler eklenmektedir. Endirekt giderler ise; genel idare giderleri, satış ve finansman gideri, propaganda ve tanıtım giderleri, varsa royalty ve patent haklarından oluşmaktadır.

Maliyet içinde önemli bir pay oluşturan endirekt giderlerin ilacın fiyatı üzerindeki etkisini azaltmak için Fransız Kararnamelerinden alınan bir yöntem uygulanmaktadır. Bunun için sınai maliyet dilimlere ayrılmakta ve her dilim azalan emsallerle çarpılmaktadır. Uygulanan aşamalı sistemle endirekt giderlerin

normal bir düzeyde kalması sağlanmaktadır. Endirekt gider dağıtım tablosu aşağıda yer almaktadır.

(1) 30 kuruşu geçmeyen sınai maliyete tek ve götürü olarak 35 kuruşluk bir endirekt gider payı eklenir.

(2) 31-60 kuruşluk sınai maliyet dilimine x 0.60

(3) 61-100 kuruşluk sınai maliyet dilimine x 0.50

(4) 101-250 kuruşluk sınai maliyet dilimine x 0.40

(5) 251-500 kuruşluk sınai maliyet dilimine x 0.35

(6) 501-1000 kuruşluk sınai maliyet dilimine x 0.30

(7) 1001-2500 kuruşluk sınai maliyet dilimine x 0.25

(8) 2500 kuruşu aşan sınai maliyet dilimine x 0.20

endirekt gider payı eklenir.

Sınai maliyete endirekt giderlerin eklenmesiyle bulunan ticari maliyetin üzerine en çok %25 üretici kâr haddi eklenerek üretici satış fiyatı bulunur. Buna %9 eklenerek depocu satış fiyatı, buna da %25 eklenerek perakendeci satış fiyatı bulunur.

Eski kararnamelerde olduğu gibi, Bakanlık, gerek gördüğü durumlarda kamu sağlığını korumak amacıyla önlemler alabilmektedir. 11. maddeye göre Bakanlık Fiyat Kontrol Komitesinin iznini alarak "toplum büyük oranda tükettiği için gerek görülen ilaçların" endirekt gider çarpma emsallerinde ve kâr sınırlarında değişiklik yapabilmektedir. Öte yandan dönemin bazı önemli

hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçlarda ve diğer bazı ilaçlarda kârlılık %15'le sınırlanmıştır. Bu ilaçlar tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçlar galenik preperatlar, kodeks ampulleridir.

Penisilin ve Streptomisin ve bu iki ilacın karışımından oluşan dar spektrumlu antibiotiklerin fiyatının, kararnamenin yayınlandığı tarihteki fiyatı geçemeyeceği kısıtlaması da getirilmiştir.

15 Ocak 1968 Kararnamesinin getirdiği en önemli uygulamalardan birisi de her ilaç için örneği S.S.Y.B.'ca hazırlanan ve satış fiyatı elemanlarını kapsayan "Model Fiyat Beyanname"leridir. Üreticiler bu beyannameleri Fiyat Kontrol Komitesine gönderirler. Beyannameler Bakanlık'ça onaylanır. Model Fiyat Beyannamelelerinde yazılı bilgilerin yasalara uygunluğu her zaman Bakanlıkça denetlenebilir.

Kararname kısaca özetlenecek olursa: Bu kararname ile sınaî maliyet yöntemine geçilmiştir. Sistem tam bir serbestlik içinde işlemekte, kamu sağlığını koruyucu ve ilaç fiyatlarına sınırlamalar getiren maddeler bulunmaktadır.

1087 Nolu Kararnamede yer almayan (endirekt) dolaylı giderler bu kararname ile maliyet kapsamı içinde yer almıştır.

- Yeni kararnamede danışma amaçlı Fiyat Kontrol Komitesi kurulması kararlaştırılmıştır. Bu komite:

(1) Ürünün bünyesine giren ham ve yardımcı maddelerle ambalaj malzemelerinin indeks fiyatları ile fire ve aşırı dozlarda S.S.Y.B.'na görüşlerini bildirmek,

(2) Dolaylı giderlerle ilgili çarpma emsallerinin ve kâr sınırlamalarının değişikliği gerektiğinde Bakanlığa bilgi vermek,

(3) Model Fiyat Beyanname'lerini incelemek gibi önemli sorumluluklar üstlenmiştir.

- Kararnamenin getirdiği önemli yeniliklerden birisi de Model Fiyat Beyannameleridir. Beyanname ilacın formülüne göre tüm maliyet unsurlarının gösterilebileceği şekilde hazırlanmaktadır.

- İlacın satış fiyatına ulaşmak için önce sinai maliyet bulunmaktadır. Daha sonra sinai maliyet dilimlere ayrılıp azalan oranlı emsallerle çarpılarak dolaylı giderler elde edilmektedir. Dolaylı giderlerin sinai maliyete eklenmesiyle ticari maliyet bulunmaktadır. Ticari maliyete en çok %25 eklenerek üretici satış fiyatı, buna en çok %10 eklenerek depocu satış fiyatı, buna da en çok %25 eklenerek perakende satış fiyatına ulaşılmaktadır.

Kararnamenin yaşama geçmesinden sonra başlangıçta pahalı hammadde kullanan firmaların üstünlüğü ortadan kalkmış ve eşit rekabet şansı doğmuştur. İlk uygulama sonucunda ilaçların %55'inin fiyatı

artmış %32'sinin fiyatı düşmüş, %13'ünün fiyatı aynı düzeyde kalmıştır. Bu oranlar yabancı sermayeli firmalar için sırasıyla %42, %43, %5 yerli firmalar için ise %56, %31, %13'tür. Uygulamada görülen aksaklıklar şu şekilde sıralanabilir(63):

(1) Ham ve yardımcı maddelerin indeks fiyatları saptanırken en az bedel gösteren üreticinin fiyatı, dünya fiyatları araştırılmadan temel olarak alınmıştır. Ambalaj malzemesinin indeks fiyatlarını Türk Eczacılar Birliği Merkez Heyeti saptamış, S.S.Y.B. bu fiyatları onaylamıştır.

(2) Fiyat Kontrol Komitesine Bakanlıkça atanacak 3 temsilci ilaç sanayiinden seçilmiş, böylece komite 6 sanayici ve 1 bürokrattan oluşmuştur.

(3) Komite çalışmalarında keyfilik söz konusu olmuştur. İlaç fiyatları saptanırken genellikle beyanname çerçevesinde kalınmamış ve pazarlık yöntemi kullanılmıştır. Pazarlık sonucunda beyannamede istenilen fiyatın çok altında fiyatlar oluşmuş, indirimlerde pazarlık yapılması nedeniyle farklı oranlar söz konusu olmuş ve bu farklılıklar üreticiden üreticiye değişmiştir.

---

(63) İlaç Endüstrisinin İktisadi ve Mali Yönden Denetimi Konusunda Sağlık Bakanlığı'na Verilen Rapor, Ankara, 1972.

- Çalışmalarını sürekli olarak İstanbul'da sürdüren komite Bakanlığa danışmanlık yapmak yerine fiyat tesbitinde "karar mercii" konumuna gelmiş "bu hal talep sahiplerinin kendi taleplerini incelemek ve karara bağlamak imkanına sahip olmaları neticesini doğurmuştur."

- Model Fiyat Beyannamelerinde gösterilen hususların üretici firmaların defter kayıtlarına uygunluğu denetlenmemiştir.

#### 4. 12.7.1968 Tarih ve 6/10362 Sayılı Ek Kararname

Kararname bir tek maddeden oluşmaktadır. Bu madde ile hammadde ve ambalaj malzemesi tutarları birbirine yakın olan farmokolojik (tedavi değerleri) bakımdan eş yapıllı ilaçların herbirinin, direkt işçilik ve üretim giderleri ile endirekt giderleri ne olursa olsun en düşük fiyatı veren firmanın fiyatı esas kabul edilmektedir. Yüksek fiyat veren diğer ilaçlar bu düzeye indirilmektedir.

#### 5.29.3.1972 Tarih ve 7/4129 Sayılı Kararname

1968 yılında çıkarılan kararnamelerin yetersiz görülmesi üzerine 1972 yılında S.S.Y.B. tarafından

bir komisyon oluşturulmuştur(64). Komisyon, ilaç fiyatları, ilaç endüstrisi ve ilaçla ilgili konularda çalışmalar yapmıştır. 1972 Kararnamesi bu komisyonun hazırladığı rapor temel alınarak hazırlanmıştır.

Komisyonunun hazırladığı raporda, Türkiye'nin yakın bir gelecekte serbest fiyat rekabetine geçemeyeceği, aksine ilaç endüstrisinde oligopolik unsurların hakim olduğu belirtilmektedir. Raporda ayrıca sınai maliyete dayalı yeni bir fiyat sisteminin geliştirilmesi istenmektedir. Ancak ülkede uygulanacak yeni sistemde 6/9311 kararnamesinde olduğu gibi, yabancı bir ülkenin (Fransa) tesbit ve kıstasları yerine ülkenin koşullarına uygun bir sistemin gelmesinin doğru olacağı savunulmaktadır.

Komisyonun önerdiği sistemle, gelecek yıllarda ilaç üretiminde, dış ticarete, dağıtım ve kullanım alanlarında kalıcı ve rasyonel bir yapının gerçekleşmesi amaçlanmıştır.

Aşağıda 22 maddeden oluşan 1972 İlaç Fiyat Kararnamesi incelenmektedir:

---

(64) Prof.Dr. Mekin Tanker'in başkanlığında kurulan komisyonda Merih Celasun (ODTÜ Öğretim Üyesi), Hüsnü Kızılyallı (DPT Müşaviri), Ediz Öke (Maliye Bakanlığı Hesap Uzmanı), Neriman Alanyalı (Maliye Bakanlığı Hesap Uzmanı) yer almıştır.

7/4129 Sayılı Kararname ilaç fiyatlarının tesbitinde sınıai maliyet sistemini temel olarak almaktadır. Sınıai maliyeti oluşturan unsurlar ve özellikleri eski kararnamedeki gibidir. İlacın bünyesine giren hammadde ve yardımcı maddelerle, ambalaj malzemesinin fiyatı gene indeks fiyatıdır. Ancak bu defa indeks fiyatlarla, bu maddelere ait fire ve aşırı dozların(65) tesbiti doğrudan Bakanlık tarafından yapılmaktadır.

Kararnamenin 6. maddesinde yer alan üretim giderlerine eski unsurlara ek olarak kalite kontrol giderleri de eklenmiştir. Üretici satış fiyatının belirlenmesinde de farklı bir yöntem uygulanmaktadır.

Üretici satış fiyatını bulmak için, sınıai maliyete brüt üretici kârı eklenmektedir. Brüt üretici kârı ise endirekt giderlerle üretici kâr marjlarından oluşmaktadır. Brüt üretici kârını bulmak için sınıai maliyet birbirini izleyen dilimlere ayrılmakta, bu dilimlerden her birine ait brüt üretici kâr payı belli bir çarpma emsali ile çarpılmaktadır. Sınıai maliyet dilimleri ve çarpma emsalleri aşağıdaki gibidir:

001-250 kuruş sınıai maliyet dilimine x 0.58  
 251-1500 kuruş sınıai maliyet dilimine x 0.36  
 1500 kuruştan yukarı sınıai maliyet dilimine x 0.31

---

(65) İlaç üretimi sırasında teknik nedenlerle bir miktar fazla etken madde konulabilmektedir.

Tüberküloz ilaçları ve kodeks ampullerde çarpma emsalleri sırasıyla 0.52, 0.31, 0.26 olmaktadır.

Üretici satış fiyatı bulunduktan sonra %9 eklenerek depocu satış fiyatı, buna da %25 eklenerek perakendeci satış fiyatı bulunmaktadır.

Yeni kararname, ilaç fabrika ve Labaratuvarlarına direkt gider gerçekleştirmelerini Bakanlıkça saptanacak "tek düzen hesap planına" göre yapma yükümlülüğü getirmiştir. İlaç üreticileri, Bakanlığın istediği her türlü bilgiyi ve tek düzen hesap planının uygulanmasını sağlayacak verileri vermekle yükümlü tutulmuşlardır. Bakanlık gerekli görürse, bilgilerin doğruluğunu Maliye Bakanlığı veya ilgili öteki Bakanlıklara denetleyebilmektedir.

İlaç üreticileri, 1968 Kararnamesinde olduğu gibi, her ilaç için (örneği Bakanlıkça hazırlanan) Model Fiyat Beyannamelerini doldurup onay için Bakanlığa vermek zorundadırlar. Beyannameler "satış fiyat elemanlarını" kapsamakta olup, verilen bilgilerin yasalara uygun olması gerekmektedir.

Kararnamenin 15. maddesi bedelsiz ilaç numunelerinin dağıtımına sınırlama getirmiştir. İlaç üreticisi firmalar, ürettikleri ilaçlarının %5 oranındaki numuneyi bedelsiz olarak yalnız doktorlara ve hastanelere dağıtabilmektedir. Her ilaç için bedelsiz numune dağıtımını ilacın piyasaya ilk çıkış tarihinden itibaren 3 seneyi geçmemektedir. Bu sınırlamalara uymayan

üreticilerin kâr oranlarından, yapılan dağıtım miktarı oranında indirim yapılarak cezalandırma yönüne gidilebilmektedir.

Yeni kararnamenin 16. maddesinde eski kararnamede olmayan bir uygulama yer almış ve firmaların yapacakları araştırma geliştirme çabaları ödüllendirilmek istenmiştir. Araştırma yaptığını çalışmalarını ve yayınlarını ile kanıtlayan firmalara sınai maliyet üzerinden bir araştırma geliştirme primi verilebilmektedir. Hesaplama yapılırken, işletmelerin bir yıl önceki harcamaları esas alınmakta ve bir emsal bulunmaktadır. Emsal ile üretici satış fiyatı çarpılarak verilecek prim bulunmaktadır(66).

Gelecek yıllarda üzerinde en çok tartışılacak maddelerden birisi de 17. madde olmuştur. Şöyleki, hammadde ve yardımcı maddelerle ambalaj malzemesi ve bunların firelerinde bir yıl içinde önemli değişiklikler olduğu takdirde bu kalemler için S.S.Y.B. değişiklik yapabilmektedir. İndeks fiyatlarda yapılan bu değişikliklerle, doğrudan işçilik ücretlerinde meydana gelen değişiklikler, ilacın sınai maliyetine

(66) Kullanılacak emsal için şu formül kullanılmaktadır.

$$e = \frac{\text{Sınai maliyet} + \text{Dolaylı gider}}{\frac{(\text{Sınai maliyet} + \text{Dolaylı gider}) - \text{Araştırma gideri}}{\text{Ticari maliyet}}}$$

%20'den fazla bir etki yaptığı takdirde Bakanlık fiyatlarda değişiklik yapabilmektedir.

Eski ek kararnamede olduğu gibi "hammadde cins ve miktarı ile ambalaj malzemesi tutarları birbirine yakın olan farmasötik bakımdan eşyapılı müstahzarlar için" üreticiler tarafından en düşük fiyatı önerenin fiyatı esas kabul edilerek diğerlerinin fiyatını bu miktara indirmeye Bakanlık yetkili kılınmıştır.

1972 Kararnamesinin getirdiği esaslara göre fiyatlandırma özetlenirse: Fiyatlandırılacak ilacın önce sınai maliyeti bulunmaktadır. Bulunan sınai maliyete brüt üretici kârı eklenerek üretici satış fiyatı elde edilmektedir. Üretici satış fiyatına %9 eklenerek depocu satış fiyatı, buna da %25 eklenerek ilacın perakende satış fiyatına ulaşılmaktadır.

1972 İlaç Fiyat Kararnamesi ise şu şekilde özetlenebilir:

(1) Sınai maliyet sistemi sürmektedir. İlacın bünyesine giren hammadde, yardımcı maddeler ve ambalaj malzemesi gibi temel girdilerin fiyatları indeks fiyattan olup, fiyatların tesbiti S.S.Y.B.'na verilmiştir. Eski kararnamede yer alan Fiyat Kontrol Komitesi kaldırılmıştır.

(2) Yeni kararnamede ticari maliyete yer verilmemiştir. Ayrıca üretim giderlerine kalite kontrol giderleri eklenmiş, araştırma yapmayı özendirici prim sistemi getirilmiştir.

(3) Kararname ilaç fiyatının artmasında önemli bir neden olarak görülen ilaç numunelerinin dağıtımına bir sınırlama getirmiştir. Eski kararnamede ticari maliyetin içinde yer alan tanıtım ve satış masrafları ise brüt kâr içinde yer almıştır.

(4) İlaç fiyatlarında yeni bir düzenleme yapmak için fiyatlarda %20'lik bir artma sınırı getirilmiştir. Ayrıca benzer ilaçlarda en düşük fiyatı veren üreticinin fiyatı esas olarak kabul edilmiştir.

1972 İlaç Fiyat Kararnamesi yaklaşık olarak 11 yıl yürürlükte kalmıştır. Bu süre içinde bir çok olumlu ve olumsuz eleştiriler almıştır. Kararnamede yeralan fiyatlandırma sistemine karşı çıkanlar olduğu gibi, bugüne kadar uygulanan kararnamelerin en iyisi olduğunu savunanlar da olmuştur.

Yeni kararnamede üreticileri en çok rahatsız eden maddelerden birisi 17. madde olmuştur. Buna göre üreticilerin zam isteminde bulunabilmeleri için sınai maliyet artışlarının %20'yi geçmesi gerekmektedir. Üreticiler, TL'nin yabancı paralar karşısında devamlı değer kaybettiğini, bunun da ilaç maliyetlerine yansıtılmamasının zarar etmelerine neden olduğunu sonuçta da ilacın yok satıldığını belirtmişlerdir.

İlaç üreticilerinin karşı çıktığı bir diğer madde ise 18. madde olmuştur. Bu maddeye göre "hammadde cins ve miktarları ile ambalaj malzemesi tutarları

bir-birine yakın olan ve farmasötik bakımdan eş yapıllı ilaçlar için en düşük fiyat teklif edeninki esas kabul edilerek diğerlerinin fiyatını bu miktara indirmeye Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilidir." denmektedir. 18. maddeye karşı çıkanlar, işletmeler arasında daima yapısal farklılıklar olacağını, aynı endüstri dalında çalışan işletmelerin masraf ve maliyet yapılarının birbirine benzemediğini, direkt işçilik ve üretim giderlerinin her işletme için gerçek verilere dayalı tutarlar ile maliyete yansıtılması gerekirken, en düşük harcamayı yapan üreticinin fiyatının temel olarak alınmasının üreticileri zor durumda bırakacağını belirtmişlerdir.

DPT V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Ü.İ.K. Beşeri İlaç Sanayi Raporu, 1972 İlaç Fiyat Kararnamesini değerlendirirken, Türkiye İlaç Endüstrisinin henüz gerekli aşamayı gerçekleştirmediği, araştırma faaliyetlerinin teşvik edilmesi ve yerli hammadde üretiminin artırılmasına yönelik yatırımlar için uygun bir fiyatlandırma sisteminin gerekli olduğu belirtilmektedir. Rapora göre mevcut fiyatlandırma sistemi bu gereksinime yanıt vermemektedir.

İlaç firmalarının öne sürdüğü görüşler ve Ü.İ.K. raporunda belirtilen görüşler, ilaç sanayinin gelişiminin daha serbest bir ilaç fiyatlandırma sistemiyle gerçekleşmesini istemektedirler. Sonuçta da doğacak bedelin ilaç tüketicisi tarafından ödenmesi kaçınılmaz olacaktır.

1972 İlaç Fiyat Kararnamesi ile S.S.Y.B. ilaç fiyatlandırılması konusunda daha etkin bir görev almıştır. Kararnameye temel olan komisyon raporunda da kamu yönetiminin ilaç endüstrisinde belli bir politikasının olup olmasının siyasal tercih konusu olduğu belirtilmektedir. Rapora göre etkin bir biçimde yürütülmeyen fiyat politikası sonucu bazı işletmelere normal kârların ötesinde iktisadi rantlar sağlanabilmektedir.

İlacın halk sağlığındaki önemi nedeniyle devletin ilaç fiyatlarını doğrudan denetlemesini isteyen 1972 Kararnamesi varlığını 1984 yılında çıkarılan ek kararnameye kadar sürdürebilmiştir.

#### 6. 11.3.1983 Tarih ve 83/6167 Sayılı Ek Kararname

11.3.1983 tarih ve 83/6167 sayılı ek kararname, 29.3.1972 tarih ve 7/4129 sayılı kararnameye ek olarak çıkarılmıştır. Yeni çıkarılan ek kararname ile, özellikle, ilaç sanayicilerinin karşı çıktıkları 1972 kararnamesinin 9 ve 17. maddeleri değiştirilerek, 12. maddesi de yürürlükten kaldırılmıştır.

1972 kararnamesinin 9. maddesine göre üretici satış fiyatını hesaplamak için sınai maliyete brüt üretici kârı eklenmekteydi. Brüt üretici kârını bulmak için sınai maliyet birbirini izleyen dilimlere ayrılmakta ve bu dilimlerden herbirine ait brüt üretici

kâr payı belli bir çarpma emsali ile çarpılmaktaydı. Kararnamede yapılan değişiklikle dilimler kaldırılarak katsayı yalnızca 0.36 olarak belirlenmiştir.

1972 Kararnamesinin 17. maddesinde üreticilerin zam isteminde bulunabilmeleri için, sınai maliyet artışlarının %20 oranını aşması gerekmektedir. Yeni yapılan değişiklikle bu oran %10'a düşürülmüştür.

Eski kararnamede, büyük halk kitleleri tarafından yüksek miktarda tüketilen veya üretici tarafından fahiş iskonto yapılan veya halk sağlığı yönünden gerekli görülen ilaçların kâr sınırlarında, S.S.Y.B.'nin değişiklik yapacağı maddesi yer almaktaydı. Yeni kararname ile bu madde yürürlükten kaldırılmıştır. Ek kararname değerlendirilecek olunursa:

- Üretici satış fiyatı, sınai maliyete 0.36 brüt kâr eklenmesiyle bulunmaktadır. Bu sabit kâr oranı bazı ilaçlar için normalden fazla kâr sağlarken, özellikle kalite kontrol gideri fazla olan ürünlerde kârlılık düzeyi yetersiz kalacaktır. Bu nedenle kârlılığı fazla, özdenetimi az olan ilaçların üretimi tercih edilecektir(67).

- Kararnamenin 17. maddesinde yapılan değişiklikten yararlanacak olan üreticiler, maliyetlerin

---

(67) AEOB (Ankara Eczacı Odası Bülteni), 7: 1, 11-14, Ankara, 1985.

arttığını ileri sürerek daha sık zam isteminde buluncaklar, ilaç fiyatları da daha sık olarak değişecektir.

- Yürürlükten kaldırılan 12. madde ile, S.S.Y.B.'nin halk sağlığı yönünde önemli olan bazı ilaçların kâr hadlerindeki denetimi ortadan kalkmıştır.

Sonuç olarak yürürlüğe giren ek kararname ile ilaç ticari bir mal gibi düşünölmeye başlanmış ve ilaçta serbest piyasa anlayışına önemli bir adım atılmıştır.

#### 7. 4.12.1984 Tarih ve 84/8845 Sayılı Kararname

S.S.Y.B.'nin 30.11.1984 tarih ve 303 sayılı yazısı üzerine 14.5.1928 tarih ve 1262 sayılı yasanın 4.1.1943 tarihli ve 4348 sayılı yasa ile değişik 7. maddesine göre Bakanlar Kurulunca 4.12.1984 tarihinde kararlaştırılan kararnamede 8 madde yer almaktadır.

84/8845 Sayılı Kararname 1972 Kararnamesine bir tepki kararnamesi olarak değerlendirilebilir. İlaçtaki tüm sorunların sorumlusu olarak görölen bu kararname dönemin hükümetinin ekonomik anlayışı ile de ters düşünce uygulamadan kaldırılmıştır.

Kararnamede yer alan fiyatlandırma sisteminin ön maliyet verilerine dayalı "götürü bir fiyatlandırma sistemi" olduğu, üretici firmaların büyüklük ve maliyet

yapılarını göz önüne almadığı ve yatırımı engelleyici bir yapıda olduğu ilaç üreticilerince çeşitli defalar öne sürülmüştür.

S.S.Y.B. yetkililerince yapılan açıklamalarda ilaç sektöründe daha serbest bir fiyat sistemine geçilmesinin amaçları şu ana başlıklar altında sıralanmıştır(68):

- (1) Aranılan her ilacın piyasada bulunması,
- (2) Firmalar arası rekabeti artırmak,
- (3) İlaç sanayiinin yatırım hacmini artırmak,
- (4) Yeni ilaç çeşitlerini ve teknolojileri araştırmak,
- (5) Firmaların kalite kontrol sistemlerini geliştirmek,
- (6) İlaç sanayiinde dışa açılmak,

Daha serbest bir fiyat sistemine geçeminin araçları ise aşağıda sıralanmıştır:

- (1) Nazari maliyetler yerine gerçek maliyetlerin esas alınması,
- (2) Fiyatlandırmada net kâr sistemini uygulama,
- (3) Maliyet artışlarının fiyatlara zamanında yansması.

84/8845 Sayılı Kararname'nin ana hatları aşağıda incelenmektedir.

Kararnamenin 1. maddesine göre ilaç üreticileri "tespit ettikleri satış fiyatlarını" ilacı piyasaya vermeden 10 iş günü önce İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne yazılı olarak bildireceklerdir. Bakanlık beyan edilen bu fiyatı 10 günlük süre içinde reddetmediği takdirde yeni fiyat yürürlüğe girmektedir. Yeni kararnamenin 3. maddesinde firma bazında ve ilaç bazında kârlılık oranları yer almaktadır. Buna göre ilaç üreticilerinin yıllık kârı, firmanın yıllık satış gelirinin %15'ini beher ilaç içinse yıllık satış tutarının %20'sini geçemeyecektir. Depocu satış fiyatı, üretici satış fiyatına en çok %9, perakendeci satış fiyatı ise depocu kârına en çok %25 eklenerek bulunacaktır. 84/8845 Sayılı Kararnamede yurt içinde üretilen ilaçların tüketiciye uygun bir fiyatla ulaşmasını sağlamak için, S.S.Y.B.'nin yurt dışından ilaç ithalatı için gerekli önlemleri alabileceğine ilişkin bir madde de yer almaktadır.

İthalatçı, ithalat maliyetine en çok %14 kâr ekleyebilmektedir. Depocu ve perakendeci kâr hadlerinde ise bir değişiklik söz konusu değildir.

Kararnamenin 5. maddesi ile 29.3.1972 tarih ve 7/4129 Sayılı Kararname ve 11.3.1983 tarih ve 83/6167 Sayılı Kararname yürürlükten kaldırılmaktadır.

6. madde ile de kararnamenin uygulama esasları S.S. Y.B.'na bırakılmaktadır.

1984 Kararnamesinin getirdiği esaslara göre ilaç fiyatlarının nasıl belirlendiğini özetlenecek olunursa; ilaç Üreticileri ilaç fiyatlarını kendileri tespit etmektedirler. Tespit ettikleri satış fiyatlarını, ilacı piyasaya vermeden 10 iş günü önce İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne yazılı olarak beyan etmektedirler. Bakanlık beyan edilen fiyatı yukarıda belirtilen süre içinde red etmediği takdirde yeni fiyat yürürlüğe girmektedir.

