

## AKP'NİN 20 YILLIK İLAÇ POLİTİKALARI

Ersin YARIŞ\*, Sabih Tekin ÇAĞLAR\*\*

**Öz:** Adalet ve Kalkınma Partisi 2002'de tek başına hükümet kurduğunda pek çok alanda ama özellikle sağlık sisteminde iddialıydı. "Sağlıkta Dönüşüm" adı verilen proje iddialı bir reform girişimiydi. Başlangıçta bu proje sağlık hizmeti sunumunun basamaklarına odaklanmış, temelde ilaç dağıtım sistemine ilişkin düzenlemelerle ilgilenmemişti. O gün var olan ve modası geçmiş diye tanımlanan üç ayrı sosyal güvenlik kurumunun yapılarını değiştirmek ve birleştirmek öncelik aldı. Bunların birleştirilmesi tamamlanınca ilaç dağıtım hizmetine yönelik düzenlemeler hızla yaşama geçirildi. Bu makalenin amacı, bu düzenlemeleri belli başlıklar altında özetlemek ve analiz etmektir: "Birleştirilmiş (şu anki) Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilaç dağıtımıyla ilgili düzenlemelerdeki değişiklikler"; "Yasal düzenlemelerle ilaca erişimdeki sınırlamalar/kısıtlamalar"; "İlaç fiyatlarını belirleme yöntemleri ve yol açtığı ilaç yokluğu gibi sorunlar"; "Yerli ve milli ilaç fabrikalarının durumu"; "Elektronik ilaç izlem sistemi (İlaç Takip Sistemi)"; "Kamu hastaneleri için Devlet Malzeme Ofisi aracılığıyla ilaç ihalesi"; "İlaçta AR-GE aktiviteleri". Bu düzenlemelerin/uygulamaların negatif ve pozitif sonuçlarına bu makalede değinilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** AKP, ilaç politikası, ilaç dağıtım sistemi, reçeteleme

### Drug policy(ies) of AKP in the last 20 years

**Abstract:** Adalet ve Kalkınma Partisi formed a government alone in 2002 and was assertive about many fields, especially health system. The project named as "Health Transformation" was a challenging reform intervention. In the beginning, this project focused on the steps of health service system and did not mainly deal drug dispense regulations. Changing the structures and combining three social security institutions declared as outmoded took primacy. After combining them regulations of drug dispense were quickly actualized. The aim of this article is to summarize and analyse these regulations regarding main topics: "Changes in regulations of drug dispense by combined (the present) Social Security Institution"; "Limitations/restrictions in the acces of drugs by legislative regulations"; "The methods of setting drug prices and the problems caused, like drug absence"; "The conditions of domestic and national drug factories"; "Electronic drug monitoring system"; "Drug tender for public hospitals by means of state supply office"; "Drug research and development activities". Both negative and positive results of these regulations/applications were cited in this article.

**Key words:** AKP, drug policy, drug delivery system, prescribing

### Giriş

Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) 2002 yılında tek başına iktidar olduğunda pek çok alanda büyük iddialarla geldi. Bunlardan çok önem verdikleri bir tanesi sağlık alanıydı. "Sağlıkta Dönüşüm" adını verdikleri proje iddialı bir reform girişimiydi. Bu dönemde öne çıkan şey sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasıydı. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde gözlenen değişimin sonucunda "Aile Hekimliği" uygulamasına geçiş yaşandı. İkinci ve üçüncü basamakla ilgili bazı düzenlemeler (uygulanmayan sevk zinciri gibi) de yapılmaya çalışıldı. Bu süreçte, ilk aşamada ilaç konusuna bir müdahale yaşanmadı. Yalnızca "Bütçe Uygulama Tebliği" (BUT) (Sonradan Sağlık Uygulama Tebliği; SUT oldu) konusunda yapılan düzenlemeler ve bunlara dayanan reçeteleme kısıtlamaları, ilaç tüketiminin azaltılması çabası anlamına geliyordu.

Daha da geniş bir çerçeveden bakıldığında yapılmak istenenin "global bütçe" adı altında kamu bütçesinde ayrılan para kadar ilaç harcaması yapılması olduğu

anlaşılabacaktır. Farklı bir deyişle ne kadar para varsa o kadar ilaç karşılanacaktır.

