

KATILIMCI YEREL YÖNETİMLERDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN OLUŞTURULMASINDA JENERİK İLAÇ UYGULAMASI

Ecz. Levent KAMACIK (*)

Izmir Eczacı Odası Başkanı

Sizlere aktarmaya çalışacağım bildirim konusu aslında Türkiye'de henüz uygulanmayan, ancak uygulanmasında toplumsal ve mesleki çıkarların olduğuna inandığımız bir konu. Konuyla ilgili çok geniş ayrıntılı çalışma İzmir Eczacı Odası tarafından yürütülmekte olup pilot çalışma şeklinde İzmir Büyükşehir Belediye Başkanlığı'nın ön onayıyla geliştirilme aşamasındadır. Bizler bu çalışmada sizlere gelişmelerle ilgili özet bilgi sunmaya çalışacağız.

Bilindiği gibi toplumlarda toplumun yasama ve yürütme konusundaki siyasi erk, bireyin özgür istemi ile oluşmaktadır. Birey, toplumsal tercihinde yaptığı oylama ile kendisini yönetecek olan siyasi modeli de ortaya koyabilmektedir. Hükümetler bazında gelişen bu siyasi tercihin bir diğer yansıması yerel yönetimler aşamasında olmaktadır. Birey, yerel yönetimlerde yaşadığı kentle ilgili sorunların çözümlenmesine yönelik görüşlerin uygulanabilmesi için kendisine sunulan modeller içinde tercihinin koyabilmekte, sonuçta ise modelin uygulanması aşamasında ise ülkemizde sadece izleyici aşamasında kalmaktadır.

Ancak, Fransa'da var olduğundan beri yerel yönetimlerin bir diğer özelliği, hepinizin bildiği gibi bireyin yönetime katkıda bulunması, merkezi planlamadan vazgeçilerek bireyin katılımıyla öz yönetim sisteminin oluşturulmasıdır.

Birey yerel yönetimlerle ilgili tercihlerini ortaya koyarken, her şeyden önce oturduğu yöreyle ilgili sorunların, altyapı hizmetlerinin öncelikle çözümlenmesini istemektedir. Bu altyapı hizmetlerinde doğal olarak çevre sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri de gelmektedir. O zaman, yerel yönetimler koruyucu hizmetlerin altyapısını oluşturmak, bunlara sahip çıkmak durumunda olup, bu seçmenleri tarafından kendisine verilen bir görev olarak netleşmektedir.

Bir diğer konu, bireyin yerel yönetimlerde sağlık hizmetleri konusunda katılımcı olaması ile sağlıkla ilgili katılımlarının çözüm aşamasında yerel yönetimlerin bu yasal görevinde yeteri kadar üstlenememesini getirmektedir.

Tüm bu genel irdeleme doğrultusunda konuyu, Türkiye'deki yerel yönetimler aşamasına getirilmeden önce, Türkiye'nin genel sağlık uygulamasının kısaca irdelenmesinde fayda olduğu inancındayız.

Ülkemizde toplumun sağlık hizmetlerinde hızla çöken bir modelin var olduğu hepimizin gerçeği olup, bu modelin alternatifi olduğu halde nedense siyasi otorite tarafından hayata geçirilmemekte, ya da tüm boyutlarıyla uygulanmamaktadır. 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası'na bitişik bu uygulamaya karşı, sonuçta alternatif sağlık hizmetlerinin yine halkın seçtikleri alternatif bir yönetim tarafından uygulanması zorunluluk haline gelmektedir. İşte yerel yönetimlerde eğer katılımcılığı ilke alan ve belli bir dünya görüşüne sahip toplumcu yöneticiler söz konusuysa, bugün halkın sağlıkla ilgili istemlerine bu yönetimlerin cevap vermesi olasıdır. Ancak bu var olan siyasi otorite ve savunduğu politika karşıtı olan yerel yönetimler için söz konusudur.

Sağlık hizmetlerine cevap verilmesi aşamasında belediyeler altyapı ve koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili çevre sağlığı veya kanalizasyon, temiz su gibi hizmetlerini yerine getirirken, tedavi edici sağlık hizmetleri aşamasında da sağlık konusundaki soruna bir çözüm getirme olanağına sahiptir. Bu olanağın kullanılma gerekliliği ise yukarıda da açıklanmaya çalışıldığı gibi doğrunun uygulanması için olanakların değerlendirilmesi olarak seçilmelidir. Bu olanağın her şeyden önce oluşması, yerel yönetim aşamasında bireyin tek tek görüşlerinin değerlendirmesi şeklinde değil, bireyin örgütlü biçimde temsil edildiği örgütlerin görüşlerine önem verilmesi ve bu görüşlerin uygulanmasıyla oluşabilmektedir.

Biz İzmir bazındaki genel değerlendirmede sağlık hizmetleri tedavi edici zincirinin oluşmasında yerel yönetimlerin işlevlerinin olabileceğini öne sürdük. Buna göre metropol dediğimiz büyük şehir belediyeleri tek başına sadece yataklı tedavi kurumu hastanelerini oluştururken, ona bağlı olan il sınırları içindeki diğer ilçe belediyeleri bir zincir halinde ayakta tedavi hizmetlerini yükümlenecektir. Bu yükümlenme, sağlık ocakları bazında olup, hastanın sağlık ocaklarındaki ilk muayenesini

takiben daha sonra yataklı tedavi kurumuna belediye sağlık zinciri içinde ulaştırılması gibi bir çözüm önerisinde amaç siyasi iktidarın çarpıtmaya çalıştığı sosyalleştirme çalışmasında doğrunun uygulama ile kanıtlanması idi.

Yine aynı şekilde, hastanın ilçe bazında gece acil sağlık hizmetinde yetersiz kalabilmesi nedeniyle sorunlarına yanıt bulabilmesi için belediyenin bulunduğu her ilçede bir sağlık ocağının nöbetçi kalması ve ambulans sistemiyle belli bir mekik dolaşımının oluşması gerekiyordu.

Bugün Sağlık Bakanlığı'nın temel işlevi olan ambulans sistemlerinin maalesef siyasi otoritenin bu görevi üzerinden aktarması ile belediyeler tarafından da merkezi bir biçimde planlandığı görülmektedir. Bu, sonuçta hastanın gece acil hizmetlerinde çeşitli aksaklıklarla karşılaşmasını da doğurmaktadır. O nedenle, bu tür bir mekik sistemi hastane yığılmasını önleyecek, hem de sağlık ocakları vasıtasıyla hastanın en yakın sağlık kuruluşuna başvurusunu olanağını da sağlayacaktır.

Bütün sorun, sisteme sahip çıkılacak modelin oluşturulmasında bu modeli önerenlerin görüşüne önem verilmesi idi.

Yerel yönetimlere bu konuda önerilen diğer bir biçim, temel sağlık meslek grubunun örgütlendiği meslek odalarının yerel yönetimlerde denetim yetkisi olmayan, ancak inceleme yetkisi olan bir konseyin oluşturulması şeklindeydi. Eczacı odaları, tabip odaları, diş hekimleri odası ve çevre sağlığı açısından veteriner hekimler odasının temsilcisinden oluşan bu konsey, belediye sağlık işleriyle yapaçağı ortak çalışma sonucu, aynı zamanda sağlık ocağı hekimlerinin de meslek içi eğitimleri konusunda alternatif programlarda fakülte işbirliğini sağlayabilecek, bu koordinasyon ile de ilacın tedavi aşamasında belediye sağlık ocaklarında daha radikal kullanılmasını da getirebilecektir.

Sağlık ocaklarında belediye hekimleri tarafından hastanın gerek ayaktan tedavisinde, gerekse sağlık ocağından belediye hastanesine nakledilen yataklı tedavi kurumundaki hasta tedavisinde, ilacın akılcı ve bilinçli kullanımı her ne kadar bir eğitim konusu ise de yine de bu konunun yanında irdelenmesi gereken bir nokta, firma bağımlılığına mümkün olduğu kadar önüne geçilerek ilacın müstahzar ismiyle değil jenerik ismiyle yazılması konusu idi.

Önerilen programda tüm belediyeye ait sağlık ocakları ve hastanelerde eşdeğer ilaç bazında kullanılacak müstahzarların firma isimleri kategoriler halinde gruplandırılarak daha sonra bunların jenerik ilaç halinde listelenmesi söz konusuydu. Bu şekilde yapılacak bir tasnifte gerek belediye ilaç harcaması, gerekse resmi kurum şeklinde geçen sağlık ocağı reçetelerinde önemli bir tasarruf sağlanacaktır.

Jenerik ilaç, bu nedenle sağlık hizmetlerinde alternatif görüş olarak yerel yönetimlerin iletceği tedavi hizmetlerinde gündeme gelmektedir. 1983 yılında Green Field Raporu adı altında Britanya'da yayınlanan bir raporda belirtildiği gibi Ulusal Britanya Sosyal Sigorta

Kurumu'nun jenerik ilaca geçmesi durumunda harcamalarda 200 milyon sterlinlik bir indirimin elde edileceği öngörülmektedir.

Jenerik ilacın her ne kadar tüm sağlık elemanlarının örgütleri tarafından da savunulmasına rağmen, siyasi otorite tarafından ilaç sanayinin görüşleri doğrultusunda reddedilmesi sonucu, bu uygulamanın bir pilot uygulama olarak gündeme getirilmesi ve haklılığının bir kez daha irdelenmesi gerekiyordu.

Bugün katılımcı olduğunu iddia eden toplumsal dünya görüşü itibariyle belli bir paraleli sağlayan yerel yönetimlerin, o nedenle böylesine bir sağlık hizmeti zincirine sahip çıkması ve bu konuda geliştirilecek programın uygulanması için meslek örgütüyle bağlantı kurması, savundukları politika için bir zorunluluk halini almaktadır.

Biz, jenerik ilacın savunulan tüm meslek politikasına rağmen hala siyasi otorite tarafından kullanılmaması, tercih edilmemesi sonucu konunun bu sefer yerel yönetimlerde halkın tedavi istemlerine yanıt verecek bir yapılanma içinde akılcı bir uğraşı olduğu iddiasıyla bu görüşü sunuyoruz.

ETOFENAMATIN MERHEMLERİNDEN TRANS- DERMAL GEÇİŞİN FARMA- KOKİNETİĞİ

Dr. Ecz. Gül AKSOY (*), Prof. Dr. İlbeyi AĞABEYOĞLU (*)

* Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık Teknolojisi Bölümü.

Birçok etken madde, merhem, yaki, lapa şeklinde deri üzerine uygulandığında emilmekte ve hem yerel hem de sistemik etki elde edilebilmektedir. Özellikle ağız yolu ile verildiğinde, sindirim sisteminde yan etkiler oluşturduğu bilinen bazı antiromatizmal ilaçların deri üzerine uygulanmaları tercih edilmektedir.

Etofenamat bir flufenamik asit türevi olup, romatizma tedavisinde ve sportif kazalarda yerel merhem şeklinde kullanılmaktadır.

Bu çalışmamızın amacı; etofenamatin merhem şeklindeki preparatının deriye sürüldüğü zaman oluşan biyoyararlılık ve farmakokinetik profilini incelemektir. Bu amaçla iki merhem kullandık. Bir tanesi; yapılan in vitro deneyler sonucunda en uygun formülasyon saptanıp tarafımızdan hazırlanmıştır. Diğeri Almanya'dan sağladığımız ticari preparattır. Hazırladığımız formülasyonda bentonit yerine ülkemiz doğal kaynaklarından olan Tokat Reşadiye kili kullanılmıştır. Bu maddeyi kullanmaktaki amacımız, merhem tipi preparatların hazırlanmasında öz kaynaklarımızın değerlendirilmesidir.

Ticari preparat ve formülasyonu tarafımızdan hazırlanan merhem gönüllü deneklerin diz kapaklarına sürülerek her iki merhem biyoyararlılığı ve farmakokinetiği araştırılmış ve bu konuda merhemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı saptanmaya çalışılmıştır.

Deneyler, yaşları 21-25 arasında olan ikisi kadın ve altısı erkek olan sekiz gönüllü denek üzerinde yürütülmüştür. Her deneğe, deney tüm ayrıntıları ile anlatılmış ve denekler çalışmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösterir birer belge imzalamışlardır. Denekler sağlıklı kişiler olup, deneyden önce ve deney sırasında herhangi bir ilaç kullanmalarına izin verilmemiştir. Deney sırasında yemek konusunda herhangi bir kısıtlama getirilmemiştir.

Deney başlamadan önce kör olarak kan ve idrar numuneleri alınmıştır.

Altı gram merhem (300 mg Etofenamat) deneklerin diz kapaklarına ovuşturularak uygulandıktan sonra, tatbik yerinin üzeri naylon ile kapatılmış ve deney süresince açılmamıştır. Deney sekiz saat süreyle yapılmıştır.

Kan örnekleri 3 ml sitrat çözeltisi üzerine ve belirlenen zaman aralıklarında alınmıştır. Daha sonra santrifüj edilerek plazmaları ayrılmış ve analizi yapılmıyaya kadar -20°C'de saklanmıştır.

İdrar örnekleri her saat başı alınmıştır. Her örnek alınmasından sonra deneğe 200 ml su içirilmiştir. Alınan her örnek tartılmış, hacmi bulunmuş ve analizi yapılmıyaya kadar -20°C'de saklanmıştır.

Plazma ve idrar numunelerinin analizi için; ekstraksiyonla etken madde, karbon tetraklorür fazına alınmıştır. Organik faz azot gazı altında uçurulmuştur. Kalıntı, karbon tetraklorür yardımıyla alınıp plağa tatbik edilmiştir. Oluşan leke kazınıp, metanol ile muamele edildikten sonra 286 nm dalga boyunda köre karşı absorbanları okunmuştur.

Gönüllü denekler üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen plazma profili bulguları Şekil.1'de, idrar profili bulguları ise, Şekil.2' de gösterilmiştir.

Şekil 1: Etofenamat Plazma Derişimi Zaman Eğrisi.

Şekil 2: İdrardan Atılan Etofenamat Yığılmalı Miktar- Zaman Eğrisi.

Bu profillerden hareketle farmakokinetik parametreler ve biyoyararlanımı saptanmıştır.

Etofenamatın hangi farmakokinetik modele uyduğunu saptamak için herbir deneğe ait zamana karşı plazma derişimleri ESTRIP soyuma programına uygulanmıştır. Bu uygulama sonucunda, tüm deneklerde etofenamatın emilmeli tek kompartımanlı farmakokinetik modele uyduğu saptanmıştır.

ESTRIP sonuçlarından elde edilen farmakokinetik parametreler, en iyileştirmek amacıyla MARQUARDT nonlineer regresyon programına uygulanmıştır. Elde edilen bu farmakokinetik parametreler açısından merhemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak için, MİNİ-TAB paket programı kullanılmıştır. Bu programdan istatistiksel yöntem olarak t testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo-1'de görülmektedir.

Tablo-1:
Farmakokinetik Parametrelerin t-Testine Göre Karşılaştırılmasına ait Bulgular.

Plazma ve idrar verilerinden hareketle yapılan hesaplar ve istatistiksel değerlendirmeler sonucunda, iki merhem arasında uzaklaşım yarı ömrü, MRT (Organizmada ortalama kalış süresi-Saat) emilim yarı ömrü, gecikme süresi, t_{maks} (plazmada maksimum derişime ulaşması için geçen süre) AUC (Plazma derişim-zaman eğrisi altında kalan alan ug/ml saat), $0-\infty V_d$ (Vücuttaki görünür dağılıma hacmi) parametreleri açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

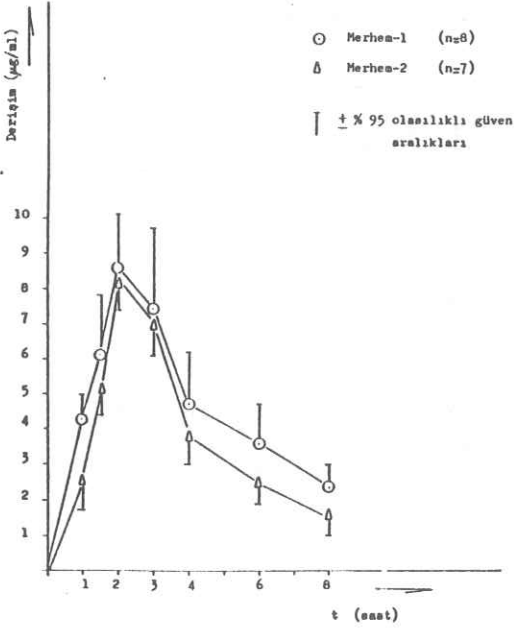
Buna karşılık C_{maks} (Maksimum plazma derişimi), FF^* (biyoyararlılık katsayısı), Au_{∞} (idrarla t_{∞} anına kadar değişmeden atılan toplam madde miktarı) parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p< 0.05$).

Biyoyararlılık açısından incelediğimizde, Merhem-1 ve Merhem-2'nin birbirinden anlamlı olarak farklı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla ile iki merhem de organizmada aynı yararlanımı sağladığı söylenebilir.

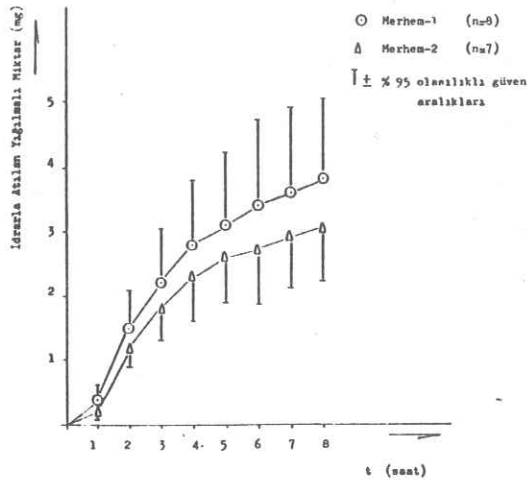
Sonuç olarak, hazırladığımız merhem formülasyonu ile ticari preparat arasında tedavi edici etki yönünden farklılık olmadığı söylenebilir. Ancak formülasyonunu hazırladığımız Merhem-2'de ülkemizin doğal kaynaklarından yararlanılarak Tokat Reşadiye kili kullanılmıştır. Dolayısıyla ile etofenamat içeren bu formülasyonun ülkemizde dışarıya bağımlı kalmadan üretilebileceği kanısındayız.

TABLO-1 : Farmakokinetik Parametrelerin t-Testine Göre Karşılaştırılmasına ait Bulgular.

Parametre	Sonuç	% 95 Olasılıkla
λ_1	Fark yok	$p > 0.05$
λ_2	Fark yok	$p > 0.05$
Uzaklaşım $t_{1/2}$	Fark yok	$p > 0.05$
MRT	Fark yok	$p > 0.05$
Emilim $t_{1/2}$	Fark yok	$p > 0.05$
t_0	Fark yok	$p > 0.05$
t_{max}	Fark yok	$p > 0.05$
C_{max}	Fark var	$p < 0.05$
FF*	Fark var	$p < 0.05$
V_d	Fark yok	$p > 0.05$
$AUC_{0-\infty}$	Fark yok	$p > 0.05$
AUC_{0-8}	Fark yok	$p > 0.05$
AU_{∞}	Fark var	$p < 0.05$
λ_1	Fark yok	$p > 0.05$
Uzaklaşım $t_{1/2}$	Fark yok	$p > 0.05$



ŞEKİL-1: Etofenamot Plazma Derişimi-Zaman Egrisi



ŞEKİL-2: İdrardan Atılan Etofenamot Yığılmalı Miktar-Zaman Egrisi

SÜREKLİ SALINMA SAĞLAYAN TABLET FORMÜLASYONLARININ TASARIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

S. ŞENEL, Y. ÇAPAN, A.A. HINCAL (*)

* Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık fakültesi Farmasötik Teknoloji Anabilim Dalı.

Konvansiyonel oral tabletler içerdikleri ilacın tümünü vücutta hemen serbest bırakan dozaj şekilleridir. Bunun sonucu olarak bazen terapötik düzeyin çok üstünde ve toksik düzeye yaklaşan pikler ortaya çıkar. Hızlı atılan bir ilacın kan düzeyi bir kaç saat içinde terapötik düzeyin altına inmekte ve bu nedenle daha sık aralıklarla doz verilmesi gerekmektedir. Bu da ilaç düzeylerinde geniş dalgalanmalara neden olmaktadır (1).

Sürekli salınma sağlayan sistemlerde temel amaç en kısa sürede terapötik düzeye ulaşmak ve 12-24 saat boyunca bu düzeyi kararlı halde sürdürmektir. Bu sistemlerde hız önceden belirlenemez ve etki süresi en fazla 24 saattir. Kontrollü salınma sağlayan sistemlerde ise hız önceden belirlenir ve süre bir haftadan bir yıla kadar sürebilmektedir (2).

Konvansiyonel, kontrollü ve sürekli salınma sağlayan formülasyonların ilaç konsantrasyon profilleri şekil 1'de görülmektedir. Bir ilacın performansı, ilacın in vitro ve in vivo koşullarda salınmasına bağlı olup bu da ilacın özelliklerinin bir fonksiyonudur. Bu özellikler ilacın sürekli salınma sağlayan sistemde verilmesini önler ya da kısıtlar. İlacın özellikleri fizikokimyasal ve biyolojik olarak sınıflandırılabilir. Ancak bu iki özellik arasında kesin bir ayrım yapılamaz. Zira ilacın biyoyararlanımını etkileyen fizikokimyasal ve biyolojik özellikler Tablo 1 ve 2'de verilmiştir (3).

Şekil 1. Konvansiyonel, sürekli salınma ve kontrollü salınma sağlayan formülasyonlar için plazma ilaç konsantrasyon profilleri.

Tablo 1. İlacın biyoyararlanımını etkileyen fizikokimyasal özellikleri.

-
- Molekül büyüklüğü
 - Çözünürlük
 - Dağılıma katsayısı
 - pKa
 - Enzime karşı dayanıksızlık
 - Kimyasal stabilite
 - Proteine bağlanma ve kompleksleşme
 - Kristal şekli

Tablo 2. İlacın biyoyararlanımını etkileyen biyolojik özellikler

- Absorbsiyon
 - Dağılıma
 - Metabolizma
 - Etki süresi
 - Yan etkiler
 - Günlük ritim
 - Hastalık durumu
-

Yukarıda verilen özellikler üzerinde kısaca durulacaktır.

Molekül büyüklüğü:

Molekül büyüklüğü ilacın hem biyolojik zarlardan geçisini hem de hız kontrol edici zar ya da matriksten difüzyonunu etkiler. İlaç verildikten sonra istenen bölgeye ulaşması için birçok zarı geçmesi gerekmektedir. İlaçların zarlardan difüzyon yeteneği ile molekül büyüklüğü arasındaki ilişki Eşitlik 1 ile verilmektedir.

Eşitlik 1:

$$\log D = - s_v \log V + k_v = - s_m \log M + k_m$$

D: difüzyon katsayısı

M: molekül ağırlığı

V: moleküler hacim

s_v, k_v, s_m : belirli ortamdaki sabitelerdir.