1984 Kararnamesi şu şekilde özetlenebilir:

(1) 1972 Kararnamesinde yer alan ve ilaç maliyet unsurlarını sınai maliyet indekslerine göre düzenleyen sistem kaldırılarak, maliyetlerin belirlenmesinde beyan esası getirilmiştir.

(2) Beyan esası nedeniyle çok sayıda ilacın maliyetlerinin 10 iş günü içinde incelenmesi mümkün olmayacaktır. Bu nedenle üreticilerin fiyata ilişkin talepleri hemen yerine gelmiş olacaktır.

(3) İlacın maliyetinde önemli bir yer tutan ve büyük bir kısmı ithalatla karşılanan hammadde, yardımcı maddeler ve ambalaj malzemesi üzerindeki fiyat denetimi kalkmıştır. Üretici bu maddeleri istediği fiyattan getirebilmekte ve bunu aynen maliyetine yansıtabilmektedir.

(4) 1984 Kararnamesi ile ilaç için yapılan hertürlü tanıtım ve reklam masrafının maliyet içinde yer alması sağlanmıştır. 1972 Kararnamesinde sınırlı tutulan bu harcamaların ilaç fiyatlarının artmasında önemli bir etken olduğu söylenebilir.

(5) İlaç Üreticilerinin finansman giderleri de maliyet içinde yer almaktadır. Kullanılan kredilerin faizleri her hangibir sınırlama getirilmeden ilaç maliyetine aynen yansıtılabilmektedir.

(6) Yeni kararname ile ilaç Üreticilerine yıllık net satış geliri üzerinden %15 net kâr verilmektedir. Bu oran çeşitli ülkelerde daha düşük tutulmuştur(ABD'de %10)(69). İlaç üreticileri, her türlü maliyet artışını, üzerine kâr payını da ekleyerek ilaç fiyatlarına yansıtılabilmektedirler.

84/8845 Sayılı Kararname ilaç fiyatlarının saptanmasında yeni bir uygulama dönemi başlatmaktadır. Bu dönemde yapılan uygulama yalnızca ilaç fiyat kararnamesinin değiştirilmesi ile sınırlı kalmamıştır. Gerçektende ilaç endüstrisindeki değişiklikler bir paket biçiminde uygulanmıştır. Kararname dışındaki değişikliklere ilerde değinilecektir.

S.S.Y.B. 16.1.1985 tarihinde 18637 sayı ile ilaç fiyatları hakkında bir tebliğ yayınlamıştır.

---

(69) Cumhuriyet Gazetesi, 23 Temmuz 1985.

Tebliğ ile 84/8845 Sayılı Kararnamenin uygulama esasları açıklanmaktadır. Buna göre:

(1) Kararnamenin 3. maddesinde yer alan "yıllık satış geliri" ve "yıllık satış tutarı" bir hesap dönemi içinde ilaç satışından elde edilen "net satış hasılatını" göstermektedir. Net satış hasılatına ulaşmak için, brüt satış hasılatından, satıştan iadeler, satış iskontoları ve diğer indirimleri düşmek gerekir.

(2) İlaç üreticilerinin bir hesap döneminde yalnızca ilaç satışından elde ettikleri kâr, yıllık satış gelirinin %15'ini geçemez. Burada sözü edilen kâr, net kâr olup ilacın satış hasılatından, satılan ilacın maliyeti ile ilaçla ilgili giderlerin indirilmesiyle bulunur.

(3) Bu madde muhasebe kayıt işlemleri ile ilgilidir. İlaç üretici ve ithalatçıları ilaç üretim ve satışına ait işlemleri ayrı deftere veya tuttukları yasal defterlerin aynı sayfalarına kaydedeceklerdir. Muhasebe işlemleri yalnızca ilaçla ilgili olacaktır. İlaç üretim ve satış faaliyetleri sonuçları, bilanço ve gelir tablosu bağımsız olarak düzenlenecektir.

(4) İlaç üreticileri fiyat artış talepleri için, fiyat artış nedenlerini kanıtlayan belgeleri başvuru formuna ekli olarak vereceklerdir. Böylece inceleme kolay ve hızlı olarak yapılabilecektir.

(5) Bakanlığa yapılan fiyat tekliflerinde geçerli olan 10 günlük sürenin sınırları ile ilgilidir.

(6) Bakanlığa, ilacı piyasaya verecek firmanın yetkilisi fiyat başvurusunda bulunabilmektedir.

## B. DİĞER KARARLAR

S.S.Y.B.'nin çıkardığı fiyat kararlameleri aracılığı ile devlet ilaç fiyatlarının oluşturulması üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Bunun yanısıra siyasal otoritenin aldığı bazı kararlar da ilaç maliyetlerini ve dolayısıyla ilaç fiyatlarını doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. Bu kararların başlıcaları aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir.

### 1. Ruhsatlandırma İşlemlerine İlişkin Kararlar

İlaçta ruhsat, sağlık yönünden yararlı olduğu kabul edilen bir ilaç formülünün ilaç olarak üretimine ve dolayısıyla satışına S.S.Y. Bakanlığınca verilen izin belgesidir.

Türkiye'de 1928 yılında yürürlüğe giren 1262 sayılı "İspenciyari ve Tıbbi Müstahzarlar Yasasına" göre ilaçların tedaviye sunulmak üzere üretilmesi ithalatının yapılması ve pazarlanması S.S.Y.B'nin izin ve denetimine bağlıdır.

Üretici yada ithalatçılar pazara vermek istedikleri ilaçlar için S.S.Y.B. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne başvurarak üretmek istedikleri ürüne ilişkin bazı belgeleri sunarlar. Temel olarak sunulan bilgiler farmasötik ve kimyasal bilgiler, farmakolojik ve toksikolojik bilgiler ve klinik bilgilerden oluşmaktadır(70).

Türkiye'de ilk kez tedaviye sunulacak bir ürün için ise farmakolojik, toksikolojik ve klinik bilgilerin, ilacın etkisini, emniyetini ve mevcut olan diğer ilaçlara göre üstünlüğünü belirgin bir şekilde ortaya koyacak çalışmalarında kapsamı istenmektedir.

İthali yapılacak ilaçlar içinse ruhsata esas olan bilgilerin yanısıra orijin ülkede ruhsatlı olduğu, satışına izin verildiği ve üretim yerinin uygunluğuna ilişkin onaylı belgeler gerekmektedir.

Şekil yönünden uygun görülen dosyalar uzman kişilerin oluşturduğu bir komisyon tarafından incelenmekte ve uygun görülürse, başvuru sahiplerinden ilaç örnekleri istenerek analizleri yapılmaktadır. Analizlerin tamamlanmasından sonra ilacın fiyatı belirlenmekte ve piyasaya verilmesine izin verilmektedir.

---

(70) Aylık Rapor, Kasım, Aralık 1988, S.3.

İlacı ruhsat verilmesinde kamu otoritesinin konuya ilişkin politikaları da önem taşımaktadır. Ülkeler ilaç ruhsatlandırılması sırasında kendi sağlık sorunlarını, sosyo ekonomik yapılarını gözönüne almak zorundadırlar. WHO temel ilaç hammaddelerini tesbit etmiş, geri kalmış ülkeler için 300, gelişmekte olan ülkeler için 600, gelişmiş ülkeler içinse 900 temel ilaç hammaddesini önermiştir. Bu hammaddelerle hangi ilaçların, hangi formüllerle hazırlanacağı açıklanmıştır. Böylece bu son öneri çerçevesindeki sayıda ilaç üretmenin uygun olacağı belirtilmektedir. 1988 yılında Türkiye'de 2163 çeşit ilaç üretilmiştir. Değişik sunuş biçimlerine göre (tablet, ampul, şurup, damla) bu sayı 3155'e ulaşmaktadır. Türkiye'de ilaç sayısının çok olduğu söylenebilir. Fazla sayıda ilacın toplam reklam giderini artırdığı, kalite denetimini zorlaştırdığı, hammaddeye ödenen dövizin miktarını artırdığı, kamu kuruluşlarının sağlık bütçelerini gereksiz yere şişirdiğini, hekimleri ilaç seçiminde zorladığı ifade edilmektedir.

S.S.Y.B. yetkilileri ise ruhsatlandırma sayısında kısıtlama yapılmadığını böylece tekelleşimin önlenmediğini ve ruhsat başvurularına çabukluk kazandırıldığını belirtmektedirler. Bakanlık ruhsatların 5 yılda bir gözden geçirilmesini kararlaştırmıştır.

1984 yılında getirilen bir uygulama ile "ilaçta rekabetin sağlanması ve tekelleşimin kırılması"

amacı ile ruhsatlandırma işlemlerinin işleyiş prosedürü hızlandırılmıştır. S.S.Y.B.'nin getirdiği yeni uygulama ile piyasada benzeri olan ilaçlar için yapılan başvurular Bakanlık bünyesi içinde değerlendirilerek uygun olanlara hemen ruhsat verilmekte, Ülkeye ilk kez girecek olan ilaçlara ait başvurular ise bir "ön inceleme tabii" olmaktadır.

## 2. İthalat Rejimindeki Değişiklikler

Beşeri ilaç ve ilaç hammaddesi üretiminde kullanılan maddelerin ve hazır ilaçların ithalatından önce ve sonra miktar, fiyat ve kalite yönünden denetimi 1983 sonuna kadar S.S.Y.B. tarafından yapılmaktaydı. 24.12.1983 günü yayınlanan ve Resmi Gazete'de yer alan yeni ithal rejimi ile yalnızca kalite denetimine ilişkin yetki Bakanlık'a bırakılmıştır. Fiyat ve miktar yönünden denetim ise Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığına geçmiştir. Adı geçen müsteşarlık gerek gördüğü takdirde fiyat denetimi yapmaktadır. Bununla birlikte bu denetim halen fiilen yeterince yapılmamaktadır.

## 3. İyi Üretim Uygulamasına Geçiş(GMP)

Türkiye'de uluslararası standartlara uygun olarak ilaç üretimi yapabilmesi için WHO'ca yayınlanan ve bir çok ülkede uygulanan iyi ilaç üretim tekniği

anlamına gelen GMP uygulamasına geçilmiştir. Bunun için "İspençiyari ve Tıbbi Müstahzar İmalathaneleri Yönetmeliği" hazırlanarak 1 Kasım 1984 tarihinde yayınlanmıştır. Böylece ilacın kalitesi güvence altına alınmış olmaktadır. İyi üretim uygulamaları ve onu destekleyen iyi laboratuvar uygulaması (GLP) nedeniyle yalnızca 1989 yılında yaklaşık 28 milyar liralık yatırım yapılmıştır. S.S.Y.B. ayrıca kaliteli hammadde ithalatını sağlamak amacına yönelik olmak üzere aynı tarihte "İthal Edilecek İlaç Başlangıç Maddeleri ve İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Yönetmeliği"ni yürürlüğe koymuştur.

#### 4. Gümrük Bağışıklıkları

Yurt dışından ithali yapılan ilaç hammaddelerinden ve hazır ilaçlardan yalnızca antibiyotik üretiminde kullanılan maddeler ve bazı kanser ilaçlarına gümrük bağışıklığı uygulanmakta iken 23.3.1984 tarih ve 18350 sayılı R.G.'de yayınlanan 84/7829 sayılı kararla, yalnız ilaç yapımında kullanılan ve yerli üretimi bulunmayan ilaç ham ve yardımcı maddeleri ile tıbbi müstahzarların ithalatında alınan gümrük vergilerine bir yıl süre ile bağışıklık tanınmıştır. Bu uygulama daha sonraki yıllarda da sürmüştür. Uygulamanın ilaç fiyatlarına %17-18 oranında bir ucuzluk getirmesi gerekmektedir.

### 5. Yatırımların Teşvik Kapsamına Alınması

19 Nisan 1984 tarih ve 18377 sayılı R.G.'de "Mevcut Müstahzar (hazır ilaç) üretim tesislerinin modernizasyonu, yenilenmesi ve darboğazların giderilmesi ile ilgili yatırımların teşviki kapsamına alınması" kararı yürürlüğe girmiştir. İlaç Endüstrisi'nde hammadde yatırımı tutarınının 12 milyar TL'yi geçmesi halinde de %100'lük bir yatırım indirimi uygulanmaktadır. Ayrıca orta vadeli işletme kredisi, üretimle ilgili yerli malına %20'ye kadar teşvik primi, ithalatta teminat bağıışıklığı, ihracatta %4 destekleme primi, tetrasiklin ve penisilin türevlerinde kg'da 10\$'a kadar destekleme primi uygulamaları sektöre sağlanan diğer teşvikler arasındadır. Bu teşvikler ilaç maliyetlerini ve fiyatlarını aşağı çekici etki yaratmaktadır.

### 6. İlaçta KDV Uygulaması

2.11.1986 tarihli R.G.'de yayınlanan 3065 sayılı yasa ile ilaçlar %10 oranında KDV kapsamına alınmıştır. KDV ilacın perakende satış fiyatının içine dahil edilmektedir. 29.11.1986 tarihinde ilaçlara uygulanan KDV oranı %5'e düşürülmüş daha sonra tekrar %10'a yükseltilmiştir.

## 7. İlaçta Sürşarj Hakkının Tanınması

Fiyatı değişen bir ilacın yeni fiyatının uygulanması amacı ile ambalaj üzerinde lastik damga, etiket gibi vasıtalarla yapılan fiyat değiştirme işlemine ilaçta sürşarj denilmektedir. S.S.Y.B. Maliye Bakanlığının da görüşünü alarak 14.8.1984 tarih ve 18.488 sayılı R.G. de bu konuya ilişkin bir tebliğ yayınlamış, bu tebliğle eczane ve depolara sürşarj yapabilme hakkı tanınmıştır(71). Bu hakkın tanınmasına neden olarak sürşarj hakkı tanınan kurumların sermaye erozyonundan kurtarılması gösterilmektedir.

Bu uygulamadan özellikle büyük stokları olan depolar yararlanmaktadır.

## 8. Bozuk İlaçların Piyasadan Geri Çekilmesine İlişkin Düzenlemeler

S.S.Y.B. tarafından üretimine izin verilen ve Bakanlık denetimine bağlı olan ürünler, üretim izni alırken verdikleri formül ve spesifikasyonlara uygun olarak üretilmek ve bu durumlarını kullanılıncaya kadar korumak zorundadırlar. Firmaların, ürettikleri ürünle ilgili olarak sorumluluklarını yerine getirmeleri

---

(71) Sürşarj hakkı tanınmadan önce, Bakanlık yeni fiyatın uygulanmasına izin vermiyordu.

nedeniyle niteliklerine uygun olmayan ya da çeşitli nedenlerle kullanılmasında sakınca olan ilaçların tüketicinin korunması amacı ile kullanımlarının önlenmesi, piyasadakilerin toplanması ve gerekirse yok edilmesi gerekmektedir. Bakanlık bu türde ürünlerin piyasadan toplanmasını çabuklaştırmak, geri çekilen ürünün düzenlenmesini sağlamak ve ürünle ilgili uygulanacak işlemleri denetlemek amacı ile bir yönetmelik çıkarmıştır(72).

### 9. Bağımlılık Yapma Riski Olan İlaçların Reçetelendirilmesine İlişkin Düzenlemeler

Uyuşturucu ve psikotrop ilaçların satışını denetlemek ve amaç dışı kullanımını önlemek için yeni bir reçete sistemine geçilmiştir. Uyuşturucu ilaçlar için kırmızı, psikotrop ilaçlar içinse yeşil renkli üç nüsha kendinden kopyalı, seri numaralı, özel olarak bastırılmış reçeteler hastanelere, hekimlere ve dış hekimlerine dağıtılmıştır. Bu tip ilaçlar eczanelerden kırmızı veya yeşil reçete ile temin edilebilmektedir. Reçetelerin bir adedi eczanede kalmakta, bir adedi de Bakanlığa gönderilmektedir.

---

(72) R.G., 15.8.1986 tarih ve 19196 sayılı.

## 10. Bitkisel Kökenli İlaçların Satışının İzne Bağlanması

Ülkemizde aktar, baharatçı gibi yerlerde veya açıkta tezgahlarda çeşitli bitkiler veya bitkilerden yapılmış ilaçlar satılmaktadır. İlaç fiyatlarının yüksekliği, alışkanlıklar, ve öteki çeşitli nedenlerle bu maddeler, doğurabileceği kötü sonuçlar düşünülmeden satın alınmaktadır.

Bitkisel ilaçların koruyucu tıp kuralları dışında satılmasının ve sonradan doğabilecek olumsuz sonuçlarının önlenmesi için S.S.Y.B. tarafından aktarlarda uyulması gerekli standartlar tesbit edilmiştir. 177 çeşit bitkisel ilacın tehlikesi nedeniyle satışı yasaklanmıştır. Aktar ve baharatçıların açılış ve çalışma biçimleri denetim altına alınmıştır.

## V. FİYAT OLUŞUMUNDA PİYASA YAPISININ ROLÜ

Türkiye ilaç piyasası, dünya ilaç piyasalarına benzer bir yapı arz etmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi dünya ilaç piyasaları ilk bakışta başka piyasalara kıyasla daha rekabetçi bir görünüm sergilemekte olmalarına karşın, daha anlamlı olan teröpatik piyasalar düzeyinde incelendiğinde az sayıda firmanın hakim olduğu ve oldukça yüksek yoğunlaşma oranlarına sahip oligopolistik piyasalar dizisi oluşturdukları

gözlenmektedir. Türkiye'de de durum buna paralellik göstermektedir. Hatta teröpatik piyasalardaki yoğunlaşma oranları daha yüksek olduğu için oligopolistik yapı yerini bazı alt piyasalarda yer yer duopol ve monopol piyasalara terketmiştir.

#### A. SEKTÖR BAZINDA PİYASA YAPISI

Teröpatik alt piyasalarda piyasa yapılarını incelemeyen önce sektörün genelinde piyasa yapısını belirleyen temel faktörler açısından Türkiye'deki durumun ne olduğunun ortaya koyulması faydalı olacaktır. Ayrıca, bu düzeyde elde bulunan veriler, teröpatik piyasalara kıyasla çok daha fazla olduğu için daha güvenilir değerlendirmeler yapılması imkanı bulunmaktadır.

##### 1. Firma ve Ürün Bazında Yoğunlaşma Oranı

Satıcı sayısından daha anlamlı bir kriter olan firma bazında yoğunlaşma (toplulaşma) oranlarına bakıldığında, toplam satış hasılatı en yüksek beş firmanın ilaç piyasasındaki yerinin 1980-1988 periyodunda hemen hemen hiç değişmediği gözlenmektedir. Bu pay %43-44 dolayındadır (Tablo 2.22) ve ilk on firma için %66, ilk yirmi firma için %85, ilk otuz firma için %94 civarına yükselmektedir. Bu oranların

TABLO 2.22.

SATIŞ HASILATI EN YÜKSEK İLK 30 İŞLETMENİN PİYASA PAYLARI  
(1980-1988)(Yüzde)

	<u>1980</u>	<u>1981</u>	<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>	<u>1986</u>	<u>1987</u>	<u>1988</u>
İlk 5	43.08	43.39	43.82	44.13	43.69	44.99	44.92	45.23	44.16
İlk 10	65.81	66.09	66.81	66.20	66.49	67.64	67.48	67.76	66.79
İlk 15	77.97	78.21	78.55	78.70	78.69	79.37	79.44	79.69	78.83
İlk 20	84.34	84.79	85.34	85.16	86.50	87.20	86.59	87.52	85.93
İlk 30	92.40	92.76	93.12	93.64	93.54	94.36	94.57	94.93	93.67

Kaynak: IMS Verilerinden yararlanılarak tarafımızca düzenlenmiştir.

tümü oldukça yüksektir ve oligopolistik bir piyasa yapısının varlığına işaret etmektedir.

Satıcıların piyasa paylarının son yıllardaki gelişimi cirolarının önemli bir kısmını oluşturan eczane satışları düzeyinde ve 1984-1989 dönemi itibarıyla Tablo 2.23 ile 2.28 arasında gösterilmiştir. Bu tablolardan ilk on firmanın piyasa payının 1984'ten sonra arttığı ve %57'den %63 civarına yükseldiği görülmektedir.

Lider firma (Eczacıbaşı) yerini korur ve hatta pazar payını arttırırken, ikinci ve üçüncü firmalar zaman zaman yer değiştirerek yüzde ona yaklaşan paylarını korumuşlardır. Böylece ilk üç firmada piyasa arzının yaklaşık %30'una ulaşılmış olmaktadır.

İlk ona giren diğer yedi firmanın her birisi her yıl yüzde 5 civarında bir piyasa payına sahip olmuştur. Ancak bu firmaların kendi aralarındaki sıralamalar yıldan yıla değişiklik gösterebilmektedir.

İlk ona giren firmaların sayısı ve pazar payı olarak hemen hemen yarısını yabancı firmalar oluşturmaktadır. Ayrıca lisanslı üretim yapan yerli firmalar da hesaba katıldığında, yabancı sermayeli veya lisanslı üretimin pazar payı daha da yükselmektedir. Bu durum, Türk İlaç Piyasası'nda arz açısından yabancı sermaye ve teknolojinin hâkim olduğunu göstermektedir.

TABLO 2.23.

## ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA (1984)

	Satış Hasılatı (Milyon TL)	Değişim Oranı 83-84 $\bar{x}$ %	Piyasa Payı (%)
1. Eczacıbaşı	9.030.1	38.3	10.68
2. Roche	7.966.4	27.9	9.43
3. Fako	4.955.4	32.0	5.86
4. M. Nevzat	4.790.3	43.0	5.67
5. Sandoz	4.617.5	33.9	5.46
6. Deva	4.116.4	17.4	4.87
7. Ciba-Geigy	3.676.1	25.5	4.35
8. Pfizer	3.376.9	36.0	4.00
9. Bayer	3.155.6	39.6	3.73
10. Hoechst	2.806.3	47.7	<u>3.32</u>
			57.37

TABLO 2.24.

## ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA (1985)

	Satış Hasılatı (Milyon TL)	Değişim Oranı 84-85 $\bar{x}$ %	Piyasa Payı (%)
1. Eczacıbaşı	15.055.1	66.7	10.93
2. Roche	12.506.3	57.0	9.08
3. Fako	9.167.9	85.0	6.66
4. M. Nevzat	8.520.1	77.9	6.19
5. Sandoz	7.114.6	53.6	5.17
6. Bayer	6.562.4	108.3	4.77
7. Deva	6.120.1	48.7	4.44
8. Pfizer	5.946.0	76.1	4.32
9. Ciba-Geigy	5.780.6	57.2	4.20
10. Hoechst	4.780.9	70.4	<u>3.47</u>
			59.23

TABLO 2.25.

## ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA (1986)

	Satış Hasılatı (Milyon TL)	Değişim Oranı 86-85 $\mp$ %	Piyasa Payı (%)
1. Eczacıbaşı	21.949.2	45.6	10.61
2. Roche	16.567.5	32.5	8.01
3. Fako	13.977.4	56.4	6.76
4. Sandoz	11.657.9	63.9	5.64
5. M. Nevzat	10.774.5	26.5	5.21
6. Ciba-Geigy	10.709.8	85.3	5.18
7. Bayer	10.533.6	60.5	5.09
8. Pfizer	9.082.1	52.7	4.39
9. Deva	8.724.9	42.6	4.22
10. Hoechst	7.034.8	47.1	<u>3.40</u>
			58.51

TABLO 2.26.

## ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA (1987)

	Satış Hasılatı (Milyon TL)	Değişim Oranı 87-86 $\mp$ %	Piyasa Payı (%)
1. Eczacıbaşı	41.855.8	89.9	11.51
2. Roche	33.222.6	100.5	9.13
3. Fako	23.742.7	69.9	6.52
4. Bayer	18.399.6	74.7	5.06
5. Sandoz	18.088.4	55.2	4.97
6. Ciba-Geigy	17.680.4	64.7	4.86
7. M. Nevzat	16.481.6	53.0	4.53
8. Hoechst	15.907.1	126.1	4.37
9. Pfizer	14.901.2	64.1	4.09
10. Deva	14.450.3	65.6	<u>3.97</u>
			59.01

TABLO 2.27.

## ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA (1988)

	<u>Satış Hasılatı</u> (Milyon TL)	<u>Değişim Oranı</u> 88-87 ± %	<u>Piyasa Payı</u> (%)
1. Eczacıbaşı	53.249.0	83.4	12.07
2. Turgut(Fako)	43.151.8	69.7	9.78
3. Roche	37.929.6	68.7	8.60
4. Bayer	23.376.1	81.0	5.30
5. Sandoz	23.288.7	75.4	5.20
6. Deva	21.202.2	68.1	4.80
7. Hoechst	20.621.7	82.1	4.67
8. M. Nevzat	19.439.1	56.7	4.40
9. Ciba-Geigy	19.283.1	51.0	4.37
10. Pfizer	18.318.7	64.8	<u>4.15</u>
			63.34

TABLO 2.28.

## ECZANE SATIŞLARINDA ÖNDE GELEN İLK 10 FİRMA (1989 ilk 9 ay)

	<u>Satış Hasılatı</u> (Milyon TL)	<u>Değişim Oranı</u> 89-88 ± %	<u>Piyasa Payı</u> (%)
1. Eczacıbaşı	88.531.9	80.7	11.94
2. Turgut	68.979.7	74.3	9.30
3. Roche	67.195.8	92.6	9.06
4. M. Nevzat	36.046.8	101.2	4.86
5. Pfizer	35.998.8	113.6	4.85
6. Bayer	35.466.4	64.9	4.78
7. Ciba-Geigy	34.540.2	88.4	4.66
8. Sandoz	34.498.7	61.0	4.65
9. Hoechst	31.004.4	63.4	4.18
10. Deva	30.979.9	58.8	<u>4.18</u>
			62.46

Kaynak: Tablo 2.23 ile 2.28 arasında yer alan tüm tablolar çeşitli kaynaklardan yararlanılarak derlenmiştir.

Sektör ölçeğinde ürün bazında yoğunlaşma oranı ise, daha önce de belirtildiği gibi oldukça düşüktür. İlk beş ilacın 1985, 1987 ve 1989'da eczane satışları açısından piyasa payları toplamı giderek düşmüş ve %12'den %9'a ve %8'e gerilemiştir. Buna paralel olarak ilk on ilacın piyasa payları da %18'den %15 ve %14'e düşmüştür (Tablo 2.29, 2.30, 2.31).

## 2. Alıcı Sayısı

Türkiye'de ilaç alıcısı sayısı piyasa yapısı açısından incelendiğinde iki farklı durumla karşılaşılır. Birincisi rakamlara dayalı, ancak varsayımsal durum, ikincisi gerçekleşen durum. Daha açık bir deyişle ilaç piyasasında rakamlara göre gerçekte az sayıda alıcı ve bu alıcıların aracılığını yapan çok sayıda tüketici vardır. Alıcı kendi rolünü oynamayınca (veya oynayamayınca) az sayıda alıcı adına davranan çok sayıda tüketici alıcı konumuna geçmektedir. Bu durumda fiili alıcı sayısı çoktur. O nedenle, oligopolistik piyasa şartları çok daha kolay oluşabilmektedir.