Bu yazıda yaşananlar/düzenlemeler olabildiğince kronolojik olarak, başlıklar halinde sunulacaktır.

### 1. Sosyal Sigortalar Kurumunun İlaç Uygulamalarıyla İlgili Değişiklikleri:

AKP'den bir önceki hükümet olan DSP-MHP-ANAP koalisyon hükümeti döneminde sosyal güvenliğin tek çatı altında toplanması çabaları yaşandı. Konuya ilişkin muhalefet yine hükümet içinden gelse de konu olgunlaştırıldı ve yaşama geçirilmeye çalışıldı. O yıllarda 3 ayrı sosyal güvenlik kuruluşu vardı. Emeklilik sistemleriyle ilgili yapısal farkları olduğu gibi sağlık hizmeti almaya yönelik de aralarında farklar bulunuyordu.

Bunlardan ilki Emekli Sandığı idi. Bu yapılanma kendi içinde ikiye ayrılan, genel olarak "maliye" olarak adlandırılan ve bir bölümü çalışan devlet memurlarının sağlık giderlerini karşılayan konsolide bütçeye tabi

\*Prof. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji A.D. ORCID (0000-0002-2950-5905)

\*\*Ecz. Türk Eczacıları Birliği Eski Genel Sekreteri Trabzon Eczacı Odası Eski Başkanı  
ORCID (0009-0009-1188-5717)

Geliş Tarihi / Received : 25.05.2023

Kabul Tarihi / Accepted : 16.06.2023

kurumlar, diğer bölümü memur emeklilerinin sosyal ve sağlık giderlerini karşılayan Emekli Sandığı idi. Bu yapılanmanın sağlık hizmeti sunumu için kendine ait hastaneleri ve sağlık birimleri yoktu. Kapsanan kişiler, sağlık ocaklarından, devlet hastanelerinden ve üniversite hastanelerinden rahatça hizmet alabiliyorlardı. Bir dönem Emekli Sandığında sağlık harcamaları içinde ilaca ayrılan pay %60'ın üzerine çıkmıştı. Bu oran dehşetli bir biçimde yüksekti ve OECD %10'u geçerse kırmızı alarm verilmesi gerektiği vurgusunu halen bile yapmaktadır. Sağlık giderleri genel bütçeden karşılanmakta idi.

İkinci kuruluş Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) idi. Sigortalı işçileri kapsayan bir kuruluştur. Onların emeklilik işlemleriyle ilgilenmenin ötesinde bu işçilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için SSK hastaneleri de vardı. On milyondan fazla sigortalı işçi ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler bu hastanelerden doğrudan hizmet alabiliyorlardı. SSK hastanesi bulunmayan illerde devlet hastanelerinden yararlanabiliyorlardı. SSK tarafından yapılan açıklamalardan hastanecilik hizmeti ve ilaç maliyetleri devlet hastaneleri ve Emekli Sandığına göre çok daha düşük görünüyordu. Bunun en temel nedeni SSK'nın kendi ilaç fabrikasının var olmasıydı. SSK hastanelerinde yatan hastalar ve poliklinikte ayaktan reçete yazılan hastalar için bu ilaçlar kullanılıyordu. Poliklinik hastaları muayene olduktan sonra sıraya giriyor ve ilaçlarını hastaneden alıyordu. SSK'nın kendi üretmediği ilaçlar için ayrıca ilaç ihalesi de yaptığını vurgulamak gerekir. Öte yandan SSK ilaç giderlerinde tasarruf sağlayabilmek için "ucuz eşdeğer ilaç" uygulamasını ilk başlatan kurumdur.

Üçüncü kuruluş Bağ-Kur idi. Serbest meslek icra edenler başta olmak üzere aslında kapsamı genişti. Yine de üçüncü sırada yer alıyordu. Emeklilik sisteminde biraz daha zayıf kalsa da kapsamındaki kişiler -pirim borçları yoksa- sağlık güvencesi taşıyorlardı. Sağlık finansmanı üyelerinin ödediği primler ile karşılanmaya çalışılıyordu.

İlaç konusuna asıl müdahaleler sosyal güvenlik düzenlemelerinin tamamlanmasıyla görülmeye başlandı. AKP'nin önemli uygulamalarından birisi yıllardan beri var olan sosyal güvenlik kurumları olan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı ve Bağkur'un birleştirilmesiyle oluşturulan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dur. Bu üç kurumun yasaları ve uygulamaları arasında ciddi farklar vardı (emeklilik ve ilaç reçeteleme dahil). Birleşmeden sonra başta ilaç olmak üzere (BUT ve SUT temelinde) pek çok konuda ortaklaşma gerçekleştirildi.