Molekül ağırlığı 150-400 arasında değişen etkin maddeler sürekli salınma sağlayan sistemler için uygun değildir (4).

Çözünürlük:

İlaçların absorblanabilmeleri için absorpsiyon bölgesinde çözelti halinde olmaları gerekmektedir. Sudaki çözünürlükleri çok az olan ilaçların oral biyoyararlanımı, çözünmeyen partiküllerin gastrointestinal geçiş zamanı ve absorpsiyon bölgesinde kısıtlı çözünürlükleri nedeniyle çok düşüktür. Çoğu ilaçların en fazla absorbe oldukları bölge aynı zamanda çözünürlüklerinin en az olduğu bölge olmaktadır.

Sürekli salınma sağlayan sistemler için mekanizma seçimi ilacın sudaki çözünürlüğüne bağlıdır. Sudaki çözünürlüğü az olan ilaçlar için difüzyon kontrollü sistemler uygun değildir.

Partisyon katsayısı:

Passif difüzyonla absorbe olan ilaçların belirli bir partisyon katsayısı olmalıdır. Yüksek partisyon katsayısına sahip bir ilacın mum veya

yağ tipi matriks içeren sürekli salınma sağlayan sistemden salınması çok yavaş olur ve tamamlanamaz.

Absorpsiyon:

İlacın ve ortamın özelliklerine bağlı olan absorpsiyonun gastrointestinal kanalın tüm segmentlerinde gerçekleşmesi gerekir. Oral sürekli salınma sağlayan sistemlerde salınma süresi, ince barsaktan geçiş süresini geçmemelidir.

Dağılım:

İlaçların dokularda dağılımı eliminasyon kinetiğinde önemlidir. Genellikle dokularda dağılım sonucu ilaç, dokulara ve kan proteinlerine yüksek oranda bağlanmakta ve bu durumda membranı geçememektedir.

Metabolizma:

İlaçlar metabolize olarak ya daha aktif metabolitlerine dönüşür ya da inaktive olurlar. Bu işlem daha çok enzim bakımından zengin doku veya organlarda olur.

İlk geçiş etkisiyle önemli ölçüde metabolize olan etken maddeler sürekli salınma sağlayan sistemler için çok uygun değildir.

Etki Süresi (biyolojik yarı- ömür):

Yarı-ömrü kısa olan ilaçlarda dalgalanmanın azaltılması için sürekli salınma sağlayan sistemlerin hazırlanması uygundur.

Yan Etki:

Sürekli salınma sağlayan sistemler, sistemik yan etkilerden ziyade gastrointestinal yan etki insidansını azaltmak için daha yaygın olarak kullanılmakta ve daha başarılı sonuçlar alınmaktadır.

Hastalık durumu ve günlük ritim faktörleri de hastaya ve ilaca göre değişen faktörler olup, sürekli salınma sağlayan sistemlerin tasarımında göz önünde bulundurulmalıdır.

Yukarıda kısaca bahsedilen faktörler hakkında sahip olunan bilgiler, sürekli salınma sağlayan bir formülasyon tasarımı için sistematik ve kantitatif olarak birbirleriyle bağlanmalıdır.

Fizikokimyasal çalışmalar genellikle önformülasyon aşamasında yapılmaktadır. Ancak bu çalışmalardan elde edilen veriler biyoyararlanım hakkında bilgi vermemektedir. In vitro dağılım ve çözünme çalışmalarının in vivo davranışa ekstrapole edilmesi de çok kolay olmamaktadır (5).

Biyoyararlanımı değerlendirmek için yapılan yaklaşımlar Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Oral Yolla Verilen İlaçların Biyoyararlanımının Değerlendirilmesi:

Bu bölümde kısa olarak bölümümüzde yapılan bir sürekli salınma sağlayan tablet formülasyonundan bahsedilecektir (6).

Sürekli salınma sağlayan asetilsalisilik asit (ASA) tabletlerinin formülasyonu ve in vitro/in vivo değerlendirilmesi:

Sürekli salınma sağlayan ASA tablet formülasyonları, daha az sıklıkla vererek daha stabil bir plazma konsantrasyonu sağlamak amacıyla hazırlanmaktadır. Plazma düzeyinde dalgalanmalar bu sayede en aza inmektedir(7).

Değişik matriks maddeleri kullanılarak ASA tablet formülasyonları hazırlanmış ve bunların in vitro salınma özellikleri incelenmiştir. Hazırlanan formülasyonlar Tablo 4'te verilmiştir.

Beklenildiği gibi polimer konsantrasyonu arttıkça, tabletlerden salınma yavaşlamıştır. Salınma mekanizmasını tayin etmek için Bamba ve ark (8) tarafından ortaya atılan uyum iyiliği metodu kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 5'te görülmektedir.

Sürekli salınma sağlayan tabletlerde etken maddenin salınan miktarının

2. saatte %25-40

4. saatte %40-60

8-12. saatte %70-90 olması istenmektedir (9).

Yukarıda yapılan analizler ve belirtilen kriterler göz önünde tutularak %15 konsantrasyonda karbomer içeren formülasyon istenen özellikte salınma göstermiştir.

Çalışmanın ikinci kısmında in vivo biyoyararlanım çalışmaları yapılmıştır. Çalışmalar idrarda yapılmış olup 6 sağlıklı denek kullanılmıştır. Biyoyararlanım çalışmalarında t_{maks} , maksimum üriner pik yüksekliği ve bu pike ulaşmak için gerekli süre, t_{maks} bulunmuştur. Tek kompartımanlı model olarak kabul edilip absorpsiyon ve eliminasyon yarı-ömürleri ve absorpsiyon ve eliminasyon hız sabiteleri hesaplanmıştır.

24 saat sonunda konvansiyonel tabletle atılan kümülatif salisilat miktarı, sürekli salınma sağlayan formülasyona göre daha yüksek bulunmuştur. Tablo 6'da 24 saat sonunda kümülatif idrarda atılan miktarlar her denek için ve ortalama olarak verilmiştir. Şekil 2'de kümülatif atılan miktarlar görülmektedir.

tablo 7'de elde edilen t_{maks} ve t_{maks} değerleri verilmiştir. Ortalama itrah hız eğrileri ise Şekil 3'te görülmektedir. Farmakokinetik parametreler Tablo 8'de verilmiştir.

SONUÇ:

Deney sonuçları, üriner itrah yönteminin salisilat absorpsiyonunun incelenmesinde uygun bir yöntem olduğunu göstermiştir.

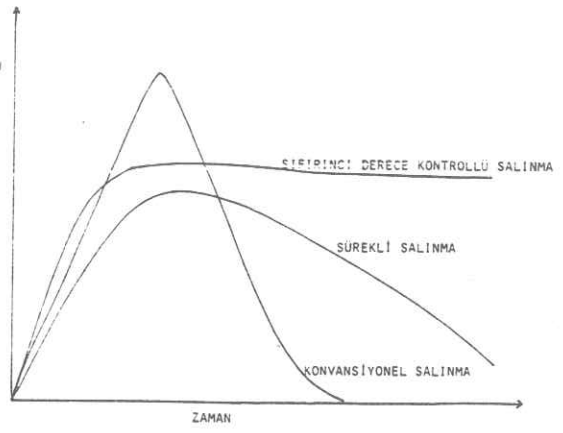
In vitro çözünme ile in vivo atılım sonuçları arasında iyi bir korelasyon bulunmuştur (Şekil 4). Bu da geliştirilen formülasyonun ASA absorpsiyonunu kontrol ettiğini göstermektedir.

Sonuçlar, geliştirilen formülasyonla uzatılmış kan düzeyleri elde etmenin mümkün olabileceğini göstermiştir.

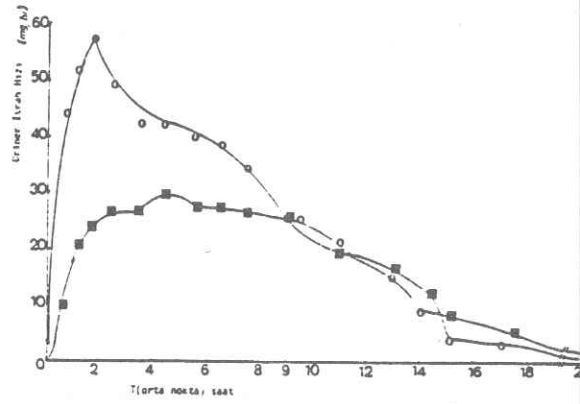
KAYNAKLAR:

1. Shah, A.C., Design of oral sustained release delivery systems: invitro/in vivo considerations, in Jacobi, A.Halperin-Walega, E.(editors), Oral sustained release formula tions: Design and evaluation, Pergamon Press, Oxford, 1988.
2. Ritschel, W.A., Biopharmaceutics and pharmaceutical aspects in the design of controlled release peroral drug delivery systems, presented at 4th international Pharmaceutical Technology Symposium, Sept 9-12, 1988 Ankara- Turkey.
3. Ho, F.H.N., Merkle, H.P., Higuchi, W.I., Drug Dev Ind Pharm 9(7), 1111 (1983).
4. Li, V.H.K., Robinson, J.R., Influence of drug properties and routes of drug administration on the design of sustained and controlled release systems, İn Robinson, J.R., Lee, V.H.L.(editors), Controlled drug delivery: Fundamentals and applications, Marcel Dekker Inc, New York, 1987.
5. Higuchi, W.I., Ho, F.H.N., Merkle, P.H., Design of oral drug delivery systems: past, present, future, Drug Dev Ind Pharm 9(7) 1227-51983).
6. Çapan, Y., Şenel, S., Çalış, S., Takka, S., Hincal, A.A., Pharm Ind, 51, 443 (1989).
7. Baland, J.H., Semin Drug Treat 1, 93 (1971).
8. Bamba, M., Puisieux, F., Marty, J., Carstensen, J.T., Int J Pharm 2, 307 (1979).
9. Parab, P.V., et al., Drug Dev Ind Pharm 12, 1309 (1986).

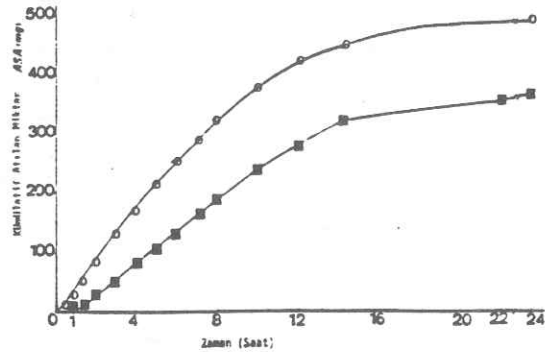
PLAZMA
KONSANSTRASYONU



ŞEKİL 1. KONVANSİYONEL, SÜREKLİ SALINMA VE KONTROLLÜ SALINMA SAĞLAYAN FORMÜLASYONLAR İÇİN PLAZMA İLAC KONSANSTRASYON PROFİLLERİ



Şekil 2. Salisilat miktarına eşitlen miktarda ifade edilen ASA'nın ortalama salınma hızı (mg/sa)
○ konvansiyonel tabletler (500mg)
■ Sürekli salınma sağlayan tabletler (490mg)



Şekil 2. Konvansiyonel ve sürekl salınma sağlayan ASA tabletlerinin toplam atılan kümülatif salisilat miktarına eşitlen miktarda ASA

○ konvansiyonel ASA
■ Sürekli salınma sağlayan ASF

Tablo 3. Oral Yolla Verilen İlaçların Biyoyararlanımının Değerlendirilmesi

Yaklaşımlar	Değerlendirme
1. İlaçın temel fizikokimyasal özelliklerinin incelenmesi	Önformülasyon için temel fizikokimyasal veriler
2. In vitro çözünme deneyleri	Formülasyon aşamasında in vitro yararlanım kontrolü salınmanın optimizasyonu
3. İlaç ve formülasyonun insanda absorpsiyon çalışmaları	İlaçın farmakokinetiği, biyoyararlanımın değerlendirilmesi ve optimizasyonu
4. Çözünme verilerinin ve plazma düzeyi verilerinin in vitro/in vivo korelasyonu	İn vitro ve in vivo verileri arasında ilişki kurmak için yaklaşım
5. Hayvan modelleri kullanarak in vitro ilaç absorpsiyon mekanizması ve/veya in situ absorpsiyon çalışmaları (rat, köpek)	

Tablo 5 En küçük kareler yöntemiyle verilerin uyum iyiliği analizi^a

Matriks maddesi		Birinci derece		Kare kök		Küp kök	
		$1mL = -k_p t - i$	r^2	$100 - W = k_d t$	r^2	$3 \log - 3 W = k_r t$	r^2
Kod	t	r^2	$\frac{\sum (Resd)^2}{n - 2}$	r^2	$\frac{\sum (Resd)^2}{n - 2}$	r^2	$\frac{\sum (Resd)^2}{n - 2}$
PMMA	10	0.725	185.27	0.980	11.69	0.805	235.49
	15	0.839	89.06	0.989	4.36	0.885	48.75
	20	0.769	128.39	0.987	4.22	0.830	68.50
PVC	10	0.942	27.81	0.972	10.79	0.955	19.24
	15	0.900	121.33	0.962	13.65	0.922	73.11
	20	0.895	50.54	0.977	9.18	0.935	27.22
CN	10	0.764	1271.40	0.978	33.7	0.883	803.70
	15	0.867	136.20	0.979	13.81	0.925	47.75
	20	0.894	80.23	0.953	19.68	0.951	26.67

^a Tüm sonuçlar salınan ASA olarak ifade edilmiştir.

** p < 0.01

Tablo 4. Formülasyonlarda kullanılan ASA ve matris maddelerinin % konsantrasyonları

Formülasyon \ matris maddesi	PMMA (%)			PVC (%)			CM (%)		
	10	15	20	10	15	20	10	15	20
Asetilsalisilik asid ^a	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Polimetilmetakrilat	10	15	20	-	-	-	-	-	-
Polivinil klorür	-	-	-	10	15	20	-	-	-
Karbomer	-	-	-	-	-	-	10	15	20
Laktöz	14	9	4	14	9	4	14	9	4
Talk	2	2	2	2	2	2	2	2	2

a: 400 mg

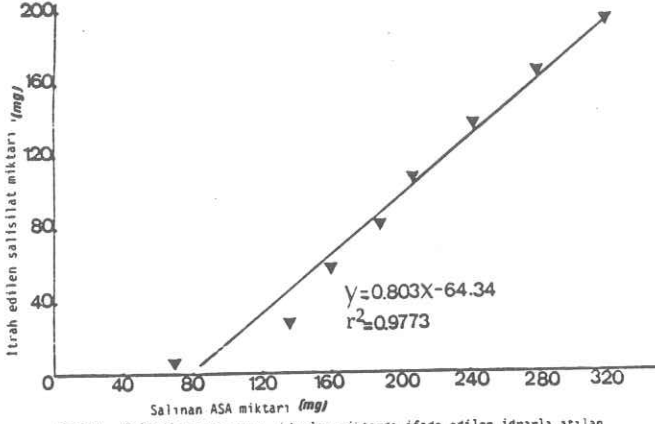
Tablo 5. Konvansiyonel ve sürekli salınma sağlayan ASA tabletlerin oral verilişlerinden sonra 24 saatte idrarla atılan kümülatif salisilat miktarına ekivalan miktarda ASA

Denekler	Konvansiyonel ASA tabletleri a		Sürekli salınma sağlayan ASA tabletleri a	
S.K.	504.50	100.90	391.24	97.81
S.S.	478.82	95.76	403.03	100.75
S.T.	476.06	95.21	370.87	92.71
F.D.	482.51	96.50	373.19	93.29
N.B.D.	482.77	96.55	285.75	71.43
Y.Ç.	505.40	101.08	365.38	91.34
Ortalama	488.34	97.66	367.14	91.22
Ort ± S.D.)	488.34 ± 13.10	97.66 ± 2.62	367.14 ± 42.53	91.22 ± 10.33
VK	2.6 %		11.5 %	

a : Her denek için 24 saat sonunda atılan %

Tablo 7. Konvansiyonel ve sürekli salınma sağlayan ASA tabletlerinin oral verilişinden sonra üriner itrah pikine ulaştığı süre (t_{max}) ve üriner pik yüksekliği (C_{max})

Denekler	Konvansiyonel ASA tabletleri (500 mg)		Sürekli salınma sağlayan ASA tabletleri (400 mg)	
	C_{max}	t_{max}	C_{max}	t_{max}
S.K.	60.86	1.75	33.25	2.5
S.S.	45.25	2.50	33.37	5.5
S.T.	61.44	1.25	36.12	2.5
F.D.	68.78	1.75	30.51	4.5
N.B.D.	68.20	1.25	24.67	5.5
Y.Ç.	64.04	1.75	35.09	6.5
Ort ± SD	61.42 ± 8.58	1.70 ± 0.45	32.16 ± 4.14	4.5 ± 1.67
VK	13.98 %	26.85 %	12.87 %	37.18 %



Şekil 4. Salisilat miktarına ekivalan miktarda ifade edilen idrarla atılan ortalama ASA miktarının in vitro salınan ASA miktarına karşı grafiği

Tablo 3. Konvansiyonel ve sürekli salınma sağlayan ASA tabletleri için eliminasyon hız sabitesini (k_e), biyolojik eliminasyon yarı-ömrü ($t_{1/2 e}$), absorpsiyon hız sabitesini (k_a), ve biyolojik absorpsiyon yarı-ömrü ($t_{1/2 abs}$) değerleri

Denekler	Konvansiyonel ASA tabletleri(500mg)				Sürekli salınma sağlayan ASA tabletleri(400mg)			
	k_e	$t_{1/2}$ (elim.)	k_a	$t_{1/2}$ (abs.)	k_e	$t_{1/2}$ (elim.)	k_a	$t_{1/2}$ (abs.)
S.K.	0.192	3.61	0.789	0.88	0.203	3.41	0.486	1.42
S.S.	0.207	3.33	0.585	1.18	0.174	3.96	0.236	2.93
S.T.	0.257	2.69	0.951	0.73	0.278	2.49	0.405	1.71
F.O.	0.166	3.72	0.410	1.69	0.158	4.38	0.272	2.54
N.B.D.	0.225	3.08	0.978	0.71	0.200	3.46	0.271	2.55
Y.C.	0.191	3.62	0.926	0.75	0.161	4.29	0.613	1.12
Ort ± SD	0.209±0.02	3.34±0.39	0.773±0.23	0.99±0.38	0.195±0.04	3.66±0.70	0.380±0.15	2.04±0.73
VK	12.90 ±	11.86	29.74 ±	38.00	22.78	19.20 ±	39.00	35.54 ±

YURDUMUZDAKİ ECZACI KOOPERATİFLERİ ÜZERİNE

Ecz. Atilla UZGÖREN (*)

* Tüm Eczacı Kooperatifleri Birliği Yönetim Kurulu Başkanı

Sayın Konuklar; değerli meslektaşlarımız,

III.Türkiye eczacılık kongresi'nin düzenlenmesinde ve yürütülmesinde ve başarısında gayretleri olan tüm meslektaşlarımıza saygılarımızı ve teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Bizlere böylesi bir kongrede, meslektaşlarımızla birlikte söyleşiye katılma olanağı sağlayan T.E.B'ne, İstanbul Eczacı Odası'na ve Yürütme Kurulu'na teşekkürlerimizi sunarak sözlerimize başlamak istiyoruz.

Geçirdiğimiz on yıllık süreç içinde; Eczacılık sektöründe bir olgu yaşanıyor. Eczacı Kooperatifleri. Bildiğiniz üzere 78'li yıllardan beri eczacılık alanına yepyeni bir unsur olarak katılan, Eczacı Kooperatifleri, günümüze dek geçen süre içinde öncelikle Eczacı Meslektaşlarımızdan büyük ölçüde gördükleri kabul, destek ve onay ile varlıklarını kanıtlamış durumdadırlar.

Sadece kendi ortakları olan Eczacı meslektaşlarımızdan aldıkları güç ve destekle ilaç piyasasının çetin ve istikrarsız ortamında filizlenen Eczacı Kooperatifleri; sağlıklı model ve yapılanmaları ile bilinç ve fedakarlık temeli üzerinde gelişmişler ve bugün için modern, kalıcı ve büyük kurumlar olarak ilaç sektöründeki yerlerini almaya başlamışlardır.

İlk Eczacı Kooperatifinin kuruluşunu izleyen bu on yıllık süreç içinde; bir yandan yurdumuzun hemen hemen her bölgesini kaplayacak biçimde yeni Eczacı Kooperatiflerinin kuruluşları gerçekleşmiş, bir yandan da Eczacı Kooperatiflerinin ortak sayıları sürekli artmıştır.

Bugün için yurt çapında sayıları 18 olan faal Eczacı Kooperatifi bulunmakta ve ortak yapıları itibarı ile de yurdumuzdaki Eczane sahibi meslektaşlarımızın %20'sini bünyelerinde toplayan bir konuma ulaşmış bulunmaktadır.

Yaptıkları işlem hacmi itibarı ile tüm Eczacı Kooperatiflerinin 1988 yılı toplam ciroları 60 milyar'ın üzerine çıkmış bulunmaktadır.

Aralarında henüz birkaç yıllık geçmişe sahip olanların da bulunduğu, en kıdemlisinin henüz onuncu yılına başlamış olduğu Eczacı Kooperatiflerinin öncelikle yönelmiş oldukları Ecza Depoculuğu hizmeti; ilaç dağıtım kanallarındaki boşluğu doldurmaya, mesleğimizin önemli bir parçası olan ancak uzunca bir süredir meslektaşlarımızın dışında gelişen ve hertürlü olumsuz şartı doğrudan eczanelere yansıtan bir sistemin sorumsuzluğuna, dayatmacılığına tepki olarak ortaya çıkmıştır.

Uzunca bir süre Eczacı meslektaşlarımızın insiyatifleri dışında gelişen ve oluşan her türlü olumsuz şart karşısında; istikrarsızlığa sürüklenen piyasa koşullarında, meslektaşlarımız için koruyucu bir çatı sınımlanabilecek önemli bir liman olan Eczacı Kooperatifleri; bu işlevlerini başarı ile görmüşlerdir. Piyasanın emniyet sübabı olmalarının yanısıra günü gelince sektörün itici gücü, öncüsü olma fonksiyonlarını da yerine getirmeye başlayarak, şartların düzeltilmesi meslektaşlarımızın sosyal ve ekonomik durumlarını iyileştirecek çaba ve girişimleri ile mesleki yarınlarmızın güvencesi olma yolundadırlar.

Güçlü ortak yapıları ile; ekonomik açıdan ve ticari kapasite yönünden de Türkiye'de Ecza Depoculuğu alanında ilk 15 Ecza Deposu arasında yerini alabilen 4-5 Eczacı Kooperatifinin bulunması hepimiz için gurur kaynağıdır.

Eczacı Kooperatifleri;

I) Tüm meslektaşlarımızı bünyesinde toplayan açık yapıları,

II) Demokratik işleyiş ve yönetimleri,

III) Eşit ve olabildiğince maliyetine hizmet vermeyi amaçlayan anlayışları ile

IV) Mali ve işleyiş yönünden şeffaf durumları ve kendi kendini denetleyen mekanizmaları ile,

V) Hep birlikte yaratılan değerlerin, hep birlikte paylaşılmasını öngören prensipleriyle her geçen gün daha da gelişmekte önemli birer sosyal ve ekonomik güç olma yolunda sağlıklı bir biçimde kurumlaşmaktadırlar.