Az sayıda alıcı kuruluş aracı kullanarak alımının yanısıra doğrudan (aracısız) toptan alım da yapmaktadır. Bu kuruluşların 1988 yılı itibariyle toplam doğrudan toptan alım tutarı 176 milyon dolardır.

TABLO 2.29

1985 YILINDA ECZANE SATIŞLARINDA  
ÖNDE GELEN İLK 10 İLAÇ\*

No	İ l a ç	F i r m a	Satış Hasılatı (Milyon TL)	Piyasa Payı (%)
1.	Alfasilin(2)	Fako	4.994	3.63
2.	Bactrim(1)	Roche	4.093	2.97
3.	Ampisina(4)	M. Nevzat	3.261	2.37
4.	Lincocin(3)	UpJohn/Eczacıbaşı	2.949	2.14
5.	Steptomogma(31)	Wyeth	1.765	1.28
6.	Cleoçin(16)	UpJohn	1.643	1.19
7.	Növalgin(5)	Hoechst	1.629	1.18
8.	Erytrocin(7)	Abbott	1.534	1.11
9.	Alfoxil(13)	Fako	1.529	1.11
10.	Calcium(9)	Sandoz	1.522	1.11

Kaynak: Çeşitli kaynaklardan yararlanılarak tarafımızca derlenmiştir.

\* Parantez içindeki rakamlar 1984 sıralamasında ilacın yerini göstermektedir.

TABLO 2.30.  
1987 YILINDA ECZANE SATIŞLARINDA  
ÖNDE GELEN İLK 10 İLAÇ\*

<u>No</u>	<u>İ l a ç</u>	<u>F i r m a</u>	<u>Satış Hasılatı</u> <u>(Milyon TL)</u>	<u>Piyasa Payı</u> <u>(%)</u>
1.	Alfasilin(1)	Fako	9.148	2.51
2.	Bactrim(2)	Roche	6.840	1.88
3.	Ranitab(5)	Deva	5.566	1.53
4.	Rocephin(7)	Roche	5.542	1.52
5.	Augmentin(-)	Beecham/Fako	5.534	1.52
6.	Lincocin(3)	UpJohn/Eczacıbaşı	4.811	1.32
7.	Ampisina(4)	M. Nevzat	4.671	1.28
8.	Voltaren(6)	Geigy	4.431	1.22
9.	Longatren(14)	Bayer	3.992	1.10
10.	Novalgin(10)	Hoechst	3.826	1.05

Kaynak: Çeşitli kaynaklardan yararlanılarak tarafımızca derlenmiştir.

\* Parantez içindeki rakamlar 1986 sıralamasında ilacın yerini göstermektedir.

TABLO 2.31.

1989 YILINDA ECZANE SATIŞLARINDA  
ÖNDE GELEN İLK 10 İLAÇ\*

No	İ l a ç	F i r m a	Satış Hasılatı (Milyon TL)	Piyasa Payı (%)
1.	Alfasilin(2)	Fako	12.666	1.71
2.	Augmentin(1)	Beecham/Fako	12.611	1.70
3.	Duocid(11)	Pfizer	12.575	1.70
4.	Ampisina(7)	M. Nevzat	10.807	1.46
5.	Bactrim(3)	Roche	10.191	1.37
6.	Lincocin(6)	UpJohn/Eczacıbaşı	10.063	1.36
7.	Rocephin(4)	Roche	8.756	1.18
8.	Voltaren(14)	Geigy	8.289	1.12
9.	Ranitab(5)	Deva	7.560	1.02
10.	Novalgin(10)	Hoechst	7.488	1.01

Kaynak: Çeşitli kaynaklardan yararlanılarak tarafımızca derlenmiştir.

\* Parantez içindeki rakamlar 1988 sıralamasında ilacın yerini göstermektedir.

Bu tutarın kuruluşlara göre dağılımı aşağıda gösterilmiştir.

TABLO 2.32.

## DOĞRUDAN TOPTAN İLAÇ ALIMI(1988)

<u>A l ı c ı</u>	<u>Milyon \$</u>	<u>Milyar TL</u>	<u>Payı(%)</u>
SSK	141	200	80,0
Sağlık Bakanlığı	25	35	14,0
Diğerleri (Üniversite, Devlet Hastaneleri, Askeri Hastaneler, vb.)	10	15	6,0
Toplam	176	250	100,0

Kaynak: Kurum istatistiklerinden derlenmiştir.

Kurumsal alımlarda SSK'nın %80 civarındaki payıyla önsırada yer aldığı görülmektedir. Kurumsal toptan alım pazarı 1984'de 87 milyon dolardan 1988'de 176 milyon dolara çıkarak yaklaşık iki katına genişlemiştir. Bu pazarın toplam alım içindeki payı 1988'de %28,6'ya ulaşmıştır ve giderek artmaktadır. Geriye kalan %72,4'lük kısım ise bireysel alımlar olmakla birlikte bu payın çok büyük bir kısmında birey aracıdır. Finansmanı Sosyal Güvenlik Kurumları tarafından sağlanmaktadır.

Aşağıda 1989 yılı itibariyle ilaç piyasasındaki alıcılar ve toplam alım değeri içindeki yüzdesel payları gösterilmiştir.

TABLO 2.33.

## İLAÇ PİYASASINDA ALICILAR

(1989)

<u>A l ı c ı</u>	<u>Milyar TL</u>	<u>(%)</u>
SKK	400	32,89
Bireyler	303	24,91
657 Sayılı Devlet memurları ve Aileleri	215	17,68
Bağkur	128	10,52
Emekli Sandığı	127	10,44
Eczacı İskontoları	43	3,56
TOPLAM	1216	100,00

Kaynak: Çeşitli kaynaklardan yararlanılarak tarafımızca düzenlenmiştir.

Kurumsal toptan alımlar da dahil ilaç piyasasında en büyük alıcının SSK olduğu açıkça görülmektedir. Kurumların toplam payı ise %70'in üzerine çıkmaktadır. Bireylerin 303 milyar TL'lik toplam alımları içinde %10 ve %20 oranlarında kurum reçetelerine katılım payları toplamı 172 milyar TL olup geriye kalan 131 milyar TL bireylerin bedelinin %100'ünü ödeyerek yaptıkları ilaç alımları toplamıdır. İlaç piyasasında

kurumların sahip oldukları ve toplu alımlarında zaman zaman firmalarla yaptıkları pazarlıklar sonucunda sağladıkları fiyat indirimleri dışında yeterince değerlendiremedikleri oligopsonist güç bu dağılımdan ortaya çıkmaktadır.

Görülüyor ki alıcıların gerçek rollerini üslenmeleri halinde ilaç piyasası oligopol yerine oligopol ve oligopsonun bir arada olduğu çift taraflı oligopol piyasasına yakın bir piyasa konumuna gelebilecektir.

### 3. Homojenlik

Türkiye'de birbiriyle eşdeğer birçok ilaç farklı adla, farklı ambalajda ve farklı fiyatlardan satılabilmektedir.

Günümüzde Türkiye'de yaklaşık 670 jenerik grup altında ve bu grupları tek veya kombine şekilde içeren 1547 çeşit ilaç ve bu ilaçların farmasötik şekilleri de dikkate alındığında 3500'e varan bir ilaç çeşitlemesi vardır. Değişik formları da dahil olmak üzere aynı etken maddeyi tek veya kombine şekilde aynı miktarda içeren ilaçları 253 grup altında toplamak mümkündür. Bu grupları oluşturan değişik isimli ilaçların sayısı ile 895'tir(74). Bunun ise anlamı açıktır. Tedavi için 253 çeşit etken maddeyi kullanma olanağı

---

(74) Levent Kamacık, "Eşdeğer İlaçtan Jenerik İsime", İzmir Eczacı Odası Bülteni, Yıl.8, Sayı.4, Temmuz 1986, s.3-5.

varken ve yeterli iken aynı tedaviler için 895 isim arasında tercih yapılması zorunluluğu yaratılmaktadır. Eczanelerin 253 çeşit ilacı bulundurarak hizmet üretebileceği hastalık gruplarında 895 çeşit ilaç bulundurması gerekebilmektedir. Görülüyor ki rekabet fiyatta değil markada, reklamda ve tanıtımdadır. Dolayısıyla, mal standardı farklılaştığı için homojenlik şartı açısından tam rekabet şartlarından tamamen uzak bir piyasa yapısı ortaya çıkmaktadır.

#### 4. Şeffaflık

Türk İlaç Piyasası'nda hasta, hekim ve kısmen eczacı, eşdeğer ilaç fiyatları hakkında yeterli ölçüde ve doğru bilgiye sahip değildir. Gerçi daha çok propaganda amacına yönelik tanıtıcı bilgiler çeşitli kanallardan yoğun şekilde kendilerine sunulmaktadır, ancak bu bilgilerde özellikle fiyat konusu gizlenmekte veya fazlaca vurgulanmamakta, bunun yerine ticari marka ön plana çıkarılmaktadır.

#### 5. Piyasaya Giriş Serbestisi

İlaç piyasasına yeni firmaların girişini veya mevcut firmaların piyasadan ayrılmasını engelleyen herhangi bir yasal engel yoktur. Bununla birlikte belirli teropatik piyasalarda tüketicilerin tercihlerini

ve alışkanlıklarını kendine yönlendirmeyi başarmış bilinen ticari markaların varlığı, yeni firmaların piyasaya girme isteği üzerinde caydırıcı etki yaratabilmektedir.

## B. TEROPATİK ALT PİYASALAR BAZINDA PİYASA YAPISI

Bu noktaya kadar, tüm endüstri toplulaşması ile ilgili bulgular sunulmuştur. Değinildiği gibi, tekelleşmenin rekabet açısından incelenmesi, farklı tedavi grupları, farklı piyasalar olarak kabul edilmek suretiyle yapılmalıdır. Gerçekten de, vurguladığımız gibi, asıl rekabet, aynı tedavi grubuna dahil ilaçlar arasında meydana gelmektedir.

Türkiye'de 30 kadar tedavi grubu, toplam eczane satışlarınının %65 kadarını oluşturmakta olup, bunlar ticari açıdan en önemli terapötik piyasalar olarak kabul edilmektedir(75).

Tablo 2.34'de görüldüğü gibi, bu tedavi gruplarında toplulaşma son derece yüksek olup, hemen her önemli terapötik grupta oligopol yapıları gözlenmektedir. 1974-1983 Döneminde teröpatik piyasalarda ürün bazında yoğunlaşma oranı giderek yükselmiştir. 1983 sonrası ile ilgili elde yeterli veri olmamasına

---

(75) Arman Kırım, "Türkiye İlaç Endüstrisinde Sanayi Yapısı ve Rekabet Yöntemleri Üzerine Rapor", IEB-Haberler 33, 1987, s.14-17.

TABLO 2.34.

## TEDAVİ GRUPLARINA GÖRE PAZAR YOĞUNLAŞMASI (1974-1983)

No	T e d a v i G r u b u	En Büyük 4 Firmanın Pay Yüzdesi			
		1974	1977	1980	1983
1	Geniş Spektrumlu Penisilin	46.6	67.8	93.5	96.8
2	Narkotik Olmayan Analjezik	54.9	46.7	55.8	48.2
3	Makrolid ve benzer tipleri	92.3	95.2	99.3	100.0
4	Antiflatulantlar	48.5	60.0	70.1	58.1
5	Trimethoprim Bileşimleri	100.0	96.9	100.0	100.0
6	Antiromatik Nonsteroid	45.8	53.9	58.5	63.3
7	Öksürük Sedatifleri	39.1	29.3	51.9	51.6
8	Vitamin B Kompleks	89.4	92.8	95.0	96.3
9	Orta ve Dar Spekturumlu Penisilin	63.6	62.9	82.0	83.7
10	Aminoglikositler	-	-	-	-
11	50 mlt nin üzerindeki solüs	100.0	100.0	100.0	100.0
12	Analjezik Kombineasyonlar	87.5	72.6	80.0	85.0
13	Vit.B-1 Kombineasyonları	56.4	56.6	75.5	92.2
14	Sade Kortikosteroidler	74.0	69.9	79.7	72.8
15	Topik Kortikosteroidler	72.8	68.3	74.9	63.7
16	Kalsiyum	85.6	89.3	95.8	94.0
17	Rifampisin/Rifamisin	-	-	98.5	99.2
18	Intestinal Antienfektifler	61.5	61.2	90.6	84.3
19	Sakinleştiriciler	57.2	49.6	61.5	64.6
20	Periferel Vazodilatörler	82.8	83.4	86.3	92.0
21	Tetrasiklinler ve Kombineasyonları	59.0	76.7	78.4	87.0
22	Soğuk Algınlığı Preparatları	60.5	62.5	67.9	78.0
23	Kloramfenikol ve Bileşimleri	82.8	83.4	86.3	92.0
24	Sentetik Gi-Antispazmodikler	57.1	79.4	65.1	60.3
25	Hematinikler, Demir ve Bileşimleri	72.1	74.5	74.2	71.0
26	Penisilin ve Streptomisin Bileşimleri	91.4	98.5	100.0	100.0
27	Bronkodilatatörler ve Antiastimatikler	55.9	51.4	67.3	-
28	Miyokard Tedavisi	62.3	70.9	88.1	76.1
29	Jinekolojik Antienfektifler	-	-	-	-
30	Üriner Antienfektifler	85.1	86.3	96.8	83.5
	Ortalamalar	69.8	71.7	84.4	80.2

Kaynak: IMS verilerinden hesaplanmıştır.

Not: Gruplar 1982 yılındaki pazar satış hacimlerine göre sıralanmışlardır; hesaplamalar "dağıtıcılar" için yapılmıştır.

(-) işareti bazı yıllarda sınıflandırmalardaki farklılıklar nedeniyle hesaplamaların yapılamadığını göstermektedir.

karşın sektör bazındaki genel eğilime bakılarak yoğunlaşma oranının yükselmeye devam ettiği tahmin edilmektedir.

İngiltere ilaç endüstrisi üzerine Slatter'in yapmış olduğu bir çalışmada, Türkiye'den görece çok düşük toplulaşma düzeyleri saptamalarına karşın, bu piyasalar tekelci olarak nitelenmişlerdir. Türkiye, İngiltere'den çok daha toplulaşmış ilaç piyasalarına sahiptir.

Yine, Meksika ilaç endüstrisi ile tedavi grubu bazında yapılmış bir karşılaştırmada, Türkiye'de toplulaşmanın son derece yüksek olduğu sonucunu vermiştir.

### C. PİYASA YAPISI-FİYAT İLİŞKİSİ

Türkiye'de İlaç Piyasası'nın tamamında ve çeşitli alt teröpatik piyasalarında eksik rekabet şartlarının geçerli olduğu buraya kadar yapılan açıklamalardan anlaşılmaktadır.

Teröpatik piyasa ayırımına göre her bir alt piyasasın tam olarak hangi eksik rekabet piyasası türüne daha yakın olduğu ayrıca araştırılmamıştır. Bununla birlikte, yoğunlaşma oranlarına bakılarak oligopolistik bir yapının hemen hemen tüm alt piyasalarda geçerli olduğu vurgulanmıştır. Oligopol piyasaların genellikle evvelce bir buluş veya patent-lisans anlaşması

sonucu kurulan tek el piyasalarına yeni rakiplerin girmesi ile ortaya çıktığı bilinmektedir. Tekelci firma piyasaya yeni rakiplerin girmesini önlemek için fiyat savaşı açabileceği gibi reklam aracılığı ile marka propagandası başlatabilir. Türkiye İlaç Piyasası'nda daha çok ikincisi geçerlidir.

Teröpatik alt piyasaların yalnız yoğunlaşma oranı değil fakat diğer kriterler açısından da yorumlanması halinde ilaç alt piyasalarının monopolcü rekabet şartlarına da yakın özellikler gösterdiği görülmektedir. Bu piyasa türünde tanıtım masrafları maliyetleri yükseltmektedir. Nitekim bu masraf kaleminin aşırı yükü Türkiye'de de ilaç maliyet ve fiyatlarını artırmaktadır. Bu piyasa türünün bir diğer özelliği olan mal farklılaştırmasının sonucu ise tüketicinin aynı kalitede mala farklı (yüksek) fiyat ödemesidir.

Aslında yukarıda da değinildiği gibi Türkiye'de alıcıların sayısı gerçekte satıcılar gibi sınırlıdır ve bunların gerçekte sahip oldukları monopsonist gücü tam olarak kullanmaları halinde çift taraflı oligopol şartları ortaya çıkabilecektir. Bu durumda ise, taraflar kendi şartlarını karşı tarafa empoze etmek isteyecekler, ancak fiyat oluşumu anlaşma bölgesinde olacaktır. Bu bölgenin üst sınırı alıcının tüm kârını, alt sınırı ise satıcının tüm kârını ortadan kaldırmaktadır. Bu fiyatın saptanmasında teknik (stoklama

gücü gibi) parasal ve psikolojik güçler rol oynayacak, iki taraftan gücü yüksek olan diğer tarafa şartlarını kabul ettirecektir.

Türk ilaç piyasasının sahip olduğu eksik rekabetçi yapının ilaç fiyatlarındaki yükselişlerde önemli bir rolü olduğu ortaya çıkmaktadır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TÜRKİYE İLAÇ PİYASASI'NDA FİYAT HAREKETLERİNİN GELİŞME EĞİLİMİ ÇERÇEVESİNDE FİYATLAMA SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Türkiye'de ilaç piyasasında fiyat oluşumunda arz, talep, devlet müdahalesi ve piyasa yapısının rolü İkinci Bölüm'de incelenmiş, fakat sonuçta fiyatların ne şekilde bir seyir izlediği ve piyasanın bu seyre olan tepkisinin ne olduğu (talebin fiyat ve gelir esneklikleri) konusunda ayrıntılı bilgi verilmemiştir. Bu bölümde öncelikle bu konularda analitik değerlendirmeler yapılmış, daha sonra bu değerlendirmeler çerçevesinde ilaç piyasasında ne gibi fiyatlama sorunlarının var olduğu ve bu sorunların aşılabilmesi için hangi önlemlerin alınabileceği tartışılmıştır.

I. İLAÇ PİYASASINDA FİYAT HAREKETLERİ VE TALEP  
ESNEKLİKLERİNİN GELİŞİMİNİN SEÇİLMİŞ İLAÇLAR  
BAZINDA ANALİTİK ANALİZİ

A. ANALİZİN UNSURLARI

1. Amaç

Türkiye'de ilaç piyasasında 1980'li yıllarda oluşan fiyat değişikliklerinin izlenmesi, bu değişikliklerin yıllık genel fiyat indeksleri ile ilişkilendirilerek reel değerlerinin elde edilmesi, değerlendirilmesi ve gelecekteki muhtemel durum hakkında kestirimde bulunulması, bu değişikliklerin piyasada doğurduğu tepkilerin talebin gelir ve fiyat esneklikleri yardımıyla ölçülmesi ve yorumlanması amaçlanmıştır.

2. Kapsam

Yukarıda belirtilen amaçlara ulaşabilmek için önce piyasaya sunulan ilaçlar içersinde en çok satılan ve 1984-1990 döneminde haklarında kesintisiz veri bulunabilen 16 ilaç örnek olarak seçilmiştir(1).

---

(1) Analize esas olan bu 16 ilaç şunlardır: Alfasilin 500 Kapsül, Bactrim Tablet, Lincocin Ampul, Novalgin Tablet, Calcium-C Efervesan Tablet,

Seçilen ilaçlar satış hasılatı açısından piyasanın yıllara göre yaklaşık olarak %11'i ile %20'si arasında değişen kısımlarını oluşturmaktadır (Tablo 3.1). Böylece bu örnek kütleinin fiyat değişim durumunun belirlenmesi yoluyla ana kütleiyi oluşturan tüm ilaçların fiyat değişimleri hakkında kestirimde bulunulabilecektir. Ayrıca 15 ilacın tümünü kapsayan piyasa kesitine dayalı olarak fiyat gelişim trend fonksiyonu çizilmiştir (Şekil 3.1-3.17).

Seçilmiş ilaçların talep esnekliklerinin belirlenebilmesi için ise bunların ilgili döneme ait satış miktarları ve değişimleri fiyat değişimleriyle birlikte dikkate alınmıştır (Tablo 3.2.).

### 3. Yöntem

Fiyat hareketlerinin izlediği geometrik yolu en iyi temsil eden fonksiyonu belirleyebilmek amacı ile bilgisayar yardımıyla regresyon testi yapılmıştır. Standart hata katsayısı en düşük olan en uygun denklem olarak kabul edilmiş ve buna ilişkin trend değerleri hesap edilerek, trend eğrisi çizilmiştir. Aynı işlem

---

Becozym-C Drage, Baralgin Tablet, Brufen Tablet, Aspirin Tablet, İncidal Drage, Kenakort Deri Pomadı, Pronopen 800 Ampul, Streptomagma Şurup, Terramycin Deri Pomadı, Panalgine Tablet, Mucaine Şurup.

TABLO 3.1.

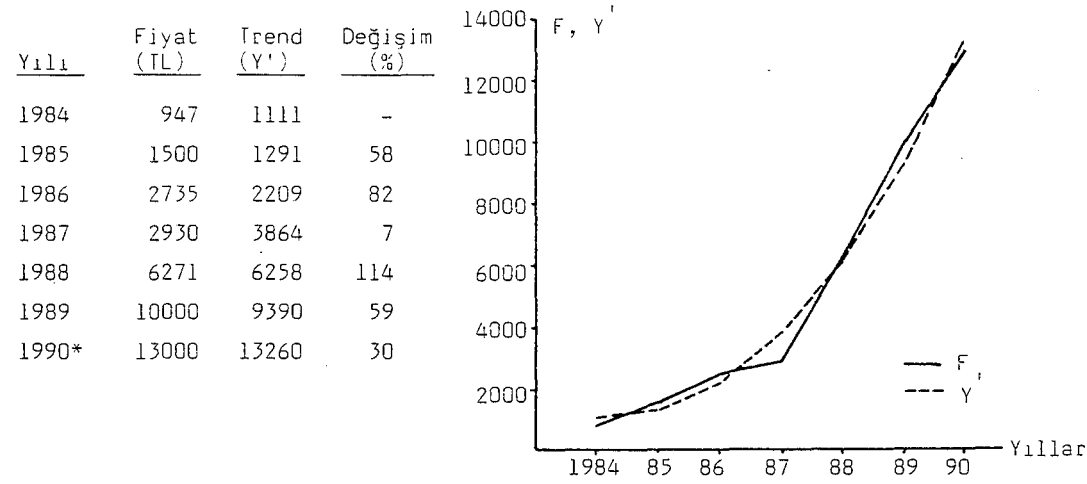
SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN PİYASA PAYLARININ GELİŞİMİ  
(1984-1989)

<u>İlaçlar</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>	<u>1986</u>	<u>1987</u>	<u>1988</u>	<u>1989</u>
Alfasilin	2,96	3,63	3,59	2,74	1,60	1,65
Bactrim	3,04	2,97	1,94	1,89	1,66	1,44
Lincocin	2,83	2,14	1,84	1,44	1,30	1,47
Novalgin	1,37	1,18	1,07	1,06	1,03	1,04
Calcium-C	1,01	1,11	1,07	0,98	0,87	0,63
Becozyme	1,25	1,11	0,80	0,79	0,62	0,59
Baralgine	0,99	0,81	0,74	0,78	0,56	0,52
Brufen	0,96	0,85	0,91	0,67	0,51	0,39
Aspirin	0,91	1,02	0,92	0,61	0,68	0,62
Incidal	0,76	0,65	0,61	0,58	0,50	0,40
Kenacort	0,87	0,73	0,76	0,46	0,32	0,32
Pronapen	0,82	0,74	0,44	0,44	0,47	0,54
Streptomagma	0,57	1,28	0,73	0,42	0,22	0,22
Terramycin	0,41	0,35	0,35	0,35	0,23	0,22
Panalgin	0,41	0,38	0,37	0,33	0,24	0,21
Mucaine	<u>0,55</u>	<u>0,47</u>	<u>0,28</u>	<u>0,26</u>	<u>0,24</u>	<u>0,20</u>
Toplam	19,71	19,42	16,42	13,80	11,05	10,46

Kaynak: İlgili yıllardaki IMS Raporlarından tarafımızca düzenlenmiştir.

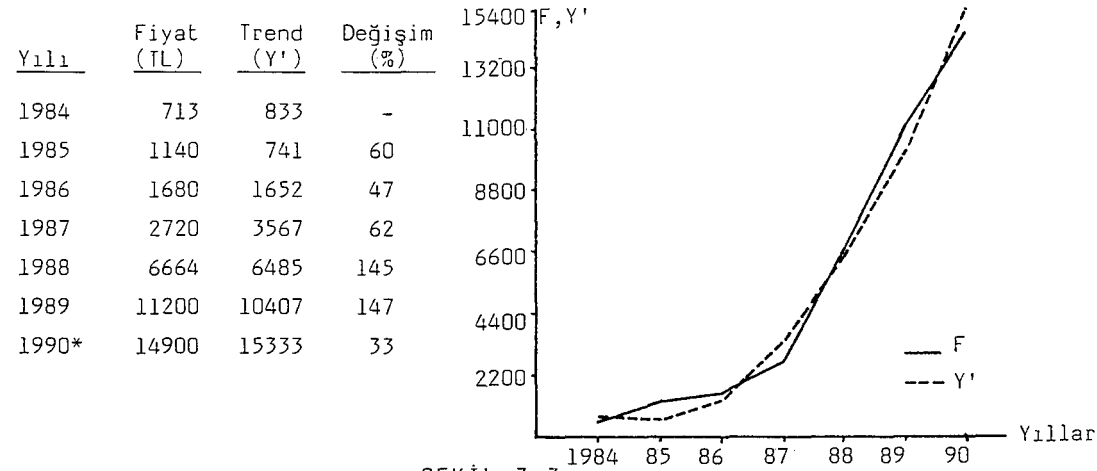
ŞEKİL 3.1.

ALFASİLİN 500 KAPSÜL FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)



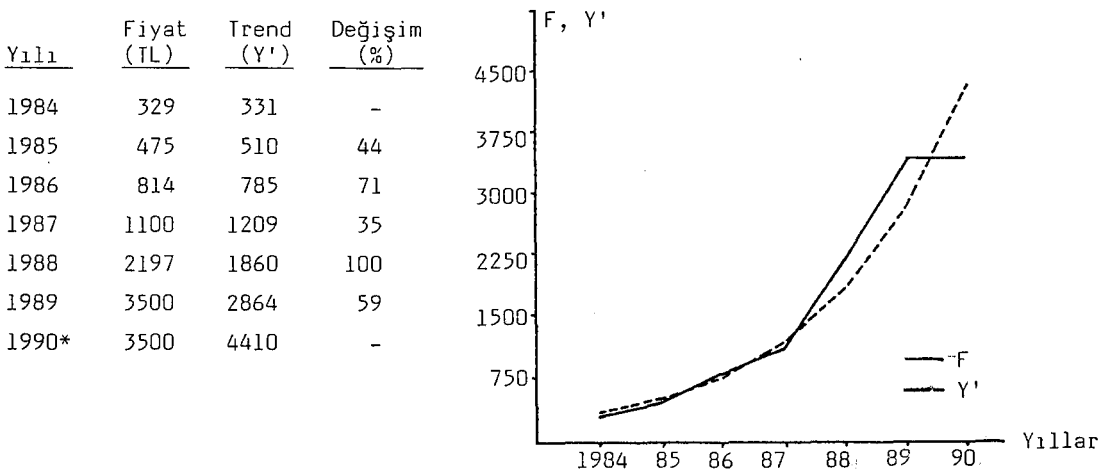
ŞEKİL 3.2.