Birleştirmenin ilaç konusundaki ilk etkisi SSK Hastanelerinin hem ayaktan hem de yatan hastalarına ilacın hastaneden verilmesi uygulamasına son verilmeydi. Gerektiğinde ilaç ihalesi yapılsa dahi bunun için SSK'nın ilaç üreten bir fabrikası kullanılıyordu.

Bu ilaçlar için kalite tartışmaları hep yapılageldi. Ancak dayandırıldığı somut kanıtlardan çok hekimlerin duygusal iddialarına dayanıyordu. Ayrıca SSK üretmediği ilaçlar için de piyasadan ihaleyle ilaç alırdı. İhalelere ilişkin eleştiriler olabiliyordu. Yargıya yansıyan örnekleri de yok değildi. Eleştirilerin yoğunlaştığı bir diğer konu ayaktan hastaların ilaç dağıtımları için hastanelerde yaşanan uzun kuyruklardı. Bunlar ama özellikle ikinci konu öne çıkarılarak bu uygulamadan birdenbire vazgeçildi. O dönemde bilgisayar teknolojilerinden yararlanma şansının da bulunmadığı bir faktör olarak akılda tutulmalıdır.

O dönemde bugün de geçerli olmak üzere- üzerinde durulan bir diğer konu, ideal durumda ayaktan tedavi alan hastaların reçetelerinin hastanelerden değil de serbest eczaneler tarafından karşılanması, yatan hastaların ilaçlarının hastanelerde karşılanması gerektiğidir. Halen uygulanmakta olan yaklaşım da budur. Ancak bu noktaya geçiş planlı ve kayıpsız değil birdenbire yaşama geçirildi. SSK hastanelerinin elinde bulunan ilaçlar, SSK İlaç Fabrikasının stoğundaki ilaçlar ne yazık ki çöp oldu. Sağlık Bakanlığı yetkilileri kabul etmese de bu miktarın o zamanki değeriyle 3-4 katrilyon (günümüzün milyonu) TL olduğu tahmin edilmektedir.

Bu değişim, serbest eczanelerin o dönemdeki sorunlarına bir nebze nefes aldırmaktan başka bir şeye yaramadı. SSK hastanelerinden eczanelere dışarıya çıkmaya başlayan reçetelerin tutarını bilemiyoruz. Aslında sürecin maliyet hesabında bu rakamın da dikkate alınması gerekir.

10 Şubat 2005 tarihinde SSK hastane eczanelerinin kapanmasından sonra serbest eczanelerde yaşanan değişime bakıldığında şöyle bir tablo gözlemlenecektir. Serbest eczaneler 30 milyon civarında yeni hastayı portföyüne katmıştır. Ancak düşen karlılıkların yanı sıra eczacılık sektöründe "kamu kurum iskontosu" (KKİ) olarak adlandırılan bir garabet uygulama peydah olmuştur. KKİ olarak adlandırılan bu uygulama, SSK döneminde ilaç firmalarının SSK ihalelerinde yaptıkları indirimleri serbest eczaneler üzerinden kamuya vermeye devam etmesi olarak anlatılmıştı. Olması gereken KKİ oranları orijinal ilaçlarda %4, jenerik ilaçlarda % 11 olarak belirlenmişti. Ancak bu oranlar ve eşdeğer ilaç bantlarındaki oranlar da sürekli değişmiştir. Bugün bu oranın %40'ı aştığı ilaçlar (ecza deposu satış fiyatları üzerinden) bulunmaktadır.

Serbest eczanelere yüklenen yük sadece firmaların ihalelerde yaptığı indirimleri ecza depoları aracılığı ile SGK'na taşımakla sınırlı kalmamıştı. SGK'nun hizmet verdiği kesimden aldığı muayene ücretini bu kez hastane vezneleri değil serbest eczaneler vatandaştan tahsil edip kuruma aktaracaklardı.