Tüm ilaç sektörü için sağladıkları yararlar ve varabildikleri olumlu sonuçlar nedeniyle Eczacı kooperatifleri sadece ortakları için değil, tüm Eczacı meslektaşlarımız için mesleki dayanışmamız adına bir armağandır.

Ve bir Eczacı olarak hepimizin görevi sunulan bu armağana sahip çıkmak olmalıdır.

Değerli meslektaşlar;

Elbetteki bu gelişmeler ve kazanımlar rahat, sorunsuz ortamlarda sağlanabilmiş değerlidir.

Özellikle ticari depolardan kaynaklanan dayatmacı yöntemler; hem Eczacı meslektaşlarımıza hem de mensupları oldukları Kooperatiflere zaman zaman yönelebilmektedirler.

İlaçların Eczanelere veriş koşulları keyfi olarak değiştirmeleri, belirli dayatmalara yönelmeleri, tektek Eczane şartında kısmen uygulanabilmiştir.

Ama meslektaşlarımızın bir araya geldiği kendi kuruluşlarına sahip çıktığı şartlarda bu yöntemlere ya cesaret edememişler ya da başladıkları uygulamaları sürdürmemişlerdir.

Yapılan haksız uygulamalara bireysel değil de topluca, dayanışma ile karşı durulmaya yönelen şartlarda Eczacı Kooperatiflerine karşı çeşitli girişimleri denemişlerdir.

Öncelikle bir bölgede yeni kurulan bir Eczacı Kooperatifi varsa; ona yaşam hakkı tanımak için, o zamana dek uygulamadıkları, göstermelik satış koşulları ile devreye girecek, Eczacıların başlangıcında kooperatiflere ilgi duymamalarını sağlamaya çalışmışlardır. Ya da her türlü spekülasyona; gelişmelerini önlemeye yönelmişlerdir.

Başkaca ilaç firmaları nezdinde ve mali yönden kooperatifleri zor durumda bırakmaya yönelik dayatma ve girişimlere kalkışmışlardır.

Ya da bu yıl başında yaşadığımız gibi şartları keyfi olarak geri çekip; kooperatif olan bölgelerde; Eczacıların kooperatiflere olan taleplerinin artacağını bilmelerine rağmen hizmet verememe ve mali bunalıma sürüklenmelerine yol açmak istemişlerdir. Bu iki yüzü keskin "acem kılıcı" oyunu Eczacı Kooperatiflerinin ve ortaklarının bilinçli ve fedakarca davranması karşısında bugün için geri tepmiştir. Eczacı meslektaşlarımızın kooperatiflerine sahip çıktığı, Kooperatif ortakları Eczacılar, alışlarında ve ödemelerinde önceliği kooperatife vermeleri, konuyu bitirmiştir.

Buna benzer zorlukları bölgesel ya da genel olarak bundan sonra da uygulamaya kalkacaklardır. Çünkü onlar ilacı ticari bir unsur olarak görürler.

Değerli meslektaşlar;

Yaptığımız işi ortadaki bir ekmek olarak düşünürsek, bu ekmek dilimlerinden bizler, Eczacılar bu dilimlerin en küçüğü ile yetinmek zorunda kalıyoruz. Daha irice dilim bizler adına, bizlerin sayesinde, öncelikle işleri ticaret olan; kar ettikleri sürece bu ticareti yapacak olan ticari ecza depoları bizlerden koparmaktadırlar. Bu depolar ile tek benzerliğimiz ilaçla uğraşmıyor olmamızdır.

Onlar ilacı mal olarak gördüklerinden, kar etikleri sürece bu işi yaparlar, etmedikleri sürece yapmazlar.

Ama Eczacıların işi, mesleği ilaçtır. Halkımızın sağlığı için, Eczacılık bilim ve mesleğinin hakkını vermek için, diplomamız ve ettiğimiz yeminin sorumluluğu için ilaçla ilgili her konuda Eczacının hakkı kadar ihtiyacı kadar elde etmeyi talep eden Eczacı meslektaşlar, eczanelerinde gördükleri hizmet gibi değerlendirdikleri işlerini her şartta yapmaktadırlar ve en iyisini yapacaklarını da göstermektedirler.

Değerli meslektaşlar,

Eczacı kooperatiflerinin kimseye karşı olmak gibi bir sorunları yoktur. Hatta ticari depoların dernekleri gibi bir kuruluşu da; demokratik bir hak olarak görürler.

Ancak böylesi bir hakkı; başkalarının hayatı ile oynamak, başkalarının (ki bunlar aslında muhtaç oldukları, bu günlere kadar varlıklarının nedeni olan Eczacılarıdır) haklarını engellemek yetkisini kimseye vermez.

Biz Eczacılar sabırlı insanlarızdır. Bu sabrımız öncelikle hastalara yardımcı olmak temelden, hizmet anlayışımızdan kaynaklanır. Bu anlayış ve hoşgörümüzün suistimal edilmemesini tavsiye etmekle yetiniyoruz.

Bu genel değerlendirmelerin ardından Kooperatiflerin Ecza Depoculuğu anlayışlarında herkesle iyi ticari ilişkiyi geliştirme ve öncelikle ortakların yararını gözetme vardır. Yapılan iş gelgeç bir serüven değil kalıcıdır. Mesleki dayanışmayı ön plana alan ticari kuruluşlar olarak en iyi ve modern hizmeti vermeyi amaçlamışlardır. Basiretli birer işletmecidirler, sözlerine güvenilir ve elbetteki bir Eczacı kuruluşu olarak ilacın A'sından Z'sine her kademesinde söz sahibi olacaktır.

İşte bu söz sahibi olabilmenin önemli adımlarından biri de; en kıdemlisi henüz onuncu yılına başlayan Eczacı Kooperatiflerinin "BİRLİK" oluşumunu gerçekleştirmeleridir.

Eczacı Kooperatifçiliğine gönül vermiş, bilinçli ve fedakar meslektaşlar geçtiğimiz Ocak ayında Ankara'da bir araya gelerek 12 Eczacı Kooperatifinin kuruculuğunu üstlendiği S.S. TÜM ECZACILAR ÜRETİM TEMİN DAĞITIM KOOPERATİFLERİ BİRLİĞİ (T.E.K.B) anasözleşmesine imza koymuşlardır.

Birlik yurdumuzdaki tüm Eczacı Kooperatiflerinin güç ve potansiyellerini değerlendirecek ve önümüzdeki günlerde hep birlikte öncelikli işler konusunda çalışmalarını yürütecektir. Birliğin öncelikli olarak ele alacağı konular ve amaçlar aşağıda sıralanmıştır.

ECZACI KOOPERATİFLERİ BİRLİĞİ'NİN AMAÇLARI:

- * Ortak Kooperatiflerin amaçlarını gerçekleştirmeleri yolunda ekonomik ve kültürel faaliyetlerde bulunmak,
- * Ortak Kooperatiflerin çalışma biçim, hesap ve işlemlerini denetlemek,
- * Eczane ve ilaç sektörünün sağlıklı oluşumuna katkıda bulunmak,
- * Kooperatif bilincini güçlendirmek üzere, ortaklara, yönetimlere ve çalışanlara yönelik eğitim çalışmaları yapmak,
- * Kooperatif yönetim ve işletmelerine verimliliği arttıracak yöntem ve çalışma sistemleri önermek,
- * Ortak Kooperatifler arasında bilgi ve deneyim alışverişini sağlamak,
- * Ortak Kooperatifler arasında işbirliği ve dayanışmayı güçlendirme,
- * Ortak Kooperatifler arası ve sair idari, mali konuların çözümlenmesinde yardımcı olmak,
- * Ortak Kooperatiflerin olası kredi ihtiyaçlarının uygun koşullarla karşılanması için yardımcı olmak, alınan kredilerin amaca uygun kullanılmasını sağlayıcı önlemler alarak, denetimi yapmak,
- * Ortak Kooperatifleri ilgili Bakanlıklar, resmi kurum ve kuruluşlar ile meslek kuruluşları nezdinde temsil etmektir.

Hepinizi Tüm Eczacı Kooperatifleri Birliği adına saygı ile selamlıyor, gösterdiğiniz ilgiye dolaylı teşekkürlerimizi sunuyoruz. Sağ olun.

SANAT-EDEBİYAT ÜRÜNLERİNDE İŞLENEN MESLEKLERİN "MESLEK ONURU" OLARAK ALGILANMASI ÜZERİNE

Ülkü AYVAZ (*)

* Tiyatro ve TV Yazarları Derneği üyesi, İstanbul Eczacı Odası Basın Danışmanı.

"Türkiye Eczacılık Kongresi", bir meslek grubunun biraraya gelmesini sağlamış bulunuyor. Bu tür toplantılar, çeşitli meslek grupları tarafından dünyanın bir çok kentinde gerçekleştiriliyor. "Bu tür" deyince, buradaki ayırıcı özellik, belli bir mesleğe mensup insanların yanyana gelerek, o meslek çevresinde bütünleşmeleridir. Biz burada bu toplantıların yararlarını sıralayacak değiliz. Böylesi toplantıların temel belirleyici özelliği, insanları çağıran sesin, "bir meslekten" olma niteliğine yaslandığıdır. Meslek, uzun yıllardan bu yana insanı adeta belirleyen bir olgu olagelmıştır.

Gündelik yaşantımızda rastladığımız bir tanıdığa yanımızdaki arkadaşı tanıştırmak için şöyle deriz: "Eczacı Mine", "Tanıştırıyım Ahmet: Kendisi mimardır.", Ya da "Tarık, güzel sanatlardan.." Ya da "Ayşe, felsefe öğretmeni. Tanıştırdığımız insanın adı yanında mesleğini söylemediğimiz zaman içimizi bir sıkıntı basar. O insanı betimlemenin en kestirme ve doğru yolunun "meslek" belirtmekten geçtiğini sanırız.

Mesleklerle henüz çocukluk çağında karşılaşırız. Bir yetişkin, çocuğa sorar: "Büyüyünce ne olacaksın?" İlkokul sınıflarında ise, öğretmen öğrencilerle tanışırken şöyle der: "Baban ne iş yapıyor?"

Öğrencinin babası, yaptığı işle çocuğunun belirleyicisidir sanki. Hepimiz tanık olmuşuzdur böyle durumlara.

Meslek, sonuçta, şöyle ya da böyle insan hayatının belirleyici bir öğesi olagelmıştır.

Mesleklerin belli toplumsal koşullarda, belli bir statüko oluşturduğu da açıktır.

Mesleklerin, o mesleğe mensup insanlarda sözkonusu statüko kabulünü doğurması ötesinde, bir gerçek daha kendini göstermektedir. Bu gerçek, o mesleğin "Onurunu" korumak eylemidir.

Burada izninizle bazı somut örnekler vermek istiyorum: Ünlü oyun yazarımız Orhan Ase-na'nın "Fadik Kız" adlı oyunu televizyonda yayınlandığı zaman kızılca kıyamet koptu. Kıyameti Barolar Birliği koparmıştı. Oyunda, Şeref adlı bir avukat karakteri vardı çünkü. Avukat Şeref, hukuk alanındaki yerinden ve kurulu düzenin hukukundan yararlanarak, köyden gelme Fatma'yı (Fadik kızı) bataklığa sürükler ve bundan dolayı çıkar sağlar, kar eder.

Bir avukat meslektaşım edindiği hukuk bilgisini asla böylesi bir çıkar için kullanamaya-çağı ve bu karakteri işlemekle, yazarın "meslek onurlarına" saldırdığı yolunda bir açıklama yaptı Barolar Birliği, Yazarı kınadı, protesto etti.

Bu tür protestoların "meslek onuruna" saldırdığı yönünde çok sayıda örnek sıralanabilir. Bir sinema, bir televizyon filminde, bir tiyatro yapıtında söz gelişi hastasını bahanelerle kandıran, böylece çıkar sağlayan bir doktor olmaya görsün. Hemen daha ertesi gün ilgili meslek kuruluşu, ulaşabildiği basın-yayın organlarında olayı protesto eder. Der ki; "Bu, meslek onurumuzu zedeledi."

Ya da, daha yakın bir örnek: Diyelim bir yapıtta, bir eczacı, türlü düzenbazlıkla gençlere uyuşturucu satıyor. Meslek örgütü, derhal harekete geçer. Der ki; "Meslek onurumuzu çiğneyen bu işleyişi şiddetle protesto ediyoruz."

Bütün bu protestoların nedeni, sözkonusu mesleği kamuoyu gözünde aklama çabasıdır. Kamuoyunun, o meslek mensuplarını, öylesi olumsuz eylem içinde görmesini engelleme çabasıdır.

Meslekler, bilindiği gibi işbölümünün keskin sınırlarla oluştuğu zaman özellikle belirginleşti. Daha önceleri, örneğin Antik Yunan'da köle-efendi ayrımı yanında, felsefeciler, aktörler gibi saygı duyulan meslekler de vardı. Ünlü komedyacı Aristofanes, (M.Ö. 422) yıllarında yargıçları "eşek arılarına", zamanın ünlü tragedya yazarı Euripides'i "Kurbanbağalar"a benzeterek, bu isimde komedyalar yazıyordu. Bu oyunları 30 bin kişi gibi büyük kalabalıkların izlediğini düşünürsek, o zamanın Tiran'lılarının ne denli hoşgörülü olduğunu tahmin edebiliriz.

Peki günümüzde bir edebiyat-sanat ürününde olumsuz karakter olarak işlenen bir "meslektaş", neden o meslekten insanlardan tepki görüyor? Dahası, o meslek örgütü bunu neden protesto etmek zorunda hissediyor kendini?

Başka bir deyişle, protestosunu neden "meslek onuru" şiarında birleştiriyor.

Bunun sonuçlarına gelmeden önce, bu şiardaki kimi olumsuzlukları ve yönelişi irdelemeye çalışalım.

Komedyacı Aristofanes'in alaylı anlatımı karşısında Antik Çağ yargıçları "meslek ahlaklarına" karşı bir saldırıda bulunulduğunu öne sürerek çeşitli yaptırımlara yöneldiler. demek o zamanlar "meslek onuru" deyimini bulunmuyordu. "Meslek ahlakından" söz ediliyordu. Doğrusu, dikkat edilirse pek şaşkıncı değil bu. Bugün bizler, meslek onurundan söz ederken, gerçekte meslek ahlakını savunuyor muyuz?

Toplumbilimci Durkheim'in deyişiyle, "Ne kadar meslek varsa o kadar da ahlak vardır." Dolayısıyla, o kadar çeşit "onur" savunulur.

Çok ilginçtir: Askerlik mesleği için onur, düşman karşısında gerilememek, onu öldürmekle özdeşdir. Oysa bir tabip, bir eczacı.. için meslek onuru, hastayı iyileştirmek, ona, o yolda hizmet vermektir. Bir asker savaşta, bir çatışma anında "ateş" emrine uyup, hedef insanı öldürmeye yanaşmadığında Divan-ı Harbe verilir. Bir hekim ise, yaralı bir insanı göz göre göre tedavi yoluna gitmediğinde mahkemeye verilir. O iş mahkemelerle de kalmaz, meslek birliğince de meslekten men edilir. Her ikisi de meslek.. Her ikisinin de kendine özgü onuru ve ahlakı var. Bu onur ve ahlak, her iki tarafça savunulur. Öldürmek ve yaşatmak... Biri öldürmediği, öteki yaşatmadığı için "ahlaka" aykırı davranmıştır; "onuru" yıkmıştır.

Yazar Haldun Taner, "Ayışığında Çalışkur" adlı hikayesinde çeşitli meslekten insanları, bir apartmanda biraraya getirir. Doktor- Avukat- Tüccar- Bekçi gibi.. Bu tipleri eleştirel gerçekçi bir bakışla sergileyen yazar, avukatın vergi kaçırma yollarını, tüccarın rüşvetçiliğini, doktorun yasal olmayan kürtajdan para kazanmasını, mahalle bekçisi Zülfikar'ın kapıcı kadınla gizli ilişkisini bir örgü içinde işler. Hikayenin ikinci bölümü "tepkilere"

ayrılmıştır. Tüccarlar, emniyet amirliği, doktorlar... kendi algılama odaklarından yola çıkarak, sözkonusu tipleri işlediğinden ötürü yazarı protesto ederler. Bu protestolar eleştiriler karşısında yazar, bir üçüncü bölüm kaleme alır. Poker oynayan doktor ile avukat bu bölümde satranç oynamakta, mahalle bekçisi Zülfiyar fedakar bir bekçi olarak klasik müzik dinleyip, kitap okumakta; kaçakçılık yapan Sevim ise, kendini Kızılay hizmetlerine adayarak, yoksul çocuklara yardım etmek için Doğu illerine gitmektedir.

Bu bölüm yazarın, hikayedeki mesleklere yöneltilecek protestoları alaya almasını yansıtır. Okuyucular, hep kendi meslekleri açısından görmüştür olayı. Yazarın eleştirici, toplumcu tavrını değil, sözkonusu meslek mensuplarının olumsuz işlenişini algılamıştır. Elbette yanlış bir algılamadır bu.

Sanat ve edebiyatın işlevi, hatta varlık nedeni kahramanların çatışma içinde verilmesi, benimsenmiş kabullenilmiş değer yargılarını aşmasıdır.

Yanlış algılamaların nedeni, "Meslek İdeolojisi"dir. Yani mesleklerin, o meslek sahibini belirlediği inancı ve tasarımıdır.

Öte yandan, meslek örgütleri, bir yandan demokratik kitle örgütü olma özelliklerini korumak isterken, işte sözkonusu tasarım nedeniyle, bir yandan da ideoloji üretmektedirler. bu yüzden organlar içinde bir de, "Onur Kurulu" vardır. Eski deyişle Haysiyet Divanı.

Söz gelişi eczanesini nöbetçi olmadığı halde tatil gününde açan bir eczane sahibinin yaptığı yanlış davranış, meslek onurunu mu zedeler, yoksa kuralları, yönetmelikleri, yasaları mı?

Sonuç olarak şunu söylemek istiyoruz: Onur ve ahlak, insansal değerlerdir. İnsana, yalnızca insana özgüdür. İnsanı belirleyen mesleği değil, onun değerlerle ve sorumlulukla yüklü oluşudur. Dolayısıyla mesleklere ait bir onur

ve ahlak yoktur.

Onur ve ahlak işsizlerde de bulunabilir çünkü.

Meslek örgütleri açısından ise, şunu belirtmekte yarar görüyoruz: Meslek örgütleri, mesleğin gereklerini, kurallar bütününi sergilerken, sözkonusu ideoloji yayma eyleminden vazgeçmenin yollarını arayarak, insansal olanı ön plana çıkarmalıdır. Biz, tek tek bireyler ise, bu ideolojinin egemenliğinden sıyrılarak bizi biz yapan değerlerin yalnız insana özgü değerler olduğunu bir kez daha düşünmeliyiz.

Bu, her meslekten insana özgürlük sağlayacaktır: Algılama ve değerlendirme özgürlüğünü.

Erdemlere sahip çıkmamız, bizlerin, çalışmalarını da en iyi, en doğru - yani onurlu bir biçimde- yerine getirmemizi sağlayacaktır. Bir kez daha yinelememize lütfen izin veriniz: İnsanı belirleyen olgu mesleği değildir. Dolayısıyla "meslek onuru-meslek ahlakı" tasarımları bizi yanlış algılamalara götürmektedir. Sonuç olarak; onur ve ahlak yalnız ve yalnız insana özgü değerlerdir.

KAYNAKÇA:

Descartes, "Ahlak üzerine Mektuplar", M.E.B. Klasikleri, Ank. (Felsefeci olmanın ağırlığını her satırında duyumsatma gayreti gösteren Descartes, bir yandan da meslek ahlakını savunurken, öte yandan mektuplarının altına "Her zaman Alteslerinin Kölesi Descartes" diye imza atar.)

E.Durkheim, "Meslek Ahlakı", M.E.B. Klasikleri, Ank. (Meslekleri ve meslek ahlakını bir olgu olarak inceleyen bu yapıtında Durkheim, bir dış bakışla eleştiriye yönelmemektedir.)

H.Taner, "Ayışığında Şamata", Bütün Hikayeleri, Bilgi Yay. Ank.

O.Asena, "Fadik Kız" (Oyun) Kent Yay., İst. Ü.Ayvaz, "Meslek Odaları ve Sanat", Havan, Mayıs 1980, Sayı:8

P A N E L :

**“ÜRETİMDEN TÜKETİME
İLAÇ”**

BAŞKAN : Prof. Dr. Mekin TANKER (TEB Merkez Heyeti Başkanı)

PANELİSTLER : Ali MÜDERRİSOĞLU (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Yönetim Kurulu Üyesi)

Ecz. Mehmet DOMAÇ (1.Bölge İstanbul Eczacı Odası Başkanı)

Ecz. Işık BOYACIGİLLER (EDAK Murahhas Üyesi)

Ecz. Levent KAMACIK (3.Bölge İzmir Eczacı Odası Başkanı)

Başkan- Oturumu açıyorum. Hepinizi sevgiyle saygıyla selamlıyorum hep beraber. Panelimizin konusu Üretimden Tüketime İlaç. Arkadaşlarımızı hepiniz tanıyorsunuz, çünkü herbiri de Türkiye'de isim yapmış kişiler kendi alanlarında. O bakımdan, ben tekrar tanıtma yapmayacağım, ama panelimiz hakkında kısaca bir bilgi vereceğim.

Üretimden Tüketime İlaç deyince, yani ilaçla ilgili her şeyi burada konuşacağız. Önce burada tespit ettiğimiz bir sıralama içinde panelistlere söz vereceğim, ondan sonra söz lafın gelişine göre devam edecektir, ilgi duyulan, açıklanması gereken konularda, soru sormak ve cevap arama biçiminde panelimizi yürüteceğiz. Böylece hem konuya daha yakından girmek imkanı bulunacak, hem değişik alanlarını inceleme imkanı bulunacak.

Şimdi ilk kez İstanbul Eczacı Odası Başkanı Sayın DOMAÇ'tan rica ediyorum; ne söyler bu konuda, dinleyelim. Buyrun.

Ecz.Mehmet Domaç (İstanbul Eczacı Odası Başkanı)- Teşekkür ederim Sayın Başkan.

Sayın delegeler, değerli milletvekilleri; Üretimden Tüketime İlaçta tabii ki önce üretimden bir ölçekte bahsetmek lazım, daha sonra ülkemizdeki ilaçla ilgili ve ilaç alanında çalışan eczacıyla ilgili ve diğer ilaç alanının problemlerini sıralamak gerektiğine inanıyorum.

İlk olarak, ülkemizdeki üretim nedir? Üretici firmaların bizim tespitlerimize göre durumu nedir? Bununla konuşmama başlamak istiyorum.