BACTRİM TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)

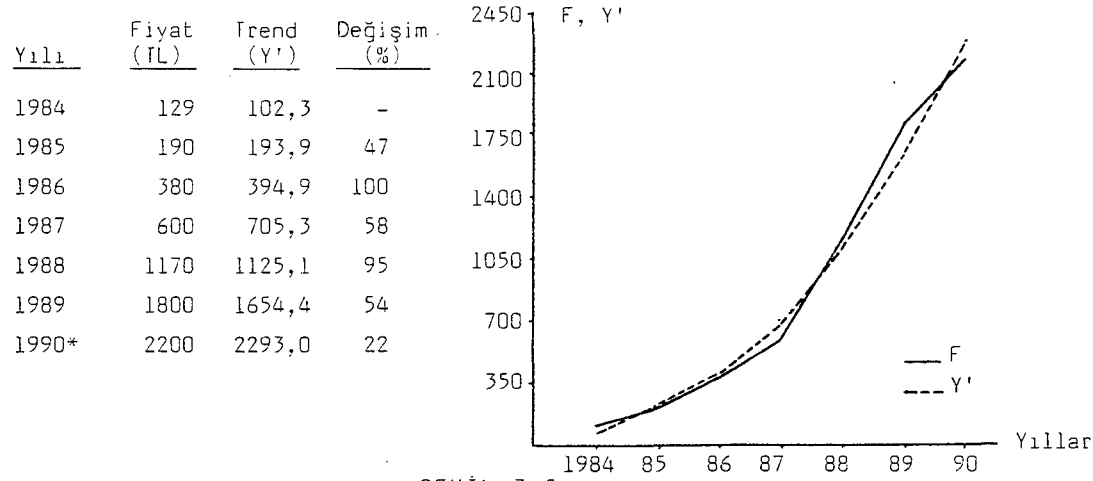


ŞEKİL 3.3.

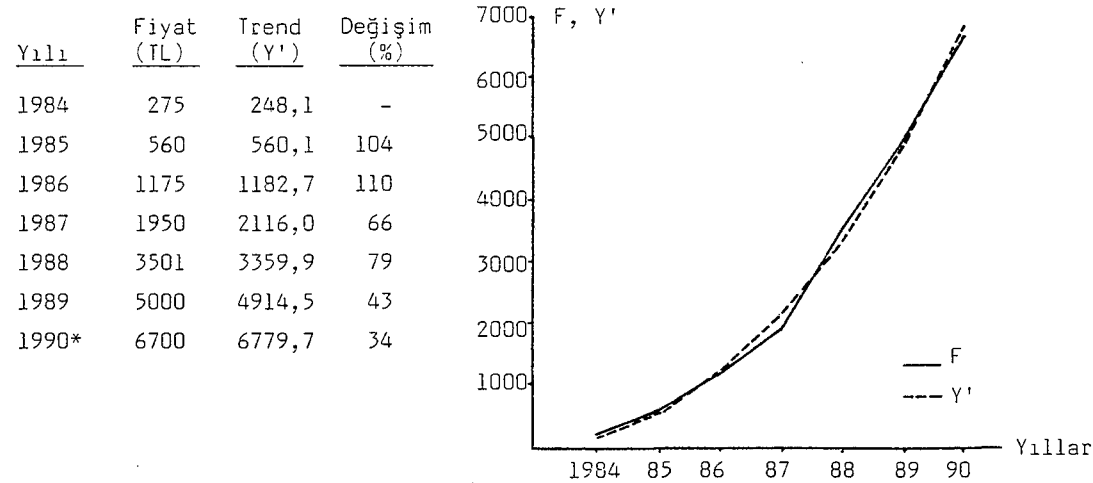
LİNCOCİN AMPUL FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)



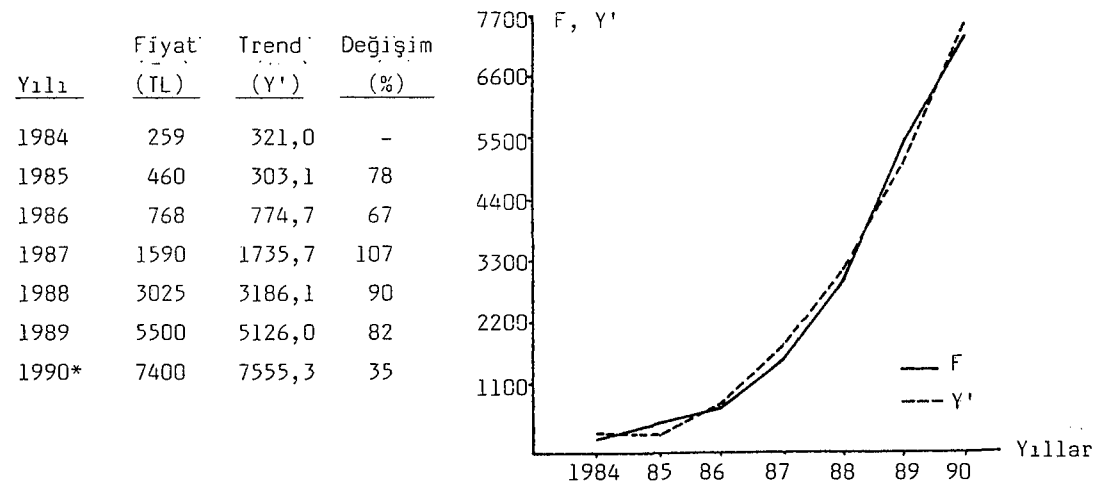
ŞEKİL 3.4.  
NOVALGİN TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)



ŞEKİL 3.5.  
CALCIUM-C EFF-TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)

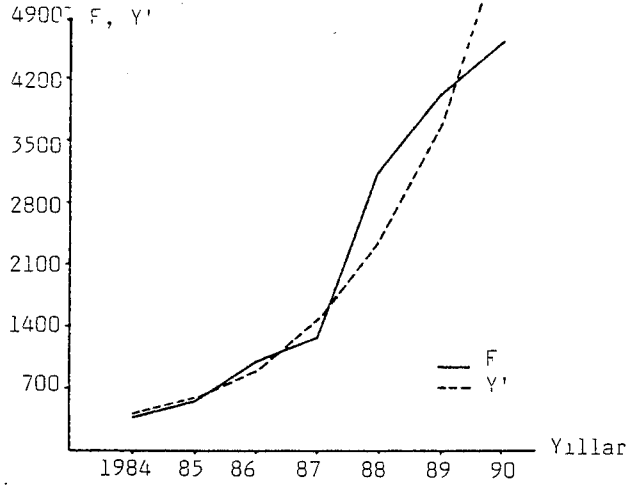


ŞEKİL 3.6.  
BECOZYM-C DRASE FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)



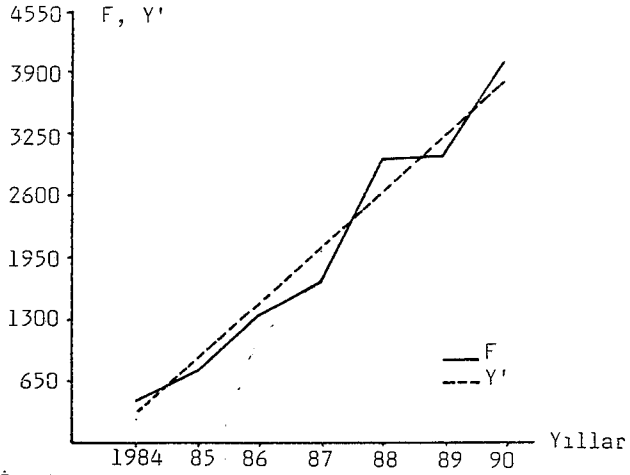
ŞEKİL 3.7.  
BARALGİN TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)

Yılı	Fiyat (TL)	Trend (Y')	Değişim (%)
1984	350	375	-
1985	575	592	64
1986	997	935	73
1987	1300	1477	30
1988	3120	2333	140
1989	4100	3685	31
1990*	4600	5820	12



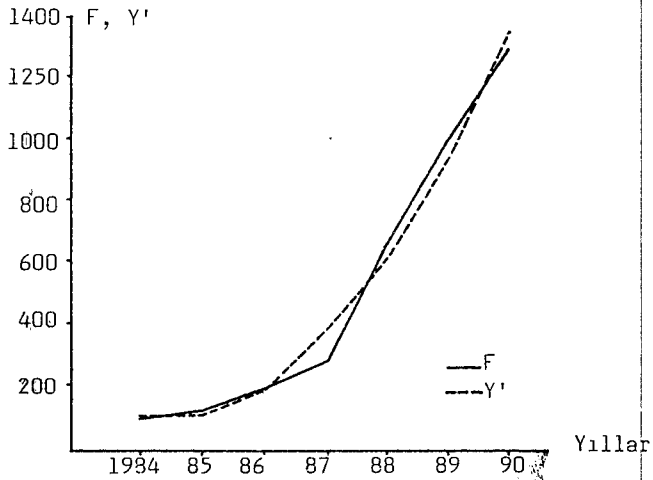
ŞEKİL 3.8.  
BRUFEN TABLET FİYAT GEÇİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)

Yılı	Fiyat (TL)	Trend (Y')	Değişim (%)
1984	503	289	-
1985	730	921	45
1986	1328	1495	82
1987	1740	2009	31
1988	2980	2610	71
1989	3000	3220	60
1990*	4000	3705	33

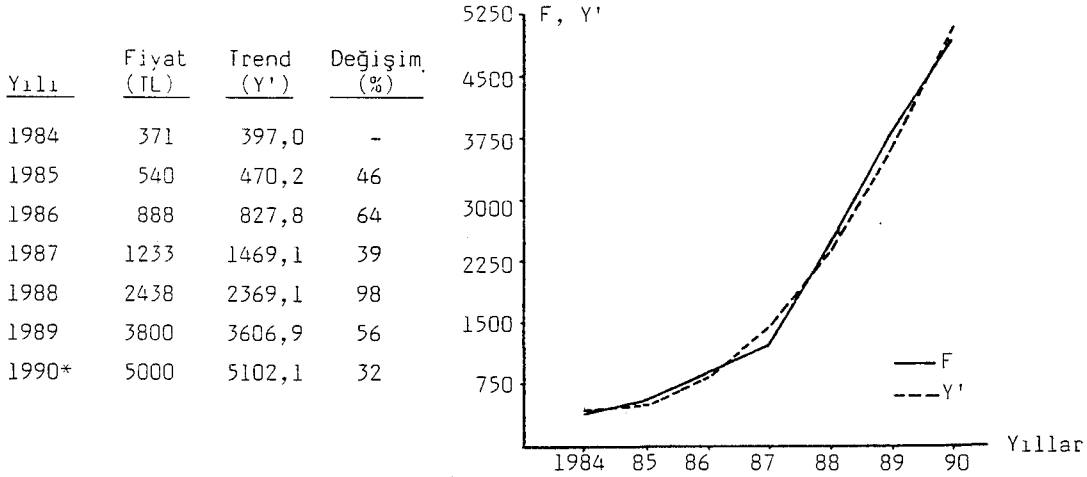


ŞEKİL 3.9.  
ASPIRİN TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)

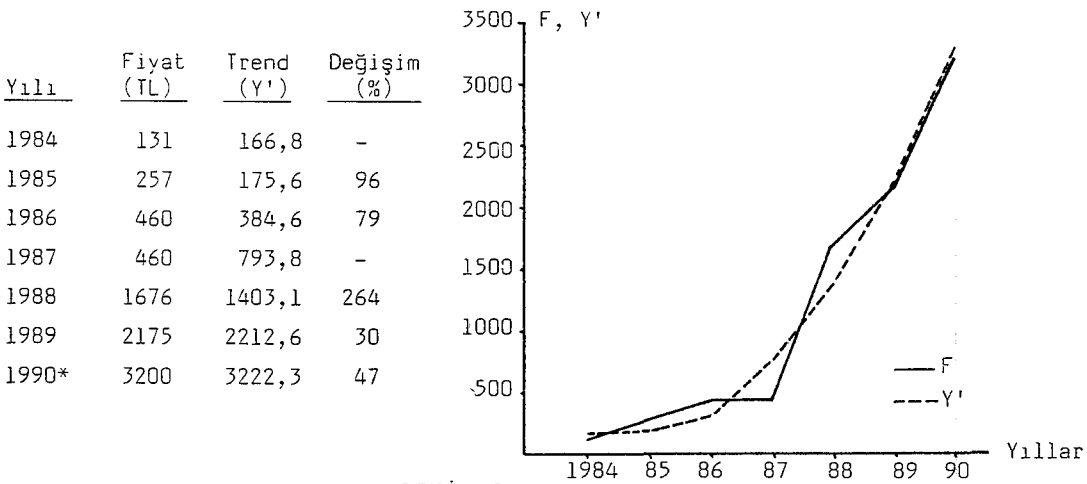
Yılı	Fiyat (TL)	Trend (Y')	Değişim (%)
1984	86	86,4	-
1985	120	98,8	40
1986	190	189,9	58
1987	278	359,8	46
1988	647	608,4	133
1989	1000	935,8	55
1990*	1300	1341,9	30



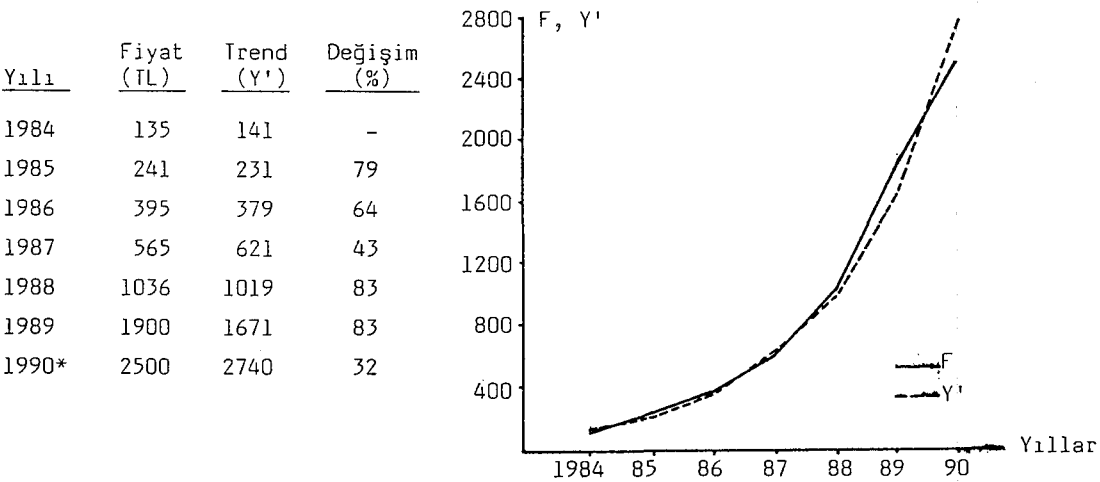
ŞEKİL 3.10.  
INCİDAL DRAJE FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)



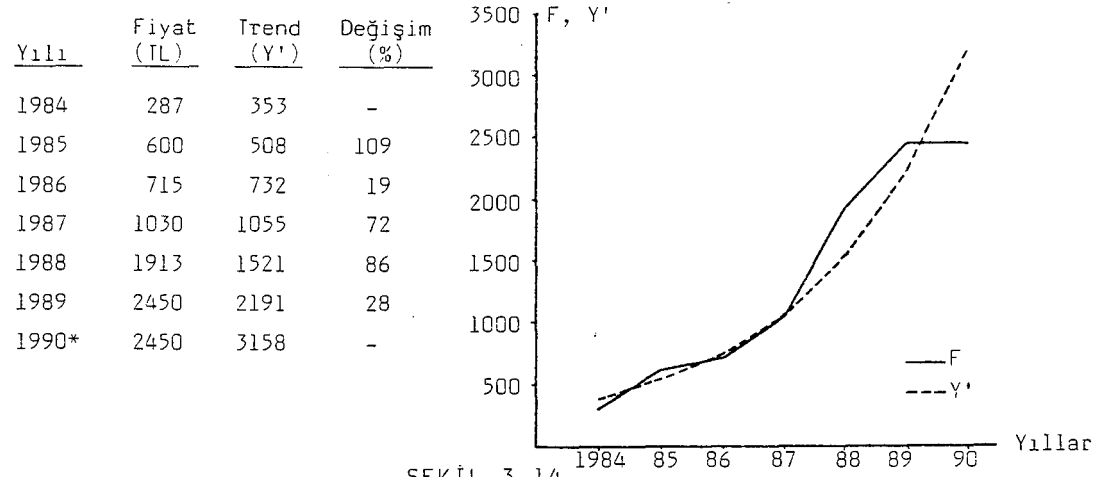
ŞEKİL 3.11.  
KENAKORT-A DERİ POMADI FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)



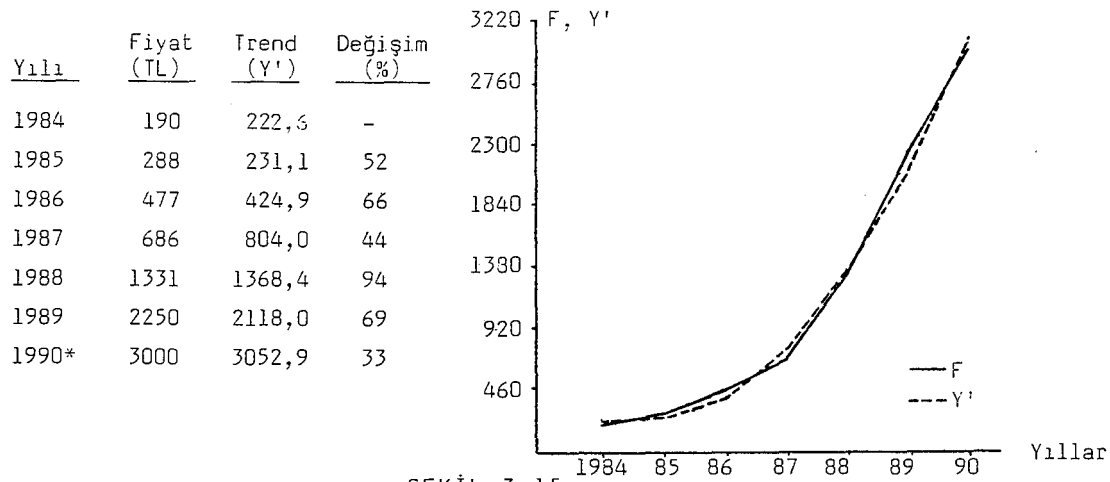
ŞEKİL 3.12.  
PRONOPEN AMPUL FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)



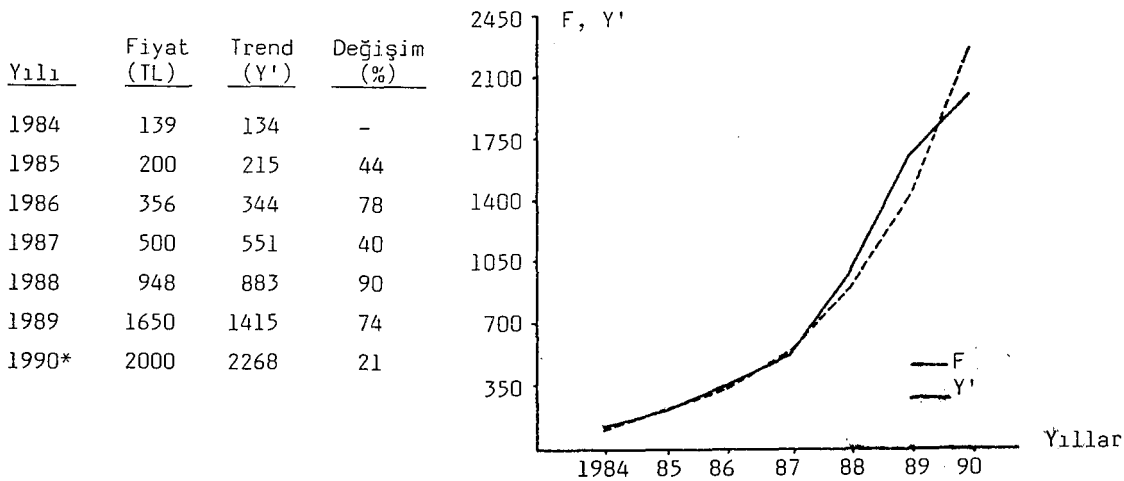
ŞEKİL 3.13.  
STREPTOMAGMA ŞURUP FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)



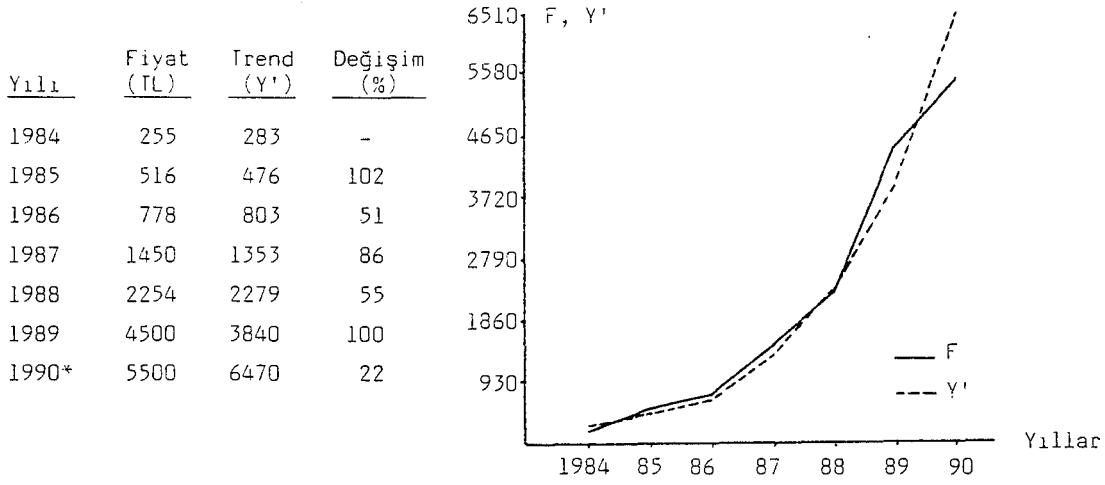
ŞEKİL 3.14.  
TERRAMİCİN POMAD FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)



ŞEKİL 3.15.  
PANALGİNE TABLET FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ(1984-90)

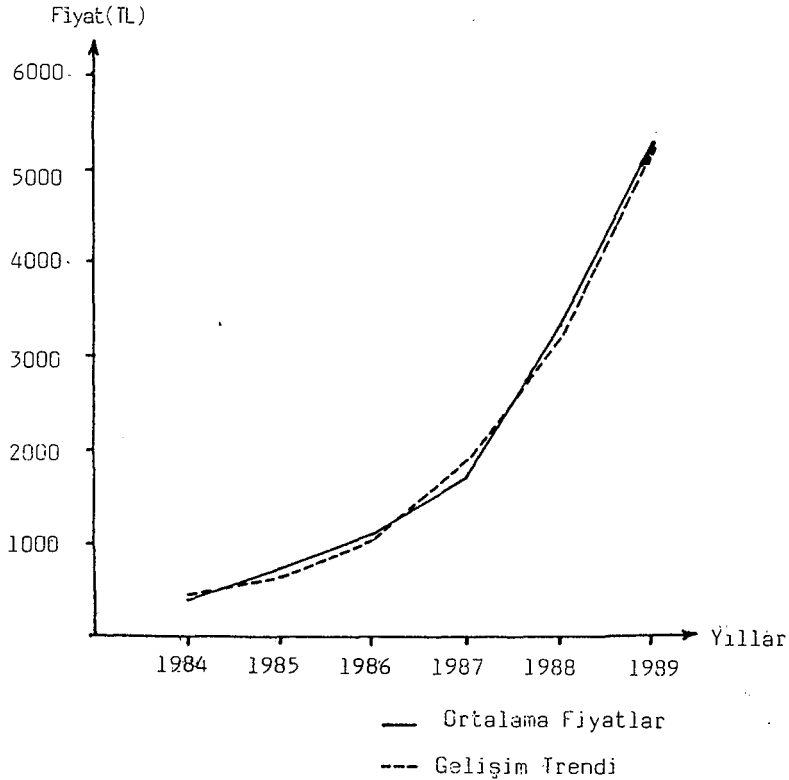


ŞEKİL 3.16.  
MUCAİNE ŞURUP FİYAT GELİŞİM EĞİLİMİ (1984-90)



\* 1990 yılı verileri 16/02/1990 tarihi itibariyle hesaplamaya dahil edilmiştir.

ŞEKİL 3.17.  
SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN ORTALAMA FİYATLARINDAKİ GELİŞİM TRENDİ (1984-90)



TABLO 3.2.

SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN ORTALAMA VE REEL FİYAT DEĞİŞİM ORANLARI  
(1981-1984 ve 1984-1987 Dönemleri)

	1981 - 1984		1984 - 1987	
	Ortalama Fiyat Değişim Oranı(%)	Reel Fiyat Değişim Oranı(%)*	Ortalama Fiyat Değişim Oranı(%)	Reel Fiyat Değişim Oranı(%)**
Alfasilin 500 mg Kapsül	58,3	6,3	69,7	21,4
Bactrim Tablet	44,6	- 7,4	93,7	45,4
Lincocin 600 mg Ampul	62,7	10,7	78,0	29,7
Novalgin 20 Tablet	54,3	2,3	121,7	73,4
Calcium-C Eff Tablet	32,3	-19,7	203,0	154,7
Becozym-C Forte Draje	34,3	-17,7	171,0	122,7
Baralgin Tablet	39,3	-12,7	90,3	42,0
Brufen 200x30 Draje	89,0	37,0	82,0	33,7
Aspirin 0,5 Tablet	30,3	-21,7	74,3	26,0
İncidal Draje	39,7	-12,3	77,3	29,0
Kenacort-A Orobace	16,7	-35,3	83,7	35,4
Pronopen 800.000	45,3	- 6,7	106,0	57,7
Streptomagma Şurup	25,7	-26,3	109,3	61,0
Terramycin Pomad	52,0	-	87,0	38,7
Panalgin Tablet	32,7	-19,3	86,3	38,0
Mucaine 200 ml Şurup	32,3	-19,7	156,0	107,7

( \*) Reel fiyat değişim oranları 1981-1984 dönemi ortalama enflasyon oranı %52 alınarak hesaplanmıştır.

(\*\*) Reel fiyat değişim oranları 1984-1987 dönemi ortalama enflasyon oranı %48,3 alınarak hesaplanmıştır.

Kaynak: 1. İlgili yıllardaki IMS raporları  
2. Ek dikkate alınarak tarafımızca düzenlenmiştir.

onaltı ilaç için tekrarlanmış, ayrıca onaltı ilacın toplamı içinde trend değerleri hesaplanıp genel trend eğrisi çizilmiştir.