Ülke nüfusunun yarısına yakınının serbest eczanelere yönelmiş olmasına karşın serbest eczanelerde işler

umulduğu gibi parlak olmadı. Serbest eczaneler açısından bu sürecin devamı incelendiğinde; imalatçı fiyattan alınıp perakende satış fiyatından verilen KKI taşıma zararı, tahsil edilemeyen muayene ücretlerinin SGK'na ödeme zorunluluğu, ilaç firmalarının tahhüt ettikleri halde vermedikleri KKI farkları nedeni ile oluşan zarar, ilaç portföyünün değişimi sonucunda oluşan maliyetler, değişen eşdeğer bant daralması nedeni ile oluşan stok zararları ve ucuz eşdeğer ilaç uygulamasının tüm ilaçlara yayılması nedeni ile oluşan ciro düşüşleri zararları bugün dahi serbest eczacılık sektöründe ciddi sıkıntı yaratmaktadır.

## 2. İlaça Erişimle İlgili Kısıtlamalar

Sağlıkta dönüşümden söz edilirken özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde gözlenen değişimden, "Aile Hekimliği" uygulamasından söz etmek gerekir. Aile hekimleri koruyucu hekimlikten çok tedavi edici misyon yüklendiler. Sağlık sisteminde basamaklar arasında sevk zinciri uygulanması beklenirdi. Ancak bu uygulama kağıt üzerinde var olsa da hükümet tarafından hep ertelendi. Basamakların hizmet yükleri yeterince planlanamadı. Bütün bunlar SGK'nun ilaç yükünü olasılıkla hükümetin beklediğinden daha fazla yükselttiği için tüketimi azaltma çabaları baş gösterdi.

İkinci ve üçüncü basamakla ilgili bazı düzenlemeler (uygulanmayan sevk zinciri gibi) de yapılmaya çalışıldı. Sosyal güvenlik kurumlarının birleşme sürecinde, ilk aşamada ilaç konusuna ciddi bir müdahale yaşanmadı. Ancak "Bütçe Uygulama Tebliği" (BUT) (sonradan Sağlık Uygulama Tebliği; SUT oldu) konusunda yapılan düzenlemelerle ve bunlara dayanan reçeteleme kısıtlamaları, ilaç tüketiminin azaltılması çabası anlamına geliyor oldu. BUT ve SUT metinleri kocaman klasörleri dolduruyordu. Bunların anlaşılması oldukça zordu. Adeta "bedelini geri ödememe" temelinde yazılmış gibi görünen bu metinlere dayanılarak pek çok ilacın pek çok hastaya yazılmaması sağlandı. Başka bir deyişle ödenmeyerek sağlanan tasarruf ilaca erişimi önemli ölçüde engelledi.

Bütçede ayrılan paranın yetmediği öngörüldüğünde farklı parametrelerle (KMY, LDL, Trigliserit, Schimer Testi vb) ölçüm değerleri ile ilaç bedellerini ödememe yaklaşımı öne çıkarılmıştır. Öte yandan OTC vb gerekçelerle ilaçları geri ödeme kapsamından çıkarmak en yaygın uygulama haline getirildi.

Bu süreçte TTB elde ettiği verilere dayanarak, ancak metinler yayınlandıktan sonra itirazını yapabildi. Taslaklar istendiğinde "gizli" denilerek dosya incelenmek üzere yayınlanmadan TTB'ne verilmediği için konu defalarca TTB tarafından yargıya taşındı. Pek çok madde iptal edildi. İptal edilen maddeler karmaşaya neden oldu. Süreç gereksiz yere tıkanıp. Metinlerin daha sade ve anlaşılır biçimde yazılması isteği dikkate alınmadı. Ödemeler açısından SGK il müdürlükleri arasında –

aynı metne dayanılarak farklı görüş ve kararlara da rastlandı. Bu süreç 4-5 yıl kadar sürdü.

Söz konusu dönemin en önemli sıkıntılarının birisi her hekimin/uzmanın her ilacı yazamaması kuralıydı. Bu kural konulurken gereken özen gösterilmedi. En tipik örneklerinden birisi antihipertansif bir ilaç grubu olan "anjyotensin reseptör blokörleri" idi. İlk BUT'ta bu ilacın bir nefrolog tarafından yazılması ya da raporlanması kuralı getirildi. O günlerde Doğu Anadolu Bölgesi'nde yalnızca bir nefrologun hizmet verdiği bu kural getirilirken dikkate alınmamıştı. Gerçekten ilacın gerektiği hastaların bu nefrologa ulaşma şansı sıfırdı. Elbette ki düzeltildi ama arada boşa geçen zaman ve mağdur olan hastaların hilafına...