Şimdi bir transparan göstermek istiyorum. Bu transparanda ülkemizdeki ilaç firmalarının durumu IMS verilerine göre tespit ediliyor. Ülkemizdeki ilk 5 firma pazarın %44'üne sahip, giderek bir yoğunlaşma devam ediyor, 10 firma %65 pay alıyor, 20 firma %85 pay alıyor, 30 firma ise %95'lere kadar çıkıyor.

Yine IMS verilerine göre ilk 5 ilacın pazarda ne kadar satış yaptığını gösteren bir transparan; %8'ini satıyor ilk 5. Sanayinin durumu satışlar açısından yoğunlaşması bu şekilde.

Pazar böyle olunca, pazarda bir oligopol yapısı görülüyor. Giderek ilaç pazarında bir yoğunlaşma söz konusu oluyor. İşte buradan başlayarak ilaçta sorun devam ediyor. Özellikle ilacın üretiminde pazarda yoğunlaşma olunca, üretim konusunda bu yoğunlaşma faktörlere yansıyor.

Lisanslar açısından durumu değerlendirirsek, ülkemizde lisanslı 147 yabancı firma var, bu 147 firmanın dışında yerli ilaç olarak 33, diğerleri lisanslı ve yabancı sermaye.

Yine transparandan incelersek, bu ilaçların satış oranları yerliler oldukça düşük ve lisanslı ilaçlar oldukça yüksek düzeyde olduğu görülüyor. Buradan da şu sonuca varıyoruz. Üretim bilgisi bakımından da sanayinin dışı bağı bir sanayi olarak gözüküyor.

Fiyatlara bu ne şekilde yansıyor; işte bu transparandan gördüğümüz gibi 1979-1987 görülüyor, ilaç fiyatları 1979-1989 arasında artık yüzdelere ifade edilemeyecek boyutlarda artıyor, artık kat olarak söylemek durumundayım, 10 yılda 120 kat ortalama ilaç fiyatları artıyor.

Aynı ilaçların 1989 şubat ayına kadar olan fiyatları, son ilaç fiyatları da bugünlerde çıktı, tabii bunların üzerine bir %10 daha koymak durumundayız.

Bu transparan, 1988 yılında ilaçların hangi sıklıkla fiyat aldıklarını ilk 50 ilaç -IMS verilerine göre- bazında yapılan taramada hangi sıklıkla fiyat aldıklarını ve yüzde kaç aldıklarını gösteriyor.

Genellikle %100 civarında fiyat söz konusu, ortalama 6-7 kez fiyat almış durumda.

Bu transparan ilk 50 ilaç içinde bulunan anti-biyotiklerin ne kadar oranda arttıklarını gösteriyor, ortalama %108 oranında artmış durumda 1988 başı ile sonu arasında.

Bu çok daha önemli bir transparan. Bu perfüzyon çözeltilerinin artışları. 1988 yılında ortalama %136 civarında bir artış söz konusu.

Şimdi bu nasıl oluyor, ilaç fiyatlarını etkileyen unsurlar neler, ilaç fiyatı nasıl belirleniyor; burada gördüğümüz bir ilaç fiyat beyannamesinden alınmıştır, daha önce bir konuşmada takdim edilmiştir. O tarihteki 7900 liralık ilacın ilaç fiyat beyannamesidir.

Görüldüğü gibi 2 bin lira civarında bir hammadde girdisi var bu ilacın, üzerine konulanlar; fire, işçilik, ambalaj söz konusu, bunlar toplanınca toplam sınai maliyet ortaya çıkıyor, idari giderler, satış giderleri, finans giderleri, satış iskontosu ve maliyet hesaplanıyor. Ayrıca, sanayi karı konuyor, daha sonra depocu karı, sonra perakende satış fiyatı, KDV ile birlikte ilacın fiyatı belirlenmiş oluyor.

En önemli unsurlardan bir tanesi ilaç fiyatını belirlemede, ilaç hammaddesinin ilaç fiyatlarına etkisi %36 civarında, buradaki transparan bize ilaç hammaddeleri ithalatlarını ve ondan üretilen ilaç kutu birim olarak miktarlarını göstermekte.

1984 kararnamesiyle birlikte ilaç hammadde fiyatlarında artık fiyat denetimi kaldırıldı. Fiyat denetimi kaldırıldıktan sonra ilaç hammadde girdilerinde oldukça yüksek oranda bir artış söz konusu oldu.

Bu transparandan da gördüğümüz gibi, 1982 yılıyla 1987 arasında %140'a varan bir artış söz konusu hammadde girdilerinde. Bu hammaddelerin içine mamul ilaç dahil edilmiştir.

Durum böyle olunca, ilaç hammaddeleri girdisi denetlenmeyince ilaç fiyatlarına doğal olarak bu yansdı ve ilaç fiyatları 1984 yılından bu yana %600'lük bir artış gösterdi. Bu şöyle söylenebilir. Dış ülkelerde bile hammadde fiyatları arttı; ama, daha çok AT'den ithal edilen ilaç etken maddeleri, AT ülkelerinin enflasyon oranları gözönüne alınınca 2-10 arasındadır AT'deki enflasyon. İlaç etken maddelerinin %140 artması düşündürücüdür.

Bu, şunu da getirmekte. AT'deki ülkeler, ilaç hammaddesi ihraç eden ülkeler, bizim ülkemizde ilaç etken maddesinin fiyatının denetlenmediğini biliyorlarsa istedikleri fiyata da ilaç etken maddesini satıyorlar diye düşünebiliriz. Ama, bu kadar pazarda firma varken, firmaların bu şekilde davranması doğrusu ekonomik olarak görülüyor.

İlaç hammaddeleri denetlenmeyince, 1984 yılından sonra, ülkemiz ve yeni çıkan ilaç fiyatları - yeni çıkanların- çok yüksek şekilde tutulmuştur. Buradaki amaç, yüzdelerle kar edildiği için, ilaç fiyatları arttıkça sanayicinin de karının artmasından dolayıdır.

Ülkemizde daha çok serbesti istenmektedir, daha çok ilaç fiyatlarının serbest olması istenmektedir. 1984 kararnamesinden ticari maliyet sistemine göre fiyat belirlenen kararnamenin de işletilmediği söylenmektedir ve daha çok fiyat beklentisi söz konusudur.

Ülkemizdeki sanayinin ne şekilde desteklendiğine bakalım, daha çok ilaç fiyatlarına zam gelmesi istenen sanayinin ne şekilde desteklendiğine bir bakalım.

Yaklaşık 10 destekleme ve koruma çeşidi var sanayimizde; yatırım indirimi var, ithal mallarda gümrük muafiyeti, orta vadeli işletme kredisi söz konusu, yerli üretilen ilaç hammaddelerinin korunması sözkonusu, ithalatta teminat muafiyeti var, ithal edilen ilaç hammaddelerinin gümrük muafiyeti, ihracatta destekleme primi var, ihracatta %9 vergi iadesi, ihracatta tetrasiklin türevlerinin kilogramında destekleme primi; bu şekilde sanayimiz oldukça fazla oranda desteklenmekte. Bugün halkımızın ödediği vergilerle, hepimizin ödediği vergilerle büyük bir oranda desteklenmektedir.

Doğal olarak hammadde denetimi olmayan ilaç fiyatları yüksek oranda belirlenmektedir. Buna, ilaç fiyatlarına etki eden unsurlardan bir tanesi de reklam girdileridir. Az önceki gördüğünüz transparanda %10'ların üzerinde ilaç fiyatlarının üzerine reklam girdisi konulmaktadır. Ayrıca, 1972 kararnamesinde olmayan,

1984 kararnamesinde bulunan finans giderleri de üstüne eklenmektedir. Bu, özellikle en fazla yük getiren girdilerden bir tanesidir.

İlaç işverenlerinin dergisinde okudum, sanayici arkadaşlardan bir tanesi şöyle diyor; "Bizim sermayemiz yok, yatırım yapacak kadar paramız yok" diyor. Bizim gördüğümüz kadarıyla, bu kadar desteklenen bir sanayinin sadece organizasyon yapması, yatırım için kafi geliyor. Buna karşılık, ülkemizde ilaç fiyatları sürekli artıyor ve vatandaşlar eczanelerden reçetelerini yapuramıyorlar ve çoğunlukla reçetede pahalı olan ilaçları alamıyorlar.

Bunlardan başka tartışılması gereken, daha sonra Sayın Başkan söz verdiğinde söylemeye çalışacağım, bugünlerde ve önümüzdeki günlerde tartışılacak çok konumuz var. Bir tanesi patent, sırası geldiğinde patentten söz edeceğim, yalnız bir kaç tane numunem var, onları göstermek istiyorum.

Elimde iki tane örnek var, ikisi de Penisilin V ihtiva ediyor, bunu da eczacı meslektaşlarım bilirler. Temel farmakoloji kitaplarında potasyum tuzu ile diğer tuz arasında hiçbir farklılık olmadığı yazılı. Hatta Oğuz Kayaalp Bey'in kitabında da bu açıkca beyan ediliyor. Bu tersliği diğer ilaçlarda da yaşıyoruz, ithal ilaçlardan örnek vermek istiyorum. Salbitamol taşıyan bir preparat var elimde, diğeri de salbitamol taşıyor, aynı etken madde, aynı miktarda, biri İngiltere'den ithal ediliyor, bir tanesi Danimarka'dan ithal ediliyor. Her ikisinin de vatandaşlarına en iyi ilacı kullandırdığını zannediyorum. Birinin fiyatı 6586 TL, diğerinin ise 14.860 TL.

Bir başka ürün daha var elimde, Histaglobulin. Bir tanesi Fransa'dan ithal, fiyatı 30.068 TL, diğeri de İsviçre'den ithal, fiyatı 54.321 TL. Görüldüğü gibi ilaçlar arasında dahi fiyat farklılıkları söz konusu ülkemizde. Bunun açıklaması serbest rekabet diye söylenebilir belki, ama ilaçta serbest rekabet oluşmuyor.

Yine iki tane ilaç var elimde, bu ilaçların ikisinin de hammaddesi aynı, üreten firma aynı, formları aynı. Birinin ruhsatı 1986 yılında alınmış, lisanslı bir ilaç, diğerinin ruhsatı 1988 yılında alınmış, lisanssız bir ilaç. Li-

sanslı olan piyasada bulunmuyor, çünkü yapılmıyor. 9'uncu aya kadar satışı devam etti. Diğer ilaç piyasaya çıktığında ikisinin arasında fiyat farkı yeni çıkan %25 daha pahalıydı. Şimdilik konuşmamı burada bitirmek istiyorum.

Teşekkür ederim.

Başkan- Bir miktar da Sayın Boyacıgiller'i dinleyelim. İlacın dağıtımıyla ilgili bazı açıklamalarda bulunacaklar. Buyrun.

Ecz. Işık BOYACIGİLLER (E D A K Murahhas Azası)- Teşekkür ederim Sayın Başkan.

Panelin adı Üretimden Tüketime İlaç. Ben konuyla ilgili olarak hazırlıklarımı daha çok dağıtım ve özellikle kooperatif bazındaki dağıtım şeklinde yaptım. Dolayısıyla panelin adındaki üretim ve tüketim sözcüklerinin arasına girmiş oluyorum.

Ecza Kooperatifi özeline inmeden önce konuşmamda kooperatifler nedir, ne değildir; ekonomik ve mesleki kuruluş olarak kooperatifler, demokratik nitelikleri, depoculuk, temin ve dağıtım işlevinin niteliği, kooperatif yapılanmanın sermaye şirketi yapılanmayla farkı ve varsa üstünlükleri, kooperatiflerin sorunları, eczacı kooperatiflerinin durumu ve geleceği şeklinde yaklaşmak istiyorum.

Bir kere kooperatif nedir ve ne değildir konusuna yaklaşırken, kooperatifi en iyi Kooperatifler Yasası tanımlamıştır, bu madde; "Tüzel kişiliği haiz olmak üzere ortaklarının belirli hak ve menfaatlerini ve özellikle meslek ve geçimlerine ait ihtiyaçlarını karşılıklı yardım, dayanışma ve kefalet suretiyle sağlayıp korumak amacıyla gerçek ve kamu tüzelkişileriyle özel idareler, belediyeler, köyler, cemiyetler ve dernekler tarafından kurulan, değişik ortaklı ve değişik sermayeli teşekküllere kooperatif denir."

Bu tanım içinde üç nokta çok belirleyici, birincisi, belirli hak ve menfaatlere, yani bir kara ya da direkt bir kazançla yönelik olmayıp, belirli hak ve menfaatlere yönelik olması. Bu, bizim alanımızdaki eczacı kooperatiflerinin

niteliklerinin mesleki niteliğini ifade eder tarzda. Özellikle meslek ve geçimlerine ait ihtiyaçlarını temin etmekten bahsediliyor. Sanki adeta eczacı kooperatifleri tarif ediliyor. Karşılıklı yardım ve kefalet suretiyle sağlayıp korumak amacı deniyor; bu, kooperatifin işleyiş biçimi ve üstünde inşa edildiği temelleri ifade eden kısmı. Son nokta, değişir ortaklı ve değişir sermayeli teşekküller; yani, kooperatifte ortak sayısının artışına ya da azalışına bağlı olarak artan ya da eksilen sermaye söz konusu. Bu, aynı zamanda yerel kooperatifçilik ilkelerinin çok önemli olanlarından bir tanesi, açık kapı ilkesi diye adlandırılıyor.

Kooperatifler, sadece eczacı kooperatifleri değil, genelde üçüncü sektör olarak tanımlanırlar. Bugün sanılanın aksine, herhangi bir siyasi görüşün ya da ideolojinin malı değildir. Yine, kooperatifler, sosyalist bloktan ziyade kapitalist blokta örgütlenmişlerdir. En güçlü kooperatiflerin bulunduğu ülkeler İsveç, İsviçre ve Fransa.

Ekonomik ve mesleki kuruluş olarak kooperatiflere gelince; mesleki kuruluş dediğimizde, en başta kuşkusuz Türk Eczacıları Birliği gelir ve ona bağlı eczacı odaları, üyelerinin her türlü hak ve menfaatlerini genelde genel politikalarla savunmak ve yasaların kendisine verdiği görevleri yerine getirmek üzere görevlendirilmiştir. Ancak, Türk Eczacıları Birliği, Kooperatifler Yasası'nın görüşülmesi sırasında da kooperatif kuramayacak teşekküller arasında sayılmıştır. Kuşkusuz, aynı şekilde eczacı odalarının da fiilen kooperatiflere katılamaması bu yasa görüşmesi sırasında tutanaklara geçmiştir.

Dolayısıyla mesleki yapılanma içinde bir ekonomik yapılanmanın eksikliği gündeme gelmiştir. Bu, 1970'lerin sonlarında, 1978-1979'larda eczacı odalarının çağdaş bir nitelik kazanması süreciyle ve çağdaş kadrolarının programı vasıtasıyla ifadesini bulmuştur.

Eczacılık mesleğinin uygulamalarıyla ilgili genel politikalar ve bunun savunucusu olan takipçisi olan TEB, genel politikaların sonucunda mutlaka ekonomik bir takım sonuçlar ortaya çıkacaktır. Fakat, bu sonuç olarak ortaya çıkan ekonomik veriler, mesleğin ekono-

mik yapılanmasına yeterli düzeyde değildir. Bildiğiniz gibi, eczacılık mesleğinin en yaygın uygulama alanı eczanelerdir. Eczaneler, ekonomik olarak hükümetlerin uyguladığı sağlık politikaları, ilaç politikaları ve genel olarak genel ekonomik politikadan da etkilenirler. Özellikle, ilaç firmaları ve ecza depolarının uygulamaları, eczane uygulamalarını ekonomik ve mesleki olarak belirler.

Günümüzde pazar ekonomisi, buna bağlı olarak serbest fiyat ve ilaçta serbest fiyatın savunulduğu dönemimizde, hastanın ve eczacının satın alma gücü ve sermaye erozyonu içinde olduğu gerçektir.

Yine günümüzün hükümetleri tarafından özel sektör yanlısı politikalarla ticaret ve sanayi kesimine kaynak aktarılmaktadır. Bu kaynak transferi nereden yapılır; hastadan, direkt olarak devlet hazinesinden, dolayısıyla halkın vergilerinden. Halkın bizzat kendisinden, sigortalar aracılığıyla kendisinden, Bağkur aracılığıyla kendisinden, emekli sandığı aracılığıyla yine kendisinden.

Sigorta sisteminin işleyiş biçimi nedeniyle en iyimser bir tahminle bir eczanenin devletten ya da sigorta kurumlarından alacağı 3 milyon lira çizgisinde devamlılık arz eder. 10 bin eczane ölçeğinde buna bakıldığında, 30 milyar liralık bir kaynak eczaneler aracılığıyla sanayiye transfer edilmiştir.

Ecza depolarına gelince, ecza depoları burada bu politikayı aktarmak görevi üstlenmektedirler. Bu nedenle, belirleyici olabilmektedirler. Karşılığında aracı kazancı, sürsarj gibi bir takım gelirlere sahip olabilmektedirler.

Eczacının, depolar karşısındaki örgütsüzlüğü ve edilgenliliği her türlü dayatmaya boyun eğmesi sonucunu getirmiştir. Bu da tabii özellikle kooperatiflerin örgütlenmediği dönemde, yani 10 yıl kadar öncesinden başlayarak ve örgütlenmediği bölgelerde eczacının yalnızlığını giderek kişisel kurtuluşu yeğlemesi ve mesleki davranışına etkisini, deontolojiye etkisini getirdi.

Kooperatifler bu noktada eczacının yalnızlığını gideren, dayanışmayı güçlendiren, ekono-

mik ve mesleki örgütlenmeler olarak karşımıza çıkıyorlar. Ticari depoların ortak ticari çıkarları doğrultusunda birleşebilmeleri, iskonto da birleşebilmeleri, vadede, süsarjda mal fazlasında büyük alıcıları kayırma noktalarında birleşebilmeleri, İstanbul ve Trakya'da çok yakın bir dönemde yaşadığımız iskonto azaltmaları gibi kooperatiflerin etkin biçimde örgütlendiği bölgelerde yaşanmadı. Bu da sonuç olarak eczacıların kooperatifler açısından örgütlenmelerini etkin biçimde ortaya koyduğu bölgelerde yalnızlıklarından kurtulduklarını ve örgütsüzlükleriyle bu zinciri kıradıldıklarını göstermektedir.

1970'ler sonundaki durum, bugün yaşanan durumdan oldukça farklı. Çünkü, bugün Türkiye'de sabahki oturumda Sayın Uzgören'in de belirttiği gibi 18 örgütlenmiş kooperatif var ve yaklaşık ilaç sanayinin depolar kanalıyla eczanelere aktardığı ilacın %12-20 arasındaki bir ciroyu yapan kuruluşlar oldu bu 18 Kooperatif.

Kooperatiflerin demokratik niteliklerine gelince; kooperatifler üyeler arasında eşitliği sağlar. Hiçbir üyenin bir diğer üyeye üstünlüğü yoktur. İlk giren üye tek oya sahiptir, ancak bir başka üyeyi, tek bir üyeyi vekaletle temsil edebilir genel kurulda. Her üye yönetme hakkına sahiptir, her üye denetleme kurulunda görev alma hakkına sahiptir. Açıklık ilkesi vardır, üye olmak koşullarına sahip olan herkesin açık olduğu gibi, üyelikten ayrılma talebi engellenemez. Tabii bunun sonucunda da kooperatifler, demokratik yaşamın kendi kendini yönetme bilincinin yakınlaşmasını pekiştiren kuruluşlar olarak değerlendirilebilir.

İlaç temin ve dağıtım işlerinin niteliği dediğimizde, ecza depolarından bahsediyoruz. 984 sayılı Yasa 1927 tarihinde çıkan bu yasa, ecza depolarının ne olduğunu tarif ediyor. Ecza ticarethaneleriyle sanat ve ziraat işlerinde kullanılan belirli ve müessir kimyevi maddelerin satıldığı dükkanlara mahsus Kanun. Yani, ticarethane ve dükkan. O yıllardaki gereksinmeye göre hazırlanmış, o yıllardaki gereksinime, kuşkusuz majistral ilaçların yoğunlukta olduğu çoğunlukla prodüi teminine yönelik uygulama. Yasanın içinde en az 5 eczaneye

hitab edebilecek kadar ilaç kimyevi madde bulundurması isteniyor. Tabii 5 eczaneyi de o günkü ortaklara göre 12 veya 25 bin lira sermaye olarak tayin ediyor. Yani bir eczanenin 5 bin liralık bir sermaye ile tarif ediyor.

Şimdiki durum, çoğunlukla müstahzar teminine yönelik. Ben yine de bu yasanın değiştirilmesine taraftar değilim, çünkü değiştirilen yasaları gördük. 6643 değişti, yamalı bohçaya döndü.

984 sayılı Yasa, ilaç sanayinin dağıtım işlevine aracılık eden çoğunlukla hizmet, kimisi de toptancı nitelikli depoların çalışma biçimini belirleyen yasa. Yaklaşım, salt ticari, amaç salt kar.

Kooperatiflerin yaklaşımı, hizmet üretmek ve mesleki bilgi ve bilinçle desteklenmiş, modern yöntemlerle, çağdaş çalışma biçimleriyle çalışan kurumlar, yani alternatif bir depoculuk modeli. Bunun sonucunda da eczacının asli görevine yönelmesi, tamamlayıcı parçasına sahip çıkma talebidir.

Kooperatif, yapılanmanın farklılığı, üstünlükleri ve diğer konularla hazırlıklarını bitirip ikinci turda serbest kalmak istiyorum izinizle.

Kooperatif yapılanmanın, sermaye şirketi yapılanmasına farkı nedir, nereden biz bu kooperatif yapılanmanın peşine düştük ve neden düştük hazır anonim şirket kurmak varken; sermaye şirketi, kar amacına yönelik kuruluştur. Kooperatifler üyelerine yarar sağlamaya yöneliktir. Sermaye şirketinde paylar eşit değildir, hisseye bağlıdır, kooperatiflerde eşittir. Yönetim hakkı sermaye

şirketlerinde eşit değil, kooperatiflerde eşittir. Hisseler şirketlerde tek elde dahi toplanabilir, kooperatiflerde söz konusu değildir, o takdirde kooperatif dağılır. Kurumlar Vergisi vardır sermaye şirketlerinde, kooperatiflerde belli koşullara uymaya bağlı olarak Kurumlar Vergisi yoktur. Ancak, son yapılan yasa değişikliğiyle kooperatiflerin, ortakların sermayelerini 10milyon liraya kadar çıkarmıştır. Geçmişte de olabilen, ortak dışına satış yapmayı kooperatiflere tanımaktaydı. Eski yasaya göre

ortak dışına yapılan satıştan elde edilen hasılat dağıtılamaz, kooperatifin gelişmesine yarayacak işlerde toplanırdı. Şimdi ortaklara hissele-ri oranında ortak dışı çalışmalardan elde edilecek hasılanın dağıtılabirliği getirildi. Bu da kooperatif içinde anonim şirketi yapılandırdı bir eksiklikle. Bu eksiklik, sermayeye göre oy hakkı da getirilmiş olsaydı kooperatifler anonim şirket niteliğine dönüşmüşlerdi.

Sermaye şirketlerinde herkes ortak olabilir, eczacı olmak koşulu vardır, hatta eczane sahibi eczacı olmasa olabilir. Son olarak en önemli olarak, sermaye şirketlerinde kurumsallık yoktur, kooperatifler bu şekilde bir kurum niteliğindedir. Özellikle kooperatifler birliğinin kuruluşu ve kooperatifler birliği tabanında tüm eczacı kooperatiflerinin birleşmesiyle kooperatifler birliği bu kurumun temsilcisi olacaktır.

Başkan- Teşekkür ederim.

Biraz evvel Sayın Domaç konuşurken epidiyaskop kullandı, biraz sonra görüyorum Kamacık kullanacak, Müderrisoğlu 12 tane getirmiş, herhalde çok ilginç olacağını tahmin ediyorum.

Buyrun Sayın Müderrisoğlu, sizi dinleyelim.

Ali MÜDERRİSOĞLU (İlaç İşverenler Sendikası)- Sevgili hocam, Sayın Başkan ve sevgili meslektaşlarım; Üretimden Tüketime İlaç dediğimiz zaman, Sayın Domaç'a hemen geçmişte anlatılan bir hikaye ile başlamışım, bilgisayar ilk çıktığında herkes sorardı, bilgisayarı göstermek için hemen birisi bir şey sor demişler, o da; ne var ne yok demiş, günlerce bilgisayar çalışmaya başlamış. İlacı da Üretimden Tüketime kadar başladığımızda, bu kadar uzun bir konuyu bu kadar kısa bir zamana sığdırmanın imkansız olduğunu söyledim, fakat bir yerden başla dediler, ben de çok kısaca ilacın üretim safhasını fabrikalardan çıkış safhasına kadar kısaca değinmeye çalışacağım.

Ancak, ilaç sanayii dediğimiz zaman, eminim çoğunuz ilaç sanayiini tanıyor, okul devresinde mutlaka ilaç sanayiini gezmiş ve kiminiz de halen çalışıyor olmalısınız. Kısaca ilaç üretimini tanıtıcı kısa bir gezinti yaptırmaya

gayret edeceğim, ilaç fabrikalarının teknolojisini hakkında bir bilgi edinelim.

Sanayide yaptığımız bu kısa gezintiden sonra bir ilacın üretimine karar verilir ve tüketimine kadar önemli olan hususları başlıklar halinde geçmeye çalışalım.

Bir ilacın gelişmesi, ilaç sanayinin teknolojik ağırlıklı bir sanayi olması, dolayısıyla ilaç sanayi mutlaka araştırma ve geliştirme ile elde edilen bir ilaçtan başlar. Bunun patent içinde olanları ve dışında olanları vardır. Yine, tek üreticisi olanı vardır, çok üreticisi olanı vardır.

İlacın nasıl üretildiğine karar verme safhasına geldiğimizde, patent müddeti içinde olanlar veya dışında olanlar, lisanslı mı, lisanssız mı; orijen olarak mı, yoksa kopya bir müstahzar olarak mı çıkaracağız; buna karar vermek durumundadır. Her iki sistemin kendine göre avantaj ve dezavantajları vardır. Avantajları; lisanslı üretilme amacında teknik know-how sahibi olmanız, hammadde bakımından belli garanti olması, hammadde temin bakımından garanti olması, pazarlamaya sahip olmanız, gelişmeyi aynı zamanda takip etme olanağına sahip olmamız ve dünya standartlarına karşı olma gibi avantajları var.

Dezavantajlar olarak da; hammadde bakımından bağımlılığınız söz konusu, fiyat bakımından da öyle. Günün birinde müstahzarınızın elinizden alınabilmesi tehlikesi ve ihraç imkanlarının olmaması veya kısıtlanması gibi.

Buna karşın lisanssız üretildiğinde avantaj olarak müstahzarınızın kendi adınıza olması, hiçbir yere bağımlı olmamanız ve ilaç imkanının açık olması. Dezavantajı ise; gelişmeleri çok yakından takip etme zorunluluğu, teknik olarak geri kalmak tehlikesi ve genellikle pazarlamada daima başkasını takip etme zorunluluğu ile karşılaşılıyor.

İlaç sanayinde teknoloji, kendi araştırma ve geliştirilmesiyle temin edildiği gibi lisans alma yoluyla da temin edilir. Türk İlaç Sanayi modern teknoloji 1952 senesinde lisans alma yoluyla sahip olmaya başladı. Şu anda dünya-

da araştırma ve geliştirme yapan şirketlerden 8'i yabancı sermaye olarak Türkiye'ye gelmiş, 131'i lisans ile çalışmaktadır. Dünyada araştırma geliştirme yapan 139 şirket ise, Türkiye'de faaliyet göstermektedir.

Araştırma ve geliştirme yoluyla yeni molekül tespit ederek ilaca dönüştürme maliyeti son yıllarda çok artmıştır. 1960 sonlarında 40 milyon dolara mal olan bir müstahzarın piyasaya verilmesi, 1986, 1987 ve 1988 senelerinde 230 milyon dolara kadar çıkmıştır. Bu maliyet artışının başlıca nedeni, yeni bir ilacın piyasaya çıkıncaya kadar yeterli güvenilirliğe sahip oluncaya dek sürdürülen yoğun deneylerden kaynaklanmaktadır.

Son 5 yılda dünyada yeni molekül olarak piyasaya verilen ilaçlara baktığımızda her sene takriben 50 civarında yeni ilacın tedaviye sunulduğunu görmekteyiz. Bunun en büyük kısmı kalp ve damar hastalıklarındadır.

Bugün Türk İlaç Sanayiinde teknoloji noksanlığı nedeniyle üretilmeyecek bir farmasötik form yoktur. Üretilmeyen herhangi bir farmasötik form varsa, bunun ya piyasa hacminin üretim için yeterli olmaması veya Sağlık Bakanlığı'nın üretilmesine gerek görmediğinden kaynaklanmaktadır.

Türk İlaç sanayinde çalışan teknik personele baktığımızda, bu endüstri dalında %16 oranında yüksek tahsilli personel çalışmaktadır. Bu da bu endüstri dalının teknolojik ağırlığını gösteren bariz bir delilidir.

Türk İlaç Sanayi, yeni ilaç araştırması olmasına rağmen, artık uluslararası pazarda pazarlama etkinliği sınırlı olmasına rağmen, farmasötik üretim teknolojisi satma düzeyine erişmiştir ve bugün bazı fabrikalar bazı ülkelere üretim teknolojisi satmaktadır.

Teknolojide son günlerde büyük ilerleme vardır. Bir taraftan biyoteknoloji pratiğe inmekte, artık ürünler vermeye başlamakta, diğer taraftan ise galenik formlarda süratli gelişmeler meydana gelmekte. Teknolojiyi takip oldukça zorlaşmakta.

İlaç sanayinin diğer faktörü de ruhsatlar kısmıdır. Dünyada ilaç ruhsatı alma, her geçen

gün daha zorlaşmakta. Araştırma ve geliştirme maliyetlerinin artması nedeniyle yeni bir molekülün tüm emniyet biçiminde piyasaya verilebilmesi için büyük araştırmalar gerekirken. Türkiye'de ilaç ruhsatlandırma hususunda oldukça titiz çalışmasına rağmen, prosedürün daha güncel hale getirilmesi gerekmektedir.

İlaç sayısı çok denmekle beraber, rakamlara baktığımızda Türkiye'de sirküle eden ilaçların diğer ülkelere nispetle fazla olmadığını görmekteyiz.

AT'de iki görüş şu anda tartışılmakta. Üye ülkelerde ruhsat alan müstahzarın diğer ülkelerde otomatikman tanınması fikri bir tarafta varken, diğer tarafta merkezi bir ruhsatlandırma yapısı kurulması tartışılmaktadır. Deniyor ki, AT'de bir ülkede ruhsat aldığı takdirde bunun bütün ülkelerde tanınması fikri bir tarafta; bir tarafta, hayır bu böyle olmasın, merkezi bir yer kuralım, buradaki ruhsat prosedürü biten herkes otomatikman ruhsata sahip olmuş olsun deniyor. Bu iki görüş şu anda tartışılmakta.

İlaçta kaliteye baktığımızda, ilaçta kalite tek, ikinci sınıf kalite söz konusu değildir.

Kalite olarak ilaç sanayinde son 4 yılda GMP'nin uygulanması ve pratiğe dönüşmesiyle büyük gelişmeler olmuştur. Sağlık Bakanlığı verilerine göre kontrollerden mahsurlu çıkan ilaç sayısı %7-8 arasındadır, ki bu dünyanın birçok gelişmiş ülkelerindeki rakamın tıpatıp eşine uymaktadır. Kaldı ki, bu %8'in içindeki analizi yaptığımızda, büyük bir kısmı standartlardan gelmekte olan özellikle parenter pozisyonlarda bulunan problemlerden kaynaklanmaktadır ki bu da son günlerde kriterlerin değiştirilmesi ile olumlu bir yere yaklaşmaktadır.

Çok dikkat edilecek olan bir husus; Türkiye'den ihraç edilen ilaçların bugüne kadar en ufak bir şekilde ret edilmemiş olması, bu da dünya standardında ilaç yaptığımızın bir örneğidir.

Kalite kontrolünde artık miktar kontrolü, cins kontrolünün yanında biyoyararlılık aranmaktadır. Artık gayet iyi biliyoruz ki, iki aynı

hammaddeyi aynı miktarda ihtiva eden iki ilacın birbirinden farkı, daha süratli, daha etkili tesirli, izahı vardır ve artık analizlerimizde, kalite kontrolümüzde sadece miktar, cins seçilmeyip biyoyararlılığa da inilmiş olmasıdır.

Üretim dediğimiz zaman, Türk İlaç Sanayinde faaliyet gösteren özel sektöre ait 172 kuruluş vardır, bunlardan 124 adedi imalatçı, 26 adedi de aynı zamanda hammadde üreticisi halinde bulunmaktadır. Bunların dışında SSK'nın, Silahlı Kuvvetlerin ilaç imal eden fabrikaları yanında, ANSA, Bolvadin Afyon Alkoloidi gibi yalnızca ilaç hammaddesi üreten fabrikalar mevcuttur.

Üretime baktığımızda, birim kutu üretim, o yıllarda fazla bir değişme olmadığını, kutu sarfiyatının aşağı yukarı nüfus artışımıza rağmen normal eşdeğerde olduğunu görüyoruz, fazla bir rakamın artmadığını görüyoruz. Buna karşılık, hammadde üretiminde son yıllarda, ki rakam sadece 24 firmanın toplamıdır, esasen 32 firma vardır, o nedenle düşük gözükmektedir. Esasında Türkiye'de büyük ölçüde hammadde üretimine dönülmüş olduğunu görmekteyiz.

Pazarlamaya baktığımızda, üretim veya ithalat yoluyla gelen ilacın üç tane büyük kullanıcısı var. Bir tanesi eczaneler var, SSK, sağlık üniteleri, özel teşekküller, DDY gibi. Buralara dağıtım ise üretimden veya ithalattan direkt olarak veya depo kanalıyla, üretimden yine direkt olarak SSK'ya, eczane veya depo kanalıyla sair yerlere gittiğini görüyoruz.

Ancak, ilaç pazarına, dağıtım kanallarına baktığımızda, gördüğümüz hadise, ilacın %70-72'sinin eczane kanalıyla sarfedildiğini, hastane ve ihale yoluyla veya SSK yoluyla sarfedilen miktarın sadece %28-30 civarında kaldığını görmekteyiz. Demek ki üçte ikisini eczane kanalıyla sarfediliyor.

Nüfus başına tüketilen ilaç kutu adedine baktığımızda, Türkiye'deki nüfus başına sarfedilen kutunun diğer örnek olarak almaya çalıştığımız, Mısır, Yunanistan ve Portekiz gibi ülkelerden çok daha az olduğunu görüyoruz. Mısır'ı seçtik, nüfusu ve kültürü aşağı yukarı

aynı, kültür yönünden biraz bizden düşük gözüyle bakarsak da oradan bizde %20 daha fazla ilaç sarfediyorlar. Yunanistan, örf ve adetleri bize benzeyen bir ülke, nüfus başına 10 kutu sarfediyor. İspanya ve Portekiz AT'ye yeni girmiş, ekonomik ve sosyal bakımdan daha çok bize benzeyen ülkeler olarak baktığımızda, İspanya'da 24 kutu, Portekiz'de ise 13 kutu gibi bir rakam görmekteyiz.

Bunu analiz ettiğimizde, büyük bir ihtimalle bizim nüfusumuzun çok genç olması, yüzde 60'ının 20 yaşından az olması, dolayısıyla fazla tüketilecek olan ilaçların az olması diye bir düşünceye belki varabiliriz.

Burada enteresan bir rakam görüyoruz, bu da toplam satım içinde yerli ve yabancı firmaların payına baktığımızda, yavaş yavaş pazarın yabancı firmalar tarafından ele geçirilmekte olduğunu görmekteyiz.

1984'te yerli ilaç sanayinin payı %64 iken, 1988 yılında %50'ye düştüğünü görüyoruz.

Yatırım ve karlılığa baktığımızda; yatırım, her şeyden önce büyümek ve teknolojiye ayak uydurmak için gerekli. İlaç Sanayinin teknolojisi son derece süratli gelişen bir sanayi olduğunu vurguladık. Kar ise, yatırım yapmak ve bu teknolojik yarışa ayak uyduracak yapıya sahip olmak için bağladığımız ve riske ettiğimiz paranın rantı için gerekli olduğunu biliyoruz.

İlaç sanayinde yatırıma baktığımızda; 1984-1985 yıllarında 7 milyar yatırım yapan ilaç sanayi, 1986-1987 senesinde 38 milyar yatırım yapmıştır. Bu, biraz evvel dünya standartlarında üretim yapabilmek, GMP'ye ayak uydurabilmek, bunun için yapılan yatırımın gereğidir.

Karlılığına baktığımızda, vergi öncesi ilaç endüstrisinin karlılığı yıllar itibariyle %6, %1, %2'ler seviyesinde olmuştur.

Enflasyon yüksek olan ülkelerde ister sanayi, ister toptancı, ister eczane olsun aynı ekonomik kurala sahiptir. Bu kural, öncelikle sermayeyi korumak, sonra yatırımı düşünmek ve en sonunda rantı hayal etmektir.

Reçeteli ilaçlarda karlılık oranını AT'deki bazı ülkelerle karşılaştırdığımızda, çok enteresan bazı farklılıklar görmekteyiz. Mesela, top-tancı karların %2'lerden %14'lere varan ülkeler görmekteyiz. Eczane karlarının %36'lardan %23'lere kadar görüyoruz, KDV'si de sıfırdan %14'e kadar çıkan ülkeler görüyoruz. Bu ülkeler arasındaki fiyatlardaki ve politiklardaki ne kadar dengesiz bir durum olduğunu ortaya koymakta.

Son olarak, perakende satış fiyatını oluşturan bölümleri tetkik ettiğimizde, 100 liraya satılan bir ilacın bunun 67.91 lirasının imalatçı satış fiyatını oluşturduğunu, geri kalan kısmının 6.12'sini depocu, 18.50'si eczacı karı ve 7.41'ini KDV oluşturduğunu görüyoruz. Bunun içinde şu bölümün içini biraz daha analiz ettiğimizde şu tablo ortaya çıkmakta.

Tüm 100 liralık ilacın 26 lirasını hammadde, ambalaj %7, işçilik %7, genel giderler %4, finansman 8, reklam, pazarlama %7 ve karın da %8 civarında olduğunu görmekteyiz.

İmalatçı satış fiyatına tesir eden faktörlere de baktığımızda; artırıcı düşürücü unsurlar olarak hammadde artırıcı faktör olarak döviz kurları, gümrüklere ilave fonlar konması zaman zaman, banka komisyonlarının artması, talebin arzdan fazla olması; düşürücü faktörler olarak da, patent süresinin bitmesi, rekabetin artması ve arzın talepten fazla olması. Ambalaj malzemelerinde artırıcı faktörler, imalatçı giderlerinin artması, kalitede daha mükemmelleşmeye gitme ihtiyacı, ki bu özellikle ilaç sanayinde çok gerekli faktördür. Düşürücü faktör olarak da yine rekabet unsurun ve kaliteden feragat edilmesi ki bu artık ilaç sanayinde söz konusu olmayan bir husustur.

İşçiliklerde artırıcı faktör olarak, toplu sözleşmeleri, ilave mecburi yükler, konut yardımı, mecburi tasarruf ve benzeri gibi faktörler; tam kapasiteyle çalışmamış, bu çok mühim bir faktör, daha ihtisaslaşmış elemanın gereksinimi olarak ortaya çıkmakta.

Finansmanda ise artırıcı faktör olarak, faiz oranlarının artması, kredi kullanım miktarının artması finansman giderlerini artırmakta, öz sermayenin ağırlıklı olarak çalıştırılması.

Son olarak üzülerek göstermek istediğim hadise, 1987 yılında Türk Halkı sigaraya 1 trilyon 400 milyar lira para sarfetmiş, buna karşın ilaca 683 milyar lira sarfetmiştir. Konuşmamın birinci kısmı burada bitmekte, teşekkür ederim efendim.

Başkan- Ali Bey çok eskiden beri tanıdığım eczacı meslektaşımız, öğrenci olarak ve çok da sevdiğim, takdir ettiğim, yetişmesini de takdir ettiğim bir arkadaşımız.

Hakikaten eczacı olduğu için ve imkanları da elverdiği için hem yurt dışında, hem yurt içinde birçok incelemeleri oldu. Ben şimdi buna da dayanarak diğer konuşmacılara geçmeden evvel eskiden beri hep merak ettiğimi bir şeyi öğrenmek istiyorum. Çünkü, genelde ilaç sanayi içerisinde kolay, iyi diyalog kurabildiğim ve bundan da büyük memnuniyet duyduğum bir değerli arkadaşımızdır.

Şimdi burada başka zamanlar pek cevap alamadığımız hususta ben Ali arkadaşımızdan sormak istiyorum; kendisi aynı zamanda İlaç İşverenler Sendikası'nın Yönetim Kurulu Üyesi, gerçi tam yönetici kadronun içinde değil, inşallah ileride öyle olacak.

Biraz evvel İlaç İşverenler Sendikası'nın gayet güzel hazırlanmış bir mültivizyon gösterisini gördük, hakikaten ilaç sanayinde çok güzel gelişmeleri sergiliyor, bu iyi.

Orada deniyor ki, Türkiye'de ilaç ucuz. Şimdi bu ucuzluk nasıl sağlanabiliyor? Benim merakım oradadır, biraz önce de söylendi, galiba İsviçre'den %76 daha ucuz Türkiye'de. Bu nasıl sağlanabiliyor, benim anlayamadığım taraf bu. Nasıl oluyor da bu sağlanabiliyor. Çünkü, biz faraza ilacı İsviçre'den getiriyoruz, oradan getirdiklerimiz için söylüyorum, gümrük yok, ama oradan getiriyoruz o ilacı, o ilaçta bizim fiyatımız %30'unu hammadde teşkil ediyor, onun üzerine bir şeyler koyuyoruz, işte finansman masrafları, bu yüksek deniyor, zannediyorum Türkiye'de finansman masrafları, krediler yüksek olduğu için, bu, diğer ülkelere nazaran daha yüksek bir değer koyuyoruz. Reklam masrafları da bir hayli, o da %20 civarında gözükiyor, son örnek de

hatırımda kalmadı ilaç üreticisi itibariyle, o da pek düşük değil, oldukça yüksek.

Deniyor ki, Türkiye'de işçilik ucuz. Böyle bir şey söylendiği zaman ilk denilen Türkiye'de işçilik ucuz, ama işçiliğin payı %7, büyük bir payı yok, hepsi bedava da çalışsa çok büyük bir payı yok. Şimdi nasıl oluyor da Türkiye'de ucuz oluyor. Ben onu merak ediyorum, acaba söyleyebilir misiniz bir şey.

Ali Müderrisoğlu- Hocam, Türkiye'deki ucuzluğuna başlamadan önce size başka bir örnek vermeye çalışayım. Mesela AT içindeki fiyat oranlarını söyleyeceğim. Mesela, İngiltere'yi bir ilacın fiyatını 100 olarak aldığınız zaman Belçika'da 103, Danimarka'da 150, Fransa'da 76, Almanya'da 164, Yunanistan'da 73, İrlanda'da 115, İtalya'da 57, Hollanda'da 145, Portekiz'de çok düşük, İspanya'da yok diye geçiyor ve İngiltere'de 104. Şimdi böyle farklılıklar var, bu farklılıklara baktığımız zaman, bir defa tesir eden birçok faktörler var, tek bir faktör yok. Bu faktörler ülkeden ülkeye değişiyor. Mesela, yasalar bir tanesi, Yasalar bazı şeyleri kontrol altında tutmakta, karlılık oranlarını kontrol altında tutmakta, bazı girdileri kontrol altında tutmakta. Alım gücü faktörlerden bir tanesi. Hammadde fiyatları faktörlerden bir tanesi, rekabet öyle; bütün bunları içiçe koyduğunuz zaman ülkenin kaldırılacağı bir fiyat ortaya çıkmakta.

Bugün müstahzarları gruplar halinde analize kalktığımız zaman mesela, bir müstahzarın lisanslı olup olmaması, hiçbir şey ifade etmez gibi, ama şuna baktığımız zaman, mesela ilacın bir tanesi patentli bir ilaç, ruhsatı daha önce ve daha pahalı. Arkadan, aynı firmanın patentsiz olarak çıkarmış olduğunu tahmin ettiğimiz, ruhsatı daha sonra alınmış ve muhtemelen patentsiz bir yerden getirilen bir hammaddeyle daha ucuz bir fiyat elde etmiş olabiliriz.

İlaç sanayinde genelleme yapamıyoruz bunları, vaka vevaka almanızda çok büyük zararı vardır, fakat Türkiye'deki ilacın ucuzluğunun nedenlerinden başlıcası, Türkiye'deki kar marjlarının son derece düşük olması. Türkiye'de araştırma yapılmadığı için, bu araştırma faktörlerinin riskleri maliyete intikal ettirilmektedir, esas mühim hadise buradan başlamaktadır.

Bir örnek vereyim. Biz aynı zamanda işitme aleti ithal ederiz ve satarız. Bizim sattığımız Avusturya'dan getirdiğimiz işitme aleti Avusturya'daki satılan fiyatından daha düşüktür Türkiye'de.

Muhakkak olan bir husus varsa, Türkiye'deki ilaç fiyatlarının dünyadaki örneklerinden mutlaka daha düşük olduğudur. Arada bir iki örnek gösterebilirsiniz, fakat genelde daha düşük olduğu muhakkaktır.

Başkan- Tabii biz de örnekleri zaman zaman sergiledik, bazı ilaçlar Türkiye'de daha pahalı da ben mantık açısından düşünmeye çalışıyorum. Şimdi, ekonomik kurallara riayet edersemiz, şimdi İsviçre'de bir ilacın hammaddesinin maliyeti ne kadarını tutar, %30'u mudur, Türkiye'deki gibi midir aşağı yukarı?

Ali Müderrisoğlu- İsviçre araştırma yapan bir ülke ve dolayısıyla araştırma yapan ülkedeki maliyet faktörleri, bizim gibi araştırma yapmadan sadece...

Başkan- O zaman daha yüksek, %50 falan olmalı.

Ali Müderrisoğlu- Daha yüksek. Hammadde miktarı o zaman daha yüksek oluyor. Çünkü, orada yapılan maliyette içine koyduğunuz girdiler değil, yapmış olduğunuz araştırmaların masraflarından paylar da var.

Bir de ilaç sanayinde son yıllarda teknolojik gelişme de olmakta, ilacın ömrü azalmış olduğundan, yatırmış olduğunuz araştırma giderlerini süratle geriye alabilmek için daha büyük karlar konmakta. Bu bakımdan, onlardaki, ben çok merak ettim ve araştırmak istedim, mesela Avrupa'da %25-30 çıkabiliyor, acaba diyorum, Avrupa'daki herhangi bir firmaya, sizdeki ortalama dediğimde, bunu bile veremiyorlar. Çünkü, bir müstahzardan bir müstahzara çok büyük oranda farklılık oluyor.

Başkan- Ama, İlaç İşverenleri Sendikası örneğin 100 soru 100 cevapta Türkiye'de ortalama veriyor.

Ali Müderrisoğlu- Bir ortalama veriyor, çünkü gayet basit bir şekilde bizdeki sistem çok farklı. Bizde deniyor ki, girdiler şu kadar onun üstüne belirli bir kar marjı ve belli gider faktörüyle fiyat çıkıyor. Dolayısıyla, hareket girdilerden başlamakta.

Başkan- Acaba bu maliyetlerde bir yanlışlık mı var, benim merakım orada, şundan dolayı; mesela, deniyor ki, Türkiye'de 700 lira civarında - geçen seneki rakamlarla- deniyor, şimdi bir ilaç olsa ve biz bunu kemoterapi olarak kullansak ve fiyatı 50 bin lira olsa, buna mukabil bir de diyelim bir kalp ilacı alsak, bu da 2 bin lira olsa. Şimdi ben diyebilir miyim, Türkiye'de ilaç ortalaması bu ikisinin ortası 27 bin lira, diyebilir miyim?

Ali Müderrisoğlu- Hayır, olmaz.

Başkan- Öyle bir rakam çıkıyor galiba da ortalamalarda.

Ali Müderrisoğlu- Şimdi belki öyle bir

hesap da yapılabilir, ama ne dereceye kadar sizi nereye götürür, ama o ayrı, o da bir hesaptır. Mesela diyelim ki, Türkiye'de şu kadar milyon kutu sarfediliyor, şu kadar lira sarfediliyor, bunun ortalaması şudur. Bunun bir yere kadar yanlışlığı var, bir yere kadar belki doğruluğu var. Bunu aynı şekilde Mısır'ı alırsanız Mısır'da şu kadar kutu sarfediliyor, şu kadar bedel ödeniyor, onun ortalaması bu. Pariterelere vurduğunuz taktirde belki bir hesap çıkabilir; ama, ben kanser ilacı kullanıyorsam, 50 bin lira maliyeti...

Başkan- Evet, o ortalamalar, %76 ucuzluklar biraz ortalama rakamlar oluyor. Aritmetik ortalama gibi alınmış gibi geliyor.

Çok teşekkür ederim, sizi daha fazla yormayalım.

Sayın Kamacı, sizden rica edelim, siz de daha çok ilacın tüketiciye intikal eden yönü üzerinde, ilaç fiyatları üzerinde bir miktar duracaksınız belki. Buyrun, sizi dinleyelim.

Ecz.Levent KAMACIK (İzmir Eczacı Odası Başkanı)- Teşekkür ederim Sayın Başkan.

Bu gelişen ilaç sanayi ya da eski adıyla icraatın içinden filminden sonra benim konuşmam çok fazla etkileyeceğini sanmıyorum, ancak, eskiden bir söz vardı, her şeyin başı sağlık diye, her şeyin başı para oldu sonuçta tabii. Ancak ben size slaytla katkıda bulunmaya çalışacağım. Mutluluğun sağlık olmadığını da söylemek istiyorum, slogan açısından. Biz, mutluluğun sevmek olduğunu söylüyoruz, insanı sevmek diyoruz, yaşamı sevmek diyoruz. Düşünün ki Pinochet sağlıklı, ama mutlu mudur?

Değerli meslektaşlarım, yine de ilaç endüstrisine, böylesine bir tanıtımı hazırladığı ve gösterdiği için teşekkür ediyoruz.

1984 fiyat kararnamesiyle başladı Türkiye'de ilacın önlenemez yükselişi. Türkiye ilacın önlenemez yükselişi olmazdı, yeter ki siyasi otorite önleme çabası gösterseydi. O zamanki Sağlık Bakanı Sayın Mehmet Aydın, gerekçeleri açıklarken, oluşacak serbest rekabet ortamında ilaç fiyatlarının yükselmesinin önle-neceği, ilacın bulunamaz halinin ortadan kalkacağını söylüyor, ardından da ilaç ithalatına getirilecek kolaylıklarla ilaçların bulunmama-sı durumunda yerli ilaç sanayini tercih bile edeceğini belirtiyordu.

Ancak, 1985'den itibaren başlanan bu uygulamada serbest rekabet ortamı oluşmadı, ilaç fiyatlarının yükselmesinin önlenmesi olmadı, sonuçta ilaç fiyatları öyle bir noktaya geldi ki, Sağlık Bakanlığı artık ilaç fiyatlarının denetimi konusunda havlu atmak gereğini hissetti. İlaç fiyatlarının böyle yükselmesinin çok değişik ayrıntılarını Sayın Mehmet Domaç başlattı, ben yeni baştan girmek istemiyorum. Ancak, özellikle firmanın karlılığının yüzde oranına bağlanması, sonuçta pahalı ilaca yönelik bir ilaç üretim paleti geliştirdi.

Bildiğiniz gibi, 1984'ten sonra Sayın Domaç'ın da gösterdiği transparanda olduğu gibi, sürekli pahalı ilaçlar üteren bir sanayi yapısı ortaya çıktı. Firma, yılda %15 kar marjını aşmayacaktır, ilaç bazında da yüzde 20 marjını aşmayacaktır. O zaman 100 liralık ilacı üretip satıp 20 lira kazanmaktansa, sonuçta 5 bin liralık ilacı satıp bin lira kazanmak sanayi için de daha cazip olacaktır. Bu satışı artırmak amacıyla fiyatlar yüksek olunca, halkın alım gücü de belli olunca çok yoğun bir reklam, tanıtım çalışması gerekiyordu. Bu konuda da bir kolaylık vardı. Artık çıplak maliyetin üstüne ilaç tanıtım maliyetini de ilave edip bunun üstüne ilaç firması karını koyuyordu. Yani, siz ilacı ürettikten sonra tüm sinai girdileri topladıktan sonra, üstüne ilacınızı satmak için yaptığınız reklam parasını da koyacaksınız ve onun üstüne kendi kar marjınızı ilave edeceksiniz. Böylece, siz hem ürettiğiniz ilaçtan kar alırken, hem de koyduğunuz reklam tanıtım masrafından yüzde oranında bir kar alma olanağınızda.

1262 Sayılı Yasaya göre ilacın reçetesiz satılması halinde herhangi bir övücü metin kullanmaksızın gazetelerde ilanı serbest idi, ama eğer ilaç reçeteli satılıyorsa, o ilacın ancak tıbbi yayınlarda tanıtımı

yapılabilecekti. Ancak, ilaç tanıtımı konusundaki başıboşluk o kadar yoğun hale geldi ki, bugün gördüğümüz-nüz bu slayt, bir günlük gazetenin haftalık ekinde tamamen okuyucuya yönelik bir şekil-de hazırlanan, yayımlanan bir reklamdı ve bu reklamda önemli olan mide ekşimeleriydi, yanmaydı, hazımsızlıktı ve alkole dayalı tahrişdi. Bu ilanın, 1262 sayılı Yasaya göre "hekime ve eczacıya yönelik yapılması" ibaresi de unutulmamıştı. Altta küçük bir yazıyla "Sayın doktor ve eczacılara dikkatle sunulu-yor" deniyor.

Bu çok daha ilginç bir ilan. Bu, ekonomik bir derginin arka kapağında yayınlanan renkli bir ilan. Bu, hekime, eczacıya yönelikse hekimin bu portakaldan ne anladığını biz bilemiyoruz, ama ben bir eczacı olarak çok fazla bir şey anladığımızı da sanmıyorum. İşin acısı bu tür renkli ilanların yasaya aykırı bir biçimde renkli olarak bu şekilde yayınlanması karşısında, siyasi otoritenin suskun kalmasıydı. Ancak, yavaş yavaş amaca ulaşıyordu, bu yoğun tanıtımlarla.

Kamu harcamalarında ilacın payı, artan fiyatıyla beraber sürekli artmaktaydı. Gördüğünüz tablo T.C. Emekli Sandığı'nın sağlık ödemeleri, eczaneye ödenen ilaç payı, 1986'da 14 milyar 614 milyonken 1987'de 26 milyar 997 milyona çıkıyordu ve ortalama ilaç payı %80'den 82'ye doğru tırmanıyordu. Bu, batının gelişmiş ülkelerinde Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği rakam %40'ı aşmaması idi.

Türkiye'de SSK yine aynı şekilde 105 milyar gibi bir rakamla sağlık harcamalarını üst düzeye çıkartıyor ve SSK'da tüm sağlık bütçesi içinde ilacın payı %83.51 gibi bir tavana yaklaşıyordu. Yineliyorum, Dünya Sağlık Örgütü, tedavi hizmetleri içinde ilacın payının %40 sınırının rasyonel olduğunu söylüyordu.

Bu arada ilaç firmaları, özellikle ilaç sanayicileri karlılıkları konusunda değişik demeçleriyle biraz önce Sayın Müderrisoğlu'nun da bahsettiği gibi kararlılık belirtiyordu. Ancak, ilacın hızla tüketilmesi için de tüm koşullar zorlanıyor, SSK'da hasta muayene olamasa da sonuçta ilacı kullanabileceği bir sistem oluşuyordu.

Şu hastanın elindeki ilacı %20 karşılık ödediği para 14 bin lira idi, 70 bin liralık bir reçete demek ki. Aliağa'da petrokimya işçisi ve kutunun üzerinde ilacın, hiçbirinin kullanışı

yoktur. Önemli olan o değil, şu anda bu ilacın tüketilmesi ve 105 milyara varan bir rakamdı.

Sayın Kaya Turgut ve Sayın Nejat Eczacıbaşı değişik zamanlarda ilaç sanayinin karlılığı konusunda çok değişik açıklamalar yaparken, Sayın Eczacıbaşı, en son İstanbul'da yapılan İlaç Açık Oturumu'nda 1987 yılında ilaç sanayinin ortalama %5 civarında kar ettiğini belirtiyordu. Aynı oturumda Sayın Kaya Turgut, "Sıfırdan başladık, 9 milyara geldik" diyorordu kendisi için. Kar etmeyen bir ilaç sanayinde sıfırdan başlayıp 9 milyara gelme olanağı sanıyorum herkes için cazip bir olanak.

Bu arada, DEVA, sermaye artırması nedeniyle çıkardığı bir tanıtım broşüründe, son 6 yılda karınının 23 kat arttığını söylüyordu. 1988 yılında ilaç sanayinin Sayın Müderrisoğlu'nun belirttiği gibi %2.2 gibi bir rakamda kalmış olması, öte yandan DEVA'nın hisse satışı amacıyla tanıttığı kartonda, 6 yılda karını 23 misli artırması, 1 milyar kurucu sermaye ile 100 milyar ciro yapması ve kendi dillerinden bunlara bu şekilde yaklaşmaları enteresandır.

İlaç sanayinin bu tür değişik yorumlarından bir tanesi de, yine, evet Milliyet Gazetesi'nde Melih Aşık'ın köşesinde çıkan bir konuydu. Eczacıbaşı İlaç Firması'nın pazarlama müdürü Duspatalin adlı ilacın üstündeki etiket için, "Bu iş böyle oluyor, Bakanlığın izniyle eczanelerde ve ecza depolarında yapılıyor" diyor, ilaç sanayinin sürsarj yaptığından hiç bahsetmiyordu. Biz bütün bu açıklamaların hepsini sizlerin değerlendirmesine bırakarak, ilaç sanayinin sonuçta kamuoyuna kendi yaptığı açıklamalarla biraz da kendi saygınlığını yıpratmış düşüncesindeyiz.

Değerli meslektaşlarım, serbest fiyat konusunda gelişmeler, ilacın alınamaz boyutlara ulaşması, ancak bu arada Sağlık Bakanlığı da önemli ölçüde yıpratmış. 1262 Sayılı Yasanın 7 nci maddesine göre Sağlık Bakanlığı, ilaç fiyatlarının piyasa koşullarının üstünde olduğu zaman tadil etme yetkisini kullanmadı.

Sağlık Bakanı Sayın Halil Şıvgın'ın bir toplantıda belirttiği gibi, "Biz zaten ilaç fiyatını denetlemiyoruz, biz ilaç fiyatını imzalıyoruz" görüşü doğrultusunda ilacın serbest bırakılması çalışmalarını başlattı.

Ancak, ilaç sanayinde zaten ilacın fiyatı her ilacın kendi üretildiği firmanın özen veya orijinal hesaplarına göre olmamaktaydı. Bakanlıkta ilaç üreticisi firmaların dernekleri bir araya gelip belli bir pazarlık sistemi oluşturuyordu. Bakanlık, firmadan görüş alıyor, bakanlıktan sonra firmaların temsilcisiyle ortaklaşa bir noktaya geliniyor ve ortak bir kar ve ya zam oranı çıkıyordu.

Bu bir ilaç derneğinin üyelerinin yayımladığı sirküler, diyor ki; "Firmalar her kalem için %20'yi geçmeyecek şekilde fiyat müracaatı yapacaklardır. Müracaat adedi sınırlandırılmamıştır, ancak müracaat edilen müstahzarın fiyat artışları ortalaması %15'i geçmeyecektir. Artış toplamları müracaat bölündüğünde... bir de özel durumlu ilaçlardan bahsediliyor.

İlaç sanayi, eski fiyat kararına ısrarla karşı çıkarken, her ilaç firmasının işletme maliyetlerinin ayrı olduğunu, her ilaç firmasında kullanılan kredi limitlerinin ya da değişik başka girdilerin olduğunu, bu nedenle bazı ilaç firmalarına verilen zammın düşük ya da büyük olmasına göre de pek akılcı olmadığını savunuyordu. Ancak, bugün görülen ilaç sanayinin hep birlikte ortak bir zam oranına çekilebildiği, daha sonra da bu fiyat anlaşmasının üyelerine, dernekler tarafından duyurulduğudur.

Böylesine bir anlaşmadan sonra İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bir yazı yolluyordu. Bu yine başka bir ilaç üreticileri derneğinin en son yayınlanan, yani 5 Mayıs arife günü ilaç sanayicileri sirküleri, diyor ki; "ilaç fiyatlarında değişiklik, ürün bazında azami %17, asgari %3 olacaktır, ortalama %10'u geçmeyecektir."

"Halkın çok kullandığı ilaçların fiyat artış ortalaması %14'ün altında olacaktır. (Örnek; %13,8-%13,9 gibi)"

Bunlar tabii %14'ün altında oluyor.

Bu arada yine bir madde var, çok enteresan. "Firmalarca halka mal olmuş ve halkın çok kullandığı ilaçlarda fiyat değişikliği talep edilecek ilaçların listesi şu şekilde tanzim edilecektir; ilacın adı, ispençiyari şekli, eski fiyatı, yeni talep edilen fiyatı ve artış oranı."

Bu listeler firma bazında toplanarak İlaç ve

Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne en geç saat 17.00'de fax ile bildirilecektir. "Diğer dernek bildirisinde ayrıca diyor ki; "Bunların dışında bakanlığa gönderilecek beyannamelere ayrıca belge eklenmesine gerek yoktur."

Şimdi ilaç firmaları yeni fiyat alırken gerekçesi çok belli. İşçilik maliyetim arttı, ham-madde maliyetim arttı, döviz endeksleri değişti ya da ambalaja kutu geldi; peki ne kadar geldi; Bakanlık için bunların hiçbiri önemli değil, önemli olan pazarlık sonrası. %15 mutabık kalındıysa, sizin maliyetiniz %3 de %15 de olabiliyor. Ancak, o açılan kapıdan %15 zam alacak şekilde girebiliyorsunuz. Bu en son yayımlanan sirkülere göre dernek tarafından; şu anda yeni ilaç zamları azami %17, asgari %3, ortalama %10'u geçmeyecek şekilde hazırlanmış oldu.

Sayın konuklar, Sağlık Bakanlığı bu düzenlemeyi yaptıktan sonra bir aylık sirküler yayınladı ve bu sirkülerin altına bir de not düştü. Dedi ki; "Yaldızla kaplı fiyat küpür ihtiva eden ilaçların kamu kurumlarınca ödemeleri yapılmadığından, ilaçların bu şekilde piyasaya verilmemelerini, yeni kutu veya Sağlık Vakfı etiketleriyle süsraj yapıldıktan sonra verileceği hususuna dikkat edilmesi."

Ancak, aynı derneklerden bir tanesi, açıklamasında; "Bu madde çok daha farklı geliyor ve deniyor ki, yeni fiyatlı ilaçlarda yeni fiyatlı kutular kullanılacaktır, Genel Müdürlükçe bu defaya mahsus etiket kullanılmaması istenmektedir." Ancak, Genel Müdürlük, daha sonra Sağlık Vakfı gelirinin artması nedeniyle etiketle süsraj yapılmasını yeniden serbest bırakıyordu.

Bu son fiyat uygulamasının altının çizilerek değerlendirilmesinde fayda olduğu inancındayım. %3 ile 17 arasında ilacın fiyat alma esnekliği doğduğu zaman, ilaç firmasının yapacağı çok basit bir çözüm vardı. Çok satan ilacına yüksek zam isteyecekti, az satan ilacına düşük zam isteyecekti. Sonuçta, Bakanlıkla yapılan anlaşma gereği firma bazında ortalama %10'u da yakalayacaktı. Böylece, hatta hatta üretmediği bazı ilaçlarda %3 sınırında kaldığı zaman eşdeğeri olmayan, tek ürün olan ya da iddialı, tabanca kalem dediğimiz ilaçlarda %17 üst sınırına varacaktır.

Bunun örneği şu anda gördüğünüz firma

faksında da var, belki okunamayacak; Sefobid 0.5 g., %3.02 için başvurmuş bakanlığa firma. Sefobid 1 g., %15.01 için başvurmuş. Serbest eczacı arkadaşlarımız bilecekler. Sefobid 0.5 bugün piyasada satışı düşük olan antibiyotiktir, Sefobid 1 g. daha yüksek satan ilaçtır. Biri %3, biri %15; hani hep denir ya, departmanter maliyet hesapları bunun farklıdır falan diye; aynı firma aynı etken maddeden aynı farmasötik formda iki ilaç üretecek, bir tanesi 0.5 gram olacak, bir tanesi 1 gram; bir tanesinde maliyet artışı %3 olacak, bir tanesinde %15 olacak.

Bir başka örnek; Tao 250 mg.16 kapsülde. Bu, firmanın çok satmayan bir antibiyotiği, zam talebi %3.01. Aynı firma Tao 500 için, ki daha çok satanı, %17 zam istemiş. Yine aynı firma, aynı etken maddeyi aynı farmasötik formda üretecek, aynı bölümde üretecek. Bir tanesinde maliyet artışı %3.01 olacak, bir tanesinde maliyet artışı %17 olacak ve bu konuda bir takım çevreler de suskun kalacak!

Bu konuda bir başka kayda değer inceleme, özellikle Roche firmasının ilaçlarını incelediğimiz zaman Psikotrop dediğimiz reçeteli satılan ilaçlarda görülen zam oranı. Tüm reçeteli satılan ilaçların da ilaç zam oranının %3-4 arasında kaldığı, buna karşılık çok satan ilaçların da %17 sınırını yakaladığı görülmekte.

Tartışmaya bu kadar açık olmasının nedeni, artık her şeyin ayan beyan yapılmasından kaynaklanıyor ve Halil Şıvgın da diyor ki, "Biz ilaç fiyatlarının serbest bırakılma çalışmasında öncelikle bakanlığın yıpranmasını istemiyoruz." Yani bir sorumluluğun üstten atılması çabası var.

Sayın Eczacıbaşı ilaç fiyatlarının serbest bırakılmasına karşı çıkıyor ve basına diyor ki, "İlaç fiyatlarının kontrolü devletin elinde olması gerek. İlaç, hayati bir konu olduğu için sanayicinin yaptığı zamlar vatandaşın gözüne batabilir. "Yani, vatandaşın gözüne batması amacıyla devlet denetliyor gözükmeli. Ancak, bu denetleme bu biçimde olmalı.

Sonuçta Sağlık Bakanlığı diyor ki, ben zaten bunu denetleyemiyorum, o zaman vatandaşın gözüne ben niye batayım diyor.

Değerli meslektaşlarım, ilaç fiyatları artık hastaya batar bir düzeye geldi. Ancak, ilaç fiyatlarının bu biçimde denetlenmemesi 1262

sayılı Yasada Bakanlığa verilen yetkinin ihlali olduğu kadar, tarafımızca Anayasanın 56 ncı maddesinin ihlali için de yorumlanabilir diye düşünüyoruz.

Anayasanın 56 ncı maddesi; "Devletin, toplumun sağlık yaşam haklarını korumak ve oluşturmak" göreviyle yükümlü olduğunu söylemektedir. Eğer toplum hasta olduğu zaman tedavi olamıyorsa, ilacını alamıyorsa devletin, bu ortamı sağlamadığını da ortaya koyar. Bu da birazcık Anayasa ihlali gibi kokmaktadır, ancak ilaç konusunda bir kere de Anayasa ihlalinin bir şey olmaz denilebilir. Ancak, bunun da çözümü kesinlikle Türkiye'de şu anda genel sağlık sigortası değildir. Bugün Türkiye nüfusunun yaklaşık %60'ı sağlık sigorta kapsamı içindedir. Emekli Sandığından, Silahlı Kuvvetlerden, SSK'dan sağlık hizmetlerini çok küçük bir ödeme ile alan oldukça önemli bir kesim vardır. Önemli olan, kırsal kesimin sigortalanmasıdır.

Türkiye'de kırsal kesimde daha doğumların bilinmediğini, ölümlerin bilinmediğini, köyden gelen insanların askere giderken nüfusun çıktığını düşünürseniz, altyapısı gelişmemiş bir vaziyette kırsal kesime genel sağlık sigortası götürüyorum demek, abesle işiğalin de ötesinde konusundaki tüketimi anlamsız yere daha da artırmak olacaktır.

O nedenle, genel sağlık sigortası öncesi gerekli sağlık altyapısının oluşturulması ve bu sağlık altyapısı çerçevesinde de hastanın kolayca ulaşabileceği ücretsiz sigorta sisteminin geliştirilmesidir.

Teşekkür ederim Sayın Başkan.

Başkan- Böylece birinci tur konuşmaları tamamlamış olduk.

Ecz.Mehmet Domaç- Sayın başkanım, Sayın Müderrisoğlu'na bir soru sormak istiyorum.

Sayın Müderrisoğlu, sanayinin yeterince kar edemediğinden bahsettiniz. Derginizde de, eczacıların karlılığının %100 arttığına dair bir yazı var, hatta belli yerlerde eczacılar rekortmen oldu diye de dergide basmışsınız. Şimdi bir soru sormak istiyorum.

Biz 11 bin eczaneyiz, senede de bin tane artıyoruz. Sayın Başkanım 13 bin eczaneyiz dedi.

şimdi bizim tükettiğimiz ilaçların dışında siz %28 daha fazla diğer sektörlere de sattığınızı söylediniz. Bizim karlılığımızın arttığını da yazıyorsunuz derginizde. Biz böyle kar ederken, ekonomiyi eczacılar acaba ilaç üreticilerinden daha mı iyi biliyor da kar ediyorlar; yoksa, ilaç üreticileri ekonomiyi iyi bilmedikleri için daha mı az kar gösteriyorlar, ne dersiniz acaba?

Ali Müderrisoğlu- Şimdi, eczacıların kar rekortmeni olduğu hadisesi günlük gazetelerden alınan bilgilerden kaynaklanmaktadır. İlaç İşverenleri Sendikasının böyle bir araştırma yaptığını zannetmiyorum. Tahminim, günlük gazetelerde çıkan bilgilerin aktarılması ve bundan da her şeyden önce bir eczacı olarak da mutluluk duyuyorum. Keşke çok daha fazla eczacı çok daha fazla rekorlar kırabilmiş olsa.

Ancak, sanayinin durumu, şimdi direkt olarak sizin sorunuza cevap vermeden önce biraz genelleştirme yapmak istiyorum.

Bugün bir kararname var, 1984 yılında ortaya konan. Bu kararname diyor ki, ilaç sanayinin müstahzar bazında %20 kar etmesi ve genelde %15 kar etmesi kabul edilen, beklenen husustur deniyor.

Ancak, gerek Levent Bey'in biraz evvel izah ettiği, bayram hediyesi gibi adlandırdığı ve değişik şekillerde sunmuş olduğu ve çok haklı olduğu, benim de katıldığım husus, bu kararnamenin bugüne kadar hiçbir şekilde tatbik edilmemiş olmasından kaynaklanıyor. Bütün bozukluk kararnamenin tatbik edilmemesinden kaynaklanıyor.

Kararname diyor ki, "Bir müessese herhangi bir ilacında fiyat artma gereğini ispat edebilecek ve yıl sonunda da o müstahzardan %20 kar, geneldeki bilançosunda %15 kar ettiyse, bu müstahzarı fiyat almaya hak kazanır" diyor.

Fakat Sağlık Bakanlığı bu kararı oldum olası tatbik etmemiş, mecburen belli dönemlerde toplu olarak pazarlık haline dönüştürülmüştür. Bayram öncesi pazarlık edilmiş, yok %10 mu olsun, 15 mi olsun, asgarisi %3 mü olsun, ortalaması %10 mu olsun şekline dönüştürülmüştür.

Bizim bütün arzu ettiğimiz ve diğeri 1984'te çıktığı zaman, hepimizin, serbest fiyat siste-

mi geldi diye konuştuğumuz kararname, tatbik edilmiş olsaydı, hakikaten bilançolarımızın kontrolü layıkıyla yapılabilmiş olsaydı, o zaman sistem çok daha farklı yürüyecekti.

O zaman, Levent Bey'in dediği gibi, az satan kalem belki çok daha fazla zam alacak, çok satan kalem belki daha az alacak ve bir denge olacaktır. Mühim olan, karamamelerin, sistemlerin kurulması ve bu sistemlerin tatbik edilmesi. Sistemlerde yanlışlıklar, farklılıklar çıkabilir, gayet normal, o yanlışlıklar, eksiklikler veya fazlalıklar zaman içinde rahatlıkla düzeltililebilirdi. Hiçbir şekilde kararname tatbik edilmedi.

Türk İlaç Sanayi Derneği'nde bir toplantı vardı geçen gün, orada Sayın Hocam da, ondan evvelki karamameyi anlatıyordu. Hakikaten o kararname de tatbik edilmemişti. Hocam, karamamenin gerekçeleri toplantısındaki görüşleri anlatmıştı, fakat o karname de tatbik edilmemişti, gerekçeyle yudurulmamış ve birçok aksaklıkları çıkmış, o dönemler ilaç sanayi yatırım yapamamış, teknolojik bakımdan hakikaten geri kalmıştı. Dolayısıyla, mühim olan faktörlerden bir tanesi, mutlaka ve mutlaka bu karamamenin bir şekilde oturtulabilmesi.

İkinci bir husus da, son 4 yıl içinde rakamlarla da gösterdiğimiz gibi, ilaç sanayi 1960-1970'li yıllarda Türkiye'deki en ileri sanayilerden biriydi. ondan sonra ilaç sanayi büyük bir çöküşe geçti, yatırım bakımından teknolojiye ayak uyduramadı. Son olarak GMP'nin çıkarılması, ilaç sanayini yine çağdaşlaşma, yine günün teknolojisine ayak uydurma mecburiyetini getirdi ve süratle bu yatırımları yapmaya başladı ilaç sanayi. Yapılan yatırımlar az buz değildi bütün verilen teşviklere rağmen. Hakikaten ilaç sanayine pek çok teşvikler verilmiştir, Domaç'ın gösterdiği gibi, buna rağmen çok büyük yatırımlar yapılmıştır.

Fakat bir husus daha dikkate alınmalıdır. İlaç sanayinin sermaye gücü beklenildiği kadar son yıllarda gelişmemiştir, yani 1980'li yılların başında. Ondandan sonra bu yatırımları yaptığı zaman bunları büyük ölçüde kredilerle yapmıştır. İlaç sanayindeki karlılık düşüşü iki şeye dayanmaktadır.

1. Fiyatların gerçekçi bir maliyet sisteminde çalışmaması.
2. Rekabet ortamında -bir şeyi daha düzelt-

mek isterim burada- bir fiyat alındığı zaman, ben şu kadar pazarlama gideri yapıyorum diye beyan edip onun üzerinden fiyat alınamamaktadır. Sağlık Bakanlığı belli bir kriter koymaktadır. Diyelim ki %10 rakamını koymaktadır. Siz %18 yaparsanız, bu %8'i başka bir fondan karşılamak mecburiyetindedesiniz. Ya hammaddenizden karşıyalacaksınız, ya ambalaj maddesinden yahut da karınızdan karşılayacaksınız.

Dolayısıyla, fiyat sitrükürünü ortaya koyarken mutlaka ben şu kadar gider yapıyorum; bunu sade hammadde ve ambalaj malzemesinde söyleyebiliyorsunuz, diğerlerinde bir miktar işçilikte söyleyebiliyorsunuz, diğerlerinde bakanlığın vermiş olduğu belli klasik yüzdelere sahip olarak gidiyorsunuz.

Bu nedenle, karlılığın düşük tutulmasının nedenlerinden bir tanesi, son yıllarda rekabetin artmış olması, finansmanın artmış olması ve bu finansman giderlerinin bakanlığın vermiş olduğu finansman miktarının üstüne çıkmış olmasından kaynaklanmaktadır. Bu bakımdan, bu iş sadece eczacının ekonomiyi daha iyi bilmesi, sanayicinin daha iyi bilmesinden çok öte olan bir hadisedir.

Başkan- Bir takım avantajlar, teşvikler sağlanmış. Mesela bu arada GMP için kredi verildi. Bundan ilaç sanayii küçüğü-büyüğü eşit oranda yararlanabildi mi acaba? Çünkü biliyoruz ki, mesela 500 milyonun üstündeki yatırımlara teşvik veriyor Planlama, şimdi 750 milyona çıktı. O zaman, cirosu az olan ile çok olan arasında acaba bir haksızlık olur mu; yani, mesele esasta ilaç sanayinin tümünü yükseltmek, ileriye götürmek mi idi; yoksa ilaç sanayinde belli, imkanı olan firmalara daha geniş imkanlar sağlamak mıydı? Genelde uygulanan politika itibarıyla, ne diyorsunuz buna?

Ali Müderrisoğlu- Politika DPT'nin uyguladığı politikadır. 1984 yılında bu teşvikler çıktığında belli bir limit yoktu ve zaman içinde bu limitler konmaya başladı. Önce 50 milyon limiti kondu, sonra bu rakam 100 milyona çıktı, son olarak da 750 milyona çıktı. Bu tabii yatırımları zorlaştırmakta, tabii her isteyene kolay miktarda bu yatırımları yapma imkanı sağlamamaktadır. Fakat öyle zannediyorum ki, esas darboğaz olan ve teknolojiye geri kaldığımız, üretimde geri kaldığımız o büyük açıklığı ilk baştaki

Şimdi, bu günlerde ülkemizde 1961'li yıllarda böylesine bir vurgun düzeni işlerken, şimdi patent tekrar gündeme geliyor ve yine aynı toplantıda Sayın Eczacıbaşı, "Patent gündeme gelirse ilaç fiyatlarının artacağını ve 3-4 kat artabileceğini beyan etmiştir.

Patentin şimdi gündeme getirilmesi, ülkemizin AT'ye gireceğiz diye patentin gündeme girmesiyle ilaç fiyatlarını 3-4 kat artıracakları ortadayken, bunların kapalı kapılar ardında toplantılar yapılarak ülkemize kabul ettirilmeye çalışılması oldukça düşündürücüdür. Kaldı ki, İtalya AT'ye girdikten sonra patenti ancak 22 yıl sonra kabul etmiştir. Bizim daha AT'ye ne zaman gireceğimiz ortada açıkça belli değildir, İspanya 7 yıl sonra kabul etmiştir.

Sayın Başkanım, teşekkür ederim.

Buyrun.

Ecz.Levent Kamacık- Ben Sayın Müderrisoğlu'na soru sormak istiyorum, müsaade ederseniz.

Bu Türk ilaç pazarında çok uluslu firmaların ya da yabancı sermayenin payının arttığını gördük biraz önce asetatta. Siz, bir yerli ilaç sanayicisi olarak bunu nasıl değerlendiriyorsunuz ya da olumlu bir gelişme diyebiliyor musunuz böyle bir olaya? Teşekkür ederim.

Ali Müderrisoğlu- Buna yerli ilaç sanayi olarak olumlu demek imkansız.

Ecz.Levent Kamacık- Nedenine ne diyorsunuz peki?

Ali Müderrisoğlu- Nedeni çok basit. Yabancı şirketlerin bir defa pazarlama know-how diye bir hususu var. Bundan istifade ederek payı daima ileri götürebiliyorlar.

Şimdi pazarlama know-how küçümsenecek bir hadise değil. Doktora ilacı tanıtmak sadece reklam malzemesi vermek, eşya vermekle halledilen bir hadise değildir. Bir ilacın mefhumunu, bir ilacın endikasyon sahasına açılması, genellikle ilaç sanayinin pazarlama kuvvetiyle meydana gelmektedir. Bu nedenle, yabancı sermayenin dünyada ilaç pazarlama bilgisinin burada rolü çok büyüktür. Bu

nedenle, onların doğaldır yavaş yavaş pazar paylarını artırmaları ve bizler için de olumsuzdur.

Ecz.Levent Kamacık- Peki uzun vadede ne olabilir?

Ali Müderrisoğlu- Uzun vadede iki şey görünüyor, bu dünyada olan bir hadisedir. Küçük şirketler belli dallarda özelleştirmek mecburiyetindedir, özel dallarda spesifik olacaktır ve o dalda söz sahibi olacaktır. Kurallardan bir tanesine uymak mecburiyetindediniz ya kendinizi ihtisaslaştıracaksınız, herhangi bir sahada ve orada söz sahibi olacaksınız veyahut da doğal olarak artık o günün şartları ne ise onun kurbanı olacaksınız.

Başkan- İlaçta patent kabul edilirse, bu ne yöne doğru gidecek?

Ali Müderrisoğlu- Efendim, ilaçta patente arkadaşıma bazı şeyler söylemek istiyorum. Hadisesi hemen oldu-bitti hadisesine getirmek lazım. Bugün elbette araştırma yapan ülkeler haklarını daha iyi bir şekilde koruyabilmek için mücadele vermektedirler.

Şimdi ne kadar akıllı davranacağımız, kendimizi ne kadar koruyacağımız, bizim aklımızda ve birliğimizde kalmış olan bir hadisedir. Bu kapalı kapılar ardında dediğiniz toplantıda ben de konuşmacı olarak bulunuyordum ve Türkiye'nin ilaç ihracaatı hakkındaki kısmını izah etmiştim.

Şimdi elbetteki yabancı araştırmacı kendi hakkını korumak için bütün gücünü gösterecektir. Türkiye bugün çok şanslıdır, arkadaşımızın bahsettiği hadiseyle, kendini patente karşı korumuştur. Bunun avantajlarını ve dezavantajlarını da görmüştür.

Dezavantajları; belli ilaçların belli süreler dışında Türkiye'ye girememiş olmasıdır, Türkiye'de sunulamamış olmasıdır. Fakat, bir şeyi çok iyi bilmek lazım; İtalya böyle bir akıllılıkla 23 senede patente geçmiştir, İspanya daha az akıllı bir tutumla daha kısa bir sürede geçmiştir. Burada bizim yapmamız gerekenli olan hadise, son derece akılcı bir şekilde, zaten o kapalı kapılar ardındaki çıkan netice de o, Devlet Planlamadan gelen şahsın ifade ettiği; "Beyler, siz AT'ye Türkiye giriyor diye lap diye hemen patenti kabul edeceğimizi zannediyorsanız aldanıyorsunuz." dedi. Çok açık

yatırımlarla büyük ölçüde kapattık. Bundan sonra zorlanacaktır ve belki de yine teşekküllerimiz vasıtasıyla DPT'den, ilaç sanayi gibi hassas bir sanayiden bu 750 milyon limitin daha aşağı çekilmesini istemek gerekecektir.

Başkan- Ama, şu arada DPT'de bir çalışma yapıldı, son Alıncı Plan çalışması bitti, ihtisas komisyonu içinde büyük çoğunlukta sanayiciler vardılar, öyle bir teklif gitmedi oraya değil mi?

Ali Müderrisoğlu- Şimdi efendim, Beş Yıllık Plan çalışmalarıyla bu hususlar farklı yaklaşımlar. Çünkü, bundan önceki Beş Yıllık Plan içinde 750 milyonluk limit zaten yoktu, o, DPT'nin almış olduğu bir karar. Mesela Rusya'ya yapılan ihracatta deniyor ki; katma değer %60 oranında olması lazım; yani, bu demektir ki, ithal ettiğiniz ürünlerin miktarı 40, sizin Rusya'ya yapabileceğiniz fiyat 100 olmalı ki, 60'tan fazlası ithal kalemleri olduğuna göre, ilaç sanayi müracaat ettik, dedik ki; bizim Rusya'ya yapacağımız ilaçta ayrıcalık tanır mısınız? Yanılmıyorsam birinci sene için %70, yani %30 katma değer, ikinci yıl için %35 katma değer gibi bazı avantajları ilaç sanayine tanıdılar. Dolayısıyla, DPT ile bir yaklaşımla belki ilaç sanayinin teknolojiye ayak uydurması için daha yumuşak bir şey istenebilir.

Başkan- O ihracatta da yine bir ayırım var mı, herkes ihracat yapabilir mi, yoksa yine belli bir sınır var mı?

Ali Müderrisoğlu- Tabii yapabilir herkes, bir sınır yok. Buyrun.

Ecz.Mehmet Domaç- Bugünlerde güncel olan ve sürekli üzerinde durulan bir patent konusu var, kısaca söylemek istiyorum.

Geçtiğimiz temmuz ayında Sayın Nejat Eczacıbaşı ve sizinle birlikte açık oturuma çıkmıştık. Konuşmasında şunları söylüyordu; sanayinin gelişimini anlatırken, bu arada ilaç fiyatlarında olumlu etki yapan bir olay gerçekleşmiş ve 1961 yılında Milli Birlik Komitesi'nin çıkardığı bir yasayla Türkiye, ilaç alanında patent düzenini kabul etmeyeceğini bildirmiş. Türk ilaç üreticileri, bu olumlu ortam içinde yeni atılımlara hazırlanıyorlardı" diye konuşmasında bir durum saptaması yapmıştık. Bu günlerde patent sorunu tekrar

ortaya çıktı ve bazı ilaç sanayicileri ülkemizde AT'ye girenken patentin kabul edilmesi gerektiğini ve bu konuda çalışmalar yapılması, hazırlıklar yapılması gerektiğini ortaya koyuyorlar, hatta bazı yabancı iş adamları veya uluslararası kuruluşlar gelip ülkemizde bu konularda kapalı toplantılar da yapıyorlar.

Şimdi patentin ne olduğunu herkes biliyor, ben bu patent konusunda 1961'li yıllarda ne olmuş, onu kısaca anlatmak istiyorum, Sayın Eczacıbaşı'nın belirttiği günlerde ne olmuş, niçin patente sıkıntı olmuş da Milli Birlik Komitesiyle o zamanki kurucu meslis bunu önlemiş; onu kısaca belirtmek istiyorum.

Kurucu Meclis, önce bunu bir araştırma komisyonuna göndermiş, komisyon şöyle bir rapor hazırlamış, bu rapordan örnekler vererek konuyu açıklamak istiyorum.

"Bazı müteşebbisler patent almışlar, usul berati almışlardır" diyor raporda, Kloramfenikol kimyevi maddesi milletlerarası kodekste bir ilaç olarak bu isimde kayıtlı bulunduğu halde memleketimizde terapötik olarak kıymetli esterler ve bunları elde etmeye mahsus usul ünvanıyla berat almış bulunmaktadır." Burada kıymetli esterler diye ilacın kimyevi ismi zikredilerek esas ismi saklanmıştır. Bu suretle elde edilen fiili inhisar kullanılmamasından fiyat tekeli yaratılmış ve Türkiye piyasalarında bir kilosunun fiyatı 50-55 dolar civarında iken, mezkur beratı almış bulunan firma, lisansiyeleri tarafından 110-150 dolar üzerinden memleketimize ithal suretiyle yılda 800 bin dolar, yani 7 milyon 200 bin Türk Lirası'na sebebiyet verildiği görülmüştür. " diyor.

"Ayrıca, vatandaş bu ilaca 6-7 lira yerine 14-15 lira ödemek zorunda bırakılmıştır." diyor. Bu, komisyon raporunun bir örneği.

Diğer bir örneği; "Yine ilave edilecek birkaç misal daha var. Bundan Oksitetrasiklin ve buna benzer antibiyotiklerden uğranılan döviz ziyanının yekünü yılda 38 milyon 200 bin Türk Lirası'dır. Bunun halka intikali ise 15 liralık ilaca 50-55 lira ödemek suretiyle tecelli etmektedir." diye komisyon raporunu hazırlıyor ve o yıllardaki kurucu meclis, ülkemizde patent uygulamasının kabul edilemeyeceğini tekrardan karara bağlıyor ve ülkemizde patentin kabul edilemeyeceğinin tekrar meclis kararıyla tasdiki yapılıyor.

ve seçik bir şekilde.

Türkiye, kendine uygun, AT'ye girdiği takdirde mutlaka bazı şeyleri kabul etmek mecburiyetinde kalacaktır ve onun bilinci içindeyiz diye ifade etmiştir ve bu ifadesinde de tatbik edilecek olan yahut kabul edilecek olan şartlar, Türkiye bünyesine en uygun olanıdır diye ifade etmiştir.

Şimdi bunların ne olduğu da o günkü toplantıda yine ifade edildi, Devlet Planlama'nın yapmakta olduğu bir çalışma var. Bu çalışmanın ortaya çıktığını şu anda ben zannetmiyorum ve bilmiyorum.

Başkan- Bitmiş, iki gün evvel DPT'den Mustafa Koçak, iki gün evvelki toplantıda Altıncı Beş Yıllık Plan çalışmaları içerisinde biz patente girmenin uygun olacağına karar verdik, tabii bu bir tavsiye kararıdır, ama o söylenti de...

Ali Müderrisoğlu- Efendim, ne şartlarla denecek...

Başkan- Tavsiye ediyor, yani uygundur diyor.

Ali Müderrisoğlu- Tavsiye edebilir, ancak bundan sonraki şartlarımızın ne olduğunu...

Başkan- Özel ihtisas komisyonunun raporunu görürsek tabii onu da anlarız, ama herhangi bir şart söylemeden, uygun mütalaa edildiğini ifade etti, tabii en büyük hadise.

Ali Müderrisoğlu- Patente girdiği taktirde, patent içinde olan ilaçların mutlaka belli bir oranda artacağı da aşikardır. Bu kaçınılmaz bir nokta değil.

Başkan- Teşekkür ederim.

Sizin galiba eksik bıraktığımız bir husus vardı, onu da tamamlayalım buyrun.

Işık Boyacıgiller- Kendimi bir an için briç klubünde pişti oynar gibi hissettim, ama tek başına. Onu ben de başlıklarına değinerek kısaca tekrarlayacağım.

Kooperatiflerle başlamıştım, kooperatiflerin sorunları muhakkak ki vardır. Nasıl ki sanayinin sorunları varsa kooperatiflerin sorunları

vardır. Başta gelen sermaye sorunudur; enflasyon artışıyla eşdeğerdir, ilaç fiyat artışıyla eşdeğerdedir. Sermaye sorunu çok yaşamsal sorun, çünkü sermayeyi artırdığınızda ortak sayınızı artırmakta güçlük çekiyorsunuz, sermayenizi düşük bıraktığınızda pazarda sıkışık kalıyorsunuz. Her ne kadar makul fiyatlarla, yani halkın en sonunda alabileceği fiyatlarla deniyorsa da, geçen yılki fiyat artışları makul değildi, bu sene de pek makul olacağı benzeriyor. O nedenle, biz bir sermaye sorunu yaşıyoruz. Giderek bu sermaye sorununun çok daha yaygın bir sermaye sorunu olarak gündeme geleceği açık. Bugün sanayi kesiminde yabancı sermayenin bu türde sorunları yoktur, yerli sanayinin bir kısmının da belki yoktur, ama bugün pazarda sorun vardır.

Türkiye'de genel sağlık sigortası deniyor; çünkü, artık halkın ilaç satın alma gücü son derece gerilemiştir. Sosyal Güvenlik kurumlarından yararlanan kesimin dahi %10-20'leri ödeyecek gücü kalmamıştır ve %10-20'lerle eczanede veresiye defterleri oluşmaya başlamıştır.

Bu nedenle, eczacılar bir şekilde bu sosyal güvenlik kurumlarından alınan hizmetin finansörü şekline gelmişlerdir. Bu finansmanı sağlarken, kuşkusuz bunun pazara etkileri olacaktır. İlk aşamada depolara, ikinci aşamada ise depolardan firmalara.

İlaç fiyatlarının artışıyla birlikte bugün bölgede sürsaj yapan depocu şükür kalmadı, bugün %10 deniyor, fakat ortalaması %10 değil, mal bazında %10 olunca, pahalı mallarda düşünülünce, bu %10-15'ler seviyesinde bir finansman kaybıdır, dolayısıyla bir sermaye kaybıdır.

Diğer sorunlar kısaca şöyle; örgütlenme sorunları; bu konuda olumsuz propagandalar vardır. Bizim mevcudiyetimizden hoşlanmayan kişi ve kesimlerin propagandalarıdır ve bizim mevcudiyetimizden dolayı çıkar kaybına uğrayanların propagandalarıdır.

Yönetim ve yönetici sorunları vardır, fakat bunlar 10 yıl sonunda büyük ölçüde aşılmıştır ve diğerleri de aşılmaktadır.

Teknik altyapı sorunları vardır. Bu konuda kooperatiflerin ticari depolara oranla çok daha bilinçli ve bilgili seçimler yaptıklarını seviyerek izliyoruz. Büyük ölçüde kooperatifler bilgisayarla, faxla çalışan kuruluşlardır ve

efektif olarak kullanılmaktadır.

Hatta TEB'in çeşitli aletlerle gösteriler yapılırken, kendimizde olan eksikliği hissettim. Hepinizi İzmir EDAK'a davet etmek istiyorum, orada ben de bir gösteri yapmak istiyorum. Yani, teknik aletleri efektif olarak ne şekilde kullandığımızla ilgili olarak.

Türkiye'de eczacı kooperatiflerinin durumu; bu konuda çok uzun söz söylemeye gerek yok. Sayın Uzgören sabahki oturumda bahsetti. Kooperatifler hızla gelişen ortak sayılarıyla ve artan üye sayılarıyla sanyorum İstanbul'da da bir kooperatif birliğe katılacaktır. Güçlü bir kooperatifler birliği çatısı altında örgütlenmesini devam ettireceklerdir.

Geleceği; ben diyorum ki, kooperatiflerin geleceği 7 kişi kalana kadar var. Bu mesleğin yapıldığı noktaya kadar biz kalıcıyız, gidici olanları da zaman gösterecek.

Teşekkür ederim.

Başkan- Ben bir şey sormak istiyorum. Kooperatiflerin kurulmasındaki amaçları söylediniz. Dağıtım içerisinde hem bir tanzim edici olmak, hem de bir payın eczacı tarafından kullanılmasını sağlamak amaçları var. Tabii diğer sosyal amaçlarının yanında.

Peki, acaba kooperatifler üretime nasıl bakıyor, o bakımdan durum nedir?

Işık Boyacıgiller- Genelde kooperatifler ilk kuruluş dönemlerinde isim olarak zaten hep aynıdır. Yasanın kabul ettiği bir temin dağıtım kooperatifi vardır, biz bunun başına bir de üretim eklemiştik. Üretim, temin ve dağıtım kooperatifi şeklinde, benzeri fazla olmayan bir kooperatif türü. Örneğin çiçekçilerde ve ayakkabıcılarda ve bir de eczacılarda var. Fakat görülen şekliyle, kooperatiflerin üretime sıvanmasıyla, yani kendi başlarına üretim yapmalarıyla bir sonuç elde edebilmenin güçlükleri var, yasalar ve uygulamaları açısından.

Kooperatifler, ortak dışına satış yaptıklarında Kurumlar Vergisine tabidirler, ortak dışına satış yapmaktan kasıt, 1262 sayılı Yasanın da zorlayıcı hükümleriyle tüm koşullara sahip olan kesimlere satış yapmaktadır. Dolayısıyla, mutlaka siz ortak dışına satış yapıp Kurumlar Vergisi muhatap olacaksınız.

Son değiştirilen şekliyle Kooperatifler Kanununun, bizim kuruluş dönemlerimizde olmuş olsaydı biz belki bu şekilde yaklaşabilirdik yani kooperatif içinde tek hisselerle temsil edilen bir anonim şirket konulandırılması gibi, belki bir hilkat garibesi, ama bir yapı mevcut olabilseydi bu şekilde düşünülebilirdi. Ancak, süreç içinde tüm kooperatifler görüşerek bu yapılanmanın bir anonim şirket yapılanma biçiminde olmasının daha yararlı olabileceğini ve bu şekildeki bir yapılanmaya kooperatiflerin ve kooperatif ortaklarının, tüzel kişilerin ve gerçek kişilerin sermaye egemenliğine sahip olacak ve bunu devam ettirecek biçimde olmasının ve devamlılığının sağlanmasının yararlı olabileceği bir şekilde tespit edilmişti. Nitekim, bu yolda adımlar atıldı, bir Çağdaş Eczacılar Laboratuvarı Sanayi ve Ticaret Anonim Şirketi kuruldu. Şimdi tabii masada bir eşitlik sağlanmış oldu şu andan itibaren, çünkü ben onun kurucusuyum, dolayısıyla bu anonim şirket Çağdaş Eczacılar Laboratuvarının temsilcisi olarak ilaç fiyatlarının artırılmasıyla ilgili tavrımı muhafaza ediyorum, çünkü aynı zamanda eczacıyım.

Başkan- Kalksın istiyorsun...

Işık Boyacıgiller- Hayır, hayır.

O konuda zaman zaman gerçek Sayın Müderisoğlu'na hak verdiğim zamanlar çok oldu, söylediklerinin çoğuna katıldım. Gerçekten Türkiye'de ilaç fiyatları konusunda yaşanan şey, şahit olduğum, içinde olduğumuz için bir parça biliyorum; resmen bir karmaşa. Yani, söz konusu olan sistem değil, sistemsizlik. Bir seferinde böyle yapılacak diye talimat geliyor, bir seferinde; hayır, o geçen sefere mahsus, -biz tabii geçen sefere mahsus olanı yapıp gönderiyoruz- hayır öyle olmayacaktı, böyle olacaktı.

Maliyet kontrol edilsin diyoruz, maliyetler belli, maliyetten gidildiğinde siz de kendinizi rahatsız edeceksiniz ve o nedenle sistemin sistemsizlik olması tespitine ben katılıyorum, eğer kendileri de katılıyorlarsa ve sorunun büyük şekilde de buradan kaynaklandığını düşünüyorum. Yani, ilaç fiyatlarıyla ilgili bir problem var, fakat burada da zıt görüşlerin mevcudiyeti var. Demek ki zıt görüşlerin olduğu bir yerde diyalektik kendini ortaya koyar ve bir sentez oluşur, yani bir sonuç alınacaktır bundan. Fakat, sonuç tabii kimin te-

zine yakındır, onu o tezi savunanların güçleri ve birikimleri belli edecektir.

İlaç üretimi konusundaki oluşum; mevcut kooperatiflerin 7'sinin katıldığı, sermaye yapısına tabii, hisseler sahip oldukları bir anonim şirket 10 milyon sermaye ile İzmir'de kuruldu. Başlangıçta oksijen gibi ilk yardımcı malzemelerine yönelik çalıştı, mevcut bir iki ruhsat vardı, gelirken sevinerek öğrendik ki Paracetamol şurubumuz nihayet geçmiş, tablet daha önce geçmişti ve bu yönde birtakım gelişmeler var. Tabii ki bu çalışma yürüyecektir. Biz buradan çok somut karlar elde etmek, zengin olmak, kooperatifin sermaye sorununu halledilebilir gibi yaklaşımlarda bulunarak bu işe başlamadık. Bu işi öğrenebilir dedik, yani burası bizim için bir üretim okulu olsun. Yarın öbür gün başka koşullarda üretmek zorunda kalırsak, maazallah harplar darp olur yıkılır bu iş diye, bilelim şunu, problemler nelerdir diye ve buradan başladık. Gerçekten çok şey öğrendik ve muhakkak ki öğreneceğimiz çok şey daha var. Fakat, şu anda mevcut potansiyel, kapasite, bizim daha ileri ufuklara açılmamızı engelleyici bu bulunduğumuz noktadan sevinçliyiz, muhakkak daha ileriye talep ediyoruz, çalışıyoruz. Yani, bir şekilde depoculuğa alternatif model getirdik. Tabii şunu demiyorum; ilaç üretimine alternatif model getiriyoruz; hayır, o değil, yapılanmaya alternatif getirmeye çalışıyoruz kendi çapımızda.

Üretim konusunda sanıyorum ki bir tek problem, onları temsil etmem tabii çok güç, onları temsil etmiyorum çünkü. Birçok kooperatif, üretimin kooperatifler dışında bir bünyede daha sağlıklı yapılabileceği düşüncesinde ve örneğin bir Eskişehir Ecza Koop'un iki üç tane ruhsat müracaatı vardır, bunların fason üretim iznini Çağdaş Eczacılar Laboratuvarı olarak. Sonuçta, yumurtalar biraz dağınık görünüyor, ama sonunda aynı sepete gelecek.

Teşekkür ederim.

Başkan- Teşekkür ederim.

Ali Bey size bir şey sorabilir miyiz; size çok soruyoruz, ama tabii sizden öğrenmek istiyoruz bilmediğimiz şeyler olduğu için.

Acaba sanayiciler kooperatiflere nasıl bakıyor? Yani siz nasıl bakıyorsunuz? Siz başka bakarsınız belki kişisel olarak, ama sanayici-

ler kooperatifleri nasıl görüyorlar acaba?

Ali Müderrisoğlu- Efendim, sanayicilerin kooperatife özel bir şekilde baktığını zannetmiyorum. Tamamıyla net bir görüşle baktığını zannediyorum, başka türlü başkasının da bir anlamı yok. Fakat, depocuların kötü baktığını...

Depocuların kötü baktığını görüyorum, zaman zaman depocuların ilaç sanayine baskı da yapmaya çalıştığını, fakat ilaç sanayinin bu baskılara gelmediğini de biliyorum. Meseleyi tamamıyla ortada görme durumunda olduğumu zannediyorum efendim.

Başkan- Teşekkür ederim.

Işık Boyacıgiller- Sanayi kooperatiflere gerçekten farklı bakmıyor. Başlangıçta güçlüklerimiz oldu, ancak bu güçlükler süreç içinde çözümlendi. Şu gün için düşünüyorum da biz sanayi için ciddi bir kazancız. Firma, ilacını pazara rekabet olan ilaçlarını bir şekilde pazara sunmak istiyor ve sunarken yapıyor, diyelim ki bir vade uyguluyor, mal fazlası ya da yüksek iskonto uyguluyor. Firma ister ki, bu tabana yaygınlaşsın, eczaneye ulaşsın ki eczacı ona yönelsin. Biz bunu yapıyoruz, öyle olunca diğer ticari depolar da yapmak zorunda kalıyor.

Bir ilacın satın alınabilirliğinin kolaylığıyla nihai finansmanı yapan eczacının bunu satın alabilmesinin kolaylığı ile, sanayi paranın geri dönüş garantisini almak istiyor ve biz sürsarj yapmıyoruz, yapmayınca eczaneye ucuz ilaç intikal ettiriyoruz. Eczanenin mali yapısı da bir anlamda desteklenmiş oluyor. Sonuç olarak, eczane mali yapısı güçlü olmazsa, onun geriye dönüşü güçleşecektir. Bu anlamda, sanayi belki başlangıçtaki tedirginliklerini büyük ölçüde aştı. Çünkü, bir istikrar var, devamlılık var, yönetsel devamlılık var. Bir çok konudan bakıldığında kıyas kabul

emeyecek bir dağıtım mekanizması var ortada ve artık %20 boyutuna ulaşmış bir dağıtım mekanizması var, üstelik belli bir güvenceye de sahip. Sonunda bu kişiler kooperatiften ayrılabilirler, beş yıla kadar sorumlulukları devam ediyor. Ayrıldıktan sonra kooperatif batı, batanlar batı, kalanlar ayakta; bu şekilde de eczacıya müracaat etme kolaylığı var. Yani, sanayinin bu konuda bize bakışında bir olumsuzluğu şu ana kadar sezmedik, başlangıçta biraz güvensizlik vardı, çünkü bizi yapı kooperatifi sandılar ne yapacaklar bunlar diye; oysa sonuçta iyi işletilen birim ve üniteler olarak somut göstergeleriyle ortaya çıktı. Tabii bunda öncelikle teşekkürü bize güvenen ortaklarımıza ve meslektaşlarımıza borçluyuz.

Başkan- Sürsarjdan söz edildi. Sürsarj meselesi 4-5 yıllık, ortaya atıldığı zaman Sağlık Bakanlığı'nda görüşmeler yapıldı da mesele düzenlenirken sürsarjla ilgili olarak genelge yayınlanmıştır Resmi Gazete'de. Orada denildi ki, işte bu depocular ve eczaneler sürsarjı kullanacaklar. Hatta ben dedim ki, sanayi ne düşünüyor? O zaman Nurettin Turan burada olduğu için söylüyorum, Nurettin Turan da sanayi temsilcisi olarak "Zinhar, bizi hiç karıştırmayın" şimdi yapıyor sürsarjı. Bir kere o Resmi Gazete'de yayınlanan genelgeye göre sanayinin adı yok, ama yapabiliyor. Bu iş nasıl halledilebildi ve yapmaktan ne fayda umuyor acaba, sanayinin faydası ne. O zaman hiç istenmediğine göre, şimdi ne değişti ki faydası oluyor.

Ali Müderrisoğlu- Sanayi açısından sürsarjı açıklamakta yarar var. Ben bugün bir fiyatım tasdik edildiği takdirde elimdeki malı o fiyattan satabilirim demektir. O zaman, ben bugün bu fiyattan bu ilacı satmak için fiyatım tasdik edildiyse ben elimdeki stoku bu fiyattan satabiliyorum anlamına gelir.

Başkan- Bu karamamede yoktu ilaç sanayi için, genelgede.

Ali Müderrisoğlu- Bundan doğal bir şey yok, çünkü, fiyatınızı aldığımız zaman elinizdeki stoğu bu fiyattan satmaktan daha doğal bir şey yok.

Başkan- O başka da, yoktu da nasıl halledediniz, halledilebildi sanayi olarak...

Ali Müderrisoğlu- Onu bilmiyorum Hocam. Bu konuya Nurettin Bey daha iyi ce-

vap verir herhalde.

Başkan- Tabii, buyursunlar.

Nurettin Turan- Teşekkür ederim Sayın Hocam. Bu hususta bir açıklamaya fırsat verdiğiniz için teşekkürle söze başladım.

Konuda, zinhar bizim böyle bir talebimiz yok şeklindeki anlayışınıza katılmıyorum, ben de o komisyonda kararı hatırlıyorum, müsaadenizle zinhar kelimesinin manasını açıklayayım. Şimdi, fiyat değişimlerinde bundan evvel yapılagelen uygulama şudur; Sayın Müderrisoğlu'nun da belirttiği gibi, bir fiyat tasdik edildiğinde sanaycinin elinde sürsarjı gerektiren baskılı kutu vardır, bir miktar da mamul ilaç da olabilir. Bu, bundan evvel, yani eczacılara ve depolara sürsarj hakkının tanınmasından evvel çıkarılmış müteaddit sanayiye gönderilmiş genelgelerle bunun nasıl olacağı Sağlık Bakanlığı tarafından tayin edilmişti. Biz bunun için yıllarca ter döktük; efendim yaldız sürsarj olsun; hayır yaldız olmasın, bilmem şurası karalansın veya bir sonraki Sayın Boyacıgiller çok güzel ifade ettiler, bir sistemlilik sistem oldu Türkiye'de, özellikle fiyat konusunda.

Dolayısıyla, adeta ortalama belki 18 ayda bir ilaç sanayinin elinde bir servet olarak bulunan, çoğunlukla da o zaman baskı makineleri birçok firmada bulunmadığı için, döviz darboğazının olduğu 70'li yıllarda bunlar da getirilemediği için genellikle fiyatlar öncelikle matbaalarda basıldı. Bunun bir başka nedeni de, bugünkü kadar enflasyon seviyesinden kaynaklanan fiyat artışı sıklığı yoktu.

Sayın Domaç bunu tablolarla gösterdi, bu, evvelki yıllarda hatırlanacağı üzere yılda bir, azami iki defa oluyordu. Dolayısıyla, biz kutuları belli oranlarda elimizin altında stoklarda bulundurduk, ama artan kutuların ziyan olması için önce çift siyah yapılmak, kırmızı çizgiler, o olmadı daha sonra yaldız yapılması gibi aslında sanayi bakımından hem ekonomik olmayan, hem de yeni problemlerle karşı karşıyaydı.

O yıllarda yine alt komisyonda sizinle çalışırken, benim zinhar bizi bu mesele içine getirmeyin değişim bundan kaynaklanıyor, çünkü o zaman elimizde yaldızlı bir yığın kutu var, bu sistem yürüyor, kırmızılı vesair, bu milli servettir. Dolayısıyla, biz sanayide o za-

mana kadar tanınmış sistem de gelsin, çünkü biz ona adapte olmuşduk, hakikaten pul işi takdir edersiniz ki milyonlarca üretim yapan bir firma için tek tek uğraşılacak bir konu değil, kolaylıkla; ama, o zaman sanayi olarak biz de eczacıların ve depoların sürsarj hakkının tabii bir hak olduğunu müdafaa ettik, sizinle beraber hareket ettik, hasbel kader esasen ben sizden evvelki dönemde bu birliğin genel sekreteri olarak bu konu üzerinde bir hayli emek sarfettim. Bütün bakanlıkta gerekli dosyaları hazırlamış ve sunmuştum. Bir gelişim içerisinde nihayet 1984 yılında yapılan çalışmalarla şimdi bu hak bugün elde edilmiş ve devam edegelen bir şey olmuş; ama, zaman içinde bir başka gelişim daha oldu. O nedenleri biliyorsunuz, bu pul meselesi daha sonra birliğimizin elinden alındı, bir başka kuruluşa verildi ve sonradan yine burada maalesef kelimesini kullanacağım, bu pul sisteminde biz de girmiş olduk.

Başkan- Yani siz konuya o taraftan girdiniz.

Nurettin Turan- O taraftan...

Başkan- Tamam, peki, teşekkür ederim.

Konuşmaları zamanın yettiği kadar bitirdik, acaba şimdi sizler ne diyorsunuz?

Buyrun.

Fatma Çağlayangil (İlaç İşverenleri Sendikası)- Ben sendikada uzman olarak çalıştığım için hocamın bir sorusuna cevap vermek istiyorum. Avrupa ülkelerinde ilaç fiyatlarının ucuz olduğunu iddia ediyoruz, bunun nasıl hesaplandığını Sayın Hocam anlayamıyoruz diyor. Sayın Hocamın anlayamadığı, benim bildiğim kadarıyla ilaç mevzuunda sadece ben kendisine küçük bir açıklama yapmak istiyorum.

Biz, tüm terapötik gruplardan üç veya dört örnek alarak toplam 100 ilaç üzerinden çalışma yapıyoruz, bu çalışmayı Sayın Kamacık'a da göstermiştim, gayet iyi bilirler ve doğru olduğunu da bilirler.

Bu çalışmadan aldığımız neticeler, sizin ara sıra basına verdiğiniz şu ilaçlar Türkiye'de daha pahalıdır dediğiniz sistemle aynıdır, onu belirtmek istedim. Sistem odur, aynı sistemi kullanıyoruz.

Başkan- Yani %76 ucuz, yani İsviçre'de 100

lira olan burada 34 lira ise bunun bir anlamı yoktur, öyle bir şey olamaz zaten.

Fatma Çağlayangil- Oluyor.

Başkan- Her zaman olamaz herhalde...

Fatma Çağlayangil- Hayır, yani evet.

Türkiye'de 100 lira olan bir ilaç biz diyoruz ki İsviçre'de daha pahalıdır, yani %70 oranında bizden daha pahalıdır diyoruz.

Başkan- Evet, maliyetinin altında olsun...

Fatma Çağlaangil- Evet, pahalı diyorlarsa, aynı sistemde, sistemde fark yoktur, onu belirtmek istiyorum. Sırf yardımcı olmak için, sistemi belirtmek istedim.

İkinci açıklamam da, Sayın Kamacık arkadaşımıdır, kendisiyle çok iyi anlaşırız.

Sosyal Sigortalar Kurumunun genel sağlık giderleri içinde ilacın payının %83 olduğunu söylediler. Ben bunun bir makine hatası olduğunu zannediyorum, çünkü Sayın Kamacık 207 milyar liranın içinde 87 milyarın pek %83 olduğunu hiçbir zaman zannetmem, oran %42.

Başkan- Teşekkür ederim efendim. Buyrun.

Levent Kamacık- Sayın Çağlayangil, ben matematiği sevmezdim, ama işte bu ilaç fiyatlarıyla uğraşırken böyle oldu. Bir anlaşılma var sanıyorum, 207 milyar 70 milyon SSK'nın sağlık bütçesi 1987 yılı için. Yalnız bu bütçenin içinde tıbbi malzeme, diğer tedavi giderler, aylık ücret ve yolluklar dahil. Sigorta Genel Faaliyet Raporunda.

Aylık ücret ve yollukların hariç tutulması durumunda, -kaynağını daha fazla açıklayamıyorum, içeriden verildi bunlar çünkü- yani kusura bakmayın. Bizde var, biz sanayiden de alıyoruz, seviliyoruz.

Ücretler 101 milyar, eğer bunu düşerseniz 105 milyar ilaç harcaması kalıyor, lütfen şu üçüncü haneyi ayrıca tetkik edelim.

Teşekkür ederim.

Başkan- Buyrun.

Doç.Dr. Nurettin ABACIOĞLU (TEB

Genel Sekreteri)- Sayın Başkan, teşekkür ederim.

Ben Sayın Çağlayangil'den şu 100 ilaçlık ilaç fiyat oluşturma hesaplamasını da bir kere daha burada anlatmasını rica edeceğim. Çünkü bu konuyu devamlı tartışırız İşveren Sendikası Sayın temsilcileriyle ve sanayicilerimizle. Hep yapılan ve benim anladığım kadarıyla bir aritmetik ortalama yapılıyor, armutlarla elmalar birbirleriyle toplanıyor ve sonra Türkiye'de ortalama ilaç fiyatı falanca kadardır, içerideki örneklerinden de şu kadar daha ucuzdur diye.

Şimdi ben eczane eczacısı değilim, ama hasbel kader biz de bu işlerle uğraşıyoruz. Hatırladığım kadar, Rocephin Ampul 50 lira civarında Türkiye'de satılıyor, Gripin de 125 lira. Bir kutu Gripin artı bir kutu Rocephin Ampulü satın aldığımızı düşünelim eczane-den. Acaba ortalama kaç para tüketici olarak öderiz, bunu görüşlerinize sunuyorum veya 10 kutu Gripin artı bir kutu Rocephin aldık, topladık, l'e böldük, bayağı ucuza çıkarız eczane-den. Eğer 50 kutu alır da, 50 kutu Gripin 1 kutu Rocephin alırsak bedava çıkarız eczane-den.

Dolayısıyla, bu hesap, kerameti kendinden menkul olan bu hesaplama sistemi nasıl bir sistemdir ki, Türkiye'deki fiyatların daha ucuz olduğunu veyahut da ortalama ilaç fiyatının öngörebileