

Dördüncü Bölüm

İlacın Finansmanı

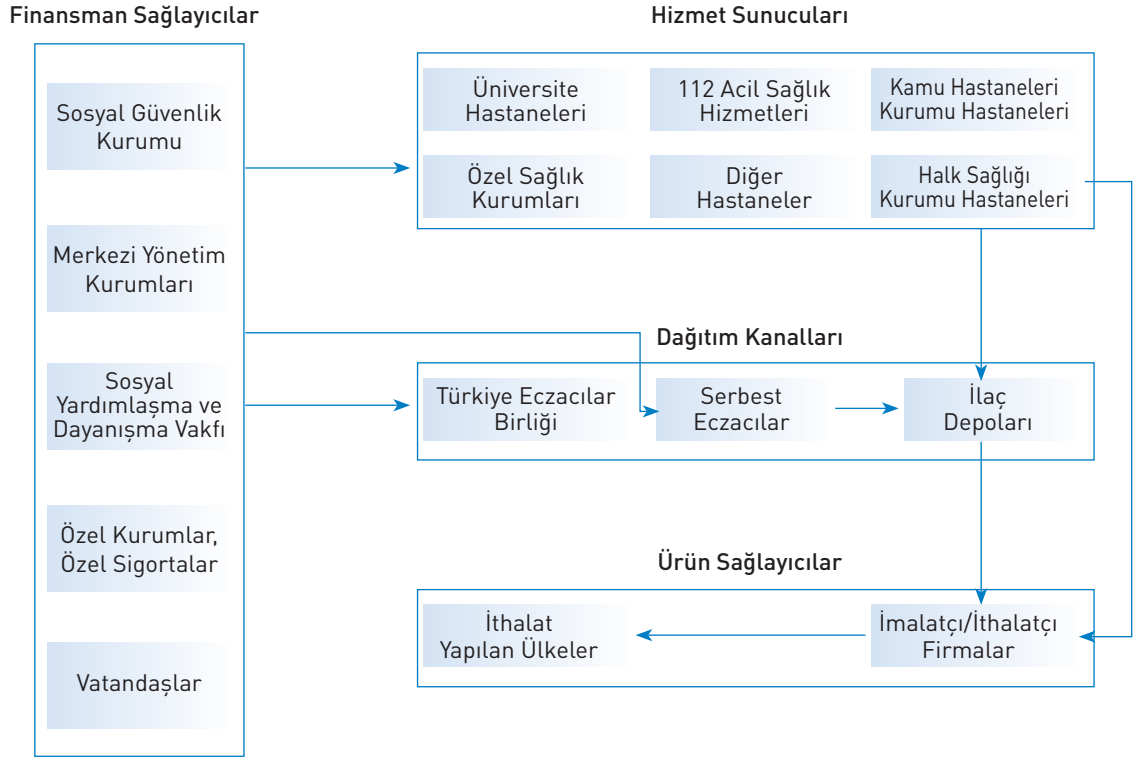
A. İlacın Finansmanı

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

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

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

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



A.1. Kamu İlaç Finansmanı

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

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

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

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

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

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

A.2. Özel Sektör İlaç Finansmanı

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

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

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

B. Kamu İlaç Bütçesinin Oluşturulması

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

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

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

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

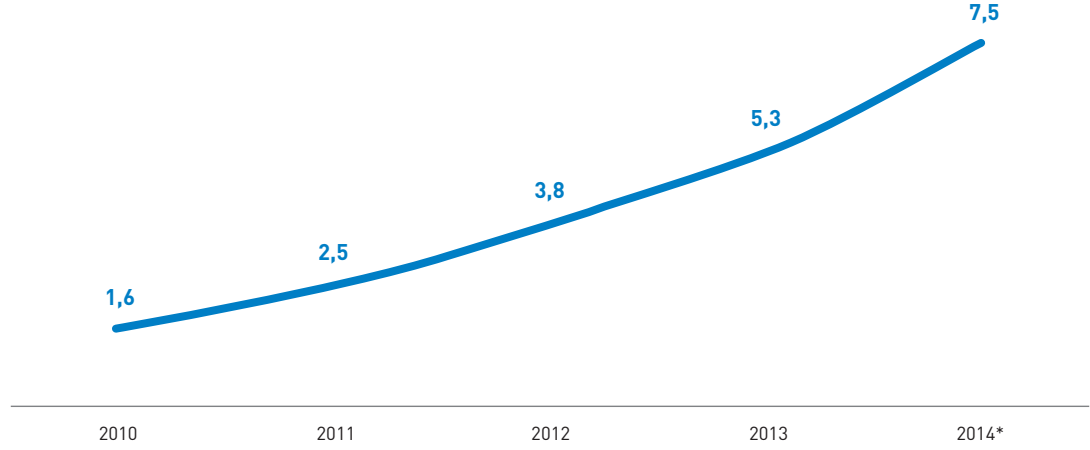
Tablo 22. İlaç Global Bütçesi ve Gerçekleşmeler

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

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

Kaynak: Onuncu Kalkınma Planı İlaç Çalışma Grubu Raporu

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

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

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

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

Tablo 23. TEB Kanalıyla Getirilen İlaçların Kamu İlaç Bütçesine Etkisi

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

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

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

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

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

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

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

C. İlacın Fiyatlandırılması

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

İlaç Fiyatı Belirlenirken Uygulanan İskontolar (Kabahasanoğlu, 2012)

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

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

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

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

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

Tablo 24. Perakende Satış Fiyatına Göre Örnek İlaç Fiyatı Hesaplama

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

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

Tablo 25. İmalatçı Satış Fiyatına Göre Örnek İlaç Fiyatı Hesaplama

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

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

D. Geri Ödeme Sistemi

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

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

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

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

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

E. İlaçta Katılım Payı Uygulamaları

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

Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri aşağıda belirtilmiştir:

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

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

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

Ayrıca her bir reçete için;

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

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

F. Reçete Hizmet Bedeli

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

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