

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI

OLİGOPOL PİYASALARDA İLAÇ SEKTÖRÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Sezgi SAHİLLİ SEYYAH

Danışman
Prof. Dr. Bahadır AYDIN

BOLU 2017

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Sezgi SAHİLLİ SEYYAH'a ait “**Oligopol Piyasalarda İlaç Sektörü**” adlı çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü **İktisat** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak oy birliğiyle / ~~oy çokluğuyla~~ kabul edilmiştir.

21/09/2017

Unvan, Adı ve Soyadı

İmza

Üye (Tez Danışmanı): Prof. Dr. Bahadır AYDIN



Üye : Doç. Dr. Aytekin GÜVEN



Üye : Yrd. Doç. Dr. Orhan ŞİMŞEK



Sosyal Bilimler Enstitüsü Onayı



Doç. Dr. YAŞAR AYYILDIZ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ETİK UYGUNLUK BEYANI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum, “Oligopol Piyasalarda İlaç Sektörü” başlıklı çalışmanın yazılmasında, bilimsel ve etik kurallara uyulduğunu, başvuru kaynaklardan yapılan alıntılarının adlarının bilimsel kurallara uygun olarak metin içinde, dipnotlarda ve kaynaklarda gösterildiğini, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin tamamının ya da bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitede bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.



Sezgi SAHİLLİ SEYYAH

21.09.2017

ÖN SÖZ

Yüksek lisans tezi olarak hazırlanan bu çalışmada, kamusal bir hak olarak yer alan fakat kapitalizmin ticaret araçlarından biri olarak kullanılan ilacın yapısal özellikleri incelenmiş, ilacın üretilmesinden tüketilmesine kadar olan bütün aşamalar rekabet unsuru açısından ayrı ayrı analiz edilmiştir.

Bu analizler yapılırken, savunulan düşünceler dünyada ve Türkiye’de yapılan ilgili istatistikler ve araştırmaların sonuçları doğrultusunda desteklenmeye çalışılmıştır. Çalışmada hem dünyada hem de Türkiye’de ki ilaç piyasasıyla ilgili olarak rekabet konusunda Rekabet Kurumu’nun çalışmaları oldukça yol gösterici olmuştur.

Nurettin Abacıoğlu’nun kitap, makale ve köşe yazıları, çalışmada yer alan ilaç piyasasının oligopolcü bir yapı göstermesi, ilaç sektöründeki küreselleşme ve çok uluslu şirketlerin sektördeki faaliyetleri gibi temel konuların yorumlanması ve bu konularda fikir bütünlüğünün oluşturulması açısından çalışmaya fazlasıyla katkı sağlamıştır.

Yüksek lisans çalışmamın her aşamasında anlayışı, rehberliği ve katkılarıyla desteğini eksik etmeyen, beni cesaretlendiren, çalışmamın her aşamasını titizlikle takip eden, görüş, öneri ve eleştirilerinden çok faydalandığım danışman hocam sayın Prof. Dr. Bahadır Aydın’a teşekkürü bir borç bilirim. Değerli görüş ve bilgilerini paylaşarak, çalışmam süresince yardımını esirgemeyen arkadaşım Arş. Gör. Zeynep Beyhan’a ve desteklerini her zaman hissettiren değerli aileme sonsuz teşekkür ederim.

Sezgi SAHİLLİ SEYYAH

ÖZET

OLİGOPOL PİYASALARDA İLAÇ SEKTÖRÜ

Sezgi SAHİLLİ SEYYAH

Yüksek Lisans Tezi

İktisat Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Bahadır AYDIN

Eylül 2017, 78 + xiv Sayfa

İlaç endüstrisi, yapısal nedenlerle yoğun monopolcü özellikler taşıyarak tekelleşme eğilimi gösterdiği için çok uluslu şirketlerin kar aracı haline gelmiştir. Vazgeçilmez bir ürün olan ilacı ve ilaç sektörünü, kapitalist piyasa ekonomisinin dinamiklerine bırakmak kamusal haklar konusunda ciddi sakıncalar taşımaktadır. Günümüzde ilaç piyasasında, kamu otoritesinin mutlak denetim ve müdahalesine dayalı bir sistemden çok, sermayenin yoğunlaştığı ve piyasanın çok uluslu şirketler tarafından merkezileştirildiği bir sistemin hakim olduğu görülmektedir. Bu durumda çalışmanın temel amacı, ilaç sektöründe oligopolcü yapının nasıl oluştuğu, bunun dünyada ve Türkiye’de mevcut mevzuatlar ve uygulamalar ile rekabetin işleyişini nasıl etkilediği ve ilacın vazgeçilmez ve toplumsal özelliğine dayalı bir sistemin oluşturulabilmesine yönelik gerekli politika önerilerinin açıklanmasıdır. Bu incelemeyi yapabilmek için öncelikle oligopol piyasalarının temel yapısı, ilaç piyasalarının arz ve talep yönünden incelenmesi, ilaç piyasasının temel konuları olan, patent koruması, Ar-Ge ve monopolleşmenin koşullarının açıklanması, küreselleşme ve çok uluslu şirketlerin ilaç sektöründeki etkileri, serbest pazar koşullarında ve devlet kesiminin yer aldığı pazarlarda fiyat rekabeti ile orijinal ve jenerik ürünlerin kendi aralarındaki rekabeti analiz edilecektir. Tüm bu analizler içinde monopolcü piyasanın oluşmasında rol oynayan yapısal uyum programları ve çok uluslu şirketlerin çıkarlarını koruyan yasalar ve anlaşmalar ele alınacaktır. Sonuç olarak, ilaçta monopolleşme sürecinin Türkiye ilaç

sektörüne etkileri ele alınarak bu sürecin hem toplumsal olarak hem de Türkiye ekonomisi açısından etkileri ve yarattığı sonuçlar üzerinde durulacaktır.

Anahtar Kelimeler: İlaçta Küreselleşme, Çok Uluslu Şirketler, Sermayenin Yoğunlaşması, Fiyat Rekabeti, Oligopol



ABSTRACT

OLIGOPOLY MARKETS IN DRUG MARKET

Sezgi SAHİLLİ SEYYAH

Thesis of Master

Department of Economics

Advisor: Professor Dr. Bahadır AYDIN

September 2017, 78 + xiv Pages

The pharmaceutical industry has become a profit tool for multinational corporations because of its monopolistic tendency with structural monopolistic features. Leaving the indispensable product, the medicine and pharmaceutical industry, to the dynamics of capitalist market economics, has serious implications for public rights. Today, it is seen that there is a system dominated by the capital and centralized by the multinational companies, rather than a system based on the absolute control and intervention of the public authority in the pharmaceutical market. The main aim of the study in this case is to explain how the oligopoly work in the pharmaceutical sector is, how it affects the operation of competition and legislation and practices in the world and in Turkey, and the necessary policy proposals for the establishment of a system based on the social and indispensable nature of the drug. In order to be able to do this examination, firstly the basic structure of oligopoly markets, examining drug markets in terms of supply and demand, analysis of the basic issues of the pharmaceutical market, patent protection, disclosure of research and development (R&D) and monopoly conditions, globalization and the effects of multinational companies in the pharmaceutical sector, price competition in free market conditions and markets where the public sector is involved, competition between original and generic products will be analyzed. All these analyzes will cover structural adjustment programs that play a role in the formation of a monopolistic market and laws and agreements that protect the

interests of multinational corporations. As a result, the effects of the monopolization process on the pharmaceutical sector in Turkey will be examined and the effects of monopolization process in terms of both social and Turkish economy will be discussed.

Key Words: Drug Globalization, Multinational Corporations, Condensation of The Capital, Price Competition, Oligopoly





*Sevgili eşime ve
varlıklarıyla cesaretlendiren çocuklarım,
Toprak ve Poyraz'a ithafen...*

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	ii
ETİK UYGUNLUK BEYANI.....	iii
ÖNSÖZ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	x
TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
GİRİŞ.....	1
I. BÖLÜM	
1. PİYASA KAVRAMI.....	2
1.1. Piyasa Yapıları	3
1.1.1. Tam Rekabet Piyasası	3
1.1.2. Aksak Rekabet Piyasaları	5
1.1.2.1. Monopol.....	5
1.1.2.2. Oligopol	8
1.1.2.2.1. Anlaşmalı Oligopol Modeli	9
1.1.2.2.2. Anlaşmasız Oligopol Modelleri	11
1.1.2.2.3. Oligopolde Oyun Teorisi	14
1.1.2.3. Monopolcü Rekabet (Tekelci Rekabet)	15
II. BÖLÜM	
2. İLAÇ PİYASASININ YAPISI VE ÖZELLİKLERİ	17
2.1. İlacın Tanımı	17
2.2. İlacın Piyasa Yapısı	17

2.2.1. İlaç Piyasasında Arz	18
2.2.2. İlaç Piyasasında Talep	19
2.3. İlaç Piyasasının Temel Konuları	20
2.3.1. İlaç Piyasasında Patent Koruması	21
2.3.2. İlaç Piyasasında Ar-Ge	23
2.3.3. İlaç Sanayiinde Monopol ve Monopolcü Rekabet Piyasalarının Özellikleri	26
2.3.3.1. İlaç Sanayi Bakımından Monopolleşmenin İlk Koşulu: Mala Olan Talep	27
2.3.3.2. İlaç Sanayi Bakımından Monopolleşmede İkinci Koşul: Toplaşma Oranı	27
2.3.3.3. İlaç Sanayi Bakımından Monopolleşmede Üçüncü Koşul: Malın Fiyatının Belirlenmesi	29

III. BÖLÜM

3. İLAÇ SEKTÖRÜNDE KÜRESELLEŞME VE ÇOK ULUSLU ŞİRKETLER.30

IV. BÖLÜM

4. İLAÇ SEKTÖRÜNDE FİYAT REKABETİ VE UYGULANAN POLİTİKALAR.....33

4.1 Serbest Pazar Koşullarında Ürün Grupları Arasındaki Fiyat Rekabeti.....	34
4.1.1. Orijinal İlaçlar Arasındaki Rekabet.....	34
4.1.1.1. Patent Döneminde Yaşanan Rekabet.....	34
4.1.1.2. Ar-Ge Sürecinde Yaşanan Rekabet	36
4.1.2. Orijinal İlaç ile Jenerikleri Arasındaki Rekabet	36
4.1.3. Jenerik İlaçlar Arasındaki Rekabet.....	41
4.2. Devlet Kesiminin Yer Aldığı Pazarlarda Fiyat Rekabeti	42
4.2.1. İlaç Piyasasında Devlet Ve Sermaye İlişkisi Üzerine Değerlendirme	45

V. BÖLÜM

5. TÜRKİYE İLAÇ SEKTÖRÜNDE MEVCUT DURUM VE

ÖNERİLER

5.1. Türkiye İlaç Sektörünün Genel Durumu	48
---	----

5.1.1. Türkiye İlaç Sektöründe Ar-Ge Faaliyetleri ve Patent.....	50
5.1.2. Türkiye İlaç Sektöründe Birleşme ve Devralma	51
5.1.3. Türkiye İlaç Sektöründe Yoğunlaşma Oranı.....	52
5.1.4. Türkiye İlaç Sektöründe İthalat ve İhracat	53
5.2. Türkiye İlaç Sektöründe Temel Düzenlemeler ve Bunların Piyasa Üzerindeki Etkileri.....	54
5.2.1. Türkiye'de Ruhsatlandırma	55
5.2.2. Türkiye'de Fiyatlandırma	56
5.2.3. Türkiye'de Geri Ödeme.....	58
5.2.4. Türkiye İlaç Piyasası Hakkında Genel Değerlendirme	59
VI. BÖLÜM	
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
KAYNAKLAR	69

TABLÖLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo 2.1: Patent başvurularının mal ve hizmet sınıflarına göre dağılımı (TPE, 2017)	22
Tablo 3.1: Net satışlara göre dünyanın ilk 10 firması (IMS, 2014)	32
Tablo 5.1: Eczacılık Ürünleri İthalat ve İhracatı (ABD Doları) (TUIK)	54
Şekil 2.1: Cirodan Ar-Ge'ye ayrılan paya göre (%) endüstri kolları (EFPIA, 2014)	24
Şekil 2.2: Dünya ilaç pazarı 2013 yılı satışları (EFPIA, 2014)	28
Şekil 5.1: Türkiye tıbbi ürün pazarındaki ilaçların satış değeri (IMS, 2015)	49

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
AB-28	: Avrupa Birliği Üyesi Ülkeler
AİBÜ	: Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Ar-Ge	: Araştırma Geliştirme
CBO	: Congressional Budget Office (Kongre Bütçe Ofisi)
çev.	: Çeviren
EFPIA	: The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (Avrupa İlaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu)
FTC	: Federal Trade Commission (Federal Ticaret Komisyonu)
HHI	: Herfindahl-Hirschman Endeksi
IMS	: International Medical Statistics (Uluslararası Tıbbi İstatistikler)
İEİS	: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
OPEC	: Petrol İhraç Eden Ülkeler Organizasyonu
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
STD	: Sağlık Teknoloji Değerlendirmesi
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TEPAV	: Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı
TPE	: Türk Patent Enstitüsü
TRIPS	: The Agreement On Trade-Related Aspects Of Intellectual Property Rights (Ticaretle İlgili Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması)
WHO-DSÖ	: World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü
WTO-DTÖ	: World Trade Organization-Dünya Ticaret Örgütü

GİRİŞ

İktisat teorisinde firma dengesi analizi, firmaların içerisinde faaliyet gösterdikleri piyasanın yapısal özelliklerine bağlı olarak analiz edilmektedir. Bu yapısal özellikler, alıcı ve satıcı sayısına bağlı oluşan rekabet düzeyi, piyasa payları ve yoğunlaşma derecesinden oluşmaktadır.

Literatürde başlıca iki referans piyasa yapısından söz edilir. Bunlar, tam rekabet ve eksik rekabet piyasa oluşumlarıdır. Eksik rekabet piyasalarını da monopol, oligopol ve monopolcü rekabet piyasası olarak ayırmak mümkündür. Tam rekabetten monopole doğru yoğunlaşma ve piyasa paylarının arttığı gözlenirken, uygulamada firma sayısının ne tam rekabette olduğu gibi sonsuza yakınsadığı, ne de monopol gücün teorik anlamda kurulabildiği gözlemlenmektedir. Uygulamada karşılaşılan ise, genelde baskın bir firmanın yanında küçük ölçekte diğer firmaların da yer aldığı, ya da bir firmanın diğerine üstünlük sağlayamadığı az sayıda firmaların bir arada faaliyet gösterdikleri piyasa yapılarıdır. Bu tür piyasa yapılarının oligopolistik özellik gösterdiği söylenir.

Tezin birinci bölümünde piyasa kavramı, tam rekabet ve eksik rekabet piyasaları anlatılacaktır. İkinci bölümde, ilaç sektöründe arz ve talebi yapısal özellikleriyle değerlendirerek ilaç piyasasını diğer piyasalardan farklı kılan özellikler incelenecektir. Üçüncü bölümde, rekabeti kısıtlayan en önemli etken olan küreselleşmenin ilaç sektöründeki yeri açıklanacaktır. Küreselleşme hareketinin temel kavramları olan monopolleşme, yoğunlaşma ve çok uluslu şirketlerin ilaç sektöründeki etkilerine değinilecektir. Dördüncü bölümde, ilaç sektöründe fiyat rekabeti açıklanarak rekabeti sağlamaya yönelik politika uygulamalarına yer verilecektir. İlaç harcamalarını kontrol altına almak amacıyla uygulanan politikalar ve bu politikaların hangi araçlarla kontrol edilmeye çalışıldığı açıklanacaktır. Son olarak beşinci bölümde, Türkiye ilaç sektöründeki mevcut durum analiz edilecektir.

I. BÖLÜM

1. PİYASA KAVRAMI

İktisat, kişilerin iktisadi davranışlarını analiz eder. İktisatçılar bunu daha kolay ve sistemli şekilde inceleyebilmek için piyasa kavramını ürün-mal piyasası, kaynak-faktör piyasası ve varlıklar piyasası olarak üç farklı gruba ayırırlar. Bunlardan ürün-mal piyasası malların alıcı ve satıcılarını bir araya getiren unsurları incelerken, kaynak-faktör piyasası üretim faktörlerinin yani kaynakların alıcı ve satıcılarının karşılaştığı piyasaları inceler. Üretim faktörleri emek, sermaye, toprak ve girişimcidir. Varlıklar piyasası ise para, tahvil, hisse senedi gibi alternatif servet biçimlerinin alıcıları ve satıcılarını bir araya getiren kolaylıkları ifade eder (Ünsal 2000: 28). Piyasa kavramını; alıcı ve satıcıların kolayca ilişki kurdukları bir ortamda, iyi tanımlanmış bir ürünün değişim pazarlığını yaptıkları bir alan olarak da tanımlamak mümkündür (Lipsey vd., 1984: 77).

Piyasa mekanizmasında alıcıların (tüketicilerin) ve satıcıların (firmaların) piyasada bir araya gelmeleri sonucu, her mal için bir fiyat oluşur. Bir malın piyasa dengesi, tam rekabet koşullarında fiyat ve miktarın malın talep ve arzını eşitlediği durumdur. Üretilen her malın veya hizmetin bir parasal karşılığı vardır ve bu da geliri oluşturur. Gelirin, üretime katılan faktörler arasında ne şekilde dağıtılacağı bölüşüm kavramının ortaya çıkmasına neden olur.

Bir toplumda, ürünlerin veya gelirlerin nasıl paylaşılması gerektiğini belirleyen sisteme bölüşüm, gelirlerin veya ürünlerin bireyler veya sosyal topluluklar arasında bölüşüm şeklini düzenleyen toplumsal ilişkilere, bölüşüm ilişkileri; bölüşüm ilişkileri sonucunda birey veya gruplara dağıtılan ürünlerden elde edilen payların ifadesine gelir dağılımı denmektedir (Boratav 1976: 8-9).

Bireyler, belirli bir toplum içinde, emeğini ve tabii kaynakları kullanarak sosyal düzenin imkan ve kuralları çerçevesinde üretim yaparlar. Üretilen mal ve hizmetlerin kaynaklar arasındaki bölüşümü ve kaynakların kullanımı sonucunda ortaya çıkan net gelirin kendi aralarında ne şekilde bölüşülmesi gerektiği sadece ekonomik olmayıp toplumsal, siyasal ve kültürel açıdan da önemle üzerinde durulması gereken bir konudur.

Bölüşüm ve üretim, aralarında kuvvetli iktisadi ilişkileri olan kavramlardır. Selik'e göre, Marx, bölüşümün üretime bağlı bulunduğu görüşünde idi ve bölüşüm, üretimden bağımsız olarak açıklanamazdı (Selik 1982: 112).

Bölüşümün temel kaynakları içinde yer alan kar, bu konuda önemli bir yere sahiptir. Marx (1979)'a göre kapitalist, emeği daha fazla çalıştırarak elde ettiği değeri arttırır. Emek sonucu yaratılan değer ile kapitalistin katlandığı arz fiyatı arasındaki fark, emekten elde edilen artık değeri gösterir. Yine Marx (2000)'a göre karın kaynağı artık değerdir. Öztürk'e göre Marx, bölüşüm kavramını açıklarken, değerden yola çıkarak artık değere, buradan da kara ulaşmaktadır (Aktaran: Öztürk 2010: 73).

Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılacağı gibi bölüşümün ön koşullarını üretim ve artık değer sonucu ortaya çıkan kar oluşturmaktadır.

1.1. Piyasa Yapıları

1.1.1. Tam Rekabet Piyasası

Tam rekabet ideal ve etkin çalıştığı düşünülen bir piyasa yapısıdır. İktisat bilimi kapsamında tam rekabet piyasası, çok sayıda alıcı ve satıcının bulunduğu, karar birimlerinin tam bilgiye sahip olduğu, faktör akışkanlığının tam olduğu, piyasaya giriş ve çıkışların serbestçe yapılabildiği, bölünebilen ve homojen malların yer aldığı bir piyasa biçimi şeklinde tanımlanabilir (Ünsal 2000: 288).

Belirgin olarak, tam rekabet altında, kaynaklar firmalar arasında, nihai ürünler hanehalkları arasında etkin olarak dağılırlar ve sistem talebe göre insanların istediği şeyleri üretir (Case, Fair ve Oster 2011: 254).

Tam rekabetçi model bazı varsayımlara dayalı olarak oluşturulmaktadır:

- Firmalar fiyat alıcısıdır: Endüstride o kadar çok firma vardır ki her biri toplam endüstri arzının önemsiz bir kısmını üretir ve dolayısıyla ürünün fiyatını etkileyebilecek herhangi bir gücü yoktur. Fiyat, piyasada arz ve talebinin eşitlendiği düzeyde oluşur. Bu nedenle firma yatay bir talep eğrisi ile karşı karşıyadır.

- Yeni firmaların ve diğer sektörlerdeki firmaların farklı piyasalara girişi tamamen serbesttir: Mevcut firmalar yenilerinin piyasaya girişini durduramazlar. Ama iş kurmak zaman alır. O nedenle giriş serbestliği uzun dönemde geçerlidir. Öyleyse uzun dönemde tam faktör akışkanlığı var demektir. Karlar başka alanlarda olduğundan daha yüksekse, diğer firmalar serbestçe bu endüstriye gelir. Aynı şekilde, aynı işe verilen ücret başka alanlarda olduğundan daha yüksekse, işçiler serbestçe bu endüstriye gelirler ve bir engelle karşılaşmazlar.

- Tüm firmalar aynı ürünü üretir (Ürün homojendir): Markalama ya da reklam yoktur.

- Üretici ve tüketiciler piyasa hakkında tam bilgi sahibidir: Yani üreticiler ve tüketiciler, fiyatlar, maliyetler ve piyasa fırsatlarını tam olarak bilmektedir.

Tam rekabetçi modele göre, yukarıdaki dört özelliğe sahip olmayan her pazar veya endüstri ‘eksiktir’ ve geliştirilebilir (genellikle anti-tekel tedbirler ve diğer devlet müdahaleleri yoluyla). Aksak rekabet ürün farklılaştırmasının, fiyat ayrımcılığının ve yüksek yoğunlaşmanın mevcut olduğu endüstrileri kapsar (Skousen 2009: 181).

Kaynakların etkin dağılımının sağlanmadığı bu piyasa yapılarını aşağıdaki ayrımlarda incelemek mümkündür.

1.1.2. Aksak Rekabet Piyasaları

Firmaların çıktı fiyatları üzerinde kontrol gücünün olduğu piyasa veya endüstriler aksak rekabet piyasaları olarak adlandırılır. Bu firmalar ürünlerini farklılaştırabilirler, reklam yapabilirler, kaliteyi arttırabilirler, piyasada saldırganca tavırlar sergileyebilirler, fiyat kırabilirler ve daha pek çok strateji geliştirebilirler (Case, Fair ve Oster 2011: 261).

Piyasadaki firma sayısı ve malların niteliğine (homojen ya da farklılaştırılmış mal) ilişkin varsayımlar değiştiğinde başka olası piyasa yapılarıyla karşılaşırız. Tam rekabetçi firmaların tam zıt ucunda monopoller yer alır. Bir endüstrideki monopol, diğer tüm firmaların girişlerini engellemiş tek bir firmayı ifade eder. Oligopol ise az sayıda firmanın piyasa üretimi ve kendi çıktıları üzerinde söz sahibi olduğu bir piyasa yapısıdır. Girişlerin serbest olduğu ve malların farklılaştırıldığı endüstriler ise monopolcü rekabetin olduğu endüstriler olarak adlandırılır (Case, Fair ve Oster 2011: 262). Bu farklı piyasaları aşağıdaki özellikler çerçevesinde analiz etmek mümkündür.

1.1.2.1. Monopol

Bir malı, bir tek firma tüm tüketicilere arz ediyorsa monopol piyasası söz konusudur. Bir endüstride monopolcü firmanın tek firma olduğunu söylediğimizde bu ne anlama gelir? Piyasada tüketicilere yönelik sadece spesifik ürünleri üreten firmalar yaygındır. Procter&Gamble (P&G) örneğin tek fildişi sabun üreticisidir. Fakat biz bu firmalardan hiçbirini monopolcu olarak adlandırmayız çünkü daha pek çok firma bu malların yakın ikamesini üretebilmektedir. Tüketiciler fildişi sabun yerine Dove sabun tercihinde bulunabilirler. Bundan dolayı monopol tanımlaması daha hassas olmalıdır. Bu noktadan hareketle saf monopol, hiçbir yakın ikamesi üretilmeyen bir malı üreten ve diğer firmaların endüstriye girişini engelleyebilen tek bir firmanın bulunduğu endüstri olarak tanımlanabilir (Case, Fair ve Oster 2011: 262).