Her ilacı her hekimin yazmasına kısıtlama getirilmesi elbette doğru yanları da olan bir uygulamadır. Ama buradan ilaç harcamalarında bir tasarruf sağlanması amaçlandıysa bu asla kabul edilebilir bir yaklaşım değildir. (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2022)

## 3. İlaç Fiyatlarının Belirlenmesi Yöntemi ve Yol Açtığı Sorunlar

AKP hükümetleri SGK'nın ilaç maliyetlerini düşürmek amacıyla yola çıktı (Kalkınma Planı, 2007). Aynı tüketimi daha düşük bir maliyetle karşılamak elbette akılcıydı. Bir ülke neden ilaca gerektiğinden daha fazlasını ödeyecekti ki? Haklı bir soru ama sorun şuydu: üretmediğiniz ilacın fiyatını siz nasıl belirleyebilirsiniz ki? Burada ilaç ithalatçıları başta olmak üzere üretici firmalar, ecza depoları ve kar marjları düşen eczacılar ekonomik nedenlerle şiddetli itirazlar sergilediler. Süreç nasıl işledi bir ona bakalım.

İlaç tüketimi artmaktayken, nüfus artarken, sosyal güvenliğin kapsamı genişlerken ilaç için harcanan paranın artmaması beklenebilir mi? Elbette beklenebilir. Sağlık hizmet sunumu için harcanan toplam para hala artarken ilaç için harcanan paranın aynı düzeyde tutulması olanaklı mıdır? Devlet adeta böylesi grafikler görmek istedi. İlacın fiyatını sabit tutmaya çalışırken diğer harcamalar ne yazık ki artmaya devam etti. İlaç fiyatları baskı altına alındı. Sanırım bu bile yeterli görülmedi.

On günlük bir bayram tatilinin öncesindeki arefe günü adeta yangından mal kaçırır gibi bir Bakanlar Kurulu kararıyla ilaç fiyatlarında %30 indirimle gidildi. Tatil dönüşü ilaç üreticileri, ithalatçıları, ecza depoları, eczaneler ve kamu/özel hastaneleri bu zammı fark ettiler. Tepkiler boşunaydı ve karar yürürlükteydi. İlaç sektörünün tüm bileşenleri için kesinlikle %30'luk bir stok/ciro kaybı söz konusuydu. Yönetmelikte bu sorunu gidermek için üretici firmalara tazmin sorumluluğu yıkılmıştı. Ancak mekanizma yazıldığı gibi işlemedi. Sistemin periferik kurumlarının çoğu (eczaneler, hastaneler gibi) bu zararı sineye çekmek zorunda kaldılar.

Daha sonra Bakanlık bu türden ani dalgalanmalara meydan vermemek amacıyla "referans ilaç fiyatı

uygulaması" başlattı. Sağlık Bakanlığı ilaç fiyatları konusunda bir referans fiyat belirledi. Bu fiyat Avrupa Birliği'nin en az beş, en çok on ülkesinin ortalaması alınarak belirlenmek üzere yönetmelikte yer aldı. Her bir ilaç kalemi için bu ortalamadan ayrıca bir indirim de üretici firmadan talep edilebilmektedir. Üzerinde anlaşılabilir fiyat ilacın satış fiyatı olarak belirlenmektedir. Anlaşma olmazsa, eşdeğeri de yoksa ilaç Türkiye'de pazarlanamayabilmekte veya ülkeden çekip gidebilmektedir.

Referans fiyatlar diğer ülkeler tarafından da izlenmektedir. Bir ilacın kendi ülkesindeki satış fiyatı için bu referans fiyat üzerinden pazarlıklar yapılabilmektedir. Örneğin ülkemizdeki fiyatından daha yüksek bir fiyata o ülke tarafından itiraz edilebilmektedir. Firmalar pazarlama stratejisi açısından daha yüksek gelir beklemedikleri bir ülkeyi göz önüne alarak ülkemizde o ilacı pazarlamayabilirler.