Diğer taraftan, normal ortalamalar ve ağırlıklı ortalamalar alınarak ortalama fiyatlar bulunmuş, daha sonra bu ortalama fiyatlar tüketici fiyat indeksleri ile ilişkilendirilerek reel fiyat değişim oranları hesaplanmıştır. 1981-1984 ve 1984-1987 dönemlerindeki (diğer bir ifadeyle 1984 Kararnamesi öncesi ve sonrası üç yıldaki) ortalama ve reel fiyat değişim oranları onaltı ilaç için tek tek karşılaştırılarak 1984 sonrasında öncesine göre gerçekten fiyatlarda reel olarak artış eğiliminin var olup olmadığı araştırılmıştır.

Daha sonra, seçilmiş ilaçların satış miktarları ve ortalama reel fiyatlarından yararlanılarak (Tablo 3.5 ve 3.6) yıllar itibari ile taleplerin fiyat esneklikleri hesaplanmıştır. Satış miktarları ve tüketici ve ortalama gelir seviyeleri kullanılmak suretiyle de (Tablo 3.5 ve 3.8) yıllar itibariyle ilaç talebinin gelir esneklik değerleri bulunmuştur.

Talebin fiyat esnekliği hesabında:

$$e = \frac{\frac{dm}{m}}{\frac{df}{f}}$$

Gelir esnekliği hesabında ise:

$$e = \frac{\frac{dm}{m}}{\frac{dG}{g}}$$

formüllerinden yararlanılmıştır. Burada  $dm/m$  talep miktarındaki oransal değişimi,  $df/f$  fiyattaki oransal değişimi  $DG/g$  gelirdeki oransal değişimi göstermektedir.

#### 4. Kullanılan Veriler

Analizde ilaç fiyatları ilaç satış miktarları ve çeşitli ilaçların piyasa payları ile ilgili veriler, ilaç konusunda dünyanın tüm ülkeleri hakkında istatistik bilgileri yayınlayan temel kaynak olarak kabul edilen IMS Raporları'ndan sağlanmıştı.

Genel fiyat hareketlerini gösteren toptan ve tüketici fiyat indeksleri ile kişi başına düşen milli gelir değerleri ise Devlet İstatistik Enstitüsü kaynakları kullanılarak belirlenmiştir.

### **B. DEĞERLENDİRMELER**

#### 1. Fiyat Gelişim Eğilimleri İle İlgili Değerlendirmeler(1984-1990)

Onaltı ilacın fiyat trend fonksiyonları Şekil 3.1'den 3.16'ya kadar ayrı ayrı çizilmiştir. Bu

ilaçlara ait trend denklemleri ise Ek'de verilmiştir. İlaçlardan Calcium-C Eff Tablet dışında kalanların tümünde eğim giderek artan bir seyir izlemektedir. Bu durum ilaç fiyatlarının 1984 sonrasında gittikçe daha hızlı arttığı şeklinde yorumlanabilir. 1990'lara doğru fiyat artış hızı en fazla yükselen ilaçlar ise; Bactrim Tablet, Alfasilin 500 Kapsül, Lincocin Ampul, Becozym-C Drage, Aspirin Tablet, Pronopen 800 Ampul, Panalgine Tablet ve Mucaïne Şurup olmuştur. 1990 yılı için yalnız iki aylık veri sağlanabildiği için bu yıldaki fiyat artışındaki oransal düşüklük önemli değildir.

Bazı ilaçlarda fiyat artışlarının bir yıl az bir yıl çok (Örneğin Alfasilin 500 Kapsül, Baralgin Tablet ve Streptomagma Şurup), bazılarının ise altı yıllık periyot içinde herhangi bir tek yılda çok fazla veya düşük ölçüde gerçekleştiği (Örneğin Alfasilin 500 Kapsül, Kenacort-A Deri Pomadı), dolayısıyla istikrarlı bir seyir izlemediği gözlenmektedir.

Diğer yandan seçilmiş ilaç fiyatlarındaki genel gelişim trendinin bulunabilmesi için bilgisayarda regresyon analizi yapılmış ve uygun bulunan kubik fonksiyon kullanılarak trend eğrisi çizilmiştir.

Bu trend denklemleri içinde  $R^2$  değeri en yüksek olan kübik fonksiyon denklemi ilaç fiyatlarındaki

gelişim trendini en iyi açıklayan denklem olarak kabul edilmiştir(2). Bu denklem sonucu elde edilen Y' değerleri ve orijinal Y değerleri kullanılarak Şekil 3.17"de gösterilmiştir.

## 2. Ortalama ve Reel Fiyat Değişimleri İle İlgili Değerlendirmeler

Bu çalışmada ilaç fiyatlarının 1981-1984 ve 1984-1987 dönemlerinde reel olarak nasıl bir seyir izlediği belirlenmeye çalışılmıştır. Herbir dönemdeki ortalama ilaç fiyat artışları toptan eşya fiyatları indeksindeki artışlardan arındırılmıştır. Böylece dönem içinde ilaç fiyatlarındaki reel artış oranları bulunmuştur. Tablodan da görüldüğü gibi 1981-1984 döneminde ilaç fiyatlarındaki artış çoğunlukla enflasyon oranının altında kalmıştır(Tablo 3.2.). Fakat 1984-1987 döneminde ilaç fiyatlarındaki artış enflasyon oranının üzerinde gerçekleşmiştir. Bu gelişimin nedenleri arasında 1984 Kararnamesi ve hammadde ithalatında sağlanan serbestinin fiyatları yükseltici etkisi sayılabilir.

---


$$(2) Y = a + bX + cX^2 + dX^3$$

$$Y = 201 + 315X - 120X^2 + 36.8X^3$$

$$R^2 = 99.5$$

Seçilmiş ilaçlar için tek tek piyasa payları dikkate alınmaksızın düz ortalama yöntemi ile ortalama fiyatın saptanıp bu fiyatın tüm piyasaya yansıtılması yanıltıcı olabilir. Bu nedenle her ilacın toplam satış hasılatı dikkate alınıp piyasadaki payının ağırlık kabul edilmesinde yarar vardır. Böylece ortalama ilaç fiyatları, bu ağırlıklar dikkate alınarak ve ağırlıklı ortalamalar metodu kullanılarak bulunmuş olacaktır (Tablo 3.3). Aşağıda bu yöntemle ortalama fiyatlar bulunduktan sonra seçilmiş ilaçların ortalama fiyatlarındaki değişim oranları hesaplanmıştır. Aynı zamanda her yıla ait tüketici fiyat indeksindeki değişim oranları da belirlenerek ilaç fiyatlarındaki değişim ile karşılaştırılmıştır. Böylece ilaç fiyatlarındaki değişimin 1984-1988 yılları arasında daima enflasyon oranının üzerinde seyrettiği, sadece 1989 yılında enflasyon oranının altında bir değişim gösterdiği belirlenmiş olmaktadır (Tablo 3.4). O halde, tüketici açısından zorunlu bir mal niteliği taşıyan ilacın fiyatındaki artışla daha az zorunlu pek çok malın hesabına girdiği genel fiyatlar indeksindeki artıştan daha hızlı gerçekleştiği ortaya çıkmaktadır.

TABLO 3.3.

SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN PİYASA FİYATLARI VE PİYASA PAYLARINDAKİ GELİŞİM VE AĞIRLIKLIL ORTALAMA FİYATLARI(1984-90)

YILLAR	ALFASİLİN		BACTRİM		LINCOCIN		NOVALGIN		CALCIUM-C		BECOZYM-C		BARALGIN		BRUFEN*		ASPIRİN	
	P.F.	P.P.	P.F.	P.P.	P.F.	P.P.	P.F.	P.P.	P.F.	P.P.	P.F.	P.P.	P.F.	P.P.	P.F.	P.P.	P.F.	P.P.
1984	947	2,96	713	3,04	329	2,83	129	1,37	275	1,01	259	1,25	350	0,99	503	0,96	86	0,91
1985	1500	3,63	1140	2,97	475	2,14	190	1,18	560	1,11	460	1,11	575	0,81	730	0,85	120	1,02
1986	2735	3,59	1680	1,94	814	1,84	380	1,07	1175	1,07	768	0,80	997	0,74	1328	0,91	190	0,92
1987	2930	2,74	2720	1,89	1100	1,44	600	1,06	1950	0,98	1590	0,79	1300	0,78	1740	0,67	278	0,61
1988	6271	1,60	6664	1,66	2197	1,30	1170	1,03	3501	0,87	3025	0,62	3120	0,56	2980	0,51	647	0,68
1989	10000	1,65	11200	1,44	3500	1,47	1800	1,04	5000	0,63	5500	0,59	4100	0,52	3000	0,39	1000	0,62
1990**	13000		14900		3500		2200		6700		7400		4600		4000		1300	

Kaynak: 1. İlgili yıllardaki IMS raporları.

2. TEB'in bilgisayar kayıtları.

( \*) Brufen, 1988 yılından itibaren Nurofen ismi ile piyasaya sürülmüştür.

(\*\*) 16/02/1990 tarihi itibariyle dikkate alınmıştır.

P.F.= Piyasa Fiyatı (TL)

P.P.= Piyasa Payı (%)

TABLO 3.3. (Devamı)

SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN PİYASA FİYATLARI VE PİYASA PAYLARINDAKİ GELİŞİM VE AĞIRLIKLI ORTALAMA FİYATLARI(1984-90)

YILLAR	<u>INCIDAL</u>		<u>KENACORT-A</u>		<u>PRONAPEN</u>		<u>STREPTOMAGMA</u>		<u>TERRAMYCIN</u>		<u>PANALGİNE</u>		<u>MUCAINE</u>		Ağırlıklı Ortalama Fiyatlar(TL)
	<u>P.F.</u>	<u>P.P.</u>	<u>P.F.</u>	<u>P.P.</u>	<u>P.F.</u>	<u>P.P.</u>	<u>P.F.</u>	<u>P.P.</u>	<u>P.F.</u>	<u>P.P.</u>	<u>P.F.</u>	<u>P.P.</u>	<u>P.F.</u>	<u>P.P.</u>	
1984	371	0,76	131	0,87	135	0,82	287	0,57	190	0,41	139	0,41	255	0,55	397
1985	540	0,65	257	0,73	241	0,74	600	1,28	288	0,35	200	0,38	516	0,47	728
1986	888	0,61	460	0,76	395	0,44	715	0,73	477	0,35	356	0,37	778	0,28	1081
1987	1233	0,58	460	0,46	565	0,44	1030	0,42	686	0,35	500	0,33	1450	0,26	1688
1988	2438	0,50	1676	0,32	1036	0,47	1913	0,22	1331	0,23	948	0,24	2254	0,24	3396
1989	3800	0,40	2175	0,32	1900	0,54	2450	0,22	2250	0,22	1650	0,21	4500	0,20	5305
1990**	5000		3200		2500		2450		3000		2000		5500		-

Kaynak: 1. İlgili yıllardaki IMS raporları.

2. TEB'in bilgisayar kayıtları.

(\*\*) 16/02/1990 tarihi itibariyle dikkate alınmıştır.

P.F.= Piyasa Fiyatı (TL)

P.P.= Piyasa Payı (%)

TABLO 3.4.

SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN ORTALAMA FİYATLARI İLE TÜKETİCİ FİYAT ENDEKSİNDEKİ DEĞİŞİM  
(1984-1989)

<u>Yıllar</u>	<u>Ortalama Fiyat(TL)</u>	<u>Fiyat Değişim Oranı(%)</u>	<u>Tüketici Fiyat Endeksi</u>	<u>Endeks Değişim Oranı(%)</u>	<u>(Reel değişim) İlaç fiyatlarındaki artış ile endeks değerindeki artış oranındaki fark(%)</u>
1984	397	-	722,3	-	-
1985	728	83,4	1047,3	45,0	38,4
1986	1.081	48,5	1409,7	34,6	13,9
1987	1.688	56,2	1958,1	38,9	17,3
1988	3.396	101,2	3434,5	75,4	25,8
1989	5.305	56,2	5824,9	69,6	-13,4

Kaynak: 1. Tablo

2. DİE İstatistikleri

### 3. Talebin Fiyat ve Gelir Esnekliği İle İlgili Değerlendirmeler

İlaç talebinin fiyat esneklik değerleri hesaplanırken nominal değil reel fiyatların hesaba katılmasının nedeni tüketiciler açısından fiyatlardaki reel değişikliklerin daha anlamlı olduğu düşüncesidir (Tablo 3.6). Aynı gerekçeyle talebin gelir esnekliği bulunurken de sabit fiyatlarla kişi başına gelir değerleri dikkate alınmıştır (Table 3.8). Yapılan hesaplamalar sonucunda ilaç talebinin fiyat esnekliği her zaman sifıra yakın değerde ve bazen (+) bazen de (-) işaretleli olarak bulunmuştur (Tablo 3.7). Bu da ilaç talebinin fiyat değişiklikleri ile ilişkisinin zayıf olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, ilaç talebinin fiyat esnekliği dünyada olduğu gibi Türkiye'de de düşüktür ve ilaç satışları, ilaç fiyatlarındaki değişikliklerden hemen hemen hiç etkilenmemektedir.

İlaç talebinin gelir esnekliği ise 1985 yılı hariç sürekli olarak eksi değer almıştır. Diğer bir ifadeyle, gelir arttıkça kişiler daha az ilaç satın almışlardır. Bu ise, Türkiye'de ilacın talebinin tüketici geliri ile ilişkisinin aranmasının ne ölçüde doğru olduğunu düşündürmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi toplam ilaç talebinin ancak %25 kadarının bedelini bireyler karşılamaktadır. Dolayısıyla,

TABLO 3.5.

SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN PİYASADAKİ SATIŞ MİKTARLARI  
(TOPLAM TALEP MİKTARI) (KUTU ADET)

İlaçlar	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Alfasilin	6.092.500	7.208.900	6.880.700	5.115.400	3.557.800	3.392.400
Bactrim	5.322.700	6.100.700	4.669.000	4.806.400	4.846.400	4.048.300
Lincocin	10.837.100	10.145.600	9.776.200	7.700.900	8.312.800	8.457.300
Novalgin	11.024.000	11.513.600	9.904.700	10.177.900	10.121.500	9.844.100
Calcium-C	3.605.900	4.264.200	4.045.600	3.779.200	3.335.200	2.362.800
Becozyne	5.857.000	6.007.700	4.806.000	4.819.100	2.828.000	2.383.700
Baralgine	3.367.600	3.530.200	3.210.900	3.302.200	2.737.500	2.470.100
Brufen	1.080.600	1.203.700	1.398.800	1.207.900	1.258.300	938.100
Aspirin	13.902.700	19.941.400	21.038.900	15.361.800	18.197.400	15.861.500
Incidal	2.145.300	2.416.800	2.538.400	2.669.000	2.276.800	1.816.000
Kenacort	2.136.000	1.847.900	2.107.400	1.606.300	1.372.800	1.207.200
Pronapen	6.665.300	6.813.900	4.761.500	4.830.200	6.233.500	6.369.600
Streptomagma	2.236.600	5.714.600	4.303.400	2.940.100	1.737.600	1.804.900
Terramycin	3.831.700	3.472.100	3.636.700	3.904.600	2.903.700	2.725.400
Panalgin	3.667.300	3.925.100	4.219.300	3.843.900	3.616.100	2.941.600
Mucaine	<u>2.099.200</u>	<u>1.941.400</u>	<u>1.355.500</u>	<u>1.201.600</u>	<u>995.200</u>	<u>963.100</u>
Toplam	73.949.900	96.053.800	84.607.400	77.260.500	74.330.600	67.586.100

Kaynak: İlgili yıllardaki IMS raporlarından tarafımızca düzenlenmiştir.

TABLO 3.6.

## SEÇİLMİŞ İLAÇLARIN ORTALAMA REEL FİYATLARI

<u>Yıllar</u>	<u>Ortalama Fiyatlar</u>	<u>Değişim Oranı (%)</u>	<u>Tüketici Fiyatları Endeksi</u>	<u>Endeks Değişim Oranı (%)</u>	<u>İlaç Fiyat. Reel Değişim Oranı (%)</u>	<u>Ortalama Reel Fiyatlar</u>
1984	397	-	722,3	-	-	397,0
1985	728	83	1047,3	45	38	547,9
1986	1081	48	1409,7	35	13	619,1
1987	1688	56	1958,1	39	17	724,3
1988	3396	101	3434,5	75	26	912,6
1989	5305	56	5824,9	70	-14	784,8

Kaynak: IMS Raporlarından yararlanılarak tarafımızca hesaplanmıştır.

TABLO 3.7.

## SEÇİLMİŞ İLAÇLARA YÖNELİK TALEBİN FİYAT ESNEKLİĞİ

	<u>Nominal Ortalama Fiyatlar(TL)</u>	<u>Reel Fiyatlar</u>	<u>Toplam Talep Miktarı(Kutu)</u>	<u>Talebin Fiyat Esnekliği</u>
1984	397	397,0	73.949.900	-
1985	728	547,9	96.053.800	0,81
1986	1081	619,1	84.607.400	-1,04
1987	1688	724,3	77.260.500	-0,58
1988	3396	912,6	74.330.600	-0,17
1989	5305	784,8	67.586.100	0,63

Kaynak: IMS verilerinden yararlanılarak tarafımızca hesaplanmıştır.

TABLO 3.8.

## SEÇİLMİŞ İLAÇLARA YÖNELİK TALEBİN GELİR ESNEKLİĞİ

	<u>Toplam Talep Miktarı (Adet Kutu)</u>	<u>Kişi Başına Gelir (Cari Fiyatlarla TL)</u>	<u>Talebin Gelir Esnekliği</u>	<u>Kişi Başına Gelir (1968 Fiyatlarıyla)</u>	<u>Talebin Gelir Esnekliği (Sabit Fiyat)</u>
1984	73.949.900	374.462	-	5.006	-
1985	96.053.800	550.407	0,68	5.132	10,5
1986	84.607.400	760.301	-0,40	5.410	- 0,42
1987	77.260.500	1.104.929	-0,25	5.672	- 1,92
1988	74.330.600	1.848.700	-0,08	5.720	- 4,59

Kaynak: 1. İOBB 1989 İktisadi Rapor

2. İMS verilerinden yararlanılarak tarafımızca hesaplanmıştır.

ilaç satışı ile bireysel gelir yerine toplam ilaç talebinin %75'ini gerçekleştiren kurumların gelir bütçeleri arasında bir ilişki aranılması daha doğru olacaktır.

## II. İLAÇ PİYASASINDA FİYATLAMA SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Türkiye'de 1984 Fiyat Kararnamesi'nden sonraki yıllarda da öncesinde olduğu gibi, ilaç fiyatlarının genel fiyat düzeyindeki artışın oldukça üzerinde bir tempoda yükselme trendinin sürdüğü anlaşılmaktadır. O halde Türkiye'de genel olarak ilaç piyasasında bir "yüksek fiyat" sorunu vardır. Bu genel sorun birbiriyle zincirleme ilişki içinde olan birçok alt sorunun bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla, bu alt sorunlar çözülmeden genel sorunun çözülmesi olanaksızdır. Aşağıda Türk ilaç piyasasında yüksek fiyat oluşumuna yol açan temel alt sorunlar ve bunların çözümüne yönelik öneriler tek tek ele alınmıştır.

### SORUN: Hammadde Fiyatlarının Yüksekliği

İlaç maliyetini ve dolayısıyla fiyatını etkileyen en önemli girdi hammaddedir. Hammadde, Türkiye'de ilaç maliyetinin yaklaşık olarak %35-45 arasında değişen bölümünü oluşturmaktadır. Bu oran üretim

maliyeti açısından ise %50'yi bulmaktadır(3).

Türkiye küçük çapta yerli üretim dışında ilaç hammaddesi ihtiyacının büyük kısmını ithalat yolu ile karşılamaktadır. 1984 yılından sonra ithal edilen ve Türkiye'de üretilen ilaç hammaddelerinde fiyat denetimi S.S.Y.B.'dan alınarak, Başbakanlık Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı'na verilmiştir. Müsteşarlık ise ancak gerekli gördüğü durumlarda fiyat denetimi yapmaktadır. Böylece Türkiye'ye ithal edilen hammaddelerde fiyat denetimi fiilen ortadan kalkmıştır.

Hammadde sağlamada farklı firma gruplarının izledikleri yollar şöyledir:

- Yurtiçi ilaç üretiminin yaklaşık %40'ını elinde tutan yabancı firmalar, ihtiyaçları olan hammaddeleri ana firmalarından getirmektedir. Bu firmalar Türkiye'de faaliyetlerine başladıklarından beri bilinçli olarak beklenen düzeyde hammadde üretimi yapmamışlardır.

- Yabancı firmaların lisansı altında üretim yapan yerli firmalar da, hammaddelerini genellikle lisans aldıkları firmadan veya onların önereceği diğer firmalardan almaktadır. Yaptıkları lisans anlaşmalarında bu konu özel bir yer tutmaktadır.

---

(3) Hammadde hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. Bu çalışma, s.115-130.

- Yabancı firmalara bağılı olmadan üretim yapan diğer yerli firmalar, hammadde ihtiyaçlarını istedikleri koşullarda, istedikleri kaynaktan sağlayabilmektedir.

Yabancı firmalar ve lisanslı, lisanssız üretim yapan yerli firmaların ithal ettikleri hammaddelerin fiyatları yıllardan beri genellikle dünya fiyatlarının oldukça üzerinde olmuştur(4).

1984 yılında çıkarılan İlaç Fiyat Kararnamesi de firmaları maliyetlerini yüksek göstermeleri için adeta zorlamaktadır. Çünkü kârın hesaplanmasında maliyetin belli bir yüzdesi esas alınmaktadır. Dolayısıyla maliyet ne kadar yüksek gösterilirse kârda o ölçüde yüksek olmaktadır.

Türkiye'de yapılan hammadde üretimi ise bugüne kadar istenilen düzeyde olmadığı gibi, fiyatları da dünya piyasalarına oranla yüksektir.

Yurtiçi üretim ancak koruma ile ayakta durabilmektedir. Ayrıca üretim planlaması yapılmadığı gibi aynı hammadde ayrı firmalar tarafından küçük ölçeklerde üretilerek kaynak israfına neden olunmaktadır.

### ÇÖZÜM:

İlaç hammaddesi ithalatında fiktif fiyatlamasının yol açtığı aşırı fiyat yükselişleri önlenmelidir.

---

(4) Örnek olarak bkz. Bu çalışma, Tablo 2.13 ve Tablo 2.15.

Bu amaçla;

- Öncelikle WHO'nun listesinde yer alan temel ilaç etken maddeler Türkiye açısından incelenerek bir "Türkiye temel ilaç etken maddeleri" listesi düzenlenmelidir(5). Listede yer alan hammaddelerle hazırlanacak ilaçların jenerik isimle, özellikle kurum reçetelerinde yer alması sağlanmalıdır.

- Temel hammaddelerin ithalatında son derece esnek ve hızlı çalışacak bir komisyon tarafından fiyat denetimi yapılmalıdır. Bu komisyon S.S.Y.B., TEB, Türk Tabipler Birliği, büyük çapta ilaç alımı yapan kuruluşların temsilcileri ve İlaç Sanayicileri temsilcilerinden oluşabilir. Komisyon tarafından dünya piyasaları yakından ve sürekli olarak izlenerek temel ilaç hammaddelerinin ithalatında kabu edilebilir bir marj sınırlarında otomatikman fiyat tescili yapılacaktır. Aşırı fiyatlama durumunda ise Komisyon gerekli incelemeyi yaptıktan sonra olumlu veya olumsuz karar verecektir.

- S.S.Y.B. ve/veya büyük çapta ilaç alımı yapan kuruluşlar bir araya gelerek veya ayrı ayrı oluşturdukları fonlarla temel aktif ilaç hammaddelerini uygun fiyatla ithal edip piyasada tanzim satışını

---

(5) Bu hazırlığı bir sonraki maddede adı geçen tarafların katılacağı bir komisyon yapabilir.

yapmalıdırlar. Böylece, bunların her zaman uygun fiyat miktar ve kalitede piyasada bulunabilirliği sağlanmış olacaktır.

- İlaç hammaddesi ithalatında son yıllarda sağlanan gümrük indirimleri ve diğer kolaylıklar sürdürülmelidir. Yukarıda belirtilen önlemlerin alınmasına tüm ilaçlar yerine en çok tüketilen antibiyotik ve analjezik grubu ilaçlardan başlanılabilir.

İthalatla ilgili yukarıda belirtilen çözüm önerilerinin yanısıra, henüz yeterli düzeyde gelişmemiş olan yerli hammadde sanayiinin de gelişmesi ve dışa açılabilmesi sağlanmalıdır. Türk ilaç sanayii formülasyon aşamasını geçip geniş çapta etken madde üreten ve Ar-Ge yapma yolunda ciddi adımlar atan bir sanayii olma niteliğine kavuşmalıdır. Bunun için uygulanabilir bir program çerçevesinde devletin de katkısıyla üretim olanakları yeniden değerlendirilmelidir. Yukarıda adı geçen "Türkiye temel ilaç etken maddeleri" listesinde yer alan ilaçların üretimine öncelik verilmelidir. Patent süresi geçmiş de olsa geliştirmekte olan ülkelerin kullanmayı sürdürdüğü temel kalemler üretilmeli, patentli de olsa yeni teknolojiler izlenerek uygulama imkanları aranmalıdır.

Endüstride her türlü etken maddenin üretilmesi mümkün değildir. Onun için, üretim karşılaştırmalı üstünlükler ilkesi gözardı edilmeden ülke kaynakları

değerlendirilerek yapılmalıdır. Bunun yanısıra sektörde yatırımları ve ihracatı teşvik edecek tedbirler alınmalı altyapı sorunları çözülmeli, üniversitelerle işbirliği yapılmalı, kimya sanayii ile entegrasyon imkanları araştırılmalıdır.

**SORUN: İlacın Ticari Marka Adıyla Tüketime Sunulması:**

Türkiye'de üretilen ilaçların ticari marka adıyla tüketime sunulması önemli ölçüde kaynak israfına neden olmaktadır.

Daha önce de belirtildiği gibi, ilaç sanayiinde aksak rekabetçi yapı nedeniyle fiyat dışı rekabet hakimdir. Bunun da başlıca aracı reklam ve tanıtımdır. İlaçların ticari marka adıyla yazılması sonucu kimyasal bakımdan bir birinin eşdeğeri olan ilaçlar bile tüketiciye farklı birer ilaç gibi sunulabilmektedir(6). Başka bir deyişle yoğun reklam ve tanıtımın etkisi altında kalan tüketiciler aslında birbirinin eş değeri olan ilaçları farklı birer ilaçmış gibi algılayabilmektedirler. Bunun sonucu olarak bu ilaçlar arasında en ucuz olan değil, en çok tanıtılan marka tüketilmektedir. Örnek verilecek olunursa piyasada çok sayıda 500 mg Ampisilin trihidrat içiren spesiyalite olmasına karşın içlerinde en çok Alfasilin 500 Kapsül satılmaktadır ve bu ilaç 1989 yılında %1.65 lik payla en çok tüketilen ikinci ilaç konumundadır.

---

(6) Bu konuda daha ayrıntılı bilgi için bkz. Bu çalışma, s.218-219.