Monopolün özellikleri şunlardır:

- Monopol satışlarının yalnızca fiyatına ve tüketicilerin davranışlarına bağlı olduğunu düşünür. Bir diğer deyişle monopolcü diğer hiçbir üreticinin ya da arz grubunun rekabetiyle karşılaşmayacağını farzeder.

- Aslında piyasada yalnızca birtek üreticinin olması gerekli değildir. Önemli olan fiyatın sanki birtek arz edici varmış gibi saptanmasıdır. Örneğin petrol fiyatları konusunda OPEC yalnızca birtek üretici varmış gibi davranmaktadır. Bir monopol piyasasının oluşması için yalnızca arzedenlerin sayısı yeterli değildir. Önemli olan fiyatın merkezi olarak saptanmasıdır.

Monopolün ortaya çıkış nedenleri konusunda dört neden üzerinde durulabilir:

Piyasaya giriş engellerinin olması: İktisatçılar diğer firmaların piyasaya girmelerini engellemek amacıyla monopolün oluşmasına neden olan unsurları giriş engelleri olarak nitelendirirler ve giriş engellerini dört grupta ele alırlar:

Giriş engellerinden ilki, bir malı üretmek için kullanılan ve yakın ikamesi bulunmayan hammaddeyi tek bir üreticinin kontrol etmesidir. Bu durumda firma, hammaddeyi diğer firmalara satmayarak, sözkonusu malın diğer firmalar tarafından üretiminin yapılmasını engelleyebilir. Kısaca bu durum yakın ikamesi olmayan hammaddeyi kontrolü olarak nitelendirilir. Giriş engellerinden ikincisi, bir malın piyasa talebinin, çok sayıda küçük üreticiye kıyasla bir büyük üretici tarafından daha düşük fiyata karşılanmasıdır. Kısaca ölçek ekonomileri olarak nitelendirilir. Ölçek ekonomileri sonucu oluşan monopole doğal monopol denir ve ölçek ekonomileri ile yakın ikamesi olmayan maddelerin kontrolü, teknolojik giriş engelleri olarak tanımlanır. Giriş engellerinin üçüncüsü, yeni bulunan ürünlerin kullanım yetkisinin belirli bir süre için sadece o buluşu meydana getiren firmaya verilmesidir. Giriş engellerinin sonuncusu, bir ürünün üretim izninin, devlet yetkisiyle sadece bir firmaya verilmesidir. Kısaca hükümet lisansları ve imtiyazları diye adlandırılır (Ünsal 2000: 343).

Monopolün ortaya çıkış nedenleri konusunda sıralanan maddelerden diğer üçü şu şekildedir:

Farklılaştırma: Tek bir piyasa yerine birçok piyasada monopol konumuna sahip olunması tercih edildiğinden bir engel olarak mal farklılaştırılmasına gidilmektedir. Piyasaların birbirleriyle bağlantılı olduğu durumda onlardan birinde fiyat artarsa diğerinin talebi iki malın tamamlayıcı ya da ikame malı olmasına göre yer değiştirmektedir. Ne olursa olsun tüketici bir grup olarak karşısına çıkan monopole bağlı kalmaktadır.

Bütünleşme: Bir firma bir nihai malın üretimi için gerekli tüm hammaddeyi satın aldığı zaman o malın üretiminde bir monopol gücü elde eder.

Bir eşgüdüm gerekliliği: Baraj, otoyol yatırımları gibi bazı işlerin gerçekleştirilmesi için, ihalenin birçok firma yerine birtek firmaya verilmesi tercih edilmektedir (Parasız 1998: 88).

Monopolcü yerleşik firmaların, piyasaya girişi engellemek amacıyla uyguladığı bazı stratejiler vardır. Bunlar, yıkıcı fiyat, limit fiyatlama, rakiplerin maliyetini yükseltme, fiyat makası, aşırı kapasite bulundurma gibi uygulamalardır.

Yıkıcı fiyatlama, rekabetten kaynaklanan ve promosyon gibi amaçlarla yapılan fiyat kırma eyleminden farklı olarak, rakipleri piyasanın dışına itmeyi amaçlayan bir uygulamadır. Limit fiyatlama, hakim durumdaki firmanın pazara girişine engel olmak amacıyla tekellerin bir kısmından vazgeçmesi ve pazarı cazip hale getirmekten kaçınması olarak açıklanabilir. Rakiplerin maliyetini yükseltme, bir ürünü tamamlayıcı parçaları ile birlikte üreten bir firmanın söz konusu tamamlayıcı parçayı farklı bir şekilde tasarımıyarak sadece parça üreten rakiplerinin pazara giriş maliyetini yükseltmesi anlamındadır. Fiyat makası da maliyet yükseltmenin bir türüdür. Son olarak aşırı kapasite bulundurma, firmanın ihtiyacı olmadığı halde kapasitesini büyütmesi ve aşırı kapasite ile çalışması durumunda potansiyel rakipleri üzerinde caydırıcı bir etki yaratması şeklinde açıklanabilir (Ekdi 2003: 11-15).

Monopollerin (tekellerin), öteki firmalara kıyasla maliyetin üzerinde fiyat koymalarının kamu çıkarına uygun olmadığı şeklinde görüşler vardır. Bu durumun nedeni olarak da, istenmeyen gelir dağılımına neden olduğu ve rekabet eksikliği

yaratarak, etkin ve yenilikçi olma motivasyonunu ortadan kaldırıp, istenmeyen siyasal baskılar yapmaları gibi nedenler gösterilmektedir.

Şu ana kadar iki tane saf piyasa yapısı üzerinde durulmuştur. Bir uçta herbirinin piyasa içindeki payının çok küçük olduğu birçok firmanın yer aldığı, homojen malların üretildiği ve piyasa gücünün var olmadığı tam rekabet piyasası vardır. Bu piyasada yer alan her bir firma, fiyatı veri olarak alır ve tam elastik bir talep fonksiyonu ile karşı karşıya kalır. Diğer uçta ise, piyasada sadece tek bir firmanın üretim yapıyor olduğu saf monopol (tekel) piyasası vardır. Bu piyasada üretim yapan firma tek olduğu için fiyatı belirleme gücüne sahiptir ve giriş engelleri olması dolayısıyla da rekabetçi ortama karşı korunmaktadır. Piyasa talep eğrisi kuralları ile karşı karşıya kalmamış olsaydı, bu firmanın piyasa gücü tam olacaktı. Ancak monopolcü bir firma bile, insanların istedikleri ve bedelini ödemeye hazır oldukları malları üretmek zorundadır (Case, Fair ve Oster, 2011: 283).

Bundan sonraki iki bölümde firmaların belli oranlarda piyasa gücüne sahip oldukları ve aynı zamanda rekabetle de karşı karşıya kaldıkları iki piyasa üzerinde durulacaktır: oligopol ve monopolcü rekabet piyasaları.

1.1.2.2. Oligopol

Oligopol piyasası, fiyatları etkileyecek kadar büyük ölçekli az sayıda firmanın hüküm sürüyor olduğunu ifade eder (Case, Fair ve Oster 2011: 283). Başka bir deyişle, bir endüstrinin büyük kısmını az sayıda firmanın aralarında paylaşması durumunda oligopol oluşmaktadır (Sloman 2003: 211).

Oligopol piyasalarında rekabet oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Oligopol piyasasında rekabet sadece fiyat konusunda değil, aynı zamanda yeni ürünlerin geliştirilmesi, üretilen bu ürünlerin tanıtılması ve pazarlanması ve bu malların tamamlayıcısı olan yeni malların üretilmesi konusunda da olmaktadır. Rekabetçi yapı yanında rekabetin ortadan kalktığı modellerin varlığı, farklı oligopol modellerinin

geliştirilmesine neden olmuştur. Bu nedenle önce anlaşmalı oligopol modelleri daha sonra da anlaşmasız oligopol modelleri kısaca açıklanacaktır.

1.1.2.2.1. Anlaşmalı Oligopol Modeli

Açık Anlaşma: Kartel/Tröst

Bir grup firmanın toplanarak, malın fiyatı ve miktarı ile ilgili kararları beraber almaları durumu kartel olarak adlandırılır (Case, Fair ve Oster 2011: 287).

Oligopol durumundaki işletmelerin tek tek kendi karlarını maksimize etmek yerine grubun karını maksimize etmeleri durumunda yararları daha fazla olabilir. Böylece işletmelerin aralarında gizli anlaşmaya gitmeleri, birleşik karlarını maksimize etmelerine ve fiyatlarını rekabetçi piyasaların üzerinde belirlemelerine izin verecek ve karteli oluşturan firmaların belirledikleri fiyat monopolün fiyatına yaklaşacaktır (Parasız 1998: 115). Günümüzün en belirgin karteli Petrol İhraç Eden Ülkeler Örgütüdür (OPEC).

Tröstler, işletmeler arasında kullanılan bir birleşme yöntemidir ve az kullanılmaktadır. Tröstün amacı, iki veya daha fazla firmanın yönetimini belirli bir grubun himayesinde bulundurmaktır. Tröste katılan işletmelerin pay senetleri tröstün senetleriyle değiştirilmekte ve sözkonusu tröst kendine katılan bu işletmelerin yönetimini elde etmiş sayılmaktadır. Tröst şeklindeki oluşumlar monopolleşmeye neden olduğu için çeşitli ülkelerde kanunlarla yasaklanmıştır (Sabuncuoğlu ve Tokol 2001: 150).

Karteli, belirli bir piyasada tekel yaratmak amacıyla yapılan firmalar arası bir anlaşma, tröstü ise işletmeler arası bir birleşme şekli olarak tanımlamak mümkündür. Kartelde işletmelerin hukuki bağımsızlıklarını yitirmeden anlaşma yaptıkları; tröstte ise işletmelerin hukuki ve ekonomik bağımsızlıklarını kaybettikleri görülmektedir.

Fiyat Liderliği Modeli

Başka bir oligopol şekli de, tek bir büyük firmanın piyasaya hakim olduğu, buna karşılık diğer küçük firmaların ise lider konumda bulunan bu firmanın fiyat politikasını takip ettiği durumdur ki buna fiyat liderliği modeli denir. Lider firma, diğer küçük firmaların kendisini izlediklerini bilmesi durumunda, bu küçük firmaların belli bir fiyattan mal satarak tatmin olacakları üretim miktarını toplam piyasa talebinden çıkararak, kendi piyasa talebini oluşturur (Case, Fair ve Oster, 2011: 288).

Oligopolde fiyat önderliğiyle ilgili olarak hakim firma ve barometrik firma ayrımı yapılır. Hakim firma; birçok firmanın olduğu bir piyasada kendi stratejisini belirlerken potansiyel rakip olan diğerlerinin tepkilerini gözardı edecek kadar güçlü olan firmadır. Başlangıç hipotezi şöyledir: hakim firma piyasa fiyatını belirler. Daha sonra rakiplerini bu fiyattan istedikleri kadar satmaları için serbest bırakır. Eğer buna rağmen piyasa talebi karşılanmamışsa geri kalan talebi kendisi karşılar. Burada en önemli sorun fiyatın saptanmasıdır. Hakim firma toplam arzı ve piyasa talebini bildiği için belirlediği fiyatın karını maksimize etmesi gerekir. Firmalar arası olası karşılıklı bağımlılık yoktur ve hakim firma sanki bir monopolmüş gibi davranır (Parasız 1998: 117).

Küçük firmaların davranışlarının hakim firma için bir kısıt oluşturuyor olması, genellikle hakim firmanın bu küçük firmaları satın almak veya birleştirmek suretiyle onları piyasadan çıkarmaya istekli olması gerçeğini doğurmaktadır. Hakim firmanın küçük firmaları pazarın dışına atabilmesinin alternatif bir yolu ise, aşırı rekabetçi fiyat uygulamasıdır. Fiyat liderliğinde olduğu gibi küçük firmalarla anlaşmak yerine, hakim firma fiyatlarda çok yüksek düşüşler yapar ve küçük firmalar piyasayı terk edene kadar da buna devam edebilir. Hakim firmanın, küçük firmaları piyasadan çekilmeye zorlamak için, geçici sürelerle çok yüksek fiyat indirimleri yapması olayına yıkıcı fiyatlandırma denilmektedir. Bu tür fiyatlandırma çok maliyetlidir ve genellikle de etkisizdir (Case, Fair ve Oster 2011: 288).

Barometrik firma; rakip firmaların bir araya gelmelerini sağlayan bunun içinde en güçlü olması gerekmeyen firmadır. Bununla birlikte barometrik firma piyasayı iyi bildiğinden, diğer firmaların gözünde fiyatı saptamaya en ehil firmadır (Parasız 1998: 117).

Barometrik firma gerçek hayatta sürekli değişir. Fiyatların yükselmesinde herhangi bir firma öncülük yapabilir. Eğer öteki firmalar da sadece başı çekecek birini beklemekteyse (diyelim ki maliyetler yükseldiği için), ardından hemen hepsi izlemeye geçer (Sloman, 2003: 215).

1.1.2.2.2. Anlaşmasız Oligopol Modelleri

Cournot Modeli:

Cournot modeli 1838 yılında Fransız iktisatçı Augustin Cournot tarafından geliştirilmiş olup, bilinen ilk oligopol modelidir.

Cournot modelinde iki firma vardır. İki firmadan oluşan oligopolün düopol olarak tanımlanması nedeniyle, Cournot modelinde düopol piyasasındaki üretim ve fiyatlandırma kararlarının incelendiğini söyleyebiliriz (Ünsal 2000: 404). Burada firmaların aynı tür mal ürettikleri ve aynı tür maliyet yapılarına sahip oldukları, firmaların gizli anlaşma yapmadıkları varsayılmaktadır (Case, Fair ve Oster 2011: 289).

Tam rekabetçi firmanın aksine, oligopol piyasasındaki bir firmanın optimal kararı piyasadaki diğer firmaların davranışlarına bağlıdır. Burada modelini açıklamaya çalıştığımız düopolde sadece iki firma olduğundan, bir firmanın üretim miktarı, diğer firmanın ne kadar ürettiğine bağlıdır. Cournot modeli, bir firmanın davranışını modellerken, bu firmaların birbirleriyle davranışlarını nasıl dikkate almaları gerektiği konusunu vurgulamaktadır.

Optimal düzeyde çıktı üretmek için, bir monopolcü sadece kendi maliyetlerine ve karşı karşıya kaldığı talep eğrisini dikkate alırken düopolcü bir firma başka faktörü

de dikkate almak zorundadır: rakibi ne kadar miktar mal üretecektir? Rakip firma ne kadar çok mal üretirse, diğer firmanın üreteceği mal miktarı o kadar az olacaktır. Cournot modelinde her bir firma rakibinin ne kadar üretebileceğini tahmin eder ve piyasa talebinden bu miktarı düşükten sonra arta kalan miktara göre üretmek suretiyle en etkin üretim miktarını belirlemiş olur (Case, Fair ve Oster 2011: 289). Böylece birinci firma tarafından üretilen mal miktarının azaldığı ve rakip firma tarafından üretilen mal miktarının arttığı bu süreç sonunda oluşan denge, Cournot dengesi olarak nitelendirilir. Cournot modelindeki denge daha sonra Nash tarafından geliştirilen oyun teorisindeki Nash dengesi ile örtüşür.

Bertrand Modeli:

Bertrand modelinde, her düopolcünün karını maksimum yapacak üretim miktarını belirlerken öteki düopolcünün, o andaki üretim miktarını değil o andaki fiyat düzeyini değiştirmeyeceği varsayılır (Cournot modelinde ise her düopolcü karını maksimum yapan üretim miktarını, diğer düopolcünün o andaki üretim miktarını değiştirmeyeceğini varsayarak belirler). Bertrand modelini Cournot modelinden ayıran bu varsayımın yanında, her düopolcünün piyasa talebinin tamamını karşılayabilecek bir kapasiteye sahip olduğu da varsayılır (Ünsal 2000: 410). Bertrand modelindeki denge üretim düzeyi, tam rekabet piyasasından farklı değildir. İki firma tarafından üretilen toplam mal miktarı, sıfır maliyetli üretim varsayımı altında, talep eğrisinin miktar eksenini kestiği noktadaki oran kadardır. Bertrand modeli bir paradoks içerir. Fiyatlardaki sürekli düşüş iki firmanın da marjinal maliyet fiyatlaması yapmasına kadar devam eder. Oysa ki iki firma ile rekabetçi sonuca ulaşamaz $P=MC$. Buna Bertrand paradoksu denir.

Edgeworth Modeli:

Edgeworth modelinde Bertrand modelinin aksine firmaların üretim kapasiteleri sınırlıdır. Böylece hiçbir firma piyasa talebinin tamamını tek başına karşılayamamaktadır. Klasik düopol modellerinin herbirinin ortak yanı tecrübeden hiçbir şekilde yararlanmamalarıdır. Rakip firmanın üretim düzeyinin ya da tespit ettiği

fiyatın değişmeyeceği hareket noktası olarak alınmakta, her yeni fiyat ya da miktar ayarlaması buna göre olmaktadır. Diğer taraftan rakip firmanın fiyatını değiştirmeyeceği varsayımının kabul edilmesi birbirinden çok farklı sonuçlar vermektedir. Fiyatın değişmeyeceği varsayımıyla beraber kapasitenin sınırlanması da söz konusu olunca, artık model belirli bir çözüm verememekte ve fiyat iki sınır arasında dalgalanmaktadır. Bu sebeplerle klasik düopol modelleri gerçek hayatı açıklayacak, ilerisi hakkında tahminlerde bulunmayı sağlayacak tutarlı bir nitelik taşımamaktadır (Türkey 1986: 235-237).

Chamberlin Modeli:

Chamberlin modelinde firmalar durumlarını değerlendirirken hepsinin aynı sonuçlara katlanacaklarını düşünerek ortak karlarını artırmaya çalışırlar. Varsayım olarak önceden almış oldukları kararların yanlış olmasından ders almışlardır. Başlangıç noktası ve diğer tüm varsayımlar Cournot Modeli ile aynı olmasına karşın Chamberlin Modeli'nde firmalar aralarındaki karşılıklı bağımlılığı farkedirler ve kar elde etmek için en iyi çözümün monopolcü üretim düzeyini paylaşmak olduğu sonucuna varırlar. Bu durumda Chamberlin Modeli' nin istikrarlı olduğu görülür (Ünsal 2000: 414).

Stackelberg Modeli:

Cournot düopol modelinden yararlanılarak geliştirilen Stackelberg modelinde düopolcülerden birinin Cournot modeline benzer şekilde karşılıklı bağımlılığın olmadığını, diğer düopolcü firmanın ise Cournot modelindeki tersine karşılıklı bağımlılığın olduğunu düşündüğü varsayılır. Karşılıklı bağımlılığın olduğunu düşünen firma önder firma, tersini düşünen öteki firma ise takipçi firma adını alır (Ünsal 2000: 415). Burada piyasanın ulaştığı denge istikrarlıdır, fakat her iki firmanında önder firma olarak hareket etmesi durumunda, piyasa istikrarsız hale dönüşür. Bu durum, firmalardan birinin izleyiciliği kabulleneceği bir fiyat savaşına ya da anlaşmaya vardıkları (yani her iki firmanın daha yüksek kâr elde edeceği) bir sonuca gider. Dolayısıyla Stackelberg modeli, her iki firma içinde pazarlığın ve anlaşmanın yararlı olacağını göstermektedir.

Sweezy Modeli: Dirsekli Talep Eğrisi

Sweezy modelinde firmaların yakın ikame mal üretikleri varsayılır. Firmalardan biri fiyatı yükseltirse rakip firmaların aynı şekilde davranmayacaklarını, fakat aynı firma fiyatı düşürürse rakiplerinin de aynı şekilde davranıp fiyat düşüreceklerini varsayar. Bu varsayımların sonucu olarak, Sweezy modeli oligopolistik piyasalarda fiyatların katı olduğunu ve fiyattaki değişmeye tepkilerinin asimetrik olduğunu savunur. Dolayısıyla oligopol piyasasındaki bir firmanın karşı karşıya olduğu talep eğrisi dirsekli bir talep eğrisi olarak tanımlanır. Sonuç olarak Sweezy modelinde oligopol firma, maliyetteki ve talepteki değişmelere fiyat üzerinden değilde ürettiği malın miktarını değiştirerek tepki göstermektedir (Ünsal 2000: 417-419).

1.1.2.2.3. Oligopolde Oyun Teorisi

Oyun teorisi, Amerikalı iktisatçılar John Von Neumann ve Oscar Morgenstern tarafından 1944 yılında geliştirilmiştir. Oyun teorisi, bir karar biriminin (firmanın) nasıl davranacağını, diğer karar birimlerinin kendi kararına nasıl karşılık vereceklerini hesaba katarak belirlediği bir ortamda karar birimlerinin nasıl davrandıklarını inceleyen yaklaşım olarak tanımlanabilir (Ünsal 2000: 428).

Oligopolde firma sayısının az olması karşılıklı bağımlılığa yol açmaktadır. Bu durumda oligopolcü firmaların fiyat-üretim-reklam-ürün geliştirme konularında aldıkları kararların oyun teorisi çerçevesinde incelenmesi mümkündür. Oyun teorisinin temel varsayımı, her karar biriminin kendi amacı doğrultusunda rasyonel düşündüğü ve rakiplerinin de rasyonel davranacaklarının farkında olduğu hususudur. Buna göre her oligopolcü firma kendi karını maksimize edecek şekilde davranır ve rakiplerinin de kendi karlarını maksimize edecek şekilde davrandıklarının farkındadır (Ünsal 2000: 429).

Oyun Teorisi'nin kullanılması karar vericilerin, karar alma aşamalarında kendi avantaj ve dezavantajlarını görebilmelerini sağlamaktadır. Verecekleri karar sonucunda rakiplerinin bu kararlardan nasıl etkileneceklerini ve karşı hamle olarak nasıl kararlar

verebileceklerini tahmin edebilmektedir. Böylelikle karar mekanizmaları, kendi hamlelerini yapmadan önce gelecekle ilgili tahminlerde bulunup, kendileri için en büyük kazancı sağlayacak stratejilerin seçimi ile hamlelerini yapacaklardır (Doğan 2009:1).

1.1.2.3. Monopolcü Rekabet (Tekelci Rekabet)

Monopolcü rekabet endüstrisi tam rekabette olduğu gibi piyasaya girişin kolay olduğu ve pek çok firmanın standart olduğu endüstrilerdir. Ancak tam rekabetçi firmaların aksine bu endüstri çeşidindeki firmalar homojen mallar üretmezler. Bunun yerine her firma bir ürünün az oranda farklılaştırılmış bir çeşidini üretir. Bu ürün farklılaştırmaları bir miktar piyasa gücünün ortaya çıkmasına yol açar (Case, Fair ve Oster 2011: 303).

Monopolcü rekabeti beş varsayımla tanımlayabiliriz. Bunlardan ilk dördü tam rekabette olduğu gibi, çok sayıda alıcı ve satıcının olması, piyasaya giriş ve çıkışın serbest olması, karar birimlerinin tam bilgiye sahip olmaları ve faktör akışkanlığının tam olmasıdır. Monopolcü rekabeti tanımlayan beşinci koşul, çok sayıda firmanın ürettiği malların tam rekabet piyasasındaki gibi homojen mallar veya teknik ifadeyle tam ikameleler değil de farklılaştırılmış mallar veya yakın ikame mallar olmasıdır (Ünsal 2000: 387).

Monopolcü rekabetin ilk dört özelliği tam rekabeti de tanımlamaktadır. Bu durumda farklılaştırılmış malların, monopolcü rekabeti tam rekabetten ayıran koşul olduğu söylenebilir.