Fiyatlandırmadaki bir diğer sıkıntılı konu döviz kuru konusudur. İlaç fiyatları hammadde, ithalat gibi konularda doğrudan döviz kurları tarafından etkilenirler. Dolayısıyla döviz kurundaki artış ilaç fiyatlarını ardışık olarak yükseltecektir. Kur oynamaları özellikle son 5 yıldır çok ciddi olmaktadır. Bazı ithal ilaçlar doğrudan döviz kurundaki artışa göre belli aralıklarla zam alabilmektedir. Ama ilaçların %80-90'ı yılda bir kez Şubat ayında zam alabilmektedir. Döviz kuru belli bir yüzdenin üzerinde artarsa ara zam verilebilmektedir. Bu nedenlerle fiyat artışının beklendiği dönemlerde piyasada ilaç darlığı baş gösterebilmektedir. Konuyu yakından izleyen Türk Eczacıları Birliği zaman zaman açıklamalar yaparak piyasada bulunmayan ilaçları listelemektedir. Bu listelerin uzunluğu yüzlerce ilacı bulabilmektedir.

Fiyat belirlenirken kullanılan döviz kurunun Sağlık Bakanlığı tarafından düşük kabul edilmesi ise başlı başına bir sorundur. Bir önce anlatılan durumla ilişkili gibi görünen bu durumun açıklaması çok basittir ama gereği var mıdır diye düşünülebilir. Sağlık Bakanlığı ilaç fiyatlarını Euro kuru üzerinden belirlemektedir. Şu anda kur Maliye Bakanlığının resmi rakamlarına göre 20 TL'ni çoktan aşmıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı ilaç fiyatlarını belirlerken resmi kuru görmezden gelerek Euro kurunu kendince halen 10 TL'nin altında kabul etmektedir. Girdi maliyetleri 20 TL üzerinden hesaplanırken fiyatlandırmada 10 TL –bile değil- olarak işlem yapılması da fiyatlandırmada tek başına bir sorun teşkil edecek düzeydedir. Bu konunun da piyasadaki ilaç daralmasına/yokluğuna tek başına katkısı olabileceğini akılda tutmak gerekir.

İlaç fiyatlarındaki düşürme çabaları/sabit düzeyde tutma çabaları yalnızca üreticileri ve ithalatçıları değil ecza depolarını ve eczaneleri de etkilemektedir. Doğal olarak onların da kar marjları daraltılmaktadır. Enflasyonist ortamda işletme giderleri artarken kar

marjlarının düşürülmesi ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Pek çok eczanenin kapanma tehlikesi yaşadığı ısrarla dillendirilmektedir.

#### 4. İlaç Üreten "Yerli ve Milli" Fabrikaların Durumu

Türkiye 1990'lı yıllarda konvansiyonel ilaç üretiminde iyi durumdaydı. Hammadde üretiminde istenen düzeyde değilse bile üretim altyapısı oldukça iyiydi. Uluslararası standartlarda üretim yapabilen, başta Rusya olmak üzere pek çok ülkeye ilaç ihraç edebilen, uygun teknolojiye sahip ilaç fabrikaları vardı. Bu fabrikalar halen var ama el değiştirmiş durumda. Ya önce yabancı ortaklarla çalışmaya başladılar ve zamanla aldıkları ortaklar tarafından satın alındılar; ya da doğrudan yabancıya satıldılar. 90'lardan beri el değiştiren/satılan ilaç fabrikalarının sayısı 15 civarındadır.

Bu duruma yol açan faktör söz konusu fabrikaların Türkiye ilaç pazarından aldıkları payın giderek azalmasıdır. Bugün üretim yapan yerli fabrikalar milyarlarca kutu ilacı piyasaya vermektedirler ki bu da tüketilen ilacın %70'ine tekabül etmektedir. Beklenen gelir ne olmalıdır diye sorarsak?... %70'lik pay almaları beklenebilir, hadi hadi %50 diyelim. Ne yazık ki %30 civarında artık sabitleşen bir rakam bu. Ürettiğiniz kutu miktarını artırmaya çalışmak karınızı zamanla artırır mı yoksa zarar mı yazar? Bu ekonomik analizi yaparsanız satın almak üzere teklif getiren uluslararası güçlü sermayeye nereye kadar hayır diyebilirsiniz ki?

Bu arada unutulmaması gereken iki ilaç fabrikası daha var. İlaçlar serbest eczanelere çıkartıldığı için kapatılan "SSK İlaç Fabrikası" ve hemen ardından kapatılan "Ordu İlaç Fabrikası": bu iki fabrikanın hizmetleri unutulmazdı.