Eşdeğer olan ilaçların pahalı olanının reçetelerde yer alması kişilerin ve kurumların bütçesine önemli ölçüde yük getirmektedir. Aynı hastalık daha ucuza tedavi edilebilecekken daha pahalıya tedavi edilmektedir. Bunun yanısıra ilaçların ticari isimle yazılması ticari ismi tanıtmak amacı ile aşırı derecede reklam ve propaganda giderine yol açmaktadır.

Eşdeğer ilaçların çeşitli markalar altında satılması sonucu evlerde aynı ilaç çeşitli isimler altında bulundurulabilmekte, eczaneler de aynı nedenle önemli ölçüde atıl stokla çalışmak zorunda kalmaktadır.

### ÇÖZÜM:

Türkiye'de jenerik isim uygulamasına geçmek gerekmektedir. Tüketicie ilaç marka adıyla değil, içerdiği etken madde ile sunulmalıdır. Temel olarak seçilen ilaç hammaddeleri ile üretilen ilaçlar reçetelerde jenerik isimle yazılırsa önemli ölçüde tasarruf sağlanmış olacaktır. Böylece ilaç ambalajının dış yüzeyi aşağıdaki örnekte gösterildiği gibi değişecektir.

### ŞEKİL 3.18.

#### JENERİK AD UYGULAMASININ İLACIN SUNULUŞ ŞEKLİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

JENERİK AD UYGULANMADAN ÖNCE

<p>ALFASİLİN 500 KAPSÜL (FAKO)</p>
--

JENERİK AD UYGULANDIKTAN SONRA

<p>AMPİSİLİN TRİHİDRAT 500 mg (FAKO)</p>
--

Özellikle kurum reçetelerinde jenerik isim uygulamasına geçilmesi, ilaç sarfiyatının büyük ölçüde azalmasına neden olacaktır.

Türk Silahlı Kuvvetleri İçiş Hizmet Kanunu ve bağlı yönetmeliğinin 304 nolu maddesine göre Silahlı Kuvvetler bünyesi içinde özellikle Milli Savunma Bakanlığı (MSB), ilaç alımı ve reçete uygulamalarında peşinen jenerik adı kabul etmiş durumdadır(7).

MSB bünyesinde getirilmiş olan bu tedbir, devletin gereksiz ve pahalı ilaç tüketimine yol açılmayarak nasıl korunduğu ve kurum olarak nasıl tasarruf yapıldığına dair güzel bir örnektir. Örneğin sivil sektörde de yaygınlaştırılabilmesi amacı ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Akademisyenleri S.S.Y.B'na öneride bulunmuşlar ve bu konu İlaç Danışma Kurulu'nda tartışılarak onay görmüştür(8).

---

(7) 304 nolu madde hükmü aynen şöyledir: Kimyevi formülleri aynı olan (para amino salisilik asit, izoniyazit, penisilin, streptomisin, vitaminler, kalsiyum ampul ve grupları kloramfenikol v.b. gibi) ilaçlar mümkün oldukça patent olarak gösterilmeyerek isimleri yazılacak, ünite ve miligramlar açık olarak belirtilecektir. Bunlardan eczanelerde hangisi mevcut ise, ünite ve miligram uygun olmak şartıyla o verilecektir.

(8) TEB, Eşdeğer İlaçlar Üzerine Değerlendirme ve Görüşler, TEB Yayınları: 15, Ankara, 1986, s.11.

ABD'de de 50 eyaletteki ilgili yasalara göre doktor reçetelerinde aksine bir hüküm yoksa, eczacılara eşdeğerdeki herhangi bir ilacı verme yetkisi tanınmıştır.

ABD' ilaç piyasasının 1983'te %25'i jenerik ilaçlardan oluşmuştur. Bu oran 1978'de sadece %10'du.

Jenerik ilaç uygulamasına geçilmesiyle belirli bir kalite düzeyine ulaşmış ve aynı etken maddeyi taşıyan ilaçlarda ticari isim kalkacağından homojenlik şartı sağlanmış olacak, fiyatı en uygun olanı tüketicici tercih edecektir. Bunun sonucunda firmalar piyasa paylarını arttırabilmek için ucuz fiyatlı ilaç üretimine geçecektir. Bunun anlamı ise fiyat dışı rekabeti fiyat rekabetine çekmektir. Böylece reklam, propaganda ve ambalaj için yapılan harcamalar yerlerini büyük ölçüde yapılacak fiyat indirimlerinin finansman maliyetine bırakacak, bu ise dolaylı olarak tketiciciye gelir transferi etkisi yaracaktır.

Türkiye'de jenerik ilaç uygulamasına konu olabilecek ilaçların satışı piyasadaki toplam satışların %40'ı civarında bir bölümünü oluşturmaktadır. Bununla birlikte, bazı kalemlerde sağlanacak tasarruf milyarlarca TL'yi bulmaktadır. Bu konuda İstanbul Eczacı Odası'nın yaptığı araştırma Ek 1'de sunulmuştur. Buradan izlenebileceği gibi birçok önemli ilacın birden fazla eşdeğeri bulunmaktadır ve bunların kullanılması halinde sağlanacak toplam tasarruf yüz milyonlarca TL'yi bulmaktadır.

**SORUN: Yabancı Sermaye'li İlaç Firmalarının Durumu:**

1954 yılında çıkarılan 6224 sayılı "Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu" ile Türkiye'ye gelen yabancı sermaye tam anlamı ile kendisinden beklenen faydayı sağlamamıştır. Mamul üretiminde formülasyon, hammadde üretiminde son aşama sentezleri ile yetinen ve araştırma-geliştirme faaliyetlerine hemen hemen hiç kaynak ayırmayan yabancı sermayeli kuruluşlar, son yıllarda Türk ekonomisi ve tüketicisinin zarar görebileceği iki konuda etkin bir baskı grubu oluşturmaktadırlar. Bunlar; Türkiye'nin uluslararası patent anlaşması kapsamına girmesi ve reçetesiz ilaçların reklamının serbest bırakılmasıdır. Patent konusu ayrı bir sorun maddesinde ele alındığı için burada tekrar değinilmeyecektir. Reçetesiz ilaç reklamlarının serbest bırakılmasına ise tüketimi pompalarken tüketiciyi şahsı üzerindeki yan etkileri konusunda hiçbir bilgi sahibi olmadan sırf TV reklamlarında veya diğer propaganda araçlarında görüp beğendiği için belli markalı ilaçları satın almaya itecektir. Dünyada bu konu gelişmiş ülkelerin kültür-eğitim düzeyi yüksek bireyleri için dahi tartışmalı iken, gelişmekte olan ülkelere yaşayan nispeten daha az kültür-eğitim düzeyindeki fertler için çok daha büyük bir tehlike arz etmektedir. Çünkü bu ülkelere bilinçsiz ilaç kullanımı ihtimali çok daha fazladır. Şüphesiz, Türkiye için de benzer tehlike mevcuttur.

**ÇÖZÜM:**

Yabancı sermayeli ilaç firmalarının Türkiye'deki faaliyetleri gözden geçirilerek, yeniden düzenlenmelidir. Belli kapasitelerde araştırma laboratuvarları kurmaları ve kârlarının belli bir oranını Türkiye'de yapacakları araştırmalara ayırmaları sağlanmalıdır. Hammadde üretiminde son aşama sentezleri yerine üretim sürecinin tümünü veya büyük bir kısmını kapsayacak faaliyetlere yönelmeleri şart koşulmalıdır. Mamul ilaç üretiminde ise Türkiye'de üretilen hammaddeleri kullanmaları özendirilmelidir.

Yabancı sermayeli firmaların Türkiye'nin patent anlaşmasına katılması ve Türkiye'de reçetesiz ilaç reklâmının serbest bırakılması konularındaki baskılarına kesinlikle boyun eğilmemeli, bu konularda hali hazırdaki mevzuat çerçevesindeki uygulama sürdürülmelidir.

**SORUN: İlaçta Patent Uygulamasına Yönelik Baskıların Artışı.**

Türk yasaları ilaçta patent uygulamasını kabul etmemektedir. Patent koruması ancak Ar-Ge çalışmalarının yoğun olarak yapıldığı, yeni ürün ve üretim teknolojilerini keşfeden ülkeler için yararlı olabilir. Türkiye'nin yabancı sermayeli ilaç firmalarının baskısına dayanamayarak uluslararası patent anlaşmasını kabul etmesi, ilaç sanayiinde var olan yabancı sermaye egemenliğini daha da artıracaktır.

gibi, ilahta tekelleşmeye neden olacak, fiyatlar aşırı derecede yükselecek ve büyük bir olasılıkla yabancı firma ortağı olmayan yerli firmalar varlıklarını sürdüremeyecektir.

Türkiye'nin AT'a girmesinde patent bir önkoşul olarak ileri sürülemez. AT üyesi pekçok ülke patenti yıllar sonra kendi özel koşullarını gözönünde tutarak kabul etmiştir. Örneğin, İtalya AT'a girdikten sonra uzun bir süre patenti kabul etmemiş, patenti kabul ettikten sonra bile ilaç sanayiini çeşitli yöntemlerle teşvik etmeyi sürdürmüştür.

#### ÇÖZÜM:

Türkiye ilahta patent uygulamasına yakın bir gelecekte geçmeyi kabul etmemelidir.

#### SORUN: Ambalaj Masraflarının Yüksekliği.

Ambalaj malzemeleri ilaç maliyetinin yaklaşık %10'luk kısmını oluşturan önemli girdilerden birisidir. Pahalı ve lüks ambalajlama ilacın maliyetini artırdığı gibi, az sayıda ilacın küçük ambalaj içinde tüketime sunulması da maliyeti olumsuz yönde etkilemektedir(9).

---

(9) Bu konuda daha ayrıntılı bilgi için bkz. Bu çalışma, s.131-133.

**ÇÖZÜM:**

İlaçların hastalara ihtiyaçları kadar ve klinik ambalajlarından (hastane ambalajı) verilmesi önemli ölçüde tasarruf sağlayacaktır. Blister ambalaj içinde bulunan tablet, kapsül ve draje şeklindeki ilaçlar 100, 500, 1000 adetlik ambalajlardan, hastaya, hekimin önerdiği miktarda verilmelidir. Aynı şekilde ampul biçimindeki ilaçlar da tüketiciye sayı ile verilebilir.

Nitekim ABD'de ve birçok Avrupa ülkesinde ilaçların eczanelerde büyük ambalajlardan satılması uygulaması yaygınlaşmıştır. Ayrıca hastane ihalelerinde üretici firmaların çok daha düşük fiyat tekliflerinde bulunabilmelerinin bir nedeni de toplu alımlarda küçük ambalaj kullanılmadığı için sağlanan ambalaj tasarrufudur. Böyle bir uygulamanın Türkiye'de başlatılmasında önemli bir konu da eczaneler ve eczane çalışanlarının temizlik şartlarına uymalarıdır. Bu uyum da sağlandığı takdirde eczanelerde büyük ambalajlardan satış suretiyle fiyatlarda önemli ölçüde bir düşüş sağlanabilecektir.

İlaç ambalaj malzemesinin önemli bir bölümü yurtdışından gelmektedir. Bu nedenle ithalat fiyatları denetlenmeli ve yerli üretim teşvik edilmelidir.

**SORUN: Reklam ve Tanıtım Harcamalarının İlaç Fiyatlarını  
Önemli Ölçüde Yükseltmesi.**

Reklam ve tanıtım harcamaları ilacın üretim maliyetine önemli ölçüde yük getirmektedir(%12 oranında). Gerçektende 1984 İlaç Fiyat Kararnamesi ile her türlü giderin ilaç maliyetine yansıtılabilmesi bu konuda ölçünün iyice kaçırılmasına neden olmuştur.

İlaç üreticileri ürünlerinin pazarlanmasında reklam ve tanıtıma büyük ölçüde ağırlık vermektedirler. Firmalar, tüketicilerin çok yakından tanıdığı ürünlere oksijenli su, tentürdiyot gibi halk ilaçları denilen galenik preparatlara bile reklam gideri uygulamaktadırlar. Maliyeti şişiren reklam ve tanıtım giderlerinin fiyatı, dolayısıyla doğrudan kârı artıran bir maliyet unsuru olduğu söylenebilir(10).

**ÇÖZÜM:**

1972 Kararnamesinde olduğu gibi ilaçta tanıtım ve reklama sınırlama getirilmelidir. Tanıtıma yönelik olarak dağıtılan ilaç numuneleri miktarı sınırlandırılmalıdır. Reklam amacıyla dağıtılan hediyelik eşyalar yasaklanmalıdır.

---

(10) Bu konuda daha ayrıntılı bilgi için bkz. Bu çalışma s.136-142.

Firmalar tarafından düzenlenen bilimsel toplantılar SSYB'nin iznine bağılı olmalı ve bu giderlerin ancak bir bölümü maliyete yansıtılabilmelidir. Propaganda örgütünün masraflarına sınırlama getirilmelidir.

Çeşitli yayın organlarına verilen ilaca ilişkin duyurularda Bakanlığın izni alınmalıdır.

İlaç üreticileri piyasaya verdikleri yeni bir ürünün tanıtımını yasa çerçevesinde yapabilmeli, ancak insan sağlığı ve hayatında çok önemli olan bu ürünün yan etkileri ve zararları hekim ve hastaya tüm açıklığı ile anlatılmalıdır.

Jenerik ilaç konusunda da değinildiği gibi reklamın aldatıcı etkisini bertaraf edecek şekilde, kullanılan aktif ham madde veya maddeler, eşdeğerleri ve fiyatları konusunda, hekim ve/veya eczacı, TEB, SSYB, Türk Tabipler Birliği ve İEİS tarafından hazırlanacak periyodik yayınlar aracılığı ile sürekli olarak bilgilendirilmelidir.

#### SORUN: Satış İskontolarının Maliyet İçinde Yer Alması

İlaç firmaları satışlarını artırabilmek amacıyla aracı kuruluşlara (ilaç depoları ve ecza kooperatiflerine) ve eczanelere satış iskontoları vermektedir(11).

---

(11) Bu konuda daha ayrıntılı bilgi için bkz. Bu çalışma s.149.

Bu iskонтolar çeşitli dönemlerde verilen ek primler şeklinde olabildiği gibi, mal fazlaları biçiminde de uygulanabilmektedir. Mal fazlalı ve ek iskонтolu satışlar özellikle aynı tedavi grubunda bulunan ilaçlar için yapılabilmektedir.

Aslında satış iskонтoları satışlarla ilgili olup, gelir tablosunun gayrisafi satış bölümü içinde net satışları bulmak için kullanılmalıdır. Satış gelirlerini azaltan unsurların ise maliyet giderleri ile ilgilendirilmemesi gerekir. Öte yandan, alış iskонтolarını da maliyet düşürücü bir unsur olarak kullanmaları gerektiği halde firmalar, alış veriş yaptıkları diğer firmalardan sağladıkları çeşitli iskонтolara maliyetleri içinde yer vermemektedirler.

#### ÇÖZÜM:

İlaç firmalarının yaptıkları satış iskонтolarının maliyetleri içinde yer almaması gerekir.

#### SORUN: İlaç Tüketim Harcamalarından KDV Alınması

İnsan sağlığı için vazgeçilemez temel bir ürün olan ilaç, diğer tüketim malları gibi düşünülemez. Herkesin ihtiyaç duyduğu anda tüketmesi gereken bir ürün olması nedeniyle tüketimi keyfi değildir. Fiyatının yüksekliği nedeniyle şiddetle ihtiyaç duyulduğu halde satın alınamaması kabul edilebilir

bir durum değildir ve günümüz sosyal devlet anlayışı ile bağdaşmaz.

### ÇÖZÜM:

İlaç fiyatını olumsuz yönde etkileyen katma değer vergisi ilaçtan kaldırılmalıdır. Böylece ilaç fiyatlarında %10 dolayında bir ucuzlama gerçekleşecektir. Bu ucuzlama nedeniyle devletin gerçekte uğradığı bir kayıp yoktur. Çünkü buradan elde edeceği gelir sonuçta diğer harcama kaleminin yanısıra sağlık hizmetlerinin finansmanında da kullanılacaktır. KDV'nin kaldırılmasıyla günümüzde devletin sınırlandırılmış ekonomik faaliyetleri içinde bile hâlâ önemini koruyan birçok sektörden biri olan sağlık sektörüne dolaylı değil, fakat doğrudan ve anlamlı bir devlet katkısı sağlanmış olacaktır. Böylece vatandaşların daha sağlıklı bireyler olması amacına da hizmet edilmiş olacaktır.

### SORUN: Piyasa Hakkında Eksik ve Yanlış Bilgilendirme

Türk İlaç Piyasası, eksik rekabetçi piyasalarda raslanabilen "şeffaflıktan yoksun olma" özelliğine sahiptir. Bunun bir sonucu olarak, hekim ve hasta özellikle eşdeğer ilaçlar ve bunların fiyatları ile etkileri hakkında ya yeterli bilgiye sahip değildir, ya da yanlış bilgi veyahut ön yargılara sahiptir.

Sonuçta, tüketicinin gereksiz tüketim harcaması yapmasına yol açan bu durum çözümü gereken önemli bir sorun oluşturmaktadır.

### ÇÖZÜM:

ABD'de FDA, ilaçların endikasyonları ve yararları ile eşdeğer isimlerini içeren standart referans kitabını yayınlamakta ve tüm hekimlere bedelsiz dağıtmaktadır. Kitap ABD'de en çok danışılan yayınlardan biri olmuştur. Benzer uygulamaya başka ülkelerde de raslamak mümkündür. Benzer bir yayının SSYB, TEB, Türk Tabipler Birliği ve ilaç endüstrisi temsilcilerinden oluşan bir kurulca periyodik olarak hazırlanıp ülke çapında dağıtımı yapılabilir.

İlaçların emniyetli ve ekonomik biçimde kullanılması amacı ile birçok ülkede danışmanlık görevini üstlenen ilaç ve tedavi komiteleri kurulmuştur(12).

Türkiye'de her ilde bulunan SSYB'a bağlı İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde oluşturulabilecek İlaç Danışma Servisleri'nden doktorlar ve hastalar eşdeğer ilaçlar, yeni ilaçlar ve etkileri hakkında

---

(12) Örneğin, İngiltere'de tüm hastanelerin %50'sinde bu komitelerin servisleri vardır.

ticari amaçla saptırılmamış doğru bilgiler edinebilirler. Bu servislerin kurulmasında Türk Tabipler Birliği ve TEB'le de işbirliği yapılabilir.

### SORUN: Türkiye'de İlaç Tüketiminin Rasyonel Olmaması

Türkiye'de ilaç tüketimi gelişmiş ülkeler düzeyinde yapılamadığı gibi, rasyonel de değildir. İlacın hekim tarafından yazılmasından başlayarak hasta tarafından kullanımına kadar özen gösterilmesi gerekir. Kurum hekimleri zaman yetersizliği ve hasta fazlalığı nedeniyle polifarmasiye (çok ilaçla tedavi) başvurmak zorunda kalmaktadır. Diğer bir sorun da hekimlerin çabuk sonuç alabilmek için pahalı ve tanınmış markalı ilaçları yazmalarıdır.

Ülkemizde hastaların da ilaç tüketimi konusunda bilinçli davrandığı söylenemez. Hekim ve eczacının önerisi dışında gelişigüzel ilaç alınmakta; alınan ilaçlar da uygun bir biçimde kullanılmamaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre evlerde bulunan ilaçların tutarı 8 milyon doları bulmaktadır(13).

### ÇÖZÜM:

Devlet sağlık hizmetlerini hızla yaygınlaştırmalı, ilaç tüketiminde denetim artırılmalıdır. Özellikle

---

(13) Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Nazmi Bilir tarafından yapılmıştır.

kurum reçetelerinde hekimlerin jenerik isimle ilaç yazmaları sağlanmalıdır.

**SORUN: Toplu İlaç Alımı Yapan Kuruluşların Sahip Oldukları Oligopsonist Gücü Yeterince Değerlendirmemeleri**

İlaç piyasasında büyük miktarlarda toplu alım yaparak doğrudan tüketiciye ilaç sunan kuruluşlar vardır(Örneğin; SSK, SSYB ve kurumlara bağlı hastaneler ile MSB). Ayrıca büyük miktarlarda toplu alım yaparak eczanelere ve kurumlara ilaç dağıtımını yapan kuruluşlar vardır(Ecza depoları her iki kesime de ilaç dağıtımını yaparken eczacılar kooperatifleri yalnız ortakları olan eczanelere ilaç temin etmektedir). Bunların yanısıra toplu alım yapmadıkları halde ilaç piyasasındaki toplam alım tutarları içinde yüksek pay sahibi kuruluşlar vardır(Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Maliye Bakanlığı gibi).

Yukarıda sayılan tüm kuruluşlar üretici firmalar ve/veya toptancılar karşısında sahip oldukları oligopsonist gücü yeterince değerlendirmemektedirler.

**ÇÖZÜM:**

Toplu alım yapan kurumların oligopolistik ve yer yer monopolistik yapı arz eden teropotik alt piyasalardaki firmalar karşısında sahip oldukları gücü rasyonel bir biçimde kullanmaları için izleyebilecekleri politikalar üç başlık altında toplanabilir:

- Pazarlık güçlerini azami ölçüde kullanma,
- Toplu alımlarını olabildiğince toplulaştırma,
- Uygun kalemlerde(14) üretime girme.

Pazarlık gücünü kullanma, ihale yolu ile firmalardan en düşük fiyat tekliflerini alırken veya yıl başında firmalarla indirimli fiyat anlaşmaları yaparken firmalar arası rekabetten en üst düzeyde yararlanmak suretiyle gerçekleştirilebilir. Tablo 3.9'da görüldüğü gibi büyük miktarlarda ilacın toplu alımının pazarlık suretiyle yapılması sonucu üretici veya toptancı firmalardan önemli ölçülerde fiyat indirimleri sağlanabilmektedir.

İndirimlerin tüketiciye yansımada, normal ambalajlı ilaçlar açısından fiyat kararlameleri etiket fiyatından satışı öngördüğü için sınırlayıcıdır. Ancak, hastane ambalajından(veya büyük ambalajdan) yapılacak satışlarda bu sınırlayıcı şart ortadan kalkmaktadır. Ayrıca, büyük miktarlarda alım yapan kuruluşlar stokları tükeninceye kadar eski fiyattan satışı sürdürme politikası izleyebildikleri için (örneğin SSK ve eczacılık kooperatifleri) tüketiciler (veya eczaneler) fiyat artışlarına karşı bir süre korunma imkanı bulabilmektedirler.

---

(14) Çok fazla tükettikleri veya kolayca üretebilecekleri ilaçlar kastedilmektedir.

TABLO 3.9.

## İHALELERDE ÜRETİCİ FİRMALARIN BAZI İLAÇLAR İÇİN TEKLİF ETTİKLERİ FİYATLAR

<u>İ l a c ı n A d ı</u>	<u>İmalatçı Satış Fiyatı</u>	<u>Teklif Edilen Fiyat</u>	<u>Kırma Yüzdesi (%)</u>
Minoset Tab.	25.823	9.807	62.04
Cefobid 1 gr.	7.622.23	3.582.--	53.01
Alfasilin 500 mg. Cap	176.11	104.80	40.50
Librax Drj.	25.99	15.60	40.00
Garamycin 40 mg.	390.80	238.--	39.14
Claforan 1 gr.	11.418.20	8.148.--	28.64
Trasyolol 1.000.000 Ü.T.	10.360.32	8.114.--	21.68
Cefizox 1g.	8.733.--	7.157.--	18.70

Kaynak: Çeşitli kaynaklardan elde edilen bilgilerden derlenmiştir.

İlaç piyasasından yüz milyarlarca liralık alım yapan diğer kuruluşların da (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Maliye Bakanlığı gibi) özellikle eşdeğeri bulunan ilaçların alımında toptancı veya üretici kuruluşlar karşısında pazarlık güçlerini çok daha etkin bir şekilde kullanarak hem kendi harcamalarından tasarruf sağlamaları hem de indirimli fiyatlar elde etmeleri mümkündür ve gereklidir.

Alıcı kuruluşların piyasa ve pazarlık güçlerini daha da arttırmaları için olabildiğince bir araya gelerek belirlenecek ortak ilkeler, imkanlar ve organizasyon modeli çerçevesinde toplu alımlar yapmaları, oligopolistik güçlerini yer yer monopolistik bir güç haline dönüştürebilecektir.

Bu amaçla örneğin; kamu kuruluşları, kamu kuruluşları ortak alım komisyonlarını oluşturarak büyük hacimlerde alım yapabilirler ve firmalara daha fazla fiyat kırdırabilirler. Uygulamaya ilk etapta belli ilaçlardan başlanıp zamanla diğer kalemler de kapsanabilir.

Temel alıcılar çok tükettikleri ve/veya kolayca üretebildikleri kalemleri belirleyip özellikle patent süreleri dolmuş olanlardan başlayarak üretime geçebilirler. Bu konuda çıkarılan bütün zorluklara rağmen başarılı olmuş bir örnek SKK'dır. SSK'nın kurduğu ilaç fabrikasında ürettiği bazı ilaçların fiyatları ile bu ilaçların piyasadaki eşdeğerlerinin fiyatlarının karşılaştırması Tablo 3.10'da görülmektedir.

TABLO 3.10.

16.2.1990 TARİHİ İTİBARIYLA, S.S.K. İLAÇLARI İLE PİYASADAKİ EŞDEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

S.S.K. İLACININ ADI VE ETKEN MADDESİ	S.S.K. İLACININ AMBALAJ ŞEKLİ VE FİYATI (TL)	S.S.K. İLACININ PİYASADAKİ EŞ DEĞERİ	S.S.K. İLACININ AMBALAJ ŞEKLİNİN PİYASADAKİ BENZERİ İLE UYUMLU HALE GETİRİLMESİ (TL)	S.S.K. İLACININ AYNI ŞARTLARDA PİYA- SADAKİ BENZERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI		
				S.S.K. İLACININ FİYATI(TL)	PİYASADAKİ İLACIN FİYATI(TL)	FARKLILIK ORANI (%)
İşaspin Tablet 500 mg Asetil Salisilik Asit	10'luk blister Ambalaj 155	Aspirin 20 Tablet	10'luk 1 blister fiyatı : 155 10'luk 2 blister fiyatı : 310 Prospektüs + Kutu masrafı : 45 YEKÜN : 355	355	1300	266
Seskasilin 500 mg Kap. 500 mg Ampicilin Trihidrat	12'lik blister Ambalaj 2989	Alfasilin 500 mg 16 Kamsül	12'lik 1 blister fiyatı : 2989 8'lik 2 blister fiyatı : 5980 Prospektüs + Kutu masrafı : 45 YEKÜN : 6025	6025	13000	116
Seskasilin 250 mg Kap. 250 mg Ampicilin Trihidrat	6'luk blister Ambalaj 850	Alfasilin 250 mg. 24 Kapsül	6'luk 1 blister fiyatı : 850 12'lik 2 blister fiyatı : 3400 Prospektüs + Kutu masrafı : 45 YEKÜN : 3445	3445	9000	161
Seskasid Tablet 340 mg Dihidroksi Alüminyum sodyum karbonat	12'lik blister Ambalaj 165	Kompensan 24 Tablet	12'lik 1 blister fiyatı : 165 12'lik 2 blister fiyatı : 330 Prospektüs + Kutu masrafı : 45 YEKÜN : 375	375	2100	460
Seskamol Tablet 500 mg Paracetamol	10'luk blister Ambalaj 285	Minoset 20 Tablet	10'luk 1 blister fiyatı : 285 10'luk 2 blister fiyatı : 570 Prospektüs + Kutu masrafı : 45 YEKÜN : 615	615	2500	307

Seskaljin Tablet 500 mg Novamin Sulfon (Novalgin)	6'lık blister Ambalaj 185	Novalgin 20 Tablet	6'lık 1 blister fiyatı : 185 10'luk 2 blister fiyatı : 620 Prospektüs + Kutu masrafı : 45 <u>YEKÜN</u> : 665	665	2200	231
Salfaprim Tablet 400 mg Sulfametaksazol 80 mg Trimetprim	15'lik blister Ambalaj 640	Bactrim 30 Tablet	15'lik 1 blister ambalaj : 640 15'lik 2 blister ambalaj : 1280 Kutu + Prospektüs masrafı : 45 <u>YEKÜN</u> : 1325	1325	11600	775
Trimosin 500 mg Kapsül 500 mg Amoksisilin	12'lik blister Ambalaj 3920	Alfoxil 500 mg Tablet	12'lik 1 blister ambalaj : 3920 8'lik 2 blister ambalaj : 5230 Kutu + Prospektüs masrafı : 45 <u>YEKÜN</u> : 5275	5275	12000	127
Trimosin 250 mg Kapsül 250 mg Amoksisilin	12'lik blister Ambalaj 1225	Alfoxil 250 mg 24 Kapsül	12'lik 1 blister ambalaj : 1225 12'lik 2 blister ambalaj : 2450 Kutu + Prospektüs masrafı : 45 <u>YEKÜN</u> : 2495	2495	8500	241

Kaynak: TEB Haberler.