Farklılaştırılmış mallar koşulu, her firmanın üretmiş olduğu malların diğer firmaların ürettiklerinden biçim ve içerik olarak farklı olması gerektiğini belirtir. Bu farklılıklar da tüketicilerin, bir firmanın ürettiği malı diğer firmaların ürettiği mallara tercih etmesine ve böylece her firmanın kendine özgü bir alıcı kitlesini oluşturmaya neden olur. Dolayısıyla monopolcü rekabette bulunan her firma belirli bir alıcı kitlesinin tercih ettiği bir ürünü tek başına üreten firma olarak piyasada monopolcü bir güce sahip

olur. Ancak monopoldekinin tersine, monopolcü rekabette her firmanın ürettiği ürünün birden fazla yakın ikamesinin bulunması, monopole oranla monopolcü gücün daha zayıf olmasına neden olur (nsal 2016: 368).

Monopolcü rekabette farklılaştırma başlıca dört biçimde olabilir; bunlar coğrafı yerleşim, ek hizmetin sağlanması, ambalaj, marka imajı ve reklamlarla müşterinin zihninde sübjektiflik yaratılması ve ürün kalitesi ile ilgili ayrıcalık yaratılması gibi uygulamalar sayılabilir (Parasız 1998: 104). Tüketicilere sunmuş olduğu mal çeşitliliği nedeniyle savunulurken, reklamların maliyetleri artıracadı ve yüksek fiyatlara yol açacağı endişesiyle eleştirilir.

II. BÖLÜM

2. İLAÇ PİYASASININ YAPISI VE ÖZELLİKLERİ

2.1. İlacın Tanımı

İlaç, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)-(WHO-World Health Organization)' nün tanımlamasına göre; fizyolojik sistemlerin veya patolojik, yani hastalık yapıcı durumların, kullanana yarar sağlamak amacıyla değiştirilmesi veya incelenmesi amacıyla kullanılabilen bir maddedir (Cingi ve Erol 1996: 2).

Dünya Sağlık Örgütü ilacı biyolojik sistemle ilişkileri çerçevesinde tanımlar. Bunun yanında ilaç, iktisadi açıdan meta kavramı kullanılarak da açıklanabilir. Meta, bir kullanım değeridir; ayrıca mübadele de bir değere sahiptir (Marx 2011: 49). Bu durumda ilacın da diğer mallar gibi bir kullanım ve mübadele değeri olduğu söylenebilir. İlacı, ekonomi-politik açıdan tanımlayacak olursak, ilaç fizyolojik sistemleri veya patolojik sorunları, kullananın yararına olacak şekilde değiştirilmesi veya incelenmesi amacıyla kullanılan veya kullanılması gerekli görülen, bu yüzden mübadele amacıyla üretilen ve 'onsuz olunmaz' özellik taşıyan, toplumsal bir üründür (Abacıoğlu 2010: 26).

2.2. İlacın Piyasa Yapısı

İlaç piyasası iktisadi açıdan incelendiğinde, hem arz hem de talep yönünden farklı özelliklere sahiptir. Talep yapısı, insanların sağlık talebine bağlı olarak şekillenmekte olup diğer taraftan hastaların yanında ödeyicilerde karar mekanizmasında

rol oynayabilmektedir. Aynı zamanda ilaç piyasasında arz yapısının da, firmaların ve ürünlerin kendine has özellikleriyle şekillenerek diğer sektörlerden farklı bir yapı gösterdiği görülmektedir.

2.2.1. İlaç Piyasasında Arz

Genel olarak, saf oligopolde homojen mal üretilirken, farklılaştırılmış oligopolde heterojen mal üretilmektedir. İlaç sektörü de çeşitlilik göstererek farklı nitelikteki ürünleri içerir. Dolayısıyla ilaç sektörünün arz yönü farklı nitelikteki ürünlerden oluştuğu için homojen oligopol değildir.

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD)’nin tanımına göre orijinal ilaç, uzun araştırma ve laboratuvar çalışmaları sonucunda belirli bir hastalık üzerinde olumlu sonuçlar yarattığı kanıtlanmış, daha öncesinde benzeri olmayan, temeli patentli bir moleküle dayanan ve yeni ilaçlar için kullanılmakta olan uluslararası bir kavramdır. Orijinal ilacın patent süresinin dolarak yasal koruma süresinin bitmesi ile beraber, ilaç şirketleri, orijinal ilacın benzerlerini üretebilir ve piyasaya sürebilirler. Bu ilaçlar jenerik ürün olarak adlandırılırlar (AİFD 2003, http://www.aifd.org.tr/yeni-ilaclar-ve-ar_ge/orijinal-ilac-nedir/, 07 Kasım 2016’de erişildi).

Jenerik ilaç üreticilerinin, bu ürünleri üretebilmeleri için uymaları gereken kurallar vardır. Öncelikle jenerik ilaç, orijinal ilaç üretiminde kullanılan etken maddenin aynısını eşit oranda içermelidir; ikinci kural ise jenerik ilaçlar orijinallerle aynı formülde ve farmasötik biçimde olmalıdır ve son olarak da orijinal ilaçla biyolojik anlamda eşdeğer olduğunun kanıtlanması gerekmektedir (AİFD 2003, http://www.aifd.org.tr/yeni-ilaclar-ve-ar_ge/orijinal-ilac-nedir/, 07 Kasım 2016’de erişildi).

İlaç piyasasında orijinal bir ürünün içeriği az miktarda değiştirilerek yeni bir ürün elde edilebilir. Bu durum mal çeşitliliği yaratmak için uygun ortam yaratır. İlaç piyasası bu nedenle kopyalama için çok uygun bir sektördür. Orijinal ve jenerik ürünler bu şekilde oluşmuştur.

Orijinal ilaç firmaları ile jenerik ilaç firmalarının maliyet yapısı da birbirinden farklılık göstermektedir. Orijinal ilaç firmalarının katlandıkları Ar-Ge maliyetleri yüksektir, fakat jenerik firmalarda bu durum geçerli değildir. Sonuçta orijinal ürünün patent süresi dolduğunda jenerik firma bunu daha düşük maliyet ile piyasaya sürebilmektedir.

İlaç piyasasındaki işleyiş ürünün patent durumuna göre farklılık gösterebilmektedir. Patent koruması, Ar-Ge harcamaları sonucunda oluşan masrafların geri kazanılması ve yeni Ar-Ge çalışmaları için yeni kaynaklar yaratılması amacıyla işletmelere sınırlı bir süre için verilen yetkiyi ifade etmektedir (Yalçiner 2002: 16). İlaç sektöründe Ar-Ge çalışmaları firmalar arasındaki ilişkiler açısından risk oluşturabilmektedir. Üreticiler bu riski Uluslararası Patent Sistemi'nin sağladığı koruma yöntemleriyle azaltmaya çalışmaktadır.

Patent, ilacın piyasa fiyatının oluşmasında etkin rol oynayabilmektedir. Patentle korunan bir orijinal ilaç, monopolistik şartlar altında piyasada yer almaktadır. Diğer üreticilerin yasal olarak orijinal ilacı kopyalama imkanı olmadığından bu şartlar altında oluşan fiyat, o ilaç için gerçekleştirilen pazarlama ve Ar-Ge harcamalarının üretim maliyetinin üzerine eklenmesi ile belirlenmektedir (Karakoç 2005: 11). Orijinal ilaçların patent süresi dolduğunda ise patent engeli ortadan kalkarak, jenerik firmaların aynı etken maddeyi üretim daha düşük fiyatla pazara girişi gerçekleşmektedir.

2.2.2. İlaç Piyasasında Talep

İlaç piyasasında, tüketiciler ürünlerin özellikleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığından, yararlanılacak ilaçlar (reçeteli ilaçlar) konusunda kararı doktorlar vermektedir (Reekie 1975: 2). İlacı seçerken tüketicinin tercihi veya beğenisi söz konusu değildir, aynı şekilde tüketicinin ilacın fiyatıyla ilgili bir tercih yapma imkanı yoktur. Tüketici adına bu seçimi sağlık sektörünün içinde aktif rol alan doktor ve eczacılar yapar. Tüketici bu durumda aldığı malın fiyatını kabul etmek durumundadır.

İlaça olan talep hastaların sağlık ihtiyacından ortaya çıkmaktadır. Bozulan sağlığın tedavisi medikal bilginin olmasını gerektirdiğinden tedavinin hangi ilaçla yapılacağına doktorlar karar verir dolayısıyla talebi belirleyen taraf doktorlardır. Doktorların hem talebi belirlemeleri hem de sağlık hizmetini sağlayan taraf olmaları ilaç piyasalarında “arzın talep yaratması” özelliğinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Helvacıoğlu 2013: 18).

İlaç talebinin oluşmasında eczacıların rolüde ön plana çıkmaktadır. Özellikle patent sonrası, piyasaya jeneriği çıkmış ürünler konusunda çoğu ülkede eczacılara jenerik ve orijinal ürünler arasında değişim yapma izni tanınmıştır (TEB 2009, <http://eski.teb.org.tr/images/upld2/haberler/sO920090618142517ESD.pdf>, 10 Şubat 2017’de erişildi). Bu yetkiyle beraber eczacılar da talebi etkileyen tarafa dahil olmaktadır.

Geleneksel iktisat yaklaşımında mallar ve hizmetler sınıflandırılırken zorunlu mal, istek malı veya beğeni malı olup olmadığına göre ayrılır. Zorunluluk malları, yaşam ve yaşamın sürdürülmesi için vazgeçilmez olan malları tanımlar. İlaç da insan sağlığı için zorunlu bir maldır ve vazgeçilmezdir. Bu durumda ilaç, keyfi olarak talep edilebilen bir istek veya zevk malı değildir.

İlaç talebi tüketicinin gelirinden bağımsızdır. Tüketicinin kazancınının yüksek veya düşük olması ilaca olan talep miktarını değiştirmez. Çünkü tüketici ilacı zorunlu olduğu için almak durumundadır, ilacın fiyatına veya bireyin kişisel isteğine bağlı değildir. Bu durumda ilaca toplam talep açısından bakıldığında, ekonominin genel dengesinden bağımsız olduğu söylenebilir (Abacıoğlu 2005, <http://www.universite-toplum.org/text.php3?id=252>, 11 Şubat 2017’de erişildi).

2.3. İlaç Piyasasının Temel Konuları

İlaç piyasasının temel konuları başlığı altında; patent koruması, Ar-Ge ve ilaç piyasasında rekabet konuları ele alınacaktır.

2.3.1. İlaç Piyasasında Patent Koruması

Patent, buluş sahibine resmi makam tarafından verilerek, buluşu sadece buluş sahibinin veya onun yetki verdiği kişilerin kullanması hakkını sınırlı bir süre için koruma altına alan belgedir. Patentin amacı, buluş yapılmasını teşvik etmek ve buluşların sanayide kullanılması ile teknik, ekonomik ve sosyal gelişmenin sağlanması için buluşları, patent belgesi ile korumaktır (TPE 2015, <http://www.turkpatent.gov.tr/TurkPatent/resources/temp/AF964193-C9F5-4B27-94D8-0CF5354EBA1D.pdf>, 11 Şubat 2017’de erişildi).

Patentler, devletin buluşu gerçekleştirene, buluşu nedeniyle vermiş olduğu bir çeşit ayrıcalık niteliği taşımaktadır. Buluş sahibine patent ile belirli bir süre için ürün üzerinde tekel hakkı tanınarak patentli ürünün başkaları tarafından yapılması, kullanılması ve satılmasını engelleme imkanı vermektedir (Bulut 2010: 16). Patent başvurularının mal ve hizmet sınıflarına göre sektörel dağılımı incelendiğinde toplam patent başvurularının en yoğun olan sektörün eczacılık ürünleri ve tıbbi kimyasalların ve botanik ürünlerin imalatına ait olduğu görülmektedir.

Tablo 2.1: Patent başvurularının mal ve hizmet sınıflarına göre dağılımı (TPE, 2017)

NO	SEKTÖR	2014			2015			2016		
		Yerel	Yabancı	Toplam	Yerel	Yabancı	Toplam	Yerel	Yabancı	Toplam
1	Eczacılık ürünlerinin, tıbbi kimyasalların ve botanik ürünlerinin imalatı	389	672	1061	337	1531	1868	393	1943	2336
2	Başka yerde sınıflandırılmamış ev aletleri imalatı	724	180	904	893	368	1261	981	622	1603
3	Motorlu kara taşıtı, römork ve yarı römork imalatı	536	160	696	662	380	1042	790	535	1325
4	Tıbbi ve cerrahi teçhizat ile ortopedik araçların imalatı	434	251	685	542	567	1109	563	759	1322
5	Diğer özel amaçlı makinelerin imalatı	438	241	679	423	503	926	443	678	1121
6	Makine ve teçhizatı hariç; fabrikasyon metal ürünleri imalatı	555	141	696	552	327	879	623	464	1087
7	Ana kimyasal maddelerin imalatı	142	237	379	172	522	694	209	739	948
8	Genel amaçlı diğer makinelerin imalatı	330	150	480	382	322	704	330	494	824
9	Plastik ve kauçuk ürünleri imalatı	349	182	531	393	327	720	359	435	794
10	Radio ve televizyon vericileri ile telefon ve telgraf hattı teçhizatı imalatı	240	67	307	355	155	510	526	260	786

Tablodaki verilere göre, eczacılık ürünlerinin imalatı patent başvuru sıralamasının başında gelmektedir ve 2336 patent başvurusunun 1943' ü yabancı firmalara aittir.

İlaç üreticileri, daha önce bulunmayan bir tedavi yöntemini, diğerlerine benzemeyen bir etken madde kullanarak geliştirebilirler. Yeni bulunan bu ilaç özgün yapısı sayesinde patent korumasından faydalanabilmektedir. İlaç üreticileri bu etken maddenin üretiminde, patent mevzuatının kuralları dahilinde belirli bir süre için tekel hakkına sahip olmaktadır. Patent süresinin bitmesiyle beraber ilaç pazarında, aynı etken maddeyi içeren jenerik ürünlerin üretiminin önü açılmış olmaktadır. Buna göre

Uluslararası Patent Sistemi; ilacın patentini, markalaşma yöntemlerini ve oluşacak harcamaları düzenlemek amacıyla oluşturulan bir sistemdir.

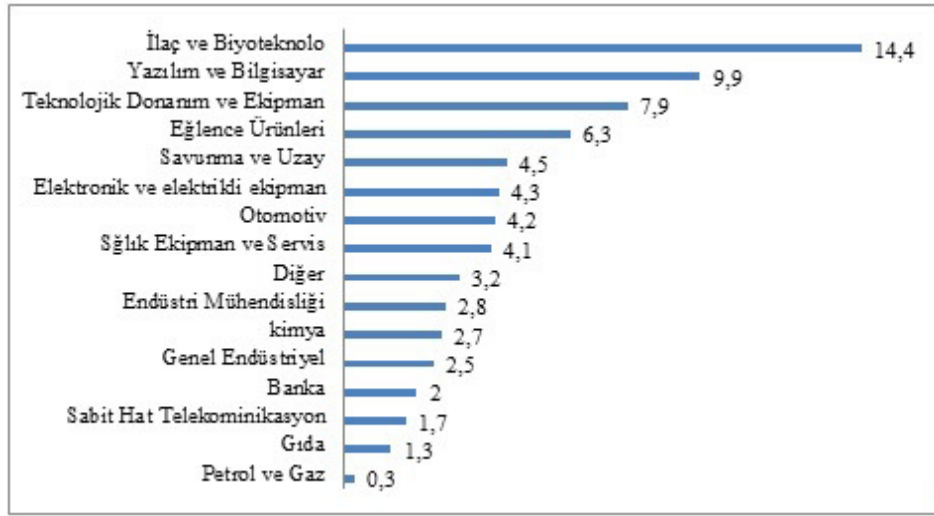
İlaç piyasasında taklit edilemeyecek ürünler üretebilmek, üretici firmalar açısından özel sermayenin birikim aşamasının temelini oluşturur. Özel sermayenin belli firmalarda birikme nedenlerinde ise çok ulusluluk etkin rol oynamaktadır (Abacıoğlu 2008: 10).

Patentin kazandırdığı hak, buluş sahibine o buluştan yararlanma ve başkalarının izinsiz yararlanmasını engelleme konusunda mutlak yetki veren yasal haktır (Şehirli 1998:7). Yani patent bir mülkiyet aracıdır. İlacın insanlar için vazgeçilmez olması, dolayısıyla talep esnekliğinin olmaması veya çok az olması kapitalist sistemde ilaç üzerindeki mülkiyet hakkını engelleyememiştir. Bu hakla beraber, mülkiyetin dolaşımı ile ilgili özel anlaşmalar yapılarak finansal hareketliliğe imkan sağlanmış ve sermayenin merkezileşmesinin önü açılmıştır (Abacıoğlu 2010: 178-179).

2.3.2. İlaç Piyasasında Ar-Ge

İlaç sektörünün temel özelliklerinden biri, Ar-Ge (Araştırma-Geliştirme) çalışmalarına endüstride geniş yer verilmesidir. Diğer sektörlerle kıyasla satışlarda en yüksek pay Ar-Ge için ayrılmaktadır.

Maliyetlerin yüksek olması ve Ar-Ge çalışmalarının uzun sürmesi nedeniyle dünya çapında yapılan toplam Ar-Ge harcamalarının %14,4'lük payı ilaç sektörüne aittir ve en yüksek payla sıralamanın başında yer almaktadır.



Şekil 2.1: Cirodan Ar-Ge'ye ayrılan paya göre (%) endüstri kolları (EFPIA, 2014)¹

Ar-Ge aşamasında innovasyon (yenilikçi ürün oluşumu) çalışmaları büyük önem taşımaktadır. Bir ülkede ekonomik gelişmenin sağlanabilmesi için inovasyon çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. İlaç sektöründe yeni bir ürünün oluşturulabilmesi, üretimde maliyetler azaltılabilmesi veya hastalara sunulmuş olan bir ürünün tedavi edici değerinin artırılabilmesi bu teknolojik süreç sonucunda ortaya çıkmaktadır.

Innovatör firma, bir etken maddeyi bulan, araştırıp geliştirerek piyasaya ilk preperatını süren firmadır (Tugay 2013: 4). Ar-Ge faaliyetleri çoğunlukla özel sermaye piyasalarının içinde uluslararasılaşmanın sonucu olarak bir büyüme ve rekabet stratejisi olarak ilerleme göstermekte ve “rekabete yönelik buluş” süreci olarak tanımlanmaktadır (Abacıoğlu 2010: 175).

İlaç sektöründe rekabet için yaratılan buluşların çalışmaları sürecinde iki faktör önemli rol oynamaktadır. Bunlar, ilaçla ilgili temel bilgilerin oluşturulup geliştirilmesi ve Ar-Ge çalışmalarının tamamını kapsayan rekabet yöntemlerinin etkin bir biçimde uygulanmasına olanak sağlanmasıdır. Patentler, başvuru tarihinden itibaren yirmi yıl süre ile korunmaktadır. Yeni bulunmuş bir molekülün ruhsat alarak piyasaya çıkması uzun süren testlere tabi tutulmaktadır. Etkililik, güvenlik gibi özelliklerinin kanıtlanması ve devamındaki onay aşamaları ile patent başvurusundan itibaren yaklaşık 10-12 yıl

¹ Not: Şekil 2. 1 Bilim, Sanayi Ve Teknoloji Bakanlığı'nın 2015 yılında yayınladığı 1. Sektör Raporu'dan aktarılmıştır.

geçebilmektedir (Suluk ve Kenaroğlu 2012: 73). Belirtilen bu aşamalar nedeniyle yeni bir etken maddenin keşfedilmesiyle başlayan patent süresi sadece sınırlı bir süre için rekabetten korunma sağlamaktadır. Bu aşamada firmalar bu ürünlerin daha iyileri veya taklitleri yapılınca kadar tekel karı elde etmeyi amaçlamaktadırlar.

Ar-Ge kavramı üç ana faaliyet alanını kapsar; bunlar temel araştırma, uygulamalı araştırma ve deneysel geliştirmedir. Temel araştırma, görünürde herhangi bir özel uygulaması olmayan öncelikli olarak olguların ve gözlemlenebilir gerçeklerin temelleri ile ilgili yeni bilgiler bulmak için sürdürülen, deneye dayalı veya teorik çalışmalardır. Uygulamalı araştırma da; yeni bilgi elde etmek için üstünde çalışılan ve daha önce uygulanmamış olan özgün araştırmadır. Aynı zamanda uygulamalı araştırmanın önceliği belirli bir pratik amaç veya hedefe yönelik olmasıdır. Deneysel geliştirme ise, araştırma ve pratik deneyim sonucu bulunan hazır bilgilerden faydalanarak, yeni malzemeler, ürünler ya da cihazlar üretmeye; yeni süreçler, sistemler ve hizmetler inşa etmeye veya zaten üretilmiş veya kurulmuş olanları önemli oranda geliştirmeyi amaçlayan sistemli çalışmadır (TÜBİTAK 2015, https://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/BTYPD/kilavuzlar/Frascati_Presentation.pdf, 07 Kasım 2016'da erişildi).

Piyasadaki bir ürünün patent süresi bittiğinde aynı ürünün jenerikleri pazara girmekte ve orijinal ürünün kar potansiyelinde hızlı düşüslere neden olmaktadır. Bu nedenle orijinal ilaç üreticileri, sektördeki güçlerini koruyabilmek için yenilik çalışmalarına önem vermektedirler bu da teknoloji ile olmaktadır. Dolayısı ile, etkin bir Ar-Ge faaliyeti için, kuvvetli bir parasal kaynağa ve devlet-sektör işbirliğiyle yeni teknoloji geliştirme çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Ar-Ge faaliyetlerinde, araştırma harcamaları sürekli artmaktadır ve bunun yanında biyoteknoloji gibi ilaç sektöründe önemli yeri olan alanlara yatırım yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. İlaçla ilgili bilimsel araştırmalar uzun ve maliyetlidir. Süreç sonunda inovatör firmanın beklentileri şöyle sıralanabilir; ilk olarak piyasadaki rakiplerini molekül bazında geride bırakma, ikincisi ilacın mülkiyetini patentleme ve son olarak maliyet harcamalarını amorti edecek derecede yüksek bir karlılık

beklentisidir (Abacıoğlu 2010: 175). Firmalar uluslararası piyasada yer alabilmeleri için bu stratejiler doğrultusunda hareket etmektedirler.

Diğer sektörlerle karşılaştırıldığında en yüksek paya sahip olan Ar-Ge harcamalarının yönetimiyle ilgili üç önemli sorun dikkat çekmektedir. Bunlar, uzun dönemli riskli ve belirsiz yatırımların finanse edilmesi, dünya çapında ilaçla ilişkili bilimsel gelişmelerin hızına yetişilmesi ve birçok farklı ülkedeki araştırma alanlarının ve teknolojilerinin benimsenip uyumlulaştırılmasıdır (Tijssen 2009: 861).

Ar-Ge çalışmaları, ilaç sanayiinde buluş süreci boyunca sektörden ve firmalardan kaynaklanan karşılıklı riskler taşımaktadırlar. Uluslararası Patent Sistemi bu riskleri azaltmak için etkili bir sistem olmuştur. Bu yöntem, genel olarak uluslararası güçler tarafından düzenlenen kararlardan ve yasalardan oluşmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, uluslararası kuruluşların ulusal iktidarların güç kazanmasına zemin hazırladıkları, bu düzenlemeler ile ulusların kendi çıkarları doğrultusunda hareket edebildikleri ve patent ile sadece ekonomik olarak değil sosyal iktidar kurarak da güç elde etmeyi amaçladıkları söylenebilir.

2.3.3. İlaç Sanayiinde Monopol ve Monopolcü Rekabet Piyasalarının Özellikleri

Rekabetin yaşanmadığı ve piyasa aktörlerinin satıcı, alıcı veya dağıtıcı olarak tek firmanın elinde olduğu yapılanma biçimi monopol piyasalarının özelliğidir. İlaç piyasası ve monopol arasındaki bağ bu açıdan ele alındığında ilaç piyasasının yapısına ilişkin farklı biçimler ortaya çıkmaktadır. Çünkü ilaç sanayii açısından uluslararası piyasada ve Türkiye’de oldukça fazla firma olduğu bilinmektedir. Bunların arasında da rekabetin var olduğu ve monopolleşmenin olmadığı ifade edilsede bu ekonomi bilimi açısından gerçeği yansıtmamaktadır.

İlaç sektörü yapısal özellikleriyle incelendiğinde monopol piyasaların yapısına benzediği görülmektedir. Oligopol piyasaların fiyatları etkileyebilecek büyüklükte birkaç firmadan oluştuğunu daha önce belirtmiştik. Buna göre ilaç piyasasındaki rekabet biçiminin, bir aksak rekabet şekli olan oligopole benzediği görülmektedir. Bu durumda

ilaç sektörünün yapısal olarak monopole, rekabet açısından ise oligopole benzediği söylenebilir. İlaç sektörünün monopolcü piyasa oluşturmalarının nedenleri olarak üç koşuldan söz edilebilir. Bunlar talep koşulları, toplulaşma oranı ve son olarak sektörün bir oligopol piyasa olarak şekillenmesidir (Abacıoğlu 2010: 131). Aşağıda bu başlıklar ayrıntılı şekilde açıklanacaktır.

2.3.3.1. İlaç Sanayi Bakımından Monopolleşmenin İlk Koşulu: Mala Olan Talep

Fiyat mekanizmasının işlevi, rekabetçi piyasa yapılarında önemli etkiler yaratmaktadır. Arz ve talep konusunda dengenin sağlanması ile ilgili olarak esneklik kavramı kullanılmaktadır. Bunun yanında rekabetçi piyasa koşullarında fiyat, verilen arz miktarının artışına ve talebin azalışına etki etmektedir (Çoban 2009: 24). Fakat ilaç piyasalarında bu etkiyi görmek mümkün değildir.

İktisat açısından incelendiğinde, malın talebinin fiyata karşı duyarsızlığı ile piyasadaki monopolleşme derecesi birbiriyle yakından ilişkilidir. Malın fiyatının artması halinde tüketici malı tüketmeye devam etmekteyse, bu durum piyasanın monopolleşmesini sağlayacak olanakları da arttıracaktır.

İlaç sektöründe fiyat rekabetinin olmamasının ve ya çok az olmasının temel nedenlerinden biri ilacın bir zorunluluk malı olmasıdır. Bu durumda tüketicinin isteğine, gelirine ve fiyatına bağlı olmayan ilaç için her şekilde talep oluşacaktır. İlaç piyasasında talep fiyattan etkilenmediği için, malın fiyatını değiştirmek veya indirmek gerekmemektedir. İlacın bu özelliği, piyasada monopol oluşturmalarının koşulları arasında yer almaktadır.

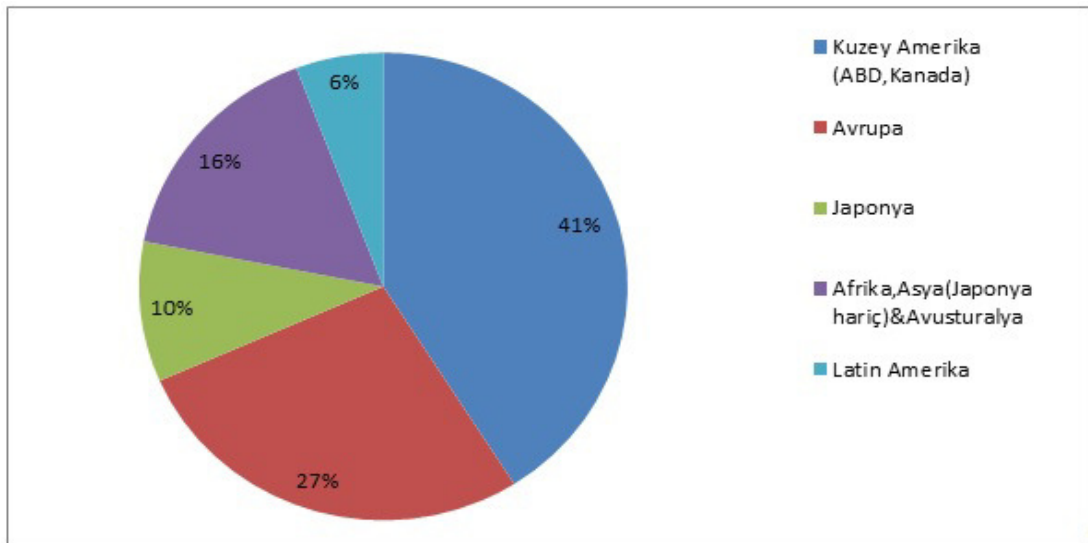
2.3.3.2. İlaç Sanayi Bakımından Monopolleşmede İkinci Koşul: Toplulaşma Oranı

Monopolleşmenin ikinci koşulu toplulaşma oranıdır. Toplulaşma oranı başka bir deyişle monopolleşme derecesi, piyasadaki üretimin, satışların veya istihdamın kaç firmanın bünyesinde yoğunlaştığını veya birleştiğini göstermektedir. Piyasa yoğunlaşma

endeksi olarak da ifade edilen bu yöntem, piyasadaki bütün firmaların pazar paylarının karelerinin toplanmasıyla hesaplanır ve Herfindahl-Hirschman Endeksi (HHI) olarak adlandırılır (<http://www.rekabet.gov.tr/tr-TR/Rekabet-Terimi>, 10 Nisan 2017’ de erişildi).

İlaç sanayii bakımından ulusal ve uluslararası sektörde görülen piyasa yapısı, monopolleşmenin farklı bir yapıda gerçekleştiğini göstermektedir. Buna neden olan asıl etken ise ilacın piyasa yapısının yoğunlaşma için uygun bir zemin hazırlaması ve bunun sonucu olarak yoğunlaşmanın yüksek görülmesidir.

Uluslararası alanda faaliyet gösteren ilaç şirketleri dünya ilaç pazarının %95’ine sahiptir. Gelişmiş ülkelerde karşılaşılan aşırı tüketim, aynı şekilde gelişmiş ülkelerdeki üretim ile karşılanmaktadır. EFPIA’dan yararlanılan veriler incelendiğinde, 2013 yılında dünyadaki ilaç satışlarının %41’i Kuzey Amerika’dan (ABD ve Kanada), %27,4’ü Avrupa’dan oluşmaktadır (Ekonomi Bakanlığı Sektör Raporu 2016, <http://www.ekonomi.gov.tr/portal/content/conn/UCM/uuid/dDoc>, 06 Şubat 2017’de erişildi). Dünyadaki ilaç pazarının 2013 yılı satışları veri olarak alındığında ilaç piyasasında en geniş üç pazarı sırasıyla, Kuzey Amerika, Avrupa ve Japonya oluşturmaktadır.



Şekil 2.2: Dünya ilaç pazarı 2013 yılı satışları (EFPIA, 2014)²

² Not: Şekil 2.2, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı’nın 2015 yılında yayınladığı 1. Sektör Raporu’ndan aktarılmıştır.

EFPIA verilerine göre, 2013 yılında dünya ilaç satışlarının %41'i Kuzey Amerika (ABD ve Kanada)' ya, %27,4'ü Avrupa' ya aittir.

2.3.3.3. İlaç Sanayi Bakımından Monopolleşmede Üçüncü Koşul: Malın Fiyatının Belirlenmesi

Monopol piyasasının oluşmasına neden olan son koşul, ilacın fiyatının belirlenmesiyle ilgilidir. Fiyatların düzenleyici otoriteler tarafından belirlendiği ülkelerde üreticilerin fiyat belirleme özgürlüğü bulunmamaktadır. Bunun sonucunda, Ar-Ge yatırımları önemli miktarda azalmakta; fiyat ve maliyet ekseninde rekabetin gelişmemesinden dolayı ekonomik etkinlik ortadan kalkmakta ve pazar şeffaflığını yitirerek makroekonomik gelişmeler ile politik unsurlara bağımlı hale gelmektedir (Atasever 2013: 16).

İlaç sektörü oligopolcü bir yapı sergilediğinden dolayı pazarda satışların kontrolünü yapan ve fiyatları belirleyen birkaç firma vardır. Bu firmaların her biri belirli bir endikasyon (her hangi bir ilacın hangi hastalıkların tedavisinde kullanılabildiği) konusunda uzmanlaşarak ve bu alanda yüksek miktarda üretim yaparak satışları kontrol etmekte böylece fiyatların oluşmasında etkin rol oynamaktadır.

İlaç sektörü incelenirken üzerinde durulması gereken önemli hususlardan biri de ilacın toplumsal yönüdür. İlaç, bir mal olarak ekonomik yönünün yanında, toplumsal yönden de önemli sonuçlar doğurabilmektedir. İlacın sosyal bir ürün olması onun oligopolcü bir piyasa tarafından kontrol edilmesini engellememekte aksine böylesi bir pazarın ürünü olmasını teşvik etmektedir (Abacıoğlu 2007, <http://www.universite-toplum.org/text.php3?id=34>, 10 Ocak 2007'de erişildi).

III. BÖLÜM

3. İLAÇ SEKTÖRÜNDE KÜRESELLEŞME VE ÇOK ULUSLU ŞİRKETLER

Küreselleşme, kapitalizmin başlangıcından beri sermayenin sürekli büyüyerek ve dünya geneline yayılarak egemen olma mantığıyla işleyen bir sistemdir. Buna göre küreselleşme, uluslararası sermayenin önündeki tüm engelleri kaldırarak kapitalist dünyanın çok güçlü birkaç ülkenin hegamonik gücü altında yeniden yapılandırılması politikasıdır. Küreselleşmenin odağını da uluslararasılaşma yani sermayenin birikim araçları olarak sermayenin yoğunlaşması ve merkezileşmesi oluşturmaktadır (Abacıoğlu 2009: 4).

İlaç sektörü, oligopol bir yapı göstererek monopolleşmenin en sık görüldüğü sektörlerden biridir. İlaçta oligopol yapı, birkaç firmanın, fiyat rekabeti olmadan, farklı özellikler ile monopolleşme gösterdiği bir piyasa şeklidir. Firmalar bunu yeni buluşlarla ve ya ürün farklılaştırması yaparak sağlamaktadırlar.

İlaçta ürün farklılaştırması homojen bir ürünün az miktarda değiştirilmesiyle yeni bir tedavi yönteminin bulunmasını veya değiştirilmesini kapsamaktadır. Bu sistem rekabetin ve tekel oluşmasının öncelikli nedenleri arasındadır. Daha az maliyetle oluşturulan farklılaştırılmış ürün için patent hakkı elde edilir. Buluşçu firma olarak ürünlerin patentini alarak, karın maksimize edilmesinin yolu açılır. Bu uygulama çok uluslu şirket haline dönüşümün temel özelliklerinden sayılmaktadır.

Yatırımlarını birden çok ülkede sürdüren ve üretim konusundaki kararları tek merkezden alan veya kendisine bağlı şirketlerin kararlarını çeşitli biçimlerde etkileyebilen şirketlere çok uluslu şirketler denilmektedir (Alpar 1980: 30). Çok uluslu

şirketler önceden sadece kar maksimizasyonu için etkinlik göstermiş fakat daha sonra dünya pazarlarına egemen olmak için büyümeyi amaçlamışlardır. Bu şekilde, uluslararası işbirliği yaparak faaliyet gösteren şirketlere yeni bir biçim kazandırmışlardır.

İlaç piyasalarının ulusal ve küresel ölçekte satış değeri açısından kaç firmanın kontrolünde olduğunun bilinmesi sektörün yapısı açısından oldukça önemlidir. Bir piyasada üretilen bir mala olan talebin fiyata karşı duyarsız olmasının, o piyasadaki monopolleşme koşullarını arttırdığından daha önce bahsetmiştik. İlaç pazarındaki oligopolistik monopolleşmeye bağlı bu yoğunlaşmanın nedeni, firmaların birbirlerinin pazarlarına girebilme potansiyelleri ve bunun sonucunda pazarların çok uluslu şirketler arasında bölgeselleştirilmesi olarak gösterilebilir (Abacıoğlu 2010: 210).

IMS rakamları veri alındığında, ilaç sektörünün 2015 yılında 1,08 trilyon dolarlık toplam pazar büyüklüğüne ulaşmış olduğu ve dünya ilaç pazarının %95'ine de uluslararası alanda faaliyet gösteren şirketlerin sahip olduğu görülmektedir. 2015'te dünya ilaç satışlarının yaklaşık %35'ini ABD, %7'sini Çin ve %6'sını Japonya gerçekleştirerek toplam satışların neredeyse yarısını oluşturmuşlardır (Ekonomi Bakanlığı Sektör Raporu 2016, <http://www.ekonomi.gov.tr/portal/content/conn/UCM/uuid/dDoc,06> Şubat 2017'de erişildi).

IMS verileri firmalar açısından incelendiğinde, ilk 10' a giren ilaç firmalarının hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde başı çeken çok uluslu şirketler olduğu gözlemlenmektedir. Bu verilere göre dünyadaki en büyük satış hasılat değerine sahip ilk üç ilaç firması Novartis, Pfizer ve Roche olarak sıralanmıştır.

Tablo 3.1: Net satışlara göre dünyanın ilk 10 firması (IMS, 2014)³

No	Firma	2013 Satış (milyar \$)	2013 Ar-Ge Harcaması (milyar \$)
1	Novartis (İsviçre)	46,017	9,360
2	Pfizer (ABD)	45,011	6,254
3	Roche (İsviçre)	39,143	8,293
4	Sanofi (Fransa)	37,701	6,177
5	Merck&Co (ABD)	37,519	7,123
6	GlaxoSmithKline (İngiltere)	33,055	5,041
7	Johnson&Johnson (ABD)	26,475	5,810
8	AstraZeneca (İngiltere)	24,523	4,269
9	Eli Lilly (ABD)	20,119	5,316
10	AbbVie (ABD)	18,790	2,831

İlaç sektöründe ileri düzeyde teknolojinin kullanılması, maliyeti yüksek yatırımlar yapılması ve Ar-Ge faaliyetlerinin uzun sürmesi bu sektörde ölçek ekonomisine verilen önemi arttırmaktadır. Üretim artarken maliyetin düşmesi özellikle çok uluslu şirketlerin bu sektörde toplanmasına olanak sağlamıştır. Günümüzde dünya ilaç pazarının %95'i çok uluslu şirketlerin hakimiyetindedir. Ayrıca bu sektörde monopol olarak daha büyük kar sağlamak isteyen şirketler son yıllarda yoğun olarak birleşme ve satın alma faaliyetleriyle büyümeye devam etmektedirler (Kaya 2016, (https://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/sr201601_ilacsektoru.pdf, 06 Şubat 2017'de erişildi).

Sonuç olarak, dünyada monopol faaliyet gösteren bu firmalar büyümeye devam ederek insan hayatı açısından vazgeçilmez olan ve sağlık piyasası içerisinde en büyük paya sahip olan ilaç sektöründen yüksek karlar elde etmektedirler. Bunun yanında çok uluslu şirketler bu faaliyetlerini sürdürebilmek için ülkelerin sağlık otoriteleri üzerinde hakimiyet kurarak ve politikalarında belirleyici bir rol alarak ilaçların fiyatlandırılması konusunda da büyük rol oynamaktadırlar.

³ Not: Tablo 3.1. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı'nın 2015 yılında yayınladığı 1. Sektör Raporu'dan aktarılmıştır.

IV. BÖLÜM

4. İLAÇ SEKTÖRÜNDE FİYAT REKABETİ VE UYGULANAN POLİTİKALAR

Günümüzde ilaç piyasasını hakimiyeti altına alan kapitalizmin, serbest rekabet piyasası yaratmak amacıyla oluşturulduğu düşünülmektedir. Fakat gerçekte ilaç piyasasında, rekabetçi fiyatlar altında oluşturulan ve serbest ticarete dayalı olan bir sistem yoktur. İçinde bulunulan durum ise sermaye yoğunlaşmasının ve merkezileşmesinin hakim olduğu bir sistemdir (Abacıoğlu 2010: 260).

İlaç sektöründe sermayenin yoğunlaşması ve merkezileşmesi sonucu oluşan fiyat kontrolleri ve bunlara bağlı olarak diğer kontroller sektörün yapısını ve rekabet edilebilirlik derecesinin değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Fiyat rekabeti pazarın farklı aşamalarında farklı boyutlarda ortaya çıkmaktadır. Buna göre piyasadaki fiyat rekabetini değerlendirebilmek için pazarın her aşamasını ayrı ayrı incelemek gerekmektedir.

Aşağıdaki bölümde öncelikle serbest pazar koşullarında yer alan ürün grupları arasındaki fiyat rekabeti açıklanacak, daha sonra devlet kesimin yer aldığı pazarlarda fiyat rekabetine yer verilecektir.

4.1 Serbest Pazar Koşullarında Ürün Grupları Arasındaki Fiyat Rekabeti

4.1.1. Orijinal İlaçlar Arasındaki Rekabet

Orijinal ilaçlar arasında oluşan rekabet iki aşamada gerçekleşmektedir. Bunların ilki pazara girmeden önce Ar-Ge aşamasındaki rekabet, ikincisi ise pazara girdikten sonra patent koruması altında yaşanan rekabettir. Ar-Ge aşamasındaki rekabet bu sürecin ilk aşamasını oluşturmaktadır. Fakat orijinal ilaçlar arasında oluşan rekabetin daha iyi anlaşılması ve Ar-Ge alanında rekabetin nedenlerinin açıklanabilmesi için öncelikle patent aşamasında gerçekleşen rekabet açıklanacaktır.

4.1.1.1. Patent Döneminde Yaşanan Rekabet

Orijinal ilaç şirketleri Ar-Ge çalışmalarını kesintisiz ve aktif bir şekilde yürütürerek patentli ilaçları geliştirmekte ve bunun sonucunda bunların üretim ve pazarlamasını gerçekleştirmektedir. Bu firmalar Ar-Ge esaslı faaliyet göstermektedir.

Patent koruması, orijinal ilaçlara büyük bir pazar gücü sağlayarak yüksek karlar elde etmenin yolunu açmaktadır. Fakat yine de patent tek başına buluşçu firmalara monopol gücü vermemekte, orijinal ilaçların piyasaya sunulmasından kısa süre sonra farklılaştırılmış ürünlerin piyasaya girmesiyle azda olsa rekabet ortamı yaratılabilmektedir. Patent korumalı ilaçlar yakın farklılaştırılmış ikameleri olan ilaçlar ile rekabet halinde olabilmektedirler. Ürün farklılaştırması stratejisi gösterdiği için, piyasada gerçekleşen fiyat rekabeti aksak rekabet özelliklerine sahiptir (Saleh 2010: 57). Bunun yanında orijinal ilaçlar az da olsa alternatif tedavi yöntemlerinin uygulandığı ilaç dışı ürünlerin de rekabetiyle karşılaşabilmektedirler (Karakoç 2005: 29).

İlaç kullanımının temel amacının hastalıklardan korunma ve tedavi amaçlı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bilinen hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlardan daha etkili yeni moleküllerin keşfedilmesi ve ilaç haline dönüştürülmesi, ilaç için yeni bir talep kayması oluşturur. Bunun yanında ilaç üreticileri tarafından bilinen bir hastalığın tedavisi için kullanılan bir ilacın etki alanını genişleterek veya o ilaca yeni bir

doz içeriği ve fannasötik şekil (ilacın kullanılabilir hale geldiği şekil) verilerek yeniden üretilmesi ilaç sanayisinde ürün farklılaştırılması olarak adlandırılarak iktisadi anlamda tipik bir talep kayması yaratır (Abacıoğlu 2010: 33).

Ürün fiyatları belirlenirken, ürüne olan talep ve maliyetler göz önüne alınır (Koutsoyiannis 1997: 325). Yenilikçi ilacın piyasaya ilk sürüldüğü dönemde henüz bir yakın ikamesi yoktur, bu nedenle fiyatı belirlerken sadece maliyetler hesaplanır ve talep fiyat değişimlerinden etkilenmez. Bunun yanında ilaç için yapılan reklam ve promosyonlar ile sözkonusu yenilikçi ilaç tüketiciler tarafından daha çok tanınarak talebi arttırır. Talebin artmasıyla hem üretim miktarı hem de fiyat artacağından denge miktarı daha da yükselir (Frank ve Salkever 1997: 80).

Kongre Bütçe Ofisi (Congressional Budget Office) tarafından yapılan rekabetin ilaç fiyatlarına olan etkisi ile ilgili çalışmalara göre, orijinal (yenilikçi) ilacın yüksek kar getirmesinin, serbest fiyatlandırmanın söz konusu olduğu pazarlarda diğer firmaların da hızla pazara girmesine olanak sağladığı belirlenmiştir. Orijinal ilacın patent korumasından dolayı birebir aynı olmayan, aynı tedavide kullanılan fakat farklı bir moleküle sahip farklılaştırılmış ilaçlar (terapötik eşdeğer ilaçlar) pazara girmeye başlamaktadır. Böylece orijinal ilacın talebi fiyata daha duyarlı hale gelerek fiyatları arttırmakta, bunun sonucunda talebi diğer ilaçlara kaydırmaktadır. Farklılaştırılmış ilaçlarda yapılan tanıtım faaliyetleri pazarı genişletse de orijinal ilacın tüketiminde azalma sona ermemektedir. Sonuçta pazara giren benzer ilaçların sayısının artmasıyla, sınırlıda olsa rekabet oluşmakta, orijinal ilacın talebi azalmakta ve fiyata olan duyarlılığı artmaktadır (CBO 1998: 20).

Orijinal ilaçlar arasında düşük seviyede gerçekleşen fiyat rekabeti, daha çok doğrudan üreticilerden alım yapan ve fiyata karşı duyarlılığı yüksek olan hastanelerin ve kurumsal tüketicilerin bulunduğu pazarlarda etkisini göstermektedir (Danzon 1999: 1070).

4.1.1.2. Ar-Ge Sürecinde Yaşanan Rekabet

Ar-Ge faaliyetlerine fiyat rekabeti çerçevesinden bakıldığında, ilaç firmaları tarafından belirli bir hastalığın tedavisi için kullanılacak olan ilaçları, diğerlerinden önce bulup piyasaya sunarak yüksek karlar elde etmenin amaçlandığı söylenebilir.

Ar-Ge aşamasındaki bir ürün henüz piyasaya sürülmeden önce, benzer bir tedavi niteliğindeki başka bir orijinal ürün aynı veya yakın zamanda piyasaya girebilmektedir. Böylece bu süreç, fazlasıyla riskli ve maliyetli olan Ar-Ge sürecinden elde edilmesi beklenen karın azalmasıyla sonuçlanabilmektedir. İlaç üreticileri bu riski engellemek amacıyla yeni piyasaya sürülen veya henüz Ar-Ge aşamasında olan ilaçlarına rakip olabilecek ilaçların üreticileriyle birleşerek veya devralarak çözüm bulmaya çalışmaktadırlar (Karakoç 2005: 31).

FTC (Federal Trade Comission)' nin Upjohn-Pharmacia Kararında, iki işletmenin birleşmesiyle piyasadaki fiyat rekabetinin olumsuz etkileneceği konusu üzerinde durularak Ar-Ge alanındaki rekabet ile fiyat rekabeti arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiştir (Karakoç 2005: 32).

Buradan da anlaşılıyor ki, henüz Ar-Ge aşamasında olup pazara sürülmemiş ürünlerin bile fiyat rekabeti konusunda gelecekte oluşacak pazar payı ve elde edilecek kar açısından ne denli önemli olduğu görülmektedir. Daha önce tanımlamış olduğumuz çok uluslu şirketler özellikle kendi aralarında satın alma ve birleşme faaliyetlerinde bululularak, Ar-Ge aşamasından itibaren monopolleşerek ve yüksek karlar elde etmeyi amaçlayarak fiyat rekabetini olumsuz anlamda etkilemektedirler.

4.1.2. Orijinal İlaç ile Jenerikleri Arasındaki Rekabet

Günümüzde gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerin çoğunda ilaç sanayilerinin temel yapısını jenerik ilaç üretimi yapan firmalar oluşturmaktadır. Jenerik ilaç, daha önce sadece buluşçu firmaya ait olup, patent süresi dolduktan sonra ulusal ve resmi otoritelerce yasal koşullara da uygun olarak üretim ve satışı konusunda diğer firmalara

üretim izni verilen ilacı tanımlar (Abacıoğlu 2010: 251-252). Kısaca jenerik ilaç patent koruması biten orijinal ilacın birebir kopyasıdır. Bu nedenle hastalıkların tedavisinde jenerik ilaçlar orijinal ilaçların yerine tereddütsüz kullanılabilir. Patent koruma süresinin bitmesiyle jenerikler pazara girerek orijinal ilacın pazar payını önemli ölçüde eritmektedirler. Bu durumda ilaç sektöründe fiyat rekabetinin gerçekleştiği asıl süreç, aslında jeneriklerin pazara girmesiyle oluşmaktadır (CBO 1998: 27-31).