#### 5. İlaç Takip Sistemi:

İlaç Takip Sistemi (İTS) ilaç sahteciliği ve ilaç kaçakçılığını önleyerek orjinal ve güvenilir ilaç tedarik edilmesini sağlar. İTS, tüm dünyada uygulanan takip ve izleme sisteminin ilaç sektörüne uyarlanmış şeklidir. Sağlık ürünlerinden ilaçlar ve ilaçlara en yakın ürünleri izleyebilmek üzere tasarlanmış ve uygulanmaktadır. İnsan sağlığını ciddi oranda tehdit eden ilaç sahteciliği ve ilaç kaçakçılığını önleyerek ilaç güvenliliğini sağlar. Bu bağlamda ilaçların üretiminden/ithalatından başlayarak son kullanıcıya ulaşmasına kadar geçen bütün süreci takip eden sistemdir. İTS, elektronik ürün kodu teknolojisinden yararlanarak ilaçların tedarik, dağıtım, tüketim, son kullanma tarihi denetimi, genel izlemi gibi özelliklerini denetler. Uygulama resmen Ocak 2010 tarihinde başlamıştır.

Üretilen ve piyasaya verilen her ilaç kutusu üzerinde özel bir karekod bulunmaktadır. Bu karekoddaki ilaca ait bütün bilgiler (son kullanma tarihi dahil) yer almaktadır. Başka bir deyişle her kutuya ayrı bir kimlik numarası verilmiştir. Her kutu her transferinde bu karekod bilgisine dayanılarak alan ve veren arasında kayda geçirilmekte, izlenmekte, en önemlisi son kullanma tarihi

geçtiği andan itibaren satış işlemi yapılamamaktadır. Son derece yararlı bir sistemdir.

Tek sorun başlangıçta yapılan yatırımın maliyetidir. SGK'nun yanı sıra üreticiler, ithalatçılar, ecza depoları, eczaneler ve hastaneler de yatırım yapmak zorunda kalmış belli bir maliyeti göğüslemek zorunda bırakılmışlardır. Öte yandan o dönemin teknolojisıyla ilgili sıkıntılar nedeniyle başlangıçta sistem istenen etkinlikte yürütülemediği, sorunlar yaşanmışsa da zamanla oturmuştur.

## 6. Devlet Malzeme Ofisi Üzerinden İlaç İhalesi

Devlet Malzeme Ofisi (DMO) çok eski bir kuruluştur. Varlık ve hizmet nedeni devlet kurumlarına büro/ofis malzemesi tedarik etmektir. Yapılanması ve organizasyonu buna göredir. Ancak yaklaşık 10 yıl kadar önce yönetmeliğine ilaç satışı yetkisi de eklenmiştir. Bu değişiklik yapıldıktan sonra uzunca bir süre bu konuda sessizliğini korumuştur.

10 Haziran 2020 tarih ve 2645 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararı ile kamu hastanelerinin isterlerse DMO üzerinden ilaç ihalesi yapabilecekleri ifade edildi. Kamu ihale Kurumu (KİK) üzerinden ihaleler engellenmedi. Başlangıçta DMO'nun konuya ilişkin yapılanması ve kadrosu yetersizdi ama süreç başlatıldı. Bütün kamu hastaneleri bir anda toplu talepler ilettikleri için ihale rakamları miktar ve parasal olarak çok büyük olduğundan ecza depoları daha ucuz teklifler verdiler. Bu durum, kamu hastanelerine daha ucuza ilaç almaları şansını yakalattı.

Bir diğer özelliği ise alım yapan hastanelerin ecza depolarına borcunu SGK'nın peşin olarak ödemesiydi. Bu durum ise ödeme gücünü çeken kamu hastanelerinin (başta üniversite hastaneleri olmak üzere) ödemesi gereken paranın borç sarmalına ve sürecine girmeden peşin olarak ödenmesi rahatlığını doğurdu. Böylelikle ecza depoları verdikleri ürünün ücretini ne zaman alabilecekleri/ne kadarlık bir gecikme olacağı gibi sorunları yaşamayacaklardı. DMO hastanenin SGK'dan alacağına mahsuben parayı hastane adına ecza deposuna yatırmakta, bunun karşılığında hastanelerden bir komisyon almaktadır. Görüntü "alan razı-satan razı" görüntüsü gibi durmaktadır.

Ancak yılda 4 kez yapılan bu ihaleler tüm hastaneler için eşzamanlı hale geldiği için hastanelerin talepleri birleştiğinde devasa rakamlara ulaşmaktadır. Ecza depoları için bu kadar talebi aynı anda karşılamak bazen olanaksız hale gelmektedir. Böylesi durumlar yaşandığında o kalem için ihale iptal olabilmekte ya da yüksek hastane taleplerine karşın yaşamsal ilaçlarda bile çok düşük miktarlar ihaleyle temin edilebilmektedir. Bu durumda serbest piyasadan temin etmeye çalışmak anlamsız kalmaktadır. Çünkü serbest piyasada da teklif verecek firmalar aynıdır ve ihaleye teklif verememek zaten elde ürün olmadığı ve sağlanamayacağı sonucunu doğurmaktadır.

ilaçların DMO tarafından yeterince sağlanamadığı dönemler çoğu kez zam beklentisi nedeniyle ilaç piyasasının daraldığı dönemlere denk gelmektedir. Daralmanın nedenleri yukarıda fiyatlandırma konusu tartışılırken ele alınmıştır.

DMO konusunda yapılması gerekenler elektronik sistemlerinin ve başta eczacı olmak üzere kadrolarının güçlendirilmesi olmalıdır.

## 7. İlaç Geliştirme (Ar-Ge) Çalışmaları

AKP iktidara geldikten sonra uzun bir süre AR-GE çalışmaları konusunda pek öne çıkmadı. Uzun bir süre sonra başta savunma sanayi olmak üzere yerli üretimden söz etmeye başladı. "Milli savaş gemisi", "milli tank" söylemleriyle başlayan bir süreç yaşandı. Bu süreçte ekonomik ve siyasi destek sağlayan AKP zamanla "milli ilaç"tan söz etmeye başladı.

Aslında AR-GE desteklerinin temel nedeni büyük miktarlara ulaşan cari açığı. Uluslararası enerji fiyatlarına göre 40-50 milyar ABD doları arasında değişen yıllık bir cari açık hep yaşanmaktadır. Bu noktada her sektör için ihracatın ithalatı karşılama oranlarına bakılmaktadır. İlaç sektöründe başta hammadde ithalatı olmak üzere ithal girdilerini karşılayacak ilaç ihracatı %10-15 arasında kalmaktadır. Daha açık biçimiyle ifade edersek ihracatın ithalatı karşılama oranı %10-15 arasında oynamaktadır. Cari açık 40-50 milyar dolar arasında kaldığı sürece bu cari açığın yaklaşık %10-15'ine tekabül etmektedir. Bu oran bile tek başına önemlidir. Konvansiyonel ilaçlar ağırlıklı olarak tüketilirken oran bu düzeyde olunca gelecekte tüketim oranlarının artacağı açık olan biyolojik ürünler devreye girdiğinde nereye yükselecektir, tahmin etmek hiç de kolay değildir. 20 yıl sonra dünyada tüketilen ilaçların %70'inden fazlasının biyolojik ürünler olması beklenmektedir. Türkiye biyolojik ürün üretimi açısından şu anda sıfır noktasına yakındır.

ilaç geliştirme bir kültür, birikim, kadro işidir. Türkiye'nin bu konularda yeterli alt yapısı ne yazık ki yoktur. Elbette ekonomik destekler de önemlidir. AKP, TÜBİTAK ve Kalkınma Bakanlığı üzerinden bu alanda çok ciddi maddi destekler sağladı. Üç milyon TL'den aşağı projelerin kabul edilmediği başlıklar bile açıldı. Bunların sonuçlarını bilemiyoruz. Ama şu ana kadar geliştirilmiş bir ilaçtan söz edebilecek bilgi sahibi değiliz.

## Sonuç

Yukarıda ana başlıklar halinde değerlendirilen uygulamalar yalnızca olumlu ya da yalnızca olumsuz sonuçlar doğurmamıştır. Bu sonuçlar her başlığın kendi altında verilmiştir.

## Kaynaklar

*Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007; İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu*  
*Sosyal Güvenlik Kurumu Faaliyet Raporu (2022 Yılı)*