Görüldüğü gibi, SSK ilacının piyasadaki eşdeğeri ile fiyat farkı %700'lere kadar varmaktadır. Bu büyük bir orandır ve ilaç fiyatlarının ucuzlamasında temel alıcıların üretime yönelmesinin rolünün önemini göstermektedir.

Üretim faaliyetine ayrı ayrı ve ortaklaşa girebilecek toplu alımcı veya koordinatör kuruluşlar arasında şunlar sayılabilir:

- SSK
- Bağ-Kur
- Emekli Sandığı
- Üniversite hastaneleri
- Devlet hastaneleri
- MSB
- SSYB
- Eczacı kooperatifleri
- TEB
- Türk Tabipler Birliği
- Maliye ve Gümrük Bakanlığı
- Ecza depoları
- Kızılay vb. kuruluşlar
- Sağlık konusunda faaliyet gösteren dernek, vakıf ve diğer gönüllü kuruluşlar.

**SORUN: 88/8845 Sayılı İlaç Fiyat Kararnamesi**

1984 yılında çıkarılan 84/8845 sayılı İlaç Fiyat Kararnamesi'nin sınai ve ticari maliyeti oluşturan

unsurlara olan olumsuz etkileri diğer sorun ve çözüm önerileri maddelerinde kısmen incelenmiştir. Aşağıda ise kararnamenin uygulamasının getirdiği olumsuz sonuçlar genel olarak değerlendirilecektir.

(1) Maliyetlerin belirlenmesinde beyan esasının getirilmesi sonucu sınai maliyeti oluşturan unsurların (hammadde ve yardımcı maddeler, ambalaj malzemesi, direkt işçilik giderleri ve genel üretim giderleri) üzerindeki fiyat denetimi kalkmıştır. Beyan esasına gidildiği için de hiç bir maliyet ölçütü bulunmamaktadır(15).

(2) Endirekt giderleri oluşturan masraf kalemlerinin (genel idare giderleri, finansman giderleri, tanıtma ve pazarlama giderleri) sınırlama getirilmeden maliyet içinde yer alması sağlanmıştır.

(3) İlaç firmalarının, Bakanlığa verdikleri fiyat beyannamelerinin inceleme süresi olan 10 iş günü ilaç sayısının çokluğu nedeniyle yetersiz olup, incelemenin hangi temele göre yapılacağı da belirsizdir.

(4) 1984 Kararnamesi ile ilaç firmalarının kârının yıllık satış gelirinin belli bir yüzdesine göre saptanması sonucu, ilaç firmaları pahalı ilaç üretme veya ithal etme yoluna gitmişlerdir.

---

(15) Ek II'de Fiyat Beyannamesi örneği gösterilmiştir.

1989 yılında satış hacmi büyüklüğüne göre sıralanan ilk 25 ilaç içinde, kararname sonrası ruhsat alan bu pahalı ilaçları görmek mümkündür(16).

(5) Kararnamede yurt içinde üretilen ilaçların tüketiciye uygun fiyatla ulaşmasını sağlamak için SSYB'nın gerekli önlemleri alabileceğine ilişkin bir madde yer almaktadır. Ancak uygulama bu yönde olmamıştır. İthal ilaçlar, ithal edildikleri ülkelere veya Batı Avrupa ülkelerine oranla daha yüksek fiyattan satılabildiği gibi(Tablo 3.11), ithal edilen ilaçların eşdeğer olanları arasında dahi fiyat farklılıkları görülebilmektedir(17). Ayrıca Türkiye'de üretilen bazı ilaçların benzerleri de pahalı fiyatlarla ithal edilebilmiştir(18).

(6) Türkiye'de üretilen, birçok lisanslı ilaç, özellikle İtalya ve Fransa'daki tam anlamıyla benzerlerine oranla daha yüksek fiyattan satılabilmektedir(Tablo 3.12).

---

(16) Bu çalışmanın 108. sayfasında tablo 2.12'deki listede yer alan, Augmentin, Duocid, Rocephin, Tarivid, Cloforan, Ceclor gibi ilaçların fiyatlarının çok yüksek olduğu söylenebilir.

(17) Bkz. Bu çalışma sayfa 92.

(18) Bkz. Bu çalışma sayfa 92.

TABLO 3.11.  
İTHAL İLAÇLARDA GÖRÜLEN FİYAT FARKLILIKLARI(1990)

<u>Türkiye'deki İlaç ve Firma Adı</u>	<u>Türkiye'deki Satış Fiyatı</u>	<u>İtalya'daki Satış Fiyatı</u>	<u>TL olarak Karşılığı</u>	<u>Pahalılık %</u>
ADRİBLASTINA 20 mgx1 fl. FARMITALIA	62.000	22.675	43.082	44
ALKERAN 5mgx24 tab. WELLCOME	41.020	5.945	11.256	264
BELUSTIN 40 mgx20 kap. RHONE-POULENC	42.250	13.620	25.878	63
HONVAN 100 mgx50 tab. SCHERING	31.325	10.645	20.225	55
JMURAN 100 mgx50 tab. WELLCOME	114.100	33.390	63.441	80
LEUKERAN 5 mgx25 tab. WELLCOME	25.870	4.455	8.465	206
MYLERAN 2 mgx25 tab. 1 tab.	10.720 429	(100 tb.) 7.015	(100 tb.) 13.328 133	222
PURİNETHOL 50 mgx25 tab. WELLCOME	39.070	3.325	6.318	518
VEPECIDE 100 mgx1 amp. ERKİM-BRISTOL	89.024	16.555	31.455	183
LAMVIS 40 mgx25 tab.	105.697	15.600	31.200	239

\* 100 İtalyan lireti=192 TL.

Kaynak: Tarafımızdan derlenmiştir.

TABLO 3.12.

## TÜRKİYE VE İTALYA'DAKİ BENZER İLAÇLARDA GÖRÜLEN FİYAT FARKLILIKLARI

<u>Türkiye'deki İlaç ve Firma Adı</u>	<u>Türkiye'deki Satış Fiyatı</u>	<u>İtalya'daki Satış Fiyatı*</u>	<u>TL olarak Karşılığı</u>	<u>Pahalılık %</u>
PROGERİL RETARD 2,5 mgx20 tab. 1 tablet ADİLNA	21.000 1.050	13.395 (50 tab.)	25.719 514	104
PRENT 200 mgx30 tab. 1 tablet BAYER	25.000 833	14.950 (50 tab.)	28.704 574	45
BAYPEN 1 flx1 gr BAYER	19.000	6.640	12.748	49
LIORESAL 10 mgx50 tab. CIBA	22.940	6.510	12.500	83
SYNACTHEN 1 grx 7 amp. 1 ampul CIBA	87.000 12.429	4.920	9.446	32
ANAFRANİL 25 mgx30 tab. 1 tablet CIBA	15.883 530	3.755 (20 tab.)	7.209 360	47
AXEEN 100 mgx42 drj. 1 draje HOMMEL/ZAMAN	11.850 282	4.250 (36 drj.)	8.160 226	25
HİSMANAL 10 mgx10 tab. 1 tablet ECZACIBAŞI/JANSSEN	11.930 1.193	19.375 (30 tab.)	37.200 1.116	7
DUPHALAC 250 ml. şurup ECZACIBAŞI/DUPHAR	21.065	5.085 (200 ml.)	7.962 9.953 (250 ml.)	117
AUGMENTIN FORT 5 ccx312,5 mg. 100 cc. FAKO/BEECHAM	45.000	16.385	31.459	43
TRENTAL 400 mgx20 tab. 1 tablet	22.900 1.145	(30 tab.) 12.395 413	793	44

CLAFORAN 1 gx15 cc. HOECHST	33.150	12.980	24.922	33
CECLOR 250 mgx16 kap. 1 kapsul LILLY/M. NEVZAT	36.000 2.250	(12 kap.) 10.345 Panacef	19.862 1.655	36
PARLODEL 2,5 mgx30 tab. SANDOZ	48.000	11.595	22.262	116
ZADITEN 100 ml şurup SANDOZ	22.500	(200 ml.) 9.935 (100 ml.) 9.538	19.075	136
VISKEN 5 mgx30 tab. SANDOZ	14.000	4.305	8.265	69
DIHYDERGOT 2.5 mgx30 tab. 1 tablet SANDOZ	19.500 650	5.015 (3 mgx20 tab.)	9.629 482	35
DEPOSTAT 200 mg amp. SCHERING	18.600	5.955	11.433	63
PRIMOLUT 5 mgx30 tab. SCHERING	15.050	5.520 (10 mgx30 tab.)	10.598	42
PRIMOBOLAN DEPOT. 100 mgx 1 amp. SCHERING	11.500	4.235	8.131	41
FERTODUR 200 mgx30 tab. SCHERING	27.500	14.585	24.503	24
SINEMET 25 mgx250 tab. 1 tablet MSD/FAKO	35.000 1.167	(50 tab.) 17.180 344	660	77

\* 100 İtalyan Lireti=192 TL.

Kaynak: Tarafımızdan derlenmiştir.

(7) İlaç sektöründe daha serbest bir fiyat sistemine geçilmesinin firmalar arası rekabeti artıracığı, dolayısıyla ilaç fiyatlarını aşağı çekeceği öne sürülerek çıkarılan 1984 Kararnamesi, beklenen sonucu vermemiştir. Bu çalışmanın Üçüncü Bölümü'nde yapılan analitik analizde durum açık bir biçimde görülebilir.

(8) İlaç firmalarının maliyetlerini denetleyecek denetim örgütü bulunmamaktadır. Ayrıca, ilaç firmalarının bir yıllık üretim miktarlarına bağlı olarak değişecek birim maliyet giderleri, belli bir oran olmadığı için belirsiz bir ortamda tesbit edilmektedir.

(9) İlaç firmalarına yıllık net satış tutarı üzerinden %15 kâr oranı verilmiştir. Maliyeti oluşturan unsurlar diledikleri gibi beyan edebilen firmalar için bu oran yüksektir.

(10) İlaç fiyatlarının yüksekliği devletin sağlık harcamaları içinde ilaç giderinin payının artmasına neden olmuştur.

### ÇÖZÜM:

Türkiye'de ilaç fiyatları maliyeti veri olarak alan, maliyet-artı sistemine göre tesbit edilmektedir. Bu sisteme göre saptanan fiyatların sağlıklı olabilmesi için maliyet unsurlarının doğru olarak belirlenmesi gerekir. Aksine izlenecek bir tutum satış fiyatlarının hatalı olmasına neden olur. Bu durumu önlemenin

yolu ise maliyet muhasebesinin temel amaçlarından birisi olan maliyet unsurlarının denetiminin yapılmasıdır.

Başta bu konu olmak üzere yukarıda ve çalışmanın diğer kısımlarında yer alan çeşitli sorunlara köklü bir çözüm getirebilmek için yeni bir fiyat kararnameşi hazırlanması gereklidir.

## SONUÇ

Eksik rekabet şartlarının geçerli olduğu Türk İlaç Piyasası'nda çeşitli ekonomik fonksiyonlar açısından, günümüzde ağırlıklı tarafın üreticiler olduğu anlaşılmaktadır. Bu ağırlık çeşitli alt teröpatik piyasalarda farklı derecelerde de olsa genellikle oldukça fazladır. Üreticilerin ise önemli bir bölümü gerek hammadde, gerekse mamul üretiminde doğrudan veya dolaylı olarak yabancı sermaye (ÇUŞ'lar) ile ilişkili olduğu için, Türk İlaç Piyasası'nda ÇUŞ'ların etkisinin diğer tüm taraflardan daha fazla olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Bireysel veya kurumsal alıcılar ile eczacı, toptancı ve devletin piyasadaki etkinlikleri ve etkileri nispeten daha azdır.

Rekabetçi bir piyasada devletin piyasaya müdahalesi piyasanın ve fiyat sisteminin işleyişini aksatabilir. Rekabetçi olmayan bir piyasada ise devletin piyasaya müdahalesi piyasayı daha rekabetçi bir konuma getirme imkanı yaratabileceği için yerindedir ve pekçok gelişmiş ülkede bu tür müdahalelere raslanmaktadır. Bu müdahale piyasada malların sunumunda homojenlik ve standart sağlama, piyasaya giriş-çıkışı kolaylaştırma, piyasada şeffaflık (açıklık) sağlama ve fiyat dışı rekabeti fiyat rekabetine çekmek temel ilkeleri doğrultusunda olmalıdır.

1984 Fiyat Kararnamesi, ilaç piyasasını yanlış bir tanıyla adeta tam rekabet şartlarında işleyen bir piyasa varsayıp devletin piyasaya hemen hemen hiç bir şekilde müdahale etmemesi gerektiği görüşünden hareket etmiştir. Bunun ise teröpatik alt piyasalarda firma bazında tekelleşme hızını arttırma ve gerek bu piyasalarda gerekse genel olarak ilaç piyasasında hem önceki dönemlere göre hem de genel fiyat indeksine kıyasla daha yüksek fiyat artışlarının ortaya çıkması sonucunu yarattığı bu çalışmada belirlenmiştir.

Türk İlaç Piyasası'nda "yüksek fiyat" sorununun çözümü için alınması gerekli tedbirlerin başlıcaları aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir:

- İlaç hammaddesi fiyatlarının mutlaka denetim altına alınması ve yurt içi üretiminin teşvik edilmesi gereklidir.

- İlaç tüketicilere marka adı ile değil, içerdiği etken maddeyle (jenerik isim) sunulmalıdır. Bu uygulamaya özellikle kurum reçetelerinde hemen geçilmelidir.

- Yabancı sermayeli ilaç firmalarının Türkiye'deki faaliyetleri yeniden düzenlenmelidir.

- İlaçta patent uygulaması kabul edilmemelidir.

- Ambalaj malzemelerine yapılan masrafların en alt düzeye inmesi için, ilacın hastane ambalajı içinde tüketime sunulması tercih edilmelidir.

- Reklam ve tanıtım için yapılan harcamalara belli bir sınırlama getirilmelidir.

- İlaç firmalarının yaptıkları satış iskontolarının maliyet içinde yer almaması sağlanmalıdır.

- İlaç tüketim harcamalarından KDV alınmamalıdır.

- Tüketicilerin piyasa hakkında eksik ve yanlış bilgilendirilmemesi için, önlemler alınmalıdır.

- Türkiye'de ilaç tüketiminin rasyonel bir biçimde yapılabilmesi sağlanmalıdır.

- Toplu ilaç alımı yapan kuruluşların sahip oldukları oligopsonist gücü firmalar karşısında değerlendirmesi için çalışılmalıdır.

- 88/8845 Sayılı İlaç Fiyat Kararnamesi uygulamadan kaldırılarak, sorunlara köklü bir çözüm getirebilecek yeni bir fiyat kararnamesi hazırlanmalıdır.

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Abacioğlu, Nurettin : "Avrupa Topluluğuna Üye Ülkeler Genelindeki Ulusal Sağlak Programları İçinde İlaç Politikalarının Değerlendirilmesi", TEB-Haberler 42, 13-36, (1989).
- Abacioğlu, Nurettin : "Reçetesiz Satılan İlaçların İlaç Endüstrisindeki Yoğunlaşmaya Etkisi", TEB-Haberler 40, 8-22, (1988).
- Abacioğlu, Nurettin : "Dünya'da ve Türkiye'de İlaç Fiyatlarının Oluşumuna Bakış", TEB-Haberler 22, 9-24, (1986).
- Abacioğlu, Nurettin : "Türkiye İlaç Endüstrisinin 1988 İtibariyle Yoğunlaşma ve Fiyat Açısından Retrospektif Ön Değerlendirmesi", TEB-Haberler 39, 2-4, (1988).
- Alpar, Cem : "Fındık Madalyasından Sonra İlaç Madalyası", Dünya Gazetesi, 23.2.1990.

- √Alpar, Cem : "İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenler Sendikası Genel Sekreteri de Ülke Ekonomisinin Çıkarlarını Savunmalıdır", Dünya Gazetesi, 7.3.1990.
- √Alpar, Cem : İktisat, İlkeler ve Kavramlar, 385 Çözümlü Problem, Teknik Basım Sanayii, Ankara, (1983). ✓
- : "Ankara Eczacı Odası 24. Dönem II. Bölgelerarası Toplantı İçin Hazırlanan Rapor", Ankara 1988. ✓
- √----- : Ankara Eczacı Odası Bültenleri 1982-1990 Bütün Sayılar. ✓
- √Aren, Sadun : İstihdam Para ve İktisadi Politika, Doruk Yayınları, Ankara (1981). ✓
- √Avcıoğlu, Doğan : Türkiye'nin Düzeni Dün-Bugün-Yarın, (İkinci Kitap), Tekin Yayınevi, Ankara, 1984. ✓
- Bal, Necla ✓ : "İlaçla Rekabet ve Yeni Reklam Arayışı", AEOB, 7: 2, 127-129, 1985.

✓ Burstall, M.L.,  
 ✓ Dunning, J.H.,  
 Lake, A.

: Multinational Enterprises, Governments and Technology; Pharmaceutical Industry, OECD, Paris, 1977.

✓ Çilingiroğlu, Ayhan

: İlaç ve İlaç Hammaddeleri Sanayilerinde Teknoloji Transferi, Sanayileşmekte Olan Ülkeler Deneyleri Üzerine Sentez Raporu, Paris, 1975. ✓

✓ Dinler, Zeynel

: Mikro Ekonomik Analize Giriş, Bursa İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayın No: 37, Bursa, 1979. ✓

✓ Dirimtekin, Halil

: Genel İktisat Mikro, Eskişehir İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayınları, No: 130, Eskişehir, 1974. ✓

✓ Domaç, Mehmet

✓ : "İlaç Fiyat Artışları ve İlaç Firmalarının Kârlılığı", Havan, 6, 32-37, İstanbul, 1990.

✓ DPT

: İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 1966. ✓

- DPT : Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı Tıbbi İlaç Sanayii Özel İhtisas Alt Komisyonu Raporu, Yayın No DPT: 1562, Ö.İ.K.: 250, 1976.
- √DPT : Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı İlaç ve Hammaddeleri Sanayii Sektörü Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Yayın No: DPT: 1555, ÖİK: 244, Haziran, 1977.
- √DPT : Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı İlaç Aktif Hammade Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Yayın No: DPT: 1527, ÖİK: 224, Ocak, 1977.
- √DPT : Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Kimya Sektörü Özel İhtisas Komisyonu İlaç ve Hammaddeleri Alt Komisyonu İlaç Hammaddeleri Sanayii Grubu Raporu, 1982.
- √DPT : Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Kimya Sanayii Özel İhtisas Komisyonu İlaç ve Hammaddeleri Sanayii Alt Komisyonu Beşeri İlaç Sanayii Grubu Raporu, 1982.

√DPT

: Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı Kimya Sanayii Özel İhtisas Komisyonu İlaç ve Hammaddeleri Sanayii Alt Komisyonu Beşeri İlaç Sanayii Grubu Raporu, 1990.

Egan, John W.

√Higinbotham, Harlow N.

Wesbn, Fred J.

: Economics Of The Pharmaceutical Industry, New York, 1982.

Faccini, J.M.

Bennett, P.N.

√Reid, J.L.

: Avrupa Müstahzarları Gözden Geçirme Komitesi; Uluslararası Bir Spesialite Komitesinin İlaç Deneyleri İçin Protokolleri Gözden Geçirme Teşebbüsü, 1977. ✓

√Fiter, Shelia K.

Rahman, Talaat

: The International Pharmaceutical Industry And Developing Countries: A Review Of Economic And Regulalory Trends, Washington, D.C., June 1983.

√Geçgil, Şükran ve Tuğlu : Genel Farmakognoziye Başlangıç, İ.Ü. Yayını, İstanbul 1983. ✓

- ✓ ----- : "Gelişmekte Olan Memleketlere Teknoloji Transferinde Sınai Mülkiyetin Ekonomik, Ticari ve Gelişimsel Özellikleri Hakkında Hükümet Ekspertler Grubu", Birleşmiş Milletler Ticaret ve Gelişme Konferansı Ticaret ve Gelişme Kurulu ✓ Teknoloji Transferi Komitesi, Cenevre, 1 Şubat 1982.
- Gönenli, Atilla  
✓ Aysan, Mustafa  
Merih Kutlu : "Türkiye'de İlaç Fiyatlarının Tesbiti İle İlgili Rapor", ✓ İstanbul, 1972.
- ✓ Grebmer, Klausvon : İlaç Fiyatları Kıta Avrupasından Bir Görüş, İlaç Fiyatlandırılmasının Ulusal ve Uluslararası ✓ Düzeyde Ekonomik Yönleri, 1977.
- ✓ Güven, Kasım Cemal : "Acte pharmaceutica Turcica Formerly" Eczacılık Bülteni ✓ Cumhuriyetten Önceki Türk Eczacılığı, Volume XXXI, S.2, İstanbul, 1989.

- √----- : IMS (International Market Statistics) 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989 Raporları.
- √----- : "İlaç Fiyatlarının Ucuzlatılması", İlaç fiyatlarının ucuzlatılmasına ilişkin olarak TEB tarafından hazırlanarak Sağlık Bakanlığı'na sunulan rapor, TEB Haberler Eki Gündem, 6, 1-3, 1989.
- √ İlaç ve Kimya İşverenler Sendikası : İlaç ve İlaç Endüstrisi, Alaş ✓ Basımevi, İstanbul, 1984.
- √ İlaç ve Kimya İşverenler Sendikası : İlaç 1989 101 Soru 101 Yanıt, ✓ Mas Matbaası, İstanbul, 1989.
- √ İlaç ve Kimya İşverenler Sendikası : İlaç ve İlaç Endüstrisi, ✓ İstanbul, 1988-1989.
- √ İlaç ve Kimya İşverenler Sendikası : Ispenciyari ve Tıbbi Müstahzar İmalathaneleri Yönetmeliği, İstanbul, 1984.

- √ İstanbul Eczacı Odası : III. Türkiye Eczacılık Kongresi, Emir Ofset, İstanbul, 1969.
- √ İstanbul Eczacı Odası : "İstanbul Eczacı Odası'nın II. Bölgelerarası Toplantıya Sunduğu Rapor", İstanbul, 1988.
- √ İzmir Eczacı Odası : İzmir Eczacı Odası Bültenleri, 1983-90 Bütün Sayılar.
- √ İzmir Eczacı Odası : "İlaç Üretimi Hakkında Hazırlanan Rapor", İzmir, 1988.
- √ İzmir Eczacı Odası Bülteni : "Panel" "İlaçla Tüketicinin Korunması", İEOB (İzmir Eczacı Odası Bülteni), 5-31, İzmir, Temmuz 1983.
- √ İzmir Eczacı Odası Bülteni : "İlaç Fiyatlarının Serbest Bırakılmasına Karşı Çıkmamızın Nedenleri", İEOB (İzmir Eczacı Odası Bülteni), 17, 6-12, İzmir, Ocak 1984.
- √ İzmir Eczacı Odası Bülteni : "İlaç Fiyatları Durmuyor", İEOB (İzmir Eczacı Odası Bülteni), 24, 21-25, İzmir, Mayıs 1985.

- Kamacık, Levent ✓: "Eşdeğer İlaçtan Jenerik İsim",  
İEOB (İzmir Eczacı Odası Bülteni), 3-5, İzmir, Temmuz 1986.
- Kamacık, Levent : "Türk İlaç Sanayiinin Yapılan-  
masının İlaç Fiyat ve Kulla-  
nımına Olan Etkisi", İEOB  
✓ (İzmir Eczacı Odası Bülteni),  
3-4, 12-18, İzmir, 1988.
- ✓ Kamacık, Levent  
Boztok, Neşe : "Türkiye İlaç Politikası İçinde  
"Reçetesiz İlaç Satışı" Kavram  
ve Olgusunun İrdelenmesi", ✓  
1-2, 17, İzmir, 1989.
- ✓ Karahan, Sıtkı : Türkiye'de İlaç Hammaddeleri  
Endüstrisinin Kurulma ve  
Gelişme Olanaklarının İncelen-  
mesi, Türkiye İlaç Endüstrisi ✓  
İşverenler Sendikası Yayınları  
No: 18, İstanbul.
- Kaya, Hüsnü ✓: "İlaç Fiyatları ve Patent",  
İEOB (İzmir Eczacı Odası  
Bülteni), 18-22, İzmir,  
Mart 1983.

- ✓ Kırım, Arman Selami : The Internationalisation of Capital and Industrialisation in The Third World: A case Study of The Turkish Pharmaceutical Industry Towards Appraising The Oligopoly Approach to Transnational Corporations, University of Anglia, Norwich Sept. 1985 (PhD-Tezi).
- Kırım, Arman Selami ✓ : "Uluslararası İlaç Endüstrisinin Ekonomisi" ODTÜ Gelişme Dergisi, 14(2), 147-177 1987.
- Kırım, Arman Selami ✓ : "Türkiye İlaç Endüstrisinde Sanayi Yapısı ve Rekabet Yöntemleri Üzerine Rapor", TEB-Haberler 33, 14-17, 1987.
- Kırım, Arman Selami ✓ : "Çok Uluslu Şirketler ve Rekabet Etkileri: Türkiye İlaç Endüstrisi Üzerine Bir İnceleme", ODTÜ Gelişme Dergisi, 14(3).
- ✓ Ledogar, Robert J. : "Hungry for Profits, U.S. Food and drug Multinotionaly in Latin America", IDDC/North America, NewYork, 1976.

✓ Manisalı, Erol

: Türkiye İlaç Sanayiinin Avrupa Ekonomik Topluluğu Karşısındaki Durumunun İncelenmesi, Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Yayınları, No: 14. ✓

✓ Melique, Pierre

: Avrupa Ekonomik Topluluğunda İlaç, Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Yayınları No: 13, Fransa, 1975.