Jenerik ilaçların piyasaya girmesiyle oluşan rekabetçi ortamın etkilerini sadece fiyatların düşmesiyle açıklamak yanlış olur. Burada jenerik ilaçların çok önemli bir fonksiyonundan daha sözedilebilir. Patent korumasının bitmesiyle orijinal ilaçların pazardaki payı hızla düşer, dolayısıyla beklenen kar seviyesi de düşmeye başlar. Bu aşamada orijinal ilaç üreticileri, kar oranlarını düşürmemek için yeni Ar-Ge faaliyetleriyle ilaç sektöründeki dinamik rekabetin canlanmasını sağlarlar (Karakoç 2005: 33). Bu nedenle hem fiyat rekabetinde hem de dinamik rekabet konusunda önemli bir yeri olan jenerik ürünlerin sektördeki faaliyetleri ile ilgili ayrıntılı inceleme yerinde olacaktır.

İlaç sektörü, piyasaya ilk giren firmanın, fiyatların oluşması aşamasında avantaj elde etmenin yaygın kullanıldığı bir pazar olma özelliği taşımaktadır. Scherer ve Ross (1990)'un yaptığı bir araştırmada, pazara diğerlerinden önce giren firmalar, piyasaya sürdükleri ürünler için istedikleri miktarda fiyat uygulayabilmektedirler, bu genellikle yüksek miktarlarda olmaktadır. Bu şekilde pazarda belirli bir süre boyunca tek firma olmanın verdiği pazar gücünü de kullanarak, yüksek fiyat ve kar elde ederek pazar payında herhangi bir kayıp yaşamamaktadırlar (Aktaran: Rekabet Kurumu 2013: 33).

Pazara ilk giren firma olmanın sağladığı avantajlar sadece yüksek fiyat belirleme ile sınırlı kalmamaktadır. Bunun yanında 12-15 yıllık patent dönemi boyunca belirli bir moleküle sahip ürünü tek firma olarak tedarik ederek ve yaptığı tanıtım ve promosyon çalışmalarıyla patent sonrasında marka bağımlılığı elde etmektedirler (Green 1998: 138).

İlaç sektöründe karşılaşılan marka bağımlılığının nedenleri şöyle açıklanabilir: Reçeteli ilaçlarla ilgili karar verici olarak önemli bir yeri olan doktorların, patent döneminde uzun süre aynı ilacı kullanmanın vermiş olduğu güven ve etkilerini çok iyi bilmesinden kaynaklanan orijinal ürünü daha çok tercih etmesi; aynı şekilde doktorların fiyatlara duyarlı olmamasından dolayı, fiyatı daha ucuz olan jenerik ilacı tercih etmemesi ve eczanelerde ucuz ilaç ikame etme uygulamasının olmadığı durumlarda, hastaların reçetede yazan ilacı kullanmak zorunda kalmaları şeklinde açıklanabilir (Grabowski ve Vernon 1992: 332).

Orijinal ilacın patent koruması bittikten sonra, piyasaya giren jenerik ürünlerin karşılaştığı en büyük engellerden biri olan marka bağımlılığı, jenerik firmaları fiyat duyarlılığı yüksek olan tüketici kesimine yönlendirmiştir. Pazara sunulan jenerik ilaçlar orijinal ilaçlara göre yüksek fiyat indirimleri yaparak orjinalleriyle arasındaki farkı zaman içerisinde daha da artırma eğilimi göstermektedirler (Rekabet Kurumu 2013: 33).

Caves, Whinston ve Hurwitz özellikle ilaç tüketiminde fiyatlara duyarlı olan pazarlarda jenerik ilaçlar ile orijinal ilaçların oldukça önemli bir rekabet unsuru oluşturduğu savunmuşlardır (Caves, Whinston ve Hurwitz 1991: 35-36). Fakat, pazara giren ilk jeneriğin orijinal ilacın fiyatında ne ölçüde etki yaptığı konusunda tam bir görüş birliği oluşturulduğu söylenemez.

Grabowski ve Vernon'un araştırmasına göre jenerik firmalar pazara girdikten sonra orijinal ilacın fiyatının arttığı gözlenmiştir (Grabowski ve Vernon 1992: 347-349). Kong (2004) bunu jenerik rekabet paradoksu olarak adlandırmaktadır. Bunun yanında, Wiggins ve Maness (1994), pazardaki jenerik ilaç çeşidinin artmasıyla orijinal ilaç fiyatlarında düşüş olduğunu saptamıştır. Caves, Whinston ve Hurwitz (1991)'un sonuçları da benzer şekilde olmuş ve jenerik girişleriyle beraber orijinal ilacın fiyatında yalnızca % 4,5 oranında bir düşüşün olduğu sonucuna varılmıştır (Aktaran: Hatipoğlu 2008:47). Bu konudaki tartışmalar ve araştırmalar netleşmemiş olsa da tartışmasız aynı fikirde olunan en önemli konu, jeneriklerin orjinallerine göre daha ucuz olmaları ve rekabeti arttırmalarından dolayı jenerik ürünlerin pazara girişlerinin destekleniyor olmasıdır.

Yukarıda belirttiğimiz gibi orijinal ilaç firmaları jenerik ilaçların piyasaya girmelerine rağmen fiyatlarını çoğu zaman düşürmezler hatta yükselttikleri de görülür. Bunun esas nedeni orijinal ilaç üreticilerinin jenerik ilaç üreticilerine göre daha yüksek maliyetlere katlanmak zorunda kalmalarıdır. Buna göre orijinal ilaç firmaları karını maksimize edeceği fiyatı belirlerken dikkate alacağı kriter Ar-Ge maliyetleri ve yüksek oranlı sabit maliyetlerdir. Fakat jenerik ilaç firmaları fiyatlarını belirlerken çoğunlukla orijinal ilaçlar ve diğer jenerik ilaç firmalarını da dikkate almaktadırlar (Frank ve Salvaker 1997: 12). Bu nedenle orijinal ilaç firmalarının, ilaç maliyetlerine Ar-Ge maliyetlerini ve yüksek sabit giderleri eklemek zorunda oldukları için, oldukça düşük maliyetle üretim yapan jenerik ilaç firmalarıyla fiyat duyarlılığının yüksek olduğu tüketici pazarlarında rekabet etmeleri zorlaşmaktadır. Bu nedenle orijinal ilaç firmaları fiyat rekabetini gözardı ederek fiyat duyarlılığı olmayan tüketicilerin bulunduğu pazarlarda faaliyetlerini sürdürürler. Marka bağımlılığını koruyabilmek amacıyla da reklam ve promosyon yatırımlarına devam ederler (Rekabet Kurumu 2013: 34).

Kısaca özetlemek gerekirse, jenerik ilaçların pazara girmesiyle, pazardaki rekabet artarak ilaç harcamalarında tasarruf sağlanmaktadır. Bunun yanında yenilikçi ve Ar-Ge odaklı ilaç üreticilerinin yeni ilaçlar geliştirme arayışını tetiklemektedir. Fakat jenerik ilaçların pazara girmesi orijinal ilaçların pazar payının düşmesine ve kar oranının azalmasına neden olmaktadır. Jenerik ilaçların bir taraftan daha ucuz olması diğer taraftan yenilikçi firmaların pazarı yönlendirici gücünü baskılaması pazar payı oluşturma ve kar elde etme konusunda bir tehdit oluşturmaktadır. Bu da orijinal ilaç üreticilerini, jeneriklerin pazara girişini engellemeye veya geciktirmeye yönelik bazı önlemler almaya itmiştir.

AB Komisyonu'nda da orijinal ilaç ile jenerik ilaçlar arasındaki rekabet konusu üzerinde durularak, uluslararası ilaç firmalarının ilaç piyasasındaki rekabeti kendi çıkarlarına göre yönlendirip, jenerik firmaların pazara girişini önlemek veya geciktirmek amacıyla patent sistemini ve ruhsatlandırma prosedürlerini suistimal ederek ilaç sektöründeki rekabeti bozmaya çalıştıkları belirtilmiştir (Hatipoğlu 2008: 48). Burada uluslararası ilaç firmaları ve jenerik üreticiler arasındaki rekabet ile ilgili tartışmalara neden olan “veri koruma ve veri imtiyazını” açıklamak yerinde olacaktır.

Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ)' nün temel anlaşmalarından biri, ticaretle ilgili Fikri Mülkiyet Hakları (TRIPS) Anlaşması'dır. Bu anlaşmanın tanımına göre veri koruma, yenilikçi firma tarafından patent başvurusu yapılmış olan beşeri, veteriner ve zirai ilaçların tasdiki konusunda ilgili makamlar tarafından talep edilen ve yaratılması sürecinde önemli gayret ve masraf gerektiren ürünler için, sahipleri tarafından gizli tutulan bilgi ve test sonuçlarının haksız kullanımını önlemek amacıyla gerekli tedbirlerin alınmasıdır. Veri imtiyazı ise, ruhsatlı olan orijinal ürüne ait bilgilerin, patent süresi dolduktan sonra jenerik ilaç üreticilerinin ruhsat işlemleri sırasında referans gösterilmesinin engellenmesi ve sadece orijinal ürüne ruhsat izni verilmesidir (Abacıoğlu 2010: 253). Bu tanımlar çerçevesinden bakıldığında, uluslararası ilaç sektörünün bu hükümlere dayanarak, çıkarlarını korumak amacıyla jenerik ilaç üreticilerini kısıtlamaya ve kendi hareket alanlarını genişletmeye yönelik faaliyetlerine imkan tanındığı söylenebilir.

Uluslararası ilaç piyasası, veri imtiyazı hakkına dayanarak, jenerik üreticilerin rekabeti ile karşılaştığı ürün grubunu kısıtlayıp, kendi ürün grubunu genişletecek böylece kar maksimizasyonunu arttırmaya çalışacaktır (Abacıoğlu 2010: 254).

Orijinal ilaç firmaları, jeneriklerin pazara girmesiyle düşen pazar payını korumaya yönelik veri koruma ve veri imtiyazı yöntemlerinin dışında başka stratejiler de kullanmaktadırlar. Bunlar; reformülasyon, yani orijinal molekülün içeriğindeki etkin maddeyi başka bir molekülle birleştirerek veya uygulama yöntemi ve dozunu değiştirerek reçeteli ilaç kategorisinden reçetesiz ilaç kategorisine geçirmek, böylece talebi kaydırmak; diğer yöntem ise savunma fiyatlaması, yani orijinal molekülün belirli dozlarının fiyatını düşürerek, tekrarlanan reçetelemelerde indirim yapılması ile uygulanan stratejidir (Rekabet Kurumu 2013: 35).

Orijinal ilaç firmaları son zamanlarda jeneriklerin pazara girmesini engellemeye yönelik stratejilerden çok, onlardan fayda sağlama imkanı sunan stratejilere yönelmeye başlamışlardır. Bunu da ya jenerik firmalarla ortaklıklar kurarak ya da oto jenerik stratejileriyle yani jenerik ilaç firmalarının, orijinal ilaç üreticilerinin izni ile ve onların kontrolleri doğrultusunda pazara girebilmesini sağlayarak yapmaktadırlar. Bunun

yanında orijinal ilaç firmaları yasal zorluklarla karşılaşmamak ve üretim avantajlarını kullanabilmek için kendi jeneriklerini üreterek pazara sunabilmektedirler (Rekabet Kurumu 2013: 35).

4.1.3. Jenerik İlaçlar Arasındaki Rekabet

Jenerik ilaçlar homojen ürünlerdir ve birbirlerini tam olarak ikame edebilirler. Orijinal bir ilacın patent süresinin sona ermesiyle beraber zamanla pazara çok sayıda jenerik ürün girmeye başlar.

Jenerik ürünün pazar tercihinde; pazarın büyüklüğü, pazardan beklenen kar ve orijinal ilacın pazar payı rol oynamaktadır. Bunun yanında kronik hastalıkların mevcut olduğu ve hastane satışlarının fazla olduğu pazarlara jenerik firmaların girişi hızlı olmaktadır. Jenerik firmalar için faaliyet gösterdikleri ürün grubuna benzeyen pazarlara girişler öncelikli ve daha caziptir (Rekabet Kurumu 2013: 34-35).

Pazara girecek olan jenerik firmaların sayısı; orijinal ilacın söz konusu tedaviye getirdiği yeniliklere, satış miktarına ve sağladığı kar oranına bağlıdır (Frank ve Salkever 1997: 77).

Jenerik ilaçlar homojen ürünler oldukları için aynı pazarda bulundukları süre boyunca aralarındaki rekabeti etkileyen temel unsur fiyattır. CBO tarafından yapılan araştırmalara göre jenerik firmalar orijinal firmalardan çok, kendi aralarında rekabet etmektedirler. Özellikle etken madde pazarında faaliyet gösteren ve sayıları fazla olan jenerik firmalar arasında gerçekleşen rekabet sonucunda fiyatlar marjinal maliyetler düzeyine kadar düşebilmektedir (CBO 1998: 32).

Orijinal ilaç pazarlarında olduğu gibi jenerik ilaç pazarlarında da pazara ilk giren ürünün avantaj elde ettiği bir piyasa türünden sözedilir. Orijinal ilaç üreticilerinin aksine pazara ilk giren ve pazar payı en yüksek olan jenerik ürün üreticileri, pazara yeni giren jenerik ilaçlara fiyat düşürerek karşılık verirler. Jenerik ilaç pazarındaki lider firma, bu

yöntem ile pazar payını korumakta ve artan firma sayısı ile ortalama fiyatların düşmesini sağlamaktadır (CBO 1998: 33).

Grabowski ve Vernon (1992), 1983-1987 döneminde yaptıkları bir araştırma sonucunda, patent koruması biten 18 ilacın jeneriklerle karşılaştığı rekabeti inceleyerek, pazara girişten beklenen karlılığın jenerik rakiplerin sayısını doğrudan etkilediği ve uzun dönemde jenerik ilaç fiyatlarının marjinal maliyet seviyesine yakınlığını saptamıştır (Grabowski ve Vernon 1992: 347-349). Bunun yanında jeneriklerin pazar payını oluşturma gücünün, orijinal ürünün jeneriklerinden önceki satış miktarına, ürünün tedavi sınıfına ve jenerik ürünün pazara giriş zamanına göre değiştiğini belirlemiştir (Grabowski ve Vernon 1996: 347-349).

4.2. Devlet Kesiminin Yer Aldığı Pazarlarda Fiyat Rekabeti

İlaç piyasası ile ilgili şu ana kadar yapılan değerlendirmeler, devlet kesiminin piyasaya sadece ilaçların etkinliği ve güvenliği konusunda müdahale edebildiği ve bu durumun çok az ülkede uygulanan serbest rekabet koşulları bakımından geçerli sayıldığı yönündedir. Gelişmiş pazarlar hariç ülkelerin çoğunda devletler ilaç fiyatlarına müdahale etmektedirler. Bunun yanında serbest fiyatlamamanın olduğu ülkelerde bile devletlerin dolaylı yoldan fiyatlara müdahale edebildiği görülmektedir (Rekabet Kurumu 2013: 110).

İlaç piyasasında devlet, çoğu ülkede ilaç harcamalarının finansmanını sağlayan taraf ve en büyük ilaç alıcısı olmasından dolayı sektör üzerinde büyük etkilere sahiptir. Devletin ilaç sektörüne müdahale etmesinin başka bir nedeni ise, ilaç firmalarının uluslararası nitelikte olmasından kaynaklanan, devlete yüklediği ilaç fiyatlarının belirlenmesi, kar marjlarının kontrolü ve sınırlandırılması, ilaç dağıtım kanallarının düzenlenmesi gibi zorunluluklardır (Çalışkan 2008: 3).

İlaç sektöründe devlet, ilaç tüketim harcamalarını finanse ederek en büyük ilaç alıcısı konumunda olduğu için devlet müdahalesinin bir sosyal devlet ilkesi olduğu vurgulanmaktadır (Karakoç 2005: 45).

Devletin, ilaç tüketim harcamalarını karşıladığı pazarlarda fiyat rekabetinin olup olmadığı, devletin sektöre ne derece müdahale ettiği ile yakından ilgilidir. Üreticilerin fiyat belirleme konusunda serbest olduğu ülkelerde fiyat rekabeti gerçekleşirken, üreticilerin ilaç fiyatlarını belirleme hakkı olmadığı ülkelerde ise fiyat rekabetinden söz etmek mümkün değildir. Bu konuda uygulanması gereken en uygun yöntem, pazardaki rekabet ortamından mümkün olduğunca faydalanarak, ilaç tüketim harcamalarını finanse edebilmektir (Karakoç 2005: 45).

İlaç sektöründe uygulanan politikalar hem çeşitli olarak hem de uygulamadaki farklılıklar açısından değişiklik göstermektedir. Bunun yanında bazı belirgin politikaların birçok ülkede uygulandığı gözlemlenmiştir. Yaygın olarak uygulanan politikalar, arz politikaları ve talep politikaları olarak iki kısımda incelenebilir.

Arz politikaları, doğrudan/dolaylı fiyat kontrolleri, ödeyicinin karşılayacağı ürünlerin kapsamını ve kapsam koşullarını belirleyen geri ödeme politikaları ve ödeyicinin endüstriye yaptığı ödemeleri kontrol eden harcama kontrol politikaları olarak sınıflandırılabilir (Helvacıoğlu 2013: 17).

Fiyat kontrollerinde, sıklıkla uluslararası referans fiyatlandırma ve iç referans fiyatlandırma olarak iki temel politika ile karşılaşılmaktadır. Uluslar arası referans fiyatlandırmada ürünlerin fiyatları referans ülkelerin fiyatları baz alınarak belirlenmektedir. İç referans fiyatlandırmada ise ürün fiyatları, pazarda bulunan ve genellikle aynı molekülü içeren diğer ürünlere göre oluşturulmaktadır (Helvacıoğlu 2013: 17).

Geri ödeme uygulamalarında iki politika öne çıkmaktadır; bunlar sağlık teknoloji değerlendirme (STD) ve pozitif/negatif listeleme yöntemidir. STD yönteminde ilaç fiyatları ve geri ödemeleri, ilacın kullanımından sağlanan tıbbi faydaya

göre karşılayacağı ürünleri, negatif listeler de ödeyicinin karşılayamayacağı ürünleri belirlemekte ve bu listelere göre geri ödeme ile fiyat kontrolü amaçlamaktadır (Helvacıoğlu 2013: 17).

Harcama kontrolleri ile ilgili politikalarda iskontolar, ödeyiciye yapılan geri ödemeler, risk paylaşım anlaşmaları, fiyat dondurma ve düşüşleri ile ihale yöntemi en çok karşılaşılan uygulamalardır. İskonto uygulaması ödeyicinin talep ettiği ürünü indirimli alması, eczane ve üretici tarafındaki geri ödemelerde ise ödeyicinin cirosunun bir kısmının geri ödenmesi şeklinde gerçekleşmektedir. Risk paylaşım anlaşmalarında, özellikle piyasaya yeni girecek ürünlerde, taahhüt edilenin altında bir bütçe ve klinik fayda oluşması durumunda kamunun riskinin bir kısmını firmanın kendi üzerine alması söz konusu olmaktadır. Fiyat düşüşleri ve fiyat dondurmaları ilaç fiyatlarına kamunun doğrudan müdahale etmesiyle uygulanmaktadır. İhale yöntemi ile bazı ürün gruplarının ihale ile kamu tarafından alınarak fiyat avantajı sağlanması amaçlanmıştır (Helvacıoğlu 2013: 17-18).

Talep politikaları ilaç sektöründeki fiyat rekabetinin etkin ve sağlıklı bir şekilde işleyebilmesini sağlamak için harcamaların tüketim miktarı üzerinden kontrolünü amaçlamaktadır. Bu politikalar satış kanallarına, doktorlara ve hastalara yönelik uygulanabilmektedir (Karakoç 2005: 53).

Ecza depoları ve eczanelerin oluşturduğu satış kanallarına ilişkin politikalar jeneriklere yönlendirme ve kar marjları uygulamalarından oluşmaktadır. Jeneriklere yönlendirme, eczanelerin reçetede ilacın daha ucuz eşdeğeri ile değiştirmeye yönlendirilmesi ve ya zorunlu kılınmasıdır. Kar marjlarında da benzer şekilde, farklı marj uygulamalarıyla beraber satış kanalında ucuz ürünler için talep yaratarak fiyat rekabeti oluşturulmaya çalışılmaktadır (Helvacıoğlu 2013: 18).

İlaç sektöründe harcama kontrolleri ile ilgili uygulanacak talep politikaları konusunda, doktorlara ve hastalara yönelik alınacak önlemler de önem taşımaktadır. Harcamaların kontrol edilebilebilmesi ve gereksiz ilaç tüketiminin önüne geçilebilmesi için doktorlar ve hastaların jenerik ilaçlar içerisinde en etkili ve ucuz olan ilacı tercih

etmeleri alınacak önlemlerin temelinde yer almaktadır. Buna göre AB Komisyonu Raporu'na göre doktorlara yönelik uygulanan politikalar; reçete yazma klavuzlarının oluşturulması, eğitim ve bilgilendirme faaliyetleri, reçetelerin izlenmesi, reçete kotolarının belirlenmesi, ilaç bütçelerinin hazırlanması ve finansal teşviklerdir. Eczanelere yönelik uygulamalar; jenerikleri ikame politikası, ucuz ilacın satışına yönelik finansal teşvikler ve dağıtım aşamasında elde edilen gelirin belirli bir kısmının geri alınmasıdır. Hastalara yönelik talep kontrol politikaları ise, ilaç tüketimi konusunda bilgilendirme ve katkı payı uygulamasıdır. Bu uygulama ile geri ödenen ilacın maliyetinin bir kısmı hastaya aktararak, ilaç talebinde fiyat esnekliğinin az da olsa artırılması hedeflenmektedir (AB Komisyonu Raporu 2009, http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf, 18 Eylül 2017' de erişildi).

4.2.1. İlaç Piyasasında Devlet Ve Sermaye İlişkisi Üzerine Değerlendirme

1980 sonrası gerçekleşen neoliberal dönüşümün temel yapısını oluşturan serbestleştirme, özelleştirme ve kuralsızlaştırma politikalarının hayata geçirilmesi devletin toplum ve piyasa ile olan ilişkilerinde önemli değişimler yaratmıştır. Bu değişimlerin temel kuralı olan 'piyasaya müdahale etmeyin' anlayışı, kapitalizmin içine girdiği krizden çıkabilmesi için tek çözüm olarak görülmüş ve bütün dünyaya hızla yayılmıştır.

Neoliberal dönüşümün etkisiyle 1990'lara gelindiğinde artık finansal sermaye üzerindeki denetimler kaldırılmış ve hayatın her alanın finansallaştığı süreç yeni bir boyut kazanmıştır. Fakat ardı ardına yaşanan finansal krizler bir bütün olarak neoliberal yaklaşımın kriz yönetme biçimindeki yetersizliğinin sorgulanmasına neden olarak 'piyasa dostu müdahaleler' yapılması gerektiği tartışmalarını başlatmıştır. Sonuç olarak 1980 sonrasında dünya kapitalist sisteminde genel olarak devletin rolü değişerek, topluma ve piyasaya olan müdahale şekli farklı biçimlerde kendini göstermeye başlamıştır. Burada devlet-sermaye ve devlet-piyasa ilişkileri farklı bir boyut kazanmıştır (Mercan 2013: 191-192).

Bu dönemde ortaya çıkan bu yaklaşımın ‘devlet dışındaki aktörlerle birlikte devleti yönetme’ anlamına geldiği ve devletin ilişkide olduğu her alanda olduğu gibi ilaç sektöründe de karar alma ve düzenleme süreçlerinde etkin hale getirilmeye çalışılan bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir (Güzelsarı 2004: 13).

2004’ten sonra, 1984-2004 dönemi ilaç piyasasında devlet-piyasa karşıtlığını temel alan ve piyasanın üstünlüğünün savunulup devletin müdahale araçlarının kısıtlandığı dönem terkedilip, yerini müdahaleci bir devletin piyasayı doğrudan kontrol etmeye çalıştığı bir sisteme bırakmıştır (Mercan 2013: 193).

Burada üzerinde durulması gereken asıl nokta devletin müdahale yetkisinin sermaye aleyhine hareket edebilen bağımsız bir yapıya sahip olup olmadığıyla ilgilidir. Bunun yanında ilaç piyasasında devlet müdahalesinin boyutları araştırılırken, yaratacağı etkilerin paradigmatik bir değişimden çok, kapitalist sistem için geliştirilen alternatif bir strateji olarak değerlendirilmesinin daha doğru olacağı belirtilmiştir (Bedirhanoğlu ve Yalman 2009: 108).

Sonuç olarak, sermaye güçlerinin her alana girebildiği ve önceden kamusal olan alanlarda şimdi rekabet, etkinlik, verimlilik gibi konuların yer aldığı görülmektedir. Devlet dışındaki sermaye güçlerinin diğer alanlarda olduğu gibi ilaç piyasasında da karar alma ve düzenleme süreçlerine dahil olmaya çalıştıkları ve devletin ilaç piyasasına müdahale etme amacının, sözkonusu devletin uluslar arası kapitalist sisteme dahil olma stratejisine bağlı kalarak ayak uydurması şeklinde değerlendirilebilir. Böylece devletin müdahale yönteminin, devlet ile sermaye güçlerinin ortak kararlarıyla hareket edildiği bir yöntem haline geldiği, müdahale yetkisinin de sermayenin lehine hareket eden bir yapı gösterdiği ve bağımsız, sosyal devlet özelliğinden uzaklaşıldığı söylenebilir.

V. BÖLÜM

5. TÜRKİYE İLAÇ SEKTÖRÜNDE MEVCUT DURUM VE ÖNERİLER

Türkiye’de ilaç sektörüne ait düzenlemeler 14/5/1928 tarihli ve 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu’na göre gerçekleşmektedir. Bu kanun beşeri tıbbi ürünlerin tüketiciye uygun şartlarda ulaşmasını temin etmek için gerekli tedbirlerin alınmasından, ruhsatlandırma ve fiyatlandırılmasına kadar olan düzenlemelerin Sağlık Bakanlığı’nın yetkisinde olduğunu belirtmektedir (Bakanlar Kurulu Kararı 2015, [http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/15 Şubat 2017](http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/15%20Şubat%202017%20de%20erişildi%20)’de erişildi). Sağlık Bakanlığı bu yetkiyi İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü (İEGM) aracılığıyla gerçekleştirmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın, 1262 sayılı kanuna göre ilaç sektörü ile ilgili görevleri şöyledir: Türkiye’de üretilen ve ithal edilen ilaçların ruhsat ve izin işlemlerini düzenlemek; ilaçta etkinlik ve güvenliliğin sağlanmasına yönelik gelişmeleri izlemek, yarar/risk değerlendirmeleri yapmak ve riski en aza indirmek için gerekli tedbirleri almak; ilaç, biyolojik ve tıbbi ürünler ile bitkisel ürünlerin gözlemsel ve klinik araştırmaları ile ilgili işlemleri yürütmek; eczane ve ecza depoları hakkında düzenleme ve ruhsat işlemlerini yapmak; sağlık beyanı ile satılacak ürünlerin fiyatlarını düzenleyerek izin işlemlerini yürütmek şeklinde sıralanabilir (Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, (07.03.2012), <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.15937&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hizmet%20birim>, 15 Şubat 2017’de erişildi).

Yukarıda sıralanan bu düzenlemeler Türkiye’de ilaç sektörünün sıkı denetimlerle yürütüldüğünü göstermektedir. Bu düzenlemelerin çoğu tüm dünyada genel olarak uygulanan ve ilacın ürün olarak pazara sürülebilmesinin sağlanması için

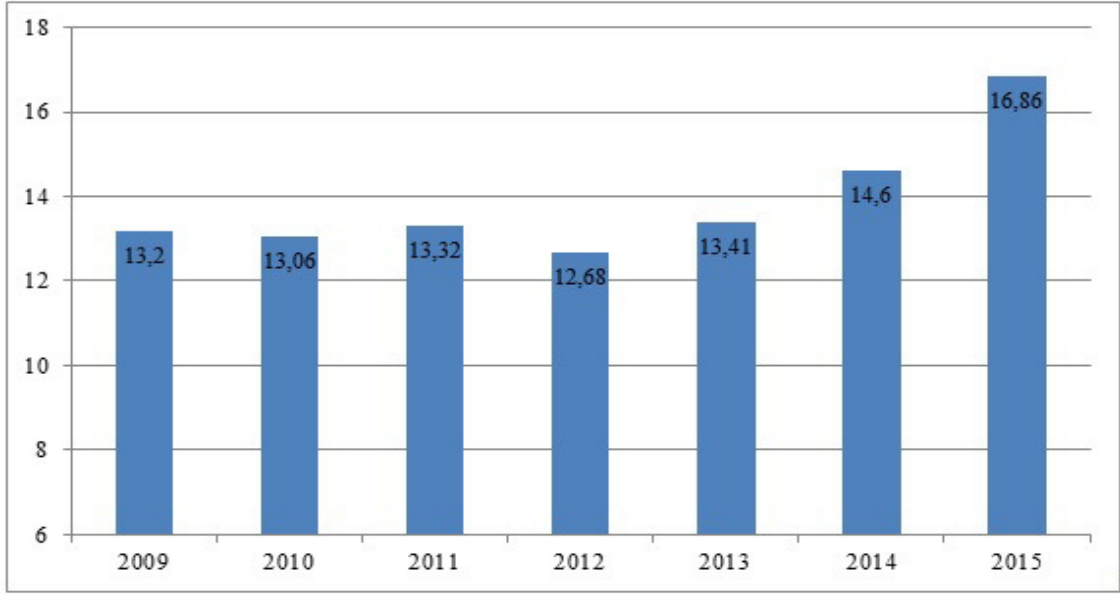
zorunlu olan, geri kalan kısmı ise sadece katı fiyat kontrollerinin uygulandığı ülkelerde yürütülen düzenlemelerdir (Karakoç 2005: 62).

Bu bölümde, öncelikle Türkiye’de ilaç sektörünün genel yapısı, birleşme-devralma faaliyetleri çerçevesinde yoğunlaşma oranı ve ihracat-ithalat yapısı açıklanacaktır. Daha sonra Türkiye ilaç sektörünün en önemli temel düzenlemelerinden ruhsatlandırma, fiyatlandırma ve geri ödeme politikaları kısaca açıklanarak bu düzenlemelerin ilaç piyasası üzerindeki etkilerine yer verilecektir.

5.1. Türkiye İlaç Sektörünün Genel Durumu

İlaç endüstrisi, insan yaşamının kalitesini doğrudan etkilemesi ve teknoloji bakımından zengin üretim gereksinimi duyulması sebebiyle Türkiye açısından hem sosyal hem de ekonomik boyutlarda önem taşıyan bir endüstridir.

Türkiye’de ilaç sektörünün büyüme oranları incelendiğinde, sektör 2014’e göre %15,5 büyüyerek 2015 yılındaki değeri 16,86 milyar TL’ye ulaşmıştır. Pazara yeni giren ürünlerin fiyatlarının ilaç sektöründeki büyümede etkisi bulunmaktadır. Diğer yıllarla kıyaslandığında 2015 yılında pazar büyüklüğünün arttığı görülmektedir. 2009-2015 arasındaki 6 yıllık global bütçe dönemi incelendiğinde toplam pazarın 2009 yılına göre 3,66 milyar TL büyüdüğü belirtilmiştir (İEİS 2016: 4).



Şekil 5.1: Türkiye tıbbi ürün pazarındaki ilaçların satış değeri (IMS, 2015)⁴

Türkiye’de ilaç pazarı kutu ölçeğinde (satış hacminde) incelendiğinde, 2009-2015 yılları arasında sektör, 2009’daki 1,49 milyar kutudan %30,3’lük artış göstererek 1,94 milyar kutuya ulaşmıştır. Bu genişlemenin nedenleri olarak Türkiye’de artan ve yaşlanan nüfus, ortalama yaşam süresindeki yükselme ve kamu sağlık hizmetlerine ve ilaca erişimdeki artıştan kaynaklanan talep büyümesi gösterilebilir (İEİS 2016: 4). Satış hacmi, belirli bir dönemde satılan ürünlerin toplam birim sayısını göstermektedir. Satış hacmi arttıkça birim maliyetler düşmekte ve kar marjı yükselmektedir (Tenekecioğlu 2008: 131). Satış miktarının kutu bazında 2013 yılındaki duraklama dışında sürekli bir artış gösterdiği gözlenmiştir (İEİS 2016: 4).

Satış hacmini arttırarak maliyetleri düşürmenin yanı sıra kutudaki ilaç miktarının azaltılarak kutu sayısının arttırılması gibi yöntemler de kullanılmaktadır. Bu yöntemle firmaların daha az maliyete katlanıp satış hacmini arttırarak, kar oranını yükseltmeyi amaçladıkları söylenebilir. Sağlık hakkı açısından değerlendirildiğinde, kutudaki ilaç miktarını azaltma yöntemi, temel ilke olan, halkın güvenilir, kaliteli, ucuz, yeterli miktarda, yeterli çeşitlilikte ilaca ulaşmasının sağlanması ilkesine ters düşerek toplumun ‘yetersiz tedavi’ gibi sorunlarla karşılaşmasına neden olabilmektedir.

⁴ NOT: Şekil 5.1’deki veriler İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (2015)’ ndan aktarılmıştır.

Türkiye ilaç pazarında orijinal ve jenerik ilaçların pazar payı incelendiğinde, 2014'te 9,63 milyar TL seviyesinde olan orijinal ilaç pazarı, 2015'te ilaç pazarının büyümesiyle %15,3 artarak 11,11 milyar TL'ye ulaşmıştır. Orijinal ürünlerdeki bu artış, ithal orijinal ürünlerdeki artıştan kaynaklanmıştır. Jenerik ilaç pazarı da aynı şekilde 2015'te büyüme göstererek %16,4 oranında yüksek bir artışla 4,76 milyar TL'ye ulaşmıştır (İEİS 2016: 4). Kutu sayısında ki artışa oranla parasal değerin benzer oranda artmaması daha sonra açıklayacağımız devletin müdahale yöntemlerinden olan Referans Fiyatlandırma ve Geri Ödeme Politikaları' nın bir sonucudur. Burada ilacın fiyatını ve sermaye gruplarının elde edebileceği yasal karı devlet belirlemekte, ayrıca tek alıcı olmasından dolayı geri ödeme sürecinde ne kadar ödeyeceğine yine devletin kendisi karar vermektedir. Firmalar da devletin belirlediği SGK' nın geri ödeme listesine girebilmek için fiyatları düşük tutmaktadır. Bu sistem ile fiyattan çok, ilaç üreten firmaların kâr seviyelerini kontrol altına almanın amaçlandığı söylenebilir.

5.1.1. Türkiye İlaç Sektöründe Ar-Ge Faaliyetleri ve Patent

Türkiye'de ki Ar-Ge faaliyetleri yeni molekül keşfedilmesi veya yeni ilaç geliştirilmesi amacıyla yapılmamakta, daha önce bilinen moleküllerin dozlarını değiştirip aynı ilacı yeniden formüle edecek çalışmalar şeklindedir (Dortunç 2008: 115).

Türkiye'de faaliyet gösteren yerli ilaç üreticilerinin Ar-Ge faaliyetlerinde bulunmamasının başında yabancı ilaç şirketlerinin Türkiye'de gerçekleştirdiği yatırımlar gelmektedir. Yabancı ilaç şirketleri Ar-Ge harcamalarını Türkiye'de yapmasalar bile, kendi ülkelerinde yapmış oldukları buluşlar için Türkiye'de patent haklarını korumaya alabilmektedirler. Bu şirketler TRIPS anlaşmasından kaynaklanan patent haklarını kullanarak ürünlerini yüksek fiyatlarla satarak, yüksek karlar elde etmektedirler. Elde ettikleri karları merkezlerine aktararak yapılan Ar-Ge faaliyetlerinin devamlılığını sağlayabilmektedirler. Yabancı şirketlerin Türkiye'de patent avantajı elde etmeleri Türkiye'de ki yerli ilaç üreticisinin Ar-Ge faaliyetlerinde bulunması konusunda engel oluşturmaktadır. Türkiye'deki yerli ilaç üreticilerinin Ar-Ge harcamaları konusunda çok uluslu ilaç şirketlerinin dışlayıcı etkisinde kalmalarının yanı sıra bir

diğer neden Türkiye'nin ilaç sanayi politikalarının teknoloji geliştirmeye yönelik olmayışıdır (Canan 2014: 28).

Türkiye ilaç sektöründe patent durumu incelenecek olursa, Türkiye 26 Mart 1995'ten itibaren Dünya Ticaret Örgütü (World Trade Organization, WTO)'nün bir üyesidir. Türkiye'de ilaçların patent koruması kapsamına alınması 15 Nisan 1994'te kabul edilen ve 1 Ocak 1995'te yürürlüğe giren Dünya Ticaret Örgütü'nün eki özelliğindeki Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması gereğince gerçekleştirilmiştir (Bak 2011: 121).

TPE'den elde edilen verilere göre 2014 yılında; eczacılık ürünlerinin, tıbbi kimyasalların ve botanik ürünlerinin imalatı ile ilgili toplam 1061 patent başvurusu yapılmış ve bunların sadece 389'nu yerli firmalar oluşturmuştur (TPE 2014, <http://www.turkpatent.gov.tr/TurkPatent/statistics/> 09 Mart 2017'de erişildi). Bu rakamlara bakıldığında Türkiye ilaç sektöründe Ar-Ge faaliyetlerinin yeteri kadar gelişmediği söylenebilir.

5.1.2. Türkiye İlaç Sektöründe Birleşme ve Devralma

Türkiye ilaç sanayi, birleşme ve devralmaların en çok yaşandığı sektörlerden biridir. Birleşme ve devralmalar endüstrideki yoğunlaşmanın bir göstergesidir. Oligopolistik yapı gösteren Türk ilaç sektöründe birleşme ve devralmalar ile oluşan yoğunlaşma sektör açısından önem taşımaktadır.

Birleşme ve devralma şeklinde gerçekleşen stratejik ortaklıkların nedenleri olarak, iç pazar payını artırmak, dış pazarlara yayılmak, güçlü şirketlerin ilaç dağıtım avantajlarını elde etmek, Ar-Ge çalışmalarını finanse etmek, bilimsel köprü oluşturmak gibi sebepler gösterilebilir (Kahraman ve Uğurluoğlu 2016: 216).

2000'li yıllardan sonra Türkiye'de ki ilaç piyasası yabancı sermayeli firmaların gözdesi olmuş ve bu dönemde birçok yerli firmanın satışı gerçekleşmiştir. Bunun

yanında yerli ilaç firmaları kendi aralarında şirket evlilikleri ve çeşitli birleşmeler yapmışlardır.

2009-2014 yıllarında uygulanan maliyet düşürme politikaları, artan indirim oranları, Euro-Lira konvertibilite oranlarının dondurulması gibi uygulamalar, Türkiye ilaç endüstrisine maliyet olarak yansımaktadır. Bu maliyetler, üreticileri finansal olarak olumsuz etkilemekte ve Türk ilaç üreticilerinin finansal performans başarısızlıklarını engelleyebilmek amacıyla ilaç sektöründe stratejik ortaklık, birleşme ve satın almalara yöneldikleri tahmin edilmektedir (İEİS 2015: 45).

2006-2014 yılları arasında Türkiye ilaç piyasasında gerçekleşen birleşme ve satın alma görünümüne bakıldığında, faaliyetlerin satın alma şeklinde gerçekleşmiş olduğu ve ilaç sektöründe birleşmelerin olmadığı görülmektedir (Akgöbek 2011: 55).

2000 yılından sonra artarak devam eden birleşme ve devralma faaliyetlerine bir bütün olarak bakıldığında Türkiye ilaç piyasasında yoğunlaşma oranının yüksek olduğu ve buna bağlı olarak tekelleşme eğiliminin yükselerek artacağı öngörülmektedir (Abacıoğlu 2010: 321).

5.1.3. Türkiye İlaç Sektöründe Yoğunlaşma Oranı

Türkiye ilaç pazarında toplam yoğunlaşma oranı incelendiğinde sektörde 2009'da 73 tane yabancı firma faaliyet gösterirken, 2015'te bu sayı 118'e ulaşmıştır. Yine bu dönemde 100 yerli firma pazara girmiş ve yerli firma sayısını 2015'te 337'ye yükseltmiştir. 2009'da pazarın %90'ını 45 firma oluşturmaktayken 2015 yılında bu sayı 60'a yükselmiştir. Pazarın %90'ını oluşturan bu 60 firmanın %70'i yabancı sermayeli şirketlerden oluşmaktadır (İEİS 2016: 4). Bu oranlardan yola çıkarak, Türkiye ilaç sektörünün yeniden yapılanmasında rol oynayan en büyük faktörün çok uluslu ilaç şirketlerinin artışı olduğu söylenebilir.

Yoğunlaşma derecesi belli sayıdaki şirketin toplam pazar payını ifade etmektedir. DIE'nin 1980-1994 döneminde Türkiye imalat sanayiinde yoğunlaşma

dereceleri ile ilgili yapmış olduğu bir çalışmada CR4⁵ olarak adlandırılan yöntem kullanılarak en büyük dört şirketin hakim olduğu pazar payı hesaplanmıştır. Buna göre CR4, 30 ve altında ise ‘düşük dereceli yoğunlaşma’ (rekabet var), 31-50 arasında ise ‘orta dereceli yoğunlaşma’ (rekabet azalmakta, monopolcü rekabet), 51-70 arasında ise ‘yüksek dereceli yoğunlaşma’ (rekabet iyice azalmakta ve oligopol yapı oluşmakta), 71-100 arasında ise ‘çok yüksek derecede yoğunlaşma’ (monopol yapı oluşmakta) olmak üzere piyasa yapısıyla ilgili dört bölüm belirlenmiştir (Polat 2007: 100).

Yukarıda ki açıklamalara göre yoğunlaşma ile ilgili olarak, 2005-2015 yılları arasında Türk ilaç sektöründe faaliyet gösteren en büyük sekiz firmanın toplam piyasa payı alınarak yapılan bir analize göre Türk ilaç sektöründe yabancı firmaların yabancı menşeli piyasa içerisindeki yoğunlaşma oranının %58 ile %64 arasında bulunduğu saptanmıştır (Kaynak 2016: 60). Bu sonuca göre, Türk ilaç sektöründe ki yabancı firmaların yoğunlaşma oranının yüksek olduğu, rekabetin azaldığı ve oligopolistik bir piyasa yapısına sahip olduğu görülmektedir.

Türkiye’ de temel eczacılık ürünlerinin imalatındaki yoğunlaşma oranı incelendiğinde, 2009-2015 yılları arasında sektöre girişlerin çok az olduğu, CR4 ve CR8 oranlarının %100 olarak bulunduğu belirtilmiştir (TUIK 2017, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1036, 19 Eylül 2017’ de erişildi). Buradan Türkiye’deki temel eczacılık ürünleri imalatı konusunda çok yüksek derecede yoğunlaşma yaşandığı ve monopol bir yapı olduğu söylenebilir.

5.1.4. Türkiye İlaç Sektöründe İthalat ve İhracat

Türkiye ilaç sektöründe ithal ve ihraç oranlarına bakıldığında ilaç ithalatı AB-28 (AB üyesi ülkeler) ülkeleri üzerinde yoğunlaşmışken, ihracatında ise AB-28 ülkelerinin yanında, Orta Asya, Uzak Doğu, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkeleri de yer almaktadır. Türkiye ilaç ithalatı, ihracatına kıyasla çok daha yüksek oranlardadır (TEPAV 2016, http://www.tepav.org.tr/upload/files/14749028334.Ilac_Uretim_ve_Ihracat_Ekosistemi_Raporu.pdf, 24 Şubat 2017’de erişildi). Türkiye, özellikle koruma altındaki ürünleri,

⁵ Herfindahl - Hirschman İndeksi olarak adlandırılır, Bu oran genellikle piyasadaki en büyük 4 (CR - 4) ya da 8 firma (CR - 8) için hesaplanır (Hyman 1986: 393).

ileri teknoloji gerektiren ilaçları ve üretimi ekonomik olmayan ürünleri ithal ettiği için dış ticaret açığı vermektedir (Kaynak 2016: 52).İlaç sektöründe dış ticaret açığı 2013 yılında 3,68 milyar ABD doları seviyesine ulaşmış, 2014 yılında ise artış göstererek yaklaşık 3,89 milyar ABD doları olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 5.1: Eczacılık Ürünleri İthalat ve İhracatı (ABD Doları) (TUIK)⁶

Yıl	İhracat	İthalat	Dış Ticaret Açığı
2010	611.955.679	4.786.694.777	4.174.739.098
2011	620.383.175	5.092.960.565	4.472.577.390
2012	720.089.656	4.353.517.412	3.633.427.756
2013	817.662.806	4.497.956.657	3.680.293.851
2014	855.659.796	4.743.488.391	3.887.828.595

Orijinal ve jenerik ürünlerin ithal-imal ayrımına bakıldığında, orijinal ürünlerde ithalata, jenerik ürünlerde ise yurt içi üretime doğru kayma eğilimi bulunmaktadır. Türkiye’de 2015’te üretilen ilaçların değer ölçeğinde %66’sı, kutuda ise %67’sinin jenerik ürünlerden oluştuğu görülmektedir (İEİS 2016: 8).

5.2. Türkiye İlaç Sektöründe Temel Düzenlemeler ve Bunların Piyasa Üzerindeki Etkileri

Dünyada ve Türkiye’de ilaç sektöründe yoğun düzenlemeler yapılmaktadır. Bu düzenlemelerin büyük bir kısmı sektöre özel düzenlemelerden oluşmaktadır. Bunların en önemlileri ruhsatlandırma, fiyatlandırma ve geri ödeme düzenlemeleridir. Bu kavramlar Ar-Ge aşamasından hemen sonra ilacın pazara sürülmesinden önce yürütülmesi gerekli olan idari sürece ilişkin aşamaları açıklamaktadır. Bu düzenlemeler hem pazara giriş hem de piyasanın işleyişi ile ilgili büyük önem taşımaktadır.

İlaç sektörü sadece çok uluslu şirketlerin dünya çapında faaliyet göstermesinden kaynaklı olmayıp aynı zamanda birçok ülkenin fiyatlandırma politikasının diğer ülkelerin fiyat düzeylerine göre belirlemesinden dolayı da global bir pazar olma özelliği

⁶ NOT: Tablo 5.1. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı’nın 2015 yılında yayınladığı 1. İlaç Sektörü Raporu’ndan aktarılmıştır.

taşımaktadır. Büyük firmalar ürünlerini piyasaya sürüp sürmeme kararını diğer ülkelerdeki fiyat kontrollerine bağlı olarak oluşan global karlılığa göre vermektedirler. Bu açıdan bakıldığında iktisadi düzenlemelerin global piyasanın işleyişi ve ülkeye orijinal ilaç girmesi açısından önemli sonuçlar doğurduğu söylenebilir. Jenerik ilaçların rol oynadığı pazarlarda ise rekabetten beklenen, fiyatların düşmesi olduğu için kamunun ilaç harcamalarını düzenlemesi ve hastaların ilaca uygun şartlarda ulaşması hedefi ile rekabetin sağlanması endişesi birbirine paralellik göstermektedir. Bu nedenle sektöre yönelik bu düzenlemeler rekabetin temelini oluşturmaktadır (Rekabet Kurumu 2013: 76-77).

Türkiye ilaç sektöründe uygulanan ve rekabet konusunda önemli rol oynayan politikalardan ruhsatlandırma, fiyatlandırma ve geri ödeme düzenlemelerine yönelik açıklamalara aşağıda yer verilecektir.

5.2.1. Türkiye'de Ruhsatlandırma

02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” doğrultusunda Türkiye’de ilaçların ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması, satışı, ithalatı, ihracatı, piyasaya arzı, dağıtımı, hizmete sunulması, toplatılması ve kullanımları ile ilgili kural ve standartları belirlemek, bu faaliyetleri yürütecek kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere izin vermek, ruhsatlandırmak, denetlemek ve gerektiğinde yaptırım uygulamak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak, ilaç fiyatlarının belirlenmesi için farmako-ekonomik değerlendirme ve çalışmalar yapmak üzere yetkili makam olarak “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu” sorumludur (TC. Sağlık Bakanlığı (02.11.2011), http://www.tkhk.gov.tr/DB/4/740_DB_4_663-sayili-saglik-bakanligi-ve-bagli-kuruslarinin-teskilat-ve-gorevleri-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname, 17 Mart 2017’de erişildi).

Ruhsatlandırma ile ilgili olarak mevzuatta ruhsatlandırma süresinin 210 gün olacağı belirlenmiştir. Fakat saat durdurulması, prosesin gereksiz karmaşık olması, her

bir aşama için belirlenmiş bir zaman aralığı olmaması gibi nedenlerle bu süre oldukça uzun sürmektedir (Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği (19.01.2005), <http://www.tisd.org.tr/mevzuatDetay.asp?yonid=20>, 18 Mart 2017’de erişildi).

Ruhsatlandırma Yönetmeliği ile ilgili hem üretici firmalar hem de sektördeki rekabet açısından önemli sorunlar bulunmaktadır. Bu konuda ki en önemli sorun ruhsatlandırma sürecinin kapsamı ve süresi bakımından oluşan belirsizliklerdir.

Ruhsatlandırma Yönetmeliği’nde belirlenen sürelerle uyulmaması nedeniyle ilaçta ruhsat alma süreleri uzamakta bu da pazardaki mevcut ürünlere yeni rakiplerin girme sürecinin yavaşlamasına neden olmaktadır. Türkiye ilaç sektöründe ruhsat alabilmenin süresi ortalama 2,5 yılı bulabilmektedir. Bu durumda rekabetin en önemli unsurlarından biri olan pazara hızlı bir şekilde girme konusundaki görüşler, ortalama 2,5 yıl süren ruhsatlandırma süresi ile ters düşmektedir. Aynı zamanda fiyatlandırma konusunun ruhsatlandırma aşamasında değerlendirilmesi de ilaçların pazara sunulmasını geciktiren nedenlerden sayılabilir (Karakoç 2005: 72).

Beşeri ilaç sektöründe, yeni ürünlerin pazara sunulması süreç olarak diğer sektörlerden çok daha uzun ve masraflı olabilmektedir. Bunun asıl nedeni de ürünlerde etkinlik, güvenlik ve kalite koşullarının sağlanıp sağlanmadığının saptanmasının zorunlu olmasıdır. Nitekim bunların hepsi oldukça önemli unsurlardır. Fakat bu sürecin yavaş ilerlemesi, hem yaşamsal önemi olan orijinal ilaçların hem de geri ödeme kurumları ve tüketiciler açısından tasarruf sağlayan jeneriklerin pazara girmesinin gecikmesine bunun sonucunda önemli maliyetlerin oluşmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak hem iktisadi hem de sosyal olarak ulaşılabilecek en uygun çözüm, gerekli şartlarda ödün verilmeksizin ilaçların en kısa sürede pazara girmesinin sağlanmasıdır (Rekabet Kurumu 2013: 95).

5.2.2. Türkiye’de Fiyatlandırma

Türkiye ilaç piyasasında 2004’ten itibaren referans fiyat sistemi uygulanmaya başlanmıştır. İlaç fiyatları, AB üyeleri arasından belirlenen referans ülkeler olan;

Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz ve Yunanistan’da ürünün ruhsatlı ve piyasada orijinalinin iskonto hariç, depocuya satış fiyatlarından en düşük resmi fiyatı referans fiyat olarak kabul edilmiştir. Ancak bir ürünün imal ve ithal edildiği ülkeler, belirlenen referans ülkelerin dışında ise ve bu ülkelerde referans ülkelerin belirlediği fiyatların altındaki bir depocuya satış fiyatı mevcut ise, depocuya satışı en düşük olan ülkedeki fiyat referans fiyat olarak kabul edilmektedir (Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğ 2007, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/12/20151211-3.htm> 21 Şubat 2017’de erişildi).

Böylece devlet, ilaç piyasasındaki bütün aktörlerin karlılık oranlarını belirli prensiplere göre sınırlandırarak piyasanın gözetiminin arttırılmasını sağlamıştır. Bu yöntem devletin doğrudan müdahale araçlarını kullandığının bir göstergesidir (Mercan 2013: 185).

Referans fiyatlandırma sistemine göre piyasadaki ilaçlar “Orijinal”, “Jenerik” ve “20 Yıllık” olarak gruplandırılmaktadır. Sistemin işleyişi de bu gruplara, piyasada eşdeğerinin mevcut olup olmamasına ve ürünün fiyatına göre düzenlenmektedir (Helvacı 2013: 29-30).

Buna göre orijinal ürün, referans fiyatın en fazla %90’ı, jenerik ürün de referans fiyatın %70’i oranında fiyatlandırılabilir (Bakanlar Kurulu Kararı, 14.02.2004). 20 Yıllık ürün grubu ise sadece Türkiye piyasasına özel bir sınıflandırmadır ve ilk defa 1987 yılından önce piyasaya sunulan ürünler bu kategoriye girmektedir. Perakende satış fiyatı 10 TL’nin üstünde olan 20 Yıllık ürünler referans fiyatın %80’ni olacak şekilde fiyatlandırılırlar. Perakende satış fiyatı 10 TL’de düşük olan 20 Yıllık ürünler referans fiyatlandırmadan muaf tutulmuşlardır (Helvacı 2013: 29-30).

Yukarıda açıklanan fiyatlandırma yönteminden sonra devlet, geri ödeme politikaları ile sosyal güvenlik kapsamındaki kişiler için almış olduğu ilaçların fiyatında indirim talep ederek piyasaya çift yönlü müdahale ettiği söylenebilir. İlaç konusunda tek alıcı konumundaki devlet, yine tek taraflı olarak iskonto oranlarını belirleme yetkisine sahiptir. Bu durumda devlet ilacın fiyatını ve ilaç piyasasındaki bütün sermaye

gruplarının elde edeceği yasal kar oranını kendisi belirlemekte, ayrıca piyasadaki tek alıcı olmasından dolayı geri ödeme sürecinde ne kadar ödenmesi gerektiğinin kararını da yine kendisi vermektedir (Mercan 2013: 186-187).

Rekabet Kurumu'nun fiyatlandırma süreciyle ilgili yaptığı bir ankete göre; ilaç firmalarının, Türkiye'de uygulanan fiyatlandırma ve geri ödeme politikalarının, özellikle yenilikçi firmaların pazardaki faaliyetlerini sürdürmeleri konusunda engel oluşturduğu belirtilmiştir. Bu politikaların her ikisinin de çok sıkı fiyat politikaları olduğunu bunların yanında ilaveten global bütçe uygulamaları kapsamında çok ağır olan maliyet kısıtlayıcı tedbirlerin olmasının sektöre ciddi baskı oluşturduğu konusunda sıkıntıların olduğu belirtilmiştir (Rekabet Kurumu 2013: 117-118).

Türkiye'de uygulanan fiyat kontrolü, harcamalar konusunda önemli fakat tek başına yetersiz bir politika aracıdır. Çünkü talep yönlü faktörlerin de harcamalar üzerinde büyük bir etkisi vardır. Bu da geri ödeme konusunda talebe yönelik önlemlerin alınmasını gerektirmektedir. Referans fiyatlandırma sistemine geçilmesiyle fiyatların çoğunlukla düştüğü, sağlık politikalarının değişmesiyle talep yönlü faktörlerin tüketim miktarını arttırdığı ve buna bağlı olarak da devletin ilaç harcamalarını arttırdığı görülmüştür. Dolayısıyla geri ödeme gibi ek önlemler uygulamaya konulmuştur (Rekabet kurumu 2013: 121).

5.2.3. Türkiye'de Geri Ödeme

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'na uygulanan fiyat indirimleri, kamu kurum iskontosu adı altında, Sağlık Bakanlığı'ndan alınan fiyattan sonra ürünlerin geri ödeme kapsamına girmeleri durumunda uygulanmaktadır (AIFD 2012: 65).

SGK, geri ödenen ilaçlar konusunda, kamu kurum iskontosu aracılığıyla kamunun ödediği fiyatını, ayrıca reçeteleme kurallarıyla hangi ilaçların nasıl şartlarda ödeme yapılacağını Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlemektedir (SGK Uygulama Tebliği, 24.03.2013). Geri ödeme listesinde bulunan ürünler, Sağlık Bakanlığı'nın belirlemiş olduğu fiyatlara SUT'da belirlenen iskonto oranlarının

uygulanmasıyla pazara sunulmaktadır. Uygulanan iskonto oranları referans fiyat uygulamasında olduğu gibi ürünün Orijinal, Jenerik veya 20 Yıllık olmasına, piyasada eşdeğeri bulunup bulunmamasına ve fiyatına göre düzenlenmektedir (Helvacıoğlu 2013: 30).

Türkiye ilaç sektörü ilaç alımları yönünden monopson özellik göstermektedir. İlaçların büyük bir kısmı geri ödeme kapsamındadır. Bunun yanında harcamaların da büyük bir kısmı devlet tarafından yapılmaktadır. SGK çatısı altında toplanan SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur' un farklı uygulamaları tekdüzeleştirilmiştir. Görülüyor ki, fiyatlandırma ve ruhsatlandırma da olduğu gibi geri ödeme konusunda da merkezi bir yapı oluşturulmuştur (Rekabet Kurumu 2013: 158).

Türkiye ilaç sektöründe rekabetin sağlanması konusunda geri ödeme sisteminin zayıf olduğu ve geliştirilebilir tarafları olduğu söylenebilir. Rekabet Kurumu'na göre; Türkiye ilaç sektöründe rekabetin sağlanması ile ilgili sistemin geliştirilebileceği konular hakkındaki öneriler olarak; idari sürecin iyileştirilmesi, eşdeğer ilaç gruplarına ilişkin güncelleme çalışmalarının düzenli yapılması, ilk jenerik ilacın teşvik edilmesi, pazara yeni bir orijinal ürün sürecek olan firma ile geri ödeme kurumu arasında risk paylaşım anlaşması yapılması, tüketicinin fiyat duyarlılığının artırılması, reçeteleme ve ilaç teminine yönelik düzenlemelerin yapılması, ihale yönteminin değerlendirilmesi önerilmektedir (Rekabet Kurumu: 163-168).

5.2.4. Türkiye İlaç Piyasası Hakkında Genel Değerlendirme

Türkiye ilaç sektöründe özellikle geçtiğimiz son on yıl içinde köklü değişikliklere gidilmiş; ruhsatlandırma, fiyatlandırma, geri ödeme ve fikri mülkiyet hakları konusunda küresel sermayeye dahil olma faaliyetlerinin de etkisiyle önemli uygulamalar yasal mevzuatlar içerisinde düzenlenmiştir.

Çalışmada belirtilen istatistiksel oranlar ve bulgular Türkiye'nin büyük bir ilaç pazarına sahip olmasına rağmen bağımlı bir ülke karakteri sergilediğini göstermektedir. Bu bağımlılık Türkiye'ye özgü nedenlerden kaynaklansa da Ar-Ge yatırımları

yapamaması ve jenerik ilaç üretiminin gelişmemiş olmasıyla da ilişkilendirilebilir. Ar-Ge faaliyeti gerçekleştirebilmek ve sürdürebilmek için büyük bir sermaye birikimi ve yatırımı gereklidir, bu da yüksek maliyetlere neden olmaktadır. Bunun yanında sermaye güçlerine koruma sağlayan ve çoğunlukla onların çıkarları doğrultusunda düzenlenen patent ve veri koruma gibi düzenlemeler de Ar-Ge yapılabilmesinin önündeki engellerden sayılabilmektedir.

Türkiye ilaç sektöründe yapılacak düzenlemeler konusunda, Ar-Ge maliyetlerinin sosyalleştirilerek, harcamaların kamusal finansmanla karşılanması çözüm önerilerinden sayılabilir. Bunun için kamunun bünyesinde çalışan araştırmacıların kamuya ait merkezlerde proje odaklı araştırmalar yapması ve maliyetlerin devlet tarafından karşılanmasıyla Ar-Ge çalışmalarının artırılabilceği söylenebilir. Bunun sonucunda dışa bağımlılığın azalması ve ilaca erişimin kolaylaştırılması beklenen sonuçlardan sayılabilmektedir.

Türkiye ilaç sektöründe görülen satın alma faaliyetleri sonucunda çok uluslu şirketlerin Türkiye’de ki pazar paylarını arttırdığı söylenebilir. Yerli ilaç üreticisinin piyasada rekabet koşullarını sağlayamamasından dolayı çok uluslu şirketlerin pazardaki gücü artmaktadır. Bu şirketler aynı zamanda patent ve veri koruması gibi uygulamaları da kullanarak, Türkiye ilaç üreticilerinin piyasadaki durumunu zorlaştırmaktadırlar. Piyasaya yabancı firmaların hakim olması Türkiye’deki ilaç tüketicilerine ithal ürünlerin pahalıya alınması olarak yansımaktadır. Bunun nedeni de bu ilaçların fikri mülkiyet hakları ile korunuyor olmasıdır.

Türkiye ilaç piyasasında yabancı firmaların yoğunlaşma oranının %58 den yüksek olması Türkiye ilaç piyasasının oligopolist bir yapıda ve yabancı sermayenin hüküm sürdüğü bir ülke konumunda olduğunu göstergesidir.

Sağlık sektöründe hizmetlerin tek bir sosyal güvenlik kurumu tarafından finanse edilmesi, bu kurumun sağlık hizmetleri konusunda tek alıcı olarak monopsonik güce sahip olduğu anlamına gelmektedir. Türkiye’de de sağlığın finansmanı konusunda SGK, monopsonik güce sahiptir. Bu gücün en önemli ve pozitif özelliği, satın alma gücünün

yüksek olması ve hizmet harcamaları yaparken elindeki kaynakları etkili ve verimli bir biçimde kullanabilmesidir. Aynı zamanda bu güç, satın alınacak sağlık hizmetlerinin neleri kapsayacağını ve neleri dışarıda bırakacağını da belirleyebilmektedir. Fakat yapılacak hizmetler ile ilgili kuralların oluşturulması ve fiyat belirleme yetkisinin tek kurumda toplanması her zaman hizmeti sağlayanların menfaatleri çerçevesinde oluşturulan kurallar ve fiyatlar olmayabilmektedir. Tek alıcı konumuna sahip kurumun taleplerinin belirleyici rol oynaması zamanla her iki tarafın birbiri ile çatışmasına neden olabilmektedir (Tatar 2011: 118-119).

Üretici olarak dev ilaç firmaları, devlet ve eczacı önünde, sermaye birikiminden gelen güçleriyle, kendi kârlılık koşullarını yaratma ve dayatma gücü olan oligopol bir yapıdadır. Türkiye ilaç piyasasında, dev ilaç firmalarının çıkarları doğrultusunda hareket eden devletin tek alıcı olması ve piyasaya doğrudan uyguladığı politikalar sonucunda fiyatlara müdahale edebilmesi, devletin toplum ve piyasa ile ilişkilerini de değiştirmiştir. Dolayısıyla vatandaşların evrensel bir hakkı olan sağlığı, ödenerek alınan bir hizmet haline getirmiştir. Böylece devletin bu işlevinin, toplumun temel sosyal hakkı olan ilaca erişim hizmetinin sağlanması konusunda ciddi sıkıntıların yaşanmasına neden olduğu söylenebilir.

Gelişmekte olan ülkelerin kapitalist dünya ekonomisi ile bütünleşmesi için planlanan yapısal uyum programları, Türkiye'deki sağlık hizmetlerine yönelik değişikliklerin arka planını oluşturmuştur. Bu programların temel amacı, kamusal sağlık hizmeti için genel bütçeden ayrılan payın azaltılması ve devletin sağlık hizmeti sağlayıcı konumundan çekilerek, pazarın piyasa dinamiklerine açılması olarak açıklanabilir. 1980 ve 1990 yılları boyunca kamusal sağlık hizmetleri serbestleştirme, piyasalaştırma, özelleştirme ve esnekleştirme aşamaları ile dönüştürülmeye çalışılmıştır (Mercan 2013: 178).

Amaçlanan düzen, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak hizmet sunucusu yerine hizmetin sunulmasını sağlayan taraf olmasını sağlamak yani “daha az kürek çekerek daha çok dümende durmak” olarak amaçlanmıştır (WHO 2012: 9). Böylece sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanı arasında kurumsal bir ayrım

yaratılmış olup sağlık hizmetinin özel sektör tarafından sunulması (özel poliklinik ve hastaneler ile bir yıllık sözleşme ile hizmet satın alınan aile hekimleri gibi) ve finansmanının SGK tarafından yapılmaya başlanması bu süreç sonucunda ortaya çıkmıştır (TC. Sağlık Bakanlığı 2003, <http://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, 28 Şubat 2017’de erişildi).

Günümüzde gelişmekte olan ve düşük veya orta gelir seviyeli ülkelerden sayılan Küba sağlık alanında en yüksek performansa sahip ülkeler arasında sayılmaktadır. Devrim öncesinde özel sektörün elinde olan ilaç üretim ve dağıtımının ulusallaştırılarak, özel teşebbüs/serbest pazar temelli sistemden tamamen devlet tarafından finanse edilen ve yürütülen merkeziyetçi ve eşitlikçi bir sağlık sistemi amaçlayan Sosyalist/Kolektivist sisteme geçilmiştir. Küba’da bütün sağlık kurumları kamunundur, hizmet parasızdır ve herkesi kapsamaktadır. Ülkeye ambargo uygulanmasından dolayı ihtiyaç duyulan ilaçların çoğu ülke içinde üretilmektedir dolayısıyla Ar-Ge açısından da ileri seviyededir (Sargutan 2010: 1712-1713).

Ulusal gelirine ve genel bütçesine oranla Küba sağlık harcamalarına yüksek pay ayırmaktadır. Hizmetin ulaşılabilirliği yüksektir ve sağlık örgütlenmesi basamaklı hizmet esasına dayanır. Koruyucu sağlık hizmetlerine yüksek pay ayrıldığı için pahalı olan tedavi edici sağlık hizmetlerinin üzerindeki yük azalmış dolayısıyla sistem daha verimli işler hale gelmiştir. Türkiye Küba’ya oranla daha yüksek gelir düzeyine sahip olmasına rağmen sağlık sistemindeki ciddi aksaklıklardan ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önem verilmemesinden dolayı sağlık harcamaları yeterli olamamaktadır.

Kısaca Küba, sosyalist bir ülkedir ve ülkedeki her şey toplum ve onu oluşturan bireyler içindir. Hastalıktan para kazanan ilaç devlerinin ve uluslararası sermayenin ülkenin sistemine müdahale etmesine izin vermeden yükselmeye devam etmektedir (Etiler 2015, <https://www.evrensel.net/yazi/74414/kubadan-tum-dunyaya-ders>, 23 Mart 2017’de erişildi).

Küba örneğinden yola çıkarak Türkiye'nin Küba'ya oranla daha yüksek bir ulusal gelire sahip olmasına rağmen sağlık ve ilaç sektöründe istenilen seviyeye ulaşamadığı söylenebilir. Küba'dan farklı olarak, serbest pazar koşullarında küreselleşen sermayeye ayak uydurmaya çalışan Türkiye ilaç sektöründe devletin ilaç piyasasındaki rolü ve piyasaya müdahale biçimlerinin temel nedeni ilaç sermayesinin asıl aktörleri olan çok uluslu şirketlerin çıkarları doğrultusunda hareket etmesidir.

Türkiye'de olduğu gibi sağlık alanında sunan ve ödeyen ayrımının oluşturulması ve ödeme yapan kurumun bağımsız bir statüye kavuşturulmuş olması, sosyal devlet uygulamalarında ki devletin vatandaşlarına bir hak olarak sunma sorumluluğunda olduğu kamusal sağlık hizmetini terk etmesi anlamına gelmektedir (Mercan 2013: 180).

İlacın bir mal olarak insan sağlığı ve yaşama hakkıyla ilgili olarak doğrudan ilgisi olması ilacı talep eden ihtiyaç sahibini normal bir tüketiciden farklı bir konuma sokmaktadır. İlacın bu özelliği, kişinin ilaca erişene kadar geçen süreçte karşılaşacağı kişiler ve durumlar karşısında güçsüz hale getirmekte ve korunmasını gerektirmektedir. Hastanın ilaca erişene kadar geçirdiği süreçte ilacın patent sahibi, üretici firma, doktor ve eczacı rol oynamaktadır (Büyüktanır, Birinci ve Ömürgönülşen 2012: 7). Bu nedenle düzenli bir kamusal sağlık hizmeti için bu aşamalarda da ciddi düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

VI. BÖLÜM

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünyada ve Türkiye’de oligopolist bir yapı gösteren ilaç piyasası, ilacın üretimi, dağıtımı ve fiyatlandırılması konusunda düzenleyici otoritelerin kararları çerçevesinde hareket etmektedir. İlaç sektöründe yansıtılmaya çalışılan yapı, rekabetçi fiyatlar altında faaliyet gösteren ve serbest ticarete dayalı bir sistem olarak serbest rekabet piyasasıdır. Fakat gerçekte olan durum, serbest rekabet piyasasından çok sermaye yoğunlaşması ve merkezileşmesinin hakim olduğu bir piyasa oluşumudur. Bu duruma ilaç sektörü tarafından bakıldığında uluslararası kapitalist sistemin çok geniş bir ilaç pazarına sahip olduğu görülmektedir.

Toplumun büyük çoğunluğunun ilaca ulaşması konusunda piyasanın düzenleyici, hukuki ve ticari yapısının yarattığı baskı ve zorluklar altında olduğu görülmektedir. Bu sıkıntıların aşılması için sadece sistem içi düzenlemeler yetersiz kalmaktadır. Çözüme yönelik olarak, sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yürütülmesi ve sistemli bir programa göre düzenlenerek geliştirilmesini sağlayan bir yapının oluşturulması gerekmektedir. Devletin ilaç sektöründe aktif rol alması ve kamunun imkanlarını kullanarak üretim yapabilmesi sağlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, sağlığı ve ilacı bir kazanç kaynağı olarak görmekten vazgeçilmesi ve var olan imkanlardan eşit şekilde yararlanılması önerilen politikalardan sayılabilmektedir.

İlaç sektöründe 1995 yılında patent rejimi ülkelerin toplumsal, ekonomik ve siyasi durumları konusunda ayırım yapmadan hepsini aynı model haline getirme arayışındadır. Sektördeki ilaç kartelleri ile birlikte diğer küçük firmalar sistemin açıklarından yararlanarak küçük kazançlar elde etmektedirler. Yerli ilaç firmaları büyük

ilaç kartelleriyle anlaşmalar yaparak ilaç piyasasına girmeye çalışmakta bunun yanında jenerik ilaç üreticileri de, büyük yenilikçi ilaç firmalarının jenerik pazara hızlı girişlerine karşı kendi konumlarını korumak için çabalamaktadırlar. Devletler ise kendileri için en karlı olan ilaç politikalarını uygulayabilmek için farklı stratejiler denemektedirler (Doğan 2012: 298).

Genel anlamda Fikri Mülkiyet Hakları'nın, bilgiye erişimi kısıtlayarak monopolleşmeyi desteklediği söylenebilir (Aydın ve Biber 2014: 8-9). Bunun yanında Fikri Mülkiyet Hakları gereğince oluşturulan patent rejiminin çok uluslu şirketlere sağladığı fırsatlar ve korumaların yanında kamu yararını kısıtlayıcı etkisi ve ilaca erişim konusunda ciddi sıkıntılara neden olduğu yapılan analizler sonucu anlaşılmaktadır. Günümüzde patent rejimi ile ilgili sorunlara bakıldığında, serbest piyasa sisteminin oluşturduğu piyasa özgürlüğü ile kamu sağlık hakkının korunmaya çalışıldığı bu iki sistem birbiriyle çeliştiği hatta çoğu zaman piyasanın çıkarlarının üstün geldiği görülmektedir.

İlaçlar sağlık hizmetlerinin asıl unsurlarındandır ve bilimsel gelişmelerle birlikte yeni ilaçların üretilmesinde, hastalıkların tedavisinde ve önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. İlacı sağlık sisteminin temel unsuru olarak görmektense, ticari bir mal olarak görmek dev ilaç firmaları açısından daha avantajlı olmaktadır. Türkiye'de son yıllarda görülen sağlık harcamalarındaki artışın nedenini sağlık hizmetlerinin iyileşmesi ve ya daha çok kişiye ulaşması anlamına geldiğini düşünmek bu şartlar altında bakıldığında gerçeğin çarpıtılması olarak düşünülebilir. 2002-2015 yıllarındaki sağlık hizmetlerinde yaşanan değişmelere ve sağlık harcamalarının artmasına rağmen, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla içindeki payının (%5,4) değişmediği görülmektedir. (TÜİK 2016, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, 19 Eylül 2017'de erişildi). Bunun nedeni olarak hükümetlerin uyguladıkları politikalar gösterilebilir. Sağlık sektöründe koruyucu hizmet yerine tedavi hizmetine öncelik verilmesi, tedavi hizmetlerinin kamu kuruluşları yerine tamamıyla ticari yaklaşımın esas olduğu özel sektör tarafından karşılanması ve sürekli artan sağlık harcamaları konusunda ülkenin öz kaynaklarının yeterli olmaması sonucu dev ilaç firmalarının piyasada aktif rol oynaması kamunun sağlık hizmetinden çekilmesinin bir göstergesidir.

Türkiye ilaç sektöründe, devletin ilaç harcamalarını denetlemesi konusunda dev ilaç firmalarıyla çatışmaktan çok, onlarla uzlaşmaya çalıştığı görülmektedir. Devlet aynı zamanda kendi üstündeki ilaç harcamalarındaki yükünü bireylere atarak ve İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nü, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu olarak değiştirerek bağımsız bir kuruma dönüştürülmesi ve bu kurumun gelirleri arasında üçüncü kişilerin yaptıkları bağışların da sayılmasıyla hoş olmayan gelişmeler yaşanmıştır (Doğan 2012: 299).

Sonuç olarak dünyada ve Türkiye'de ilaç piyasasının düzenlenmesine yönelik çözüm önerileri konusunda şunlar gösterilebilir: İlaç üretimi her vatandaşın eşit düzeyde yararlanacağı bir kamu hizmeti haline getirilerek tüm sağlık ve ilaç hizmet giderleri genel bütçeden finanse edilmelidir.

Sağlık sisteminin ve hizmetlerinin bütün faktörlerini kapsayacak bir sosyalist/merkezi planlama yapılmalıdır. Yani bu uygulama ile sağlık hizmetlerinin talebi ve arzı konusunda toplumun ortaklaşa sahip olduğu kolektif kaynaklar kullanılarak, toplumun zorunlu ve ortak sağlık hizmetleri güvencesi altına alınmasıyla tüm ihtiyaçlar toplumun ortak sağlık kurumlarınca ücretsiz olarak karşılanmalıdır (Sargutan 2005: 424).

İlaçta Ar-Ge çalışmaları, kamunun desteğiyle, kamusal mülkiyet ve yararlanıma açık bir yatırım ve istihdam alanı olarak düzenlenmelidir. Türkiye'de ilaç sektörü büyük ölçüde dışa bağımlı olduğu ve sanayide yüksek eğitimli personele sahip olmasına rağmen bir koordinasyon sağlanamamasından ötürü Ar-Ge yok denecek kadar azdır. Dolayısıyla yeni ilaç geliştirme yapılamamakta, jenerik üretim çalışması bile hammaddelerin çoğunun ithal edilmesinden dolayı büyük ölçüde dışa bağımlı gerçekleşmektedir. Yerli ilaç sektörünün üretim kapasitesine bakıldığında sektörün ilerleyebilmesi için lisans altında fason üretim yaparak jenerik üretime önem vermesi önem taşımaktadır (Kanzık 2002, https://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-6.pdf, 28 Mart 2017'de erişildi).

Türkiye ilaç piyasasında mevcut olan kronik dış ticaret açığının ekonomi açısından yarattığı sıkıntıların yanında toplum sağlığı bakımından ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Özellikle antibiyotikler, insülin gibi hormon ilaçları, kalp ilaçları, koruyucu serumlar, aşılar, kanser ilaçları gibi insan sağlığı açısından hayati önem taşıyan ilaçlarda dışa bağımlılığın olması sağlık güvenliğini tehdit etmektedir. Bu problemlerin başında ithalatçı firmaların bu gruptaki ilaçların fiyatlandırılmasında ısrar edilen düşük döviz kuru nedeniyle, bu ilaçlar için ruhsat başvurusu yapamamalarıdır. Bunun yanında global bütçe uygulamasıyla tek taraflı ve sınırlanmış bir bütçe ile sabit bir rakama bağlı ödeme yapma zorunluluğu getirilmesi sonucunda, ithalatçı firmaların zarar edecekleri gerekçesiyle ilaçların getirilememesi ilaçta dışa bağımlılığın toplum sağlığı açısından ciddi sorunlar yaratmasına neden olmuştur (Bursa Eczacılar Odası 2014, http://www.beo.org.tr/sayfa/25171/piyasada_bulunmayan_ilaclar_konulu_basin_toplantisi_gercekleştirildi, 28 Mart 2017’de erişildi).

Mevcut olan kronik dış ticaret açığının azaltılabilmesi için, ilacın etken ve yardımcı maddeler konusunda dışa bağımlılığı azaltacak üretim planlaması yapılmalı ve ithalat tedbirleri alınmalıdır (Abacıoğlu 2008: 17). Ayrıca yerli ilaç sanayinin ve biyoteknolojik araştırmaların devlet tarafından desteklenerek, en azından ihtiyaç duyulan ürünlerin ülke içinde üretilmesi sağlanmalıdır. Bunun için üniversitelerin devlet ile işbirliği içinde olarak, araştırmaların üniversitelerde veya bunun gibi kamuya ait merkezlerde yapılması Ar-Ge maliyetlerini azaltarak, ülkede ilaç üretiminin artırılması ve dışa bağımlılığın azaltılması konusunda fayda sağlayabilmektedir. Devletin sağlık harcamaları için genel bütçeden gerekli payı ayırması ve hastanın ilaca zamanında ve kesintisiz ulaşmasının sağlanması da ilgili kurumların öncelikli görevi olmalıdır.

İnsan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi adına devlet müdahalesinin biçimlerinin toplumun çıkarına olacak şekilde düzenlenerek monopolcü piyasa güçlerine boyun eğilmemesi gerekmektedir. Bunun gerçekleşebilmesi için de ilaç piyasasındaki karar alma mekanizmalarının sermaye temsilcileri dışındaki emek ve meslek kuruluşlarının katılımıyla yeni düzenlemelerin oluşturulması sağlanabilir

İlacın “onsuz olunmaz” toplumsal özelliğine dayalı bir sistem benimsenerek, ilaca dair her türlü bireysel mülkiyeti öncelik alan anlaşmalar, kamusal mülkiyete dönüştürülmelidir.

Sonuçta, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde başarı elde etmek ve insan sağlığının sömürü konusu olmasını engellemek için birçok altyapı düzenlemelerinin gerçekleştirilmesi ve ilacın ticari bir mal olmaktan çıkarılması hayati bir gerekliliktir.



KAYNAKLAR

- AB Komisyonu (Competition DG) (2009). "Pharmaceutical Sector Inquiry-Final Report",
(http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf, 18 Eylül 2017' de erişildi).
- Abacıoğlu, Nurettin (2005). "İlaç: Meta Özellikleri Bakımından İrdelenmesi",
(<http://www.universite-toplum.org/text.php3?id=252>, 11 Şubat 2017' de erişildi).
- Abacıoğlu, Nurettin (2007). "Farmakovijilansın Ekonomi Politikası", (<http://www.universite-toplum.org/text.php3?id=34>, 10 Ocak 2007' de erişildi).
- Abacıoğlu, Nurettin (2008). "Uluslararasılaşma Kavramından Uluslararası İlaç Sanayine: Yapısal Süreçler ve Sosyalist Seçenek", (http://www.universite-toplum.org/pdf/pdf_UT_346.pdf, 10 Mart 2017' de erişildi).
- Abacıoğlu, Nurettin ve Dikmen, Ahmet A. (2008). "Meta Olarak İlaçta Sınai Ve Fikri Mülkiyet Rejiminin Ekonomi Politikası", (<http://www.universite-toplum.org/text.php3?id=347>, 10 Şubat 2017' de erişildi).
- Abacıoğlu, Nurettin (2009). "Sermaye Küreselleşmesinde Kavşak Bir Sektör: İlaç Sanayi". (<http://www.sosyalhaklar.net/2009/bildiri/abacioglu.pdf>, 7 Şubat 2017' de erişildi).
- Abacıoğlu, Nurettin (2010). *Türkiye İlaç Sanayii*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.

- Akgöbek, İbrahim (2011). *Büyüme Stratejisi Olarak Şirket Birleşme ve Satın Almaları: Türk Perakende Sektöründe Bir Araştırma*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Karaman: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Alpar, Cem (1980). *Çok Uluslu Şirketler ve Ekonomik Kalkınma*. Ankara: Turhan Kitabevi Yayınları.
- AIFD (2003). “Orijinal İlaç Nedir?”, (http://www.aifd.org.tr/yeni-ilaclar-ve-ar_ge/orijinal-ilac-nedir/, 07 Kasım 2016’de erişildi).
- AIFD (2012). “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, (<http://www.pwc.com.tr/tr/sektorler/ilac/yayinlar/ilac-sektoru-vizyon-2023-raporu.html>, 03 Mart 2017’de erişildi).
- Atasever, İsmigül (2013). *İlaç Piyasası Özellikleri ve Yapısı*. Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Aydın, Bahadır ve Biber, Ahmet E. (2014). “Fikri Mülkiyet Haklarının Tarıma Etkileri”. *Quo Vadis: Sosyal Bilimler – Artvin Çoruh Üniversitesi Hopa Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi*. Artvin: Quo Vadis: Sosyal Bilimler, Artvin Çoruh Üniversitesi.
- Bak, Başak (2011). “İlaçta Zorunlu Patent Lisansı”. *Ankara Barosu Dergisi* 3: 106-126.
- Bakanlar Kurulu Kararı (10 Temmuz 2015). *Resmi Gazete*, 29412/7752.
- Bakanlar Kurulu Kararı (14 Şubat 2004). *Resmi Gazete*, 25373/6781.
- Bedirhanoğlu, Pınar ve Yalman, Galip (2009). “Economic Transitions to Neoliberalism in Middle-Income Countries”. *State, Class and Discourse: Reflections on the Neoliberal Transformation in Turkey*. Ed. A. Saad-Filho ve G. L. Yalman. London: Routledge. 107-127.
- Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğ (22 Eylül 2007). *Resmi Gazete*, 26651/12325.

Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği (19 Ocak 2005). *Resmi Gazete*, 25705.

Boratav, Korkut (1976). *100 Soruda Gelir Dağılımı*. İstanbul: Gerçek Yayınları.

Bulut, Koray (2010). “İlaçlar Ve Sınai Haklar”, (http://www.farmapatent.com.tr/docs/Ilaclar_Ve_Sinai_Haklar_Koray_Bulut.pdf, 11 Mart 2017’de erişildi).

Bursa Eczacılar Odası (21 Ocak 2014). “Halkımızın İlaça Ulaşmasını Zorlaştıran, Eczacıyı Sistemin Dışına İten Hiçbir Uygulamaya Sessiz Kalmayacağız!” http://www.beo.org.tr/sayfa/25171/piyasada_bulunmayan_ilaclar_konulu_basin_toplantisi_gercekleştirildi, 28 Mart 2017’de erişildi).

Büyüktanır, Burcu G. Özcan, Birinci, Gökem ve Ömürgönülşen, Uğur (2012). “TRIPS Sözleşmesi ve İlaç Firmalarının Sağlık Hakkına İlişkin Etik Sorumlulukları”. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2 (30): 1-26.

Canan, Armağan (2014). “Çok Uluslu İlaç Şirketlerinin Ar-Ge Üzerindeki Etkileri – İspanya, Macaristan, Polonya ve Türkiye Örnekleri”, ([http://www.iku.edu.tr/upp/8562/files/Arma%C4%9Fan-Canan\(1\).pdf](http://www.iku.edu.tr/upp/8562/files/Arma%C4%9Fan-Canan(1).pdf), 06 Şubat 2017’de erişildi).

Case Karl F. Fair Ray C. ve Oster, Sharon M., (2011). *Ekonominin İlkeleri*. Çev. E. Deliktaş, M. Karadağ ve M. Güçlü. Ankara: Palme Yayıncılık.

Caves, Richard E., Whinston, Michael D. ve Hurwitz, Mark A. (1991), “Patent Expiration, Entry, and Competition in the U.S. Pharmaceutical Industry”, *Brookings Papers on Economic Activity* 1991: 1-66.

Congressional Budget Office (CBO) (1998). “How Increased Competition from Generic Drugs has Affected Prices and Returns in the Pharmaceutical Industry”, (<https://www.cbo.gov/sites/default/files/105th-congress-1997-1998/reports/pharm.pdf>, 24 Ocak 2017’de erişildi).

- Cingi, M. İpek ve Erol, Kevser (1996). “Farmakolojinin Temel Kavramları”. Farmakoloji. Ed. M. Erdoğan. Ankara: Açıköğretim Fakültesi Yayınları. 2-14.
- Çalışkan, Zafer (2009). “Referans Fiyat ve İlaç Piyasası” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 1: 1-27.
- Çoban, Hilmi (2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Danzon, Patricia M. (1999). “The Pharmaceutical Industry”, *The Encyclopedia of Law and Economics* 5880: 1055-1091.
- Doğan, Onur (2009). *Oyun Teoremi Ve Bir Finansal Portföy Seçimi Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Doğan, Nazlı B. (2012). “İlaç Patentleri ve İlaç Politikaları Kesişiminde Sağlık Hizmetleri”. *Değişen Dünyada Biyoetik*. Ed. Y. Işıl Ülman, Fatih Artvinli. İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını. 292-301.
- Dortuç, Taner (2008), “Ülkemizde İlaç Endüstrisi Dünya Ölçeğinde Nerede ?” *Ankem Dergisi* 22: 111-126.
- Ekdi, Barış (2003). *Gümrük Birliği Çerçevesinde Damping ve Yıkıcı Fiyat Uygulamaları*. Rekabet Kurumu Uzmanlık Tezi. Ankara: Rekabet Kurumu.
- Ekonomi Bakanlığı (2016). “İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü, Sektör Raporları”, (http://www.ekonomi.gov.tr/portal/content/conn/UCM/uuid/dDocName:EK-225805;jsessionid=xi3ArdFRB2Y76BZNYzsy55KMQSsobWHDTCNnSEZ_um0T7XUgyZSL!1415355959, 06 Şubat 2017’de erişildi).
- Etiler Nilay (2015). “Küba'dan Tüm Dünyaya Ders”, <https://www.evrensel.net/yazi/74414/kubadan-tum-dunyaya-ders>, 23 Mart 2017’de erişildi).

- Frank, Richard G. ve Salkever, David S. (1997). “Generic Entry and the Pricing of Pharmaceuticals”, *Journal of Economics and Management Strategy* 1(6):75-90.
- Grabowski, Henry G. ve Vernon, John M. (1992). “Brand Loyalty, Entry And Price Competition in Pharmaceuticals After The 1984 Drug Act”. *Journal of Law and Economics* 35: 331-350.
- Grabowski, Henry G. ve Vernon, John M. (1996). “Longer Patents for Increased Generic Competition in the US: The Waxman-Hatch Act After One Decade”. *Pharmaco Economics* 10: 331-350.
- Green, David G. (1998). “Is Price Regulation Necessary? A Summary of the Arguments”. *Pharmacoeconomics* 14: 137-142.
- Güzelsarı, Selime (2004). *Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği Ve Yönetişim Yaklaşımları. Tartışma Metinleri*. Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.
- Hatipoğlu, Cumhuri A. (2008). *İlaç sektöründeki Rekabet Hukuku Uygulamalarında Ar-Ge/ İzin Sürecindeki İlaçlar*. Rekabet Kurumu Uzmanlık Tezi. Ankara: Rekabet Kurumu.
- Helvacıoğlu, Kerem (2013). *Türkiye İlaç Piyasası Global Bütçe Dönemi Maliyet Kontrol Önlemleri Etki Analizi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hyman, David N. (1986). *Modern Microeconomics: Analysis And Applications*. Missouri: Times Mirror/Mosby College Yayıncılık.
- İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (2015). "Turkey Pharmaceuticals 2015, Global Business Reports", (http://gbreports.com/wp-content/uploads/2015/06/Turkey_PharmaceuticalsIE2015.pdf, 16 Şubat 2017’de erişildi).

- İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (2016). Türkiye İlaç Sektörü 2015, (http://www.ieis.org.tr/ieis/assets/media/kls/TR_Ilac_sektoru_2015.pdf, 24 Şubat 2017’de erişildi).
- Kahraman, Gülcan ve Uğurluoğlu, Özgür (2016). “Türkiye İlaç Sektöründe Stratejik Ortaklıklar, Birleşme ve Satın Almalar: 2006-2014 Döneminin İncelenmesi”. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 4(14):198-221.
- Kanzık, İlker (2002). Türk İlaç Sanayi, (https://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-6.pdf, 28 Mart 2017’de erişildi).
- Kanun Hükmünde Kararname (2 Kasım 2011). *Remi Gazete*, 28103.
- Karakoç, Hakan D. (2005). *İlaç Sektöründe Fiyat Rekabeti*. Rekabet Kurumu Uzmanlık Tezi. Ankara: Rekabet Kurumu.
- Kaya, Dilek Sarsın (2016). “İlaç Sektörü. İktisadi Araştırmalar Bölümü Ocak 2016”, (https://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/sr201601_ilacsektoru.pdf, 06 Şubat 2017’de erişildi).
- Kaynak, Selahattin (2016). “Türk İlaç Sektörünün Rekabet Yapısı ve Yoğunlaşma Analizi”. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2(6): 49-66.
- Koutsoyiannis, Anna (1997). *Modern Mikro İktisat*. Çev. Muzaffer Sarımeşeli. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Lipsey, Richard, Steiner, Peter O. Purvis Douglas D., Courant Paul.N., (1984). *İktisat 1*. Çev. Faruk Batırel vd. İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi.
- Marx, Karl (1867). *Kapital, Ekonomi Politikasının Eleştirisi* I. Cilt. Çev. Mehmet Selik ve Nail Satlıgan. İstanbul: Yordam Kitap.

Mercan, Ali S. (2013). “2000’li Yıllarda Türkiye’de Kamu Politikaları”. *Praksis Sosyal Bilimler Dergisi* 30-31: 167-198.

Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü (07.03.2012). *Resmi Gazete*, 2015-29473.

NTV (26 Nisan 2004). “Hükümet Bastırdı, Aventis’i Sanofi Aldı”, (<http://arsiv.ntv.com.tr/news/267497.asp> 27 Şubat 2017’de erişildi).

Öztürk, Nazım (2010). “Klasik ve Neoklasik İktisatta Gelir Bölüşümü”. *Çalışma Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi* 24: 59-90.

Parasız, İlker (1998). *Modern Mikro Ekonomi*. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.

Polat, Çetin (2007). “Yoğunlaşma ve Piyasa Yapısı İlişkisi Çerçevesinde Türk Çimento Sektörünün Yapısal Analizi”. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2 (7): 97-116.

Reekie, Duncan W. (1975). *The Economics of Pharmaceutical Industry*. New York: Holmes and Meier Publishers.

Rekabet Kurumu (2013). “Türkiye Beşeri İlaç Sektörünün Mevcut Yapısı ve Mevzuatı İncelenerek Rekabet Sorunlarının Belirlenmesi ve Rekabetin Geliştirilmesi Yönünde Önerilerin Oluşturulması”, (<http://www.rekabet.gov.tr/File/?path=ROOT%2F1%2FDocuments%2FSekt%C3%B6r+Raporu%2FIlacrapor.pdf>, 11 Şubat 2017’de erişildi).

Rekabet Kurumu (2013). “Yoğunlaşmanın Ölçümü”, <http://www.rekabet.gov.tr/tr-TR/Rekabet-Terimi/pSanayi-iktisadinda-ccedilesitli-yogunlasma-endeksleri-veya-oumlccediluumlmleri-oumlnerilmistir-Bu-oumlccediluumlmler-rekabetin-ilk-bakista-goumlstergesi-olan-piyasa-yapisini-accediliklamaya-youmlneliktir-En-sik-kullanilan>, 10 Nisan 2017’de erişildi).

Sabuncuoğlu, Zeyyat ve Tokol, Tuncer (2001). *İşletme*. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.

Sağlık Bakanlığı (29 Ocak 1993). *Resmi Gazete*, 21480.

Saleh, Francisco J. C. (2010). "*Multimarket Contact and Price Regulation: Evidence from Pharmaceutical Markets*". Yayımlanmamış Doktora Tezi. Barselona: Pompeu Fabra Üniversitesi.

Sargutan, A. Erdal (2005). "Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 3(8): 401-428.

Sargutan, A. Erdal (2010). "84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri", <http://www.sargutan.com/KUBA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>, 23 Mart 2017'de erişildi).

Selik, Mehmet (1982). *Marksist Değer Teorisi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.

Skousen, Mark (2009). *Mikro İktisat*. Çev. A. Yayla. İstanbul: Adres Yayıncılık.

Sloman, John (2003). *İktisat Mikro*. Çev. A. Çakmak. İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (24.03.2013). *Resmi Gazete*, 28597.

Suluk, Cahit ve Kenaroğlu, Yasemin (2012). *Türk Fikri Mülkiyet Hukukunda Güncel Gelişmeler*. İstanbul: İTO Yayınları.

Şehirali, Feyzan H. (1998). *Patent Hakkının Korunması*. Ankara: Turhan Kitabevi.

Tatar, Mehtap (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık

Sigortasının Türkiye'de Gelişimi". *SGD Sosyal Güvenlik Dergisi* 1(1): 103-136.

TC Sağlık Bakanlığı (02.11.2011). *Resmi Gazete*, 663/28103.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2003). “Sağlıkta Dönüşüm”, (<http://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, 28 Şubat 2017’de erişildi).
- T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı (2015). “İlaç Sektörü Raporu 2015/1”. (<http://sanayipolitikolari.sanayi.gov.tr/Public/SectorReports/9>, 14 Şubat 2017’de erişildi).
- Tenekecioğlu, Birol (2008). *Pazarlama Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- TEPAV (2016). İlaç Üretim ve İhracat Ekosistemi Raporu 2016, (http://www.tepav.org.tr/upload/files/14749028334.Ilac_Uretim_ve_Ihracat_Ekosistemi_Raporu.pdf., 24 Şubat 2017’de erişildi).
- Tijssen, Robert J W (2009). “Internationalisation Of Pharmaceutical R&D: How Globalised are Europe’s Largest Multinational Companies?”. *Technology Analysis and Strategic Management* 7 (21): 859-879.
- Tubitak (2015). "Frascati, Frascati Kılavuzu Işığında Ar –Ge”, (https://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/BTYPD/kilavuzlar/Frascati_Presentation.pdf, 07 Kasım 2016’da erişildi).
- TUIK (2017). “Ekonomik Faaliyet Sınıflarındaki Yoğunlaşma Oranları, 2009-2015”, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1036, 19 Eylül 2017’de erişildi).
- Türk Eczacılar Birliği (2009). “Eşdeğer İlaç Kullanımı Genelgesi”, (<http://eski.teb.org.tr/images/upld2/haberler/sO920090618142517ESD.pdf>, 10 Şubat 2017’de erişildi).
- Türk Patent Enstitüsü (2014). “Patent ve Faydalı Model Başvurularının NACE Sınıflandırmasına Göre Sektörel Dağılımı”, (<http://www.turkpatent.gov.tr/TurkPatent/statistics/>, 09 Mart 2017’de erişildi).

Türk Patent Enstitüsü (2015). “Patent/ Faydalı Model”, (<http://www.turkpatent.gov.tr/TurkPatent/resources/temp/AF964193-C9F5-4B27-94D8-0CF5354EBA1D.pdf>, 11 Şubat 2017’de erişildi).

Türkay, Orhan (1986). *Mikro İktisat Teorisi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.

Ünsal, Erdal M. (2000). *Mikro İktisat*. Ankara: İmaj Yayınevi.

Ünsal, Erdal M. (2016). *İktisada Giriş*. Ankara: BB101 Yayınları.

Yalçın, Uğur G. (2002). “İlaç ve Patent Türkiye’de ve Dünyada Son Gelişmeler”. *Fikri Mülkiyet ve Rekabet Hukuku Dergisi* 3 (2): 15-44.