Ommaty, Rıza

✓ : "İlaç İsimlendirilmesi", AEOB Ankara Eczacı Odası Bülteni), 7:5, 435-442, 1985.

-----

✓ : "Ortak Pazar'a Giriş İlaç Sanayimizi Olumsuz Etkiler", Açık Oturum, Tanıtım Aylık Ekonomi Aktüalite Dergisi, Y.2, S.10-11, Mart 1985.

Özbaş, Akın

✓ : "Türkiye Şartlarında Genel Sağlık Sigortası Çalışmalarının Değerlendirilmesi Tenkidi", TEB-Haberler, 47, 60-76, 1970.

Özgür, Deniz

✓ : "Jenerik İsim", AEOB (Ankara Eczacı Odası Bülteni), 6:5, 16-21, 1984.

Özgür, Deniz ✓: "Patent Yasa Tasarısı ve İlaç",  
AEOB (Ankara Eczacı Odası  
Bülteni), 5:1, 24-32, 1983.

Özgür, Deniz ✓: "İlaç Serbest Piyasada mı?",  
AOEB (Ankara Eczacı Odası  
Bülteni), 5:3, 43-48, 1983.

"Patent Hakları Sorunu", AEOB  
(Ankara Eczacı Odası Bülteni),  
 11:1, 9-11, 1989.

✓ Sağlık ve Sosyal Yardım  
 Bakanlığı İlaç ve Eczacılık  
 Genel Müdürlüğü : Kaliteli İlaç İçin Yaptıklarımız,  
 Ankara, 1988.

Sağlık ve Sosyal Yardım  
 ✓ Bakanlığı İlaç ve Eczacılık  
 Genel Müdürlüğü : Türkiye'de İlaç ve Eczacılık  
Konusunda Yeni Düzenlemeler,  
 Ankara, Şubat 1987.

S.S.Y.B.,

Maliye Bakanlığı

✓ Ticaret Bakanlığı

Sanayi Bakanlığı

Türkiye Ticaret Odaları, Sanayi

Odaları ve Ticaret Borsaları

Birliği : "İlaç Fabrika ve Laboratuvarlarında  
 Fiyat Tekevvünü Konusunda Rapor",  
 1965.

- ✓ Samsun Eczacı Odası : Türkiye'de İzlenen İlaç Fiyat Politikalarının Dünü-Bugünü Ve Yeni Öneriler, Açık Oturum, Samsun, 14 Mayıs 1988.
- ✓ Samsun Eczacı Odası : Dünden Bugüne Türkiye'de İzlenen İlaç Fiyat Politikaları ve Sonuçları, Samsun Eczacı Odası Yayınları No: 5, Samsun.
- ✓ Samsun Eczacı Odası : İlaç ve Eczacılık Mevzuatı Yönünden AET Gerçekleri ve Türkiye, Samsun Eczacı Odası Yayınları No: 9, Samsun, 1989.
- ✓ Samsun Eczacı Odası : İlaç Üretiminde Kalite Kontrolü ve Ekonomik Sonuçları, Samsun Eczacı Odası Yayınları No: 3, Samsun, 1987.
- Sarıyıldız, Arif : "İlaç Aktif Hammaddeleri Üretimi Üzerine", Havan, 9, 23-33, 1980.
- ✓ Savaş, Vural : İktisadi Analiz, Hilal Matbaacılık Koll. Şti., İstanbul, 1976. ✓
- ✓ Silverman Milton : The Drugging of The Americas.

- ✓ Sümerson, Mehtap : "Pazar Payı ve Güncel Bir Yaklaşım", Doçentlik Tezi, İstanbul, 1979.
- Tanker, Metin ✓ : "İlaç Fiyatları Serbest", IEB-Haberler, 46, 3-6, 1990.
- Tanker Metin
- ✓ Celasun Merih
- Kızılyallı, Hüsnü
- Öke, Ediz
- Alanyalı, Neriman : "İlaç Endüstrisinin İktisadi ve Mali Yönden Denetimi Konusunda Rapor", 5.3.1972. ✓
- ✓ ----- : TBMM İlaç Araştırma Komisyonu Raporu, 24.4.1969. ✓
- ✓ ----- : Türk Sanayiinin AET Karşısındaki Rekabet İmkanları Özel İhtisas Komisyonu Kimya Sanayii Alt Komisyonu Beşeri İlaç Sanayii Grubu Raporu. ✓
- ✓ T.C. Sağlık Bakanlığı : Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Çalışmalar, Ankara, 1990.

Torun O.M.

Ertok, K.

✓ Tümer, M.

: Ekonomik Yönden İlaç Sanayii Üzerine Bir İnceleme, İstanbul, 1972. ✓

Turgut, Kaya

✓: "İlaç Fiyatları," AEOB (Ankara Eczacı Odası Bülteni), 6: 2, 20-26, 1984.

✓Türkay, Orhon

: İktisat Teorisine Giriş, Sevinç Matbaası, Ankara, 1978. ✓

✓Türk Eczacılar Birliği

: Türk Eczacılar Birliği Dergisi Pharmacia, TEB 23. Olağanüstü Büyük Kongresi, 13 Kasım 1986, Ankara. ✓

✓Türk Eczacılar Birliği

: Ulusal Sağlık Politikası, TEB Yayınları: 10, Ankara, 1986.

✓Türk Eczacılar Birliği

: Aktarlarda, Baharatçılarda ve Benzeri Dükkanlarda Satılması Mahzurlu ve Tehlikeli Olan Droqlar, TEB Yayınları: 14, Ankara, 1986.

✓Türk Eczacılar Birliği

: Toplum Sağlığı Açısından Bilinçli İlaç Kullanımı Sempozyumu, 29-30 Eylül İstanbul, Ankara, 1988.

- ✓ Türk Eczacılar Birliği : Türkiye'nin İlaç Problemi Milli İlaç Sanayii ve Yabancı Sermaye, Şevket Ünal Matbaası, İstanbul, 1967.
- ✓ Türk Eczacılar Birliği : "İlaç" Açık Oturumu, 18 Temmuz 1988 İstanbul, Ankara, 1988.
- ✓ Türk Eczacılar Birliği : Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu I. Sağlık Kurultayı, 25-26 Şubat Ankara, TEB Yayınları: 30, Ankara, 1989.
- ✓ Türk Eczacılar Birliği : Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu, Panel: Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Politikasının Bugünü ve Geleceği, 13 Kasım 1988 Ankara, Ankara, 1989.
- ✓ Türk Eczacılar Birliği : 21. Dönem Merkez Heyeti Çalışma Raporu, 27 Şubat 1984 20 Aralık 1985, Ankara.
- ✓ Türk Eczacılar Birliği : 22-23. Dönem Merkez Heyeti Çalışma Raporu, 21 Aralık 1985- 23 Aralık 1987, Ankara.
- ✓ Türk Eczacılar Birliği : 24. Dönem Merkez Heyeti Çalışma Raporu, 24 Aralık 1987- 29 Kasım 1989, Ankara.

- ✓ Türk Eczacılar Birliği : 24. Dönem Türk Eczacılar Birliği Merkez Heyeti I. Bölgelerarası Toplantı, 17-18-19 Haziran 1988 Bursa, TEB Yayınları: 26, Ankara, 1989.
- ✓ Türk Eczacılar Birliği : 24. Dönem Türk Eczacılar Birliği Merkez Heyeti III. Bölgelerarası Toplantı 7-8-9 Temmuz 1989 Kayseri, TEB Yayınları: 31, Ankara, 1989.
- ✓ Türk Eczacılar Birliği : 24. Dönem Türk Eczacılar Birliği Merkez Heyeti I. Başkanlar Danışma Kurulu Toplantısı, 2 Nisan 1988 Ankara, TEB Yayınları: 33, Tutanaklar Dizisi: 9, Ankara, 1989.
- ✓ Türk Eczacılar Birliği : 24. Dönem Türk Eczacılar Birliği Merkez Heyeti II. Başkanlar Danışma Kurulu Toplantısı 18 Eylül 1988 Ankara, TEB Yayınları: 27, Tutanaklar Dizisi: 3, Ankara, 1989.
- ✓ Türk Eczacılar Birliği : Türk Eczacılar Birliği 25. Dönem I. Bölgelerarası Toplantı 4-5-6 Mayıs 1990 Adana, TEB Yayınları: 35, Tutanaklar Dizisi: 11, Ankara, 1990.

✓ Türk Eczacılar Birliği : Türk Eczacılar Birliği 25.  
Dönem Merkez Heyeti II.  
Başkanlar Kurulu Toplantısı,  
10 Haziran 1990 Ankara,  
 TEB Yayınları: 36, Tutanaklar  
 Dizisi: 12, Ankara, 1990.

✓ Türk Eczacılar Birliği : Eşdeğer İlaçlar Üzerine  
Değerlendirme ve Görüşler,  
 TEB Yayınları: 15, Ankara  
 1986.

✓ Türk Eczacılar Birliği : Kendi Kendine İlaçla Tedavi,  
 Ankara, 4 Mart 1987.

✓ Türk Eczacılar Birliği : 1982, 1983, 1984, 1985, 1986  
 1987, 1988, 1989, 1990 TEB  
 Haberler Bütün Sayıları.

✓ Türk Eczacılar Birliği : 1989, 1990 Gündem Dergisi  
 bütün sayıları.

✓ Türk Eczacılar Birliği  
 Merkez Heyeti : Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu  
Tasarısı Üzerine Görüşler ve  
Değerlendirmeler, TEB Yayınla-  
 rı: 18, Ankara, 1987.

✓ ----- : Türkiye'de İlaç Fiyatlarının  
Denetimi, Boğaziçi Üniversitesi  
 İdari Bilimler Araştırma ve Uygulama  
 Enstitüsü, İstanbul,  
 Mayıs 1977.

✓ Türkiye İlaç Endüstrisi

İşverenler Sendikası : İlaç Endüstrisinde Ambalajın Yeri, Tür Matbaası, İstanbul, 1982.

✓ Türkiye İlaç Endüstrisi

İşverenler Sendikası : İlaç Endüstrisinin Sorunları, 14-16 Kasım 1972 Seminer Tutanakları, İstanbul, 1973.

✓ Türkiye İlaç Endüstrisi

İşverenler Sendikası : İlaç Endüstrisinde Araştırma Geliştirme, Tür Matbaası, İstanbul, 1982.

✓ Türkiye İlaç Endüstrisi

İşverenler Sendikası : Türkiye İlaç Endüstrisinin Genel Sorunları Hakkında Bilgiler, Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Yayınları No: 10, İstanbul, 1975.

✓ Türkiye İlaç Endüstrisi

İşverenler Sendikası : Türkiye ve Dünyada İlaç Endüstrisi, Seminer, Ankara, 6-8 Mayıs 1974.

✓ Türkiye İlaç Endüstrisi

İşveren Sendikası : İlaç, Tür Matbaası, İstanbul, 30.12.1981.

✓ Türkiye İlaç Endüstrisi

İşverenler Sendikası : 1988, 1989, 1990 Aylık Raporlar.

Türkiye Tıbbi Müstahzarlar

✓ Sanayi ve Laboratuvarlar

Cemiyeti Neşriyatı : İlaç Sanayinde Yeni Fiyat Sistemi Tatbikatı ve Sonuçları, İstanbul, 1968.

Türkiye Tıbbi Müstahzarlar

✓ Sanayi ve Laboratuvarlar

Cemiyeti Neşriyatı : Türkiye'de İlaç Sorunu, İstanbul, 1967.

Ulubelen, Ayşegül

Binyıldız, Pervinolgun

Gökhan, Nuran

Dayıoğlu, Nurten

✓ : "İstanbul'da İlaç Tüketimi ve Buna Etkili Nedēnlēr", Tıp Fak. Mec. 42, 213-223, 1979.

✓ Üstünel, Besim

✓ : Ekonominin Temelleri, Kurtuluş Matbaası, Ankara, 1975.

-----

✓ : "Yeni İlaç Fiyatlandırma Sistemi Üzerine Görüşler", AEQB, 7: 1, 11-14, 1985.

## DİĞER KAYNAKLAR

- : World Development, Çeşitli Sayılar.
- : Time, June 28, 1982, S.54.
- : Medicine, Çeşitli Sayılar.
- : Dünya Gazetesi ve Ekleri, Çeşitli Sayıları.
- : Cumhuriyet Gazetesi, Çeşitli Sayıları.
- T.C. Başbakanlık : R.G. Çeşitli Sayıları.
- DPT : Beş Yıllık Kalkınma Planları
- : Çeşitli İlaç Kararnameleri.
- : Somut, 7 Ekim 1983.
- ISO : Üretimden Tüketime İlaç, 15 Haziran 1985, Y.20, S.232.
- : Yurtoğlu İlaçları, Çeşitli Yayınları,
- : TEB-İlaç Fiyat Artışları Kütükleri, TEB Bilgisayar Binası, 1989.
- : Eskişehir Ecza-Koop Çalışma Raporları.

## EK - I

## UCUZ İLAÇ LİSTESİ

A	B	C	D	E
İLACIN ETKEN MADDESİ	TİCARİ ŞEKLİ	EŞDEĞER MAMULLER	FİRMA	FİYAT
1 Rifampicin	300 mg Kap.	Rifadin	Sifar	14.400
		Rifcap	Koçak	17.000
2 Ampicilin trihidrat	250 mg Kap.	Ampisina	M. Nevzat	6.500
		Alfasilin 24 Cap.	Fako	9.000
	500 mg Kap.	Negopen	Deva	8.100
		Ampisina	M. Nevzat	12.500
		Alfasilin	Fako	13.000
	125 mg Süsp.	Negopen	Deva	2.200
		Alfasilin	Fako	3.700
		Ampisina	M. Nevzat	4.600
	250 mg Oral Süsp.	Negopen	Deva	5.100
		Ampisina	M. Nevzat	6.000
		Alfasilin	Fako	7.500
	250 mg Enj.	Alfasilin	Fako	1.400
		Ampisina	M. Nevzat	1.800
	500 mg Enj.	Alfasilin	Fako	2.000
Ampisina		M. Nevzat	2.000	
1 gr Enj.	Ampisina	M. Nevzat	2.700	
	Alfasilin	Fako	2.900	
1 gr Tablet	Ampisina	M. Nevzat	23.000	
	Alfasilin	Fako	25.000	
3 Amoxicilin	500 mg Kapsül	Demoksil	Deva	9.000
		Largopen	Bilim	12.000
		Alfoxil	Fako	12.000
		Amoksina	M. Nevzat	13.000

	125 mg Oral Süsp.	Demoksil	Deva	2.200
		Largopen	Bilim	3.900
		Amoksina	M. Nevzat	4.200
		Atoxilin	Atabay	4.600
		Alfoxil	Fako	5.000
	250 mg Oral Süsp.	Demoksil	Deva	5.500
		Largopen	Bilim	8.000
		Atoxilin	Atabay	8.700
		Amoksina	M. Nevzat	9.000
		Alfoxil	Fako	10.000
4 Sefozolin Sodyum	250 mg Ampul	Sefazol	M. Nevzat	2.900
		Maksiporin	Fako	3.000
5 Sefozolin Sodyum	500 mg Ampul	Cefamezin	Eczacıbaşı	4.400
		Maksiporin	Fako	4.500
		Cefazol	M. Nevzat	4.800
6 Amikasin	100 mg Ampul	Amikozid	Eczacıbaşı	4.200
		Mikasin	Abfar	5.000
	500 mg Ampul	Amikozid	Eczacıbaşı	17.500
		Mikasin	Abfar	18.500
7 Klindomisin HCL	150 mg Kapsül	Klindam	Bilim	13.600
		Cleocin	Eczacıbaşı	14.300
	300 mg Arp.	Klinoksin	Deva	5.600
		Klindam	Bilim	10.000
		Cleocin	Eczacıbaşı	11.200
8 Oleandomisin Triasetal	250 mg Kapsül	Tao	Pfizer	7.500
	500 mg Kapsül	Tao	Pfizer	30.000
9 Cephradine	250 mg Kapsül	Sefril	Squnbb	17.200
		Cefra	Biofarma	18.000
	500 mg Kap.	Sefril	Squnbb	34.500
		Cefra	Biofarma	35.000

10 Ciprofloxacin	250 mg Kapsül	Ciflosin	Deva	17.000
		Proxacin	Fako	20.000
		Ciproxin	Bayer	39.000
	500 mg Kapsül	Sifloks	Eczacıbaşı	28.000
		Ciflosin	Deva	30.000
		Cipro	Biofarma	34.500
		Proxacin	Fako	35.000
		Ciproxin	Bayer	76.500
11 Cefotaxim	0,5 gr Ampul	Sefoxim	Fako	12.500
		Sefagen	Bilim	13.950
		Claforan	T.Hoechst	16.950
	1 gr Ampul	Sefoxim	Fako	21.000
		Sefagen	Bilim	25.000
		Claforan	T.Hoechst	33.150
12 Sefaperazon	0.5 gr Ampul	Ceforazon	Fako	4.400
		Cefobid	Pfizer	11.100
	1 Gr Ampul	Ceforazon	Fako	8.000
		Cefobid	Pfizer	37.000
13 Doxycycline		Monodoks 8 Kap.	Deva	2.200
		Tetradoks 14 Kap.	Fako	9.000
14 Trimetoprim Sülfametoksazol		Kemoprim	İ. Etem	11.000
		Trimoks Tab.	Atabay	11.000
		Bactrim	Roche	11.600
		Baktrisid DS Tablet	Fako	8.025
		Trimoks Forte	Atabay	13.500
		Kemoprim Forte	İ. Etem	14.500
		Baktrim Forte	Roche	14.900
	Süspansiyon	Bakton Süsp.	ilsan	4.500
		Biotrin Süsp.		5.300
		Trimoks	Atabay	5.700
Kemoprim		İ. Etem	6.000	
	Bactrim	Roche	6.100	

15 Linkomisin	Ampul	Linkomisin	İ. Etem	3.300
		Linomisin	Deva	3.300
		Lincocin	Eczacıbaşı	3.500
16 Cloramphenicol	Süspansiyon	Viklorin	İlsan	5.000
		Kemicetine	Carlo Erba	6.000
		Misetin	Doğu	6.250
17 Metamizol	20 Tablet	Devalgin	Deva	1.100
		Andolar	İ. Etem	2.000
		Novalgin	Hoechst	2.200
	2 cc 10 Amp.	Devalgin	Deva	6.500
		Novalgin	Hoechst	7.000
		Andolar	İ. Etem	7.500
	5 cc 5 Amp.	Devalgin	Deva	4.000
		Novalgin	Hoechst	7.000
	18 Diklofenak Sodium	25 mg 30 Tab.-Drj.	Miyadren	Fako
Voltaren			Cıba	7.200
25 mg 60 tab.-drj.		Miyadren	Fako	7.000
		Voltaren	Cıba	14.300
100 mg Retard 10 t		Miyadren	Fako	5.000
		Voltaren	Cıba	9.700
100 mg Retard 30 t		Miyadren	Fako	12.500
		Voltaren	Cıba	28.700
19 İbuprofen		200 mg 20 drj.	Dolven	Eczacıbaşı
	Nurofen		Atabay	4.000
	400 mg 30 drj.	Artril	Eczacıbaşı	8.700
		Brufen	Atabay	11.900
	400 mg 100 drj.	Artril	Eczacıbaşı	18.560
		Brufen	Atabay	31.000
20 İndomethazin	25 mg Kap.	Endosetin	Nobel	3.100
		Endol	Deva	3.600

	Suppozituar	Endosetin	Nobel	3.000
		Endol	Deva	3.300
21 Naproxen Sodium	10 tab.	Aprol	Bilim	7.000
		Apranax	A.İbrahim	9.000
22 Naproxen	60 tab.	İnaprol	Bilim	14.350
		Naprosyn	A.İbrahim	14.800
		Napren	İlsan	15.800
	500 mg 30 Tab.	Napren	İlsan	10.000
		İnaprol 20 tab.	Bilim	12.050
		Naprosyn 20 tab.	A.İbrahim	19.000
23 Piroxicam	20 mg 20 kap.	Piralden	İ. Etem	1.665
	20 mg 30 kap.	Piroksan	Deva	3.200
	20 mg 30 tab.	Oksikam	Doğu	5.000
24 Cimetidine	800 mg 28 tab.	ulkamet	Doğu	16.000
		Tagamet	Fako	24.700
25 Ranitidine	150 mg 30 tab.	Ulcuran	Abfar	8.000
		Ranitin	Biofarma	9.500
		Ranobel	Nobel	10.800
	150 mg 60 tab.	Ulcuran	Abfar	14.000
		Ranidif	Doğu	18.500
		Ranobel	Nobel	22.000
		Ranitab	Deva	26.000
26 Famotidine	20 mg 60 tab.	Pepdif	Doğu	25.000
		Famotidine	İltaş	30.000
	40 mg 30 tab.	Gastrosidine	Eczacıbaşı	18.100
		Pepdif	Doğu	25.000
		Famotidine	İltaş	30.000
		Neotab	Deva	26.000
27 Hyocin N Butil Bromid		Buscopan drj.	Eczacıbaşı	3.600
		Buscotek drj.	Tek	4.000

28	Hyocin N Butil Bromid + Dipiron		Buskas komp. drj.	Fako	3.000
			Buscopen komp.drj.	Eczacıbaşı	4.600
			Buscotek komp. drj	Tek	5.500
29	Klordiazepoksit + Klindinyum bromür	40 drj.	Klipaks	İ. Etem	4.000
			Libraks	Roche	4.700
		100 drj.	Klipaks	İ. Etem	9.000
			Libraks	Roche	9.800
30	Resepirin + dihidroergokristin		Triserpin	İlsan	3.800
			Brinerdin	Sandoz	7.200
31	Terfenadin		Teradin	Yeni İlaç	7.500
			Refenal	Santa Farma	8.750
			Sanofen	Adilna	10.600
			Terfena	Sifar	11.500
32	Astemizol	Tablet	Hismanal Tab.	Eczacıbaşı	11.100
			Almizol	Nobel	13.000
		Şurup	Hismanal Şurup	Eczacıbaşı	9.100
			Almizol Şurup	Nobel	9.650
33	Pirosetam	400 mg Kap.	Nörotrop	Drifen	6.990
			Biocetam	Biofarma	7.500
34	Triamsinolan asetamid Ampul		Kenakort İ.M.	Squnbb	8.650
			Sinakort A.	İ. Etem	9.000
35	B1 250 mg-B6 250 mg.	50 Tablet	Benexol	Roche	19.000
			Benol	Aksu	20.500
36	B1 250 mg-B6 250 mg	50 Tablet	Tribeksol	Deva	15.000
		30 Tablet	Apikobal	Santa Farm	8.500
37	Oxethazaine + Aleminyum Hidroksit	150 ml Süsp.	Silicaine	Bilim	3.500
		200 ml Süsp.	Mucaine	Wyeth	5.500
38	Timolol Maleat	Goutte 0,25 mg	Timosol	Bilim	4.150
			Timoptic	Fako	20.761

	Goutte 0,50 mg	Timosol	Bilim	8.500
		Timoptic	Fako	24.056
39 Neomisin Sülfat + Dexamethason	Damla	Deksamisin	Doğu	2.073
		Onadron	İ. Etem	5.500
40 Dexamethason 21 Fosfat	Damla	Deksasin	Liba	18.500
41 Dipridamol	Draje	Drisentin 75	Drifen	5.500
		Tromboliz	Koçak	7.250
42 Prednisolon		Codelton Tab.	İ. Etem	1.800
		Delta Cortil Tab.	Pfizer	2.100
43 Ketotifen	30 Tablet	Astafen	İltaş	7.000
		Zaditen	Sandoz	15.000
	100 ml Şurup	Astafen	İltaş	8.500
		Zaditen	Sandoz	22.500
44 İsosorbid di nitrat	5 mg tablet	Sorbid	İ. Etem	800
		İsoket	Adeka	1.100
		İsordil	Fako	1.200
	10 mg tablet	Sorbid	İ. Etem	1.100
		İsordil	Fako	1.750
45 Paracetamol	500 mg 20 tab.	Volpan	H. Arsan	1.500
		Paranox	Doğu	1.750
		Parol	Atabay	1.800
		Noral	İ. Etem	1.800
		Tamol	İlsan	2.000
		Termalgine	Sandoz	2.000
		Minoset	Roche	2.000
	150 ml Şurup	Volpan	H. Arsan	3.000
		Geralgin P	M. Şahin	4.000
		Paranox	Doğu	4.600
		Paracetamol	Saba	5.000

	120 ml Şurup	Sifenol	Sifar	3.300
	100 ml Şurup	Minoset	Roche	3.600
46 Methylergobasin		Metiler 25 drj.	Adeka	4.500
		Methergin 20 drj.	Sandoz	4.800
47 Dihydroergofoxin metan sülfonat	Damla	Toterjin	Bilim	4.000
		Hydergo	Saba	6.000
		Dilaten	İlsan	6.500
48 Salbutamol	2 mg tablet	Salbutol	Birsan	3.300
		Ventolin	Glaxo	4.000
	Şurup	Salbutol	Birsan	2.700
		Ventolin	Glaxo	3.700
49 Furosemid	40 tab.	Desal	Biofarma	3.000
		Lizik	Aksu	4.500
	12 tab.	Lasiks	T.Hoechst	2.400
	20 mg 2 cc Amp.	Desal	Biofarma	2.150
Lasiks		T.Hoechst	3.300	
50 Dexamethasone	0,5 mg tablet	Dekort	Deva	1.850
		Onadron	İ. Etem	2.500
	0,75 mg tablet	Onadron	İ. Etem	2.500
		Dekort	Deva	2.900
	8 mg 2 cc Amp.	Onadron	İ. Etem	2.500
		Dekort	Deva	2.800
	Şurup	Oradekson	organon	1.230
		Deksamet	Dinçel	1.500
51 İndapamid	2,5 mg draje	İndamid 30 kap.	Birsan	6.500
		Flopamid 30 drj.	Drifen	6.900
		Fludeks 20 drj.	A. Raif	11.000
52 Getamisin sülfat	Göz goutte	Getamisin	Deva	2.400
		Genta Gtt.	Bilfar	2.950

53	Griseofulvin	500 mg tab.	Grisovin	Glaxo	18.000
			Gefulvin Forte	Doğu	20.000
54	Trimethobenzamid HCl	200 mg dr.j.	Antivomit	Deva	3.300
			Emedur	Doğu	7.900
55	Aminofilin	Ampul	Eufilin	Tek-Şimi	3.000
			Aminocardol	Sandoz	5.400
56	Fenoksimetil Penicilin		Cliacil 1.2 gr 20 t.	Hoechst	17.000
			Pen-Os 1 gr 24 tab.	Eczacıbaşı	27.000
57	Aciclovir	200 mg 25 tab.	Aciviral	Yurtoğlu	38.000
			Hernosit	Nobel	131.000
58	Opipramöl HCl	50 mg 30 tab.	Deprenil	Yurtoğlu	6.300
			İnsidon	Cıba	8.548
59	Karbamazepin	200 mg 25 tab.	Karazepin	Yurtoğlu	8.410
			Tegretol	Cıba	10.339
60	Maprotilin	25 mg 30 tab.	Maprotil	Yurtoğlu	11.935
			Ludiomil	Cıba	14.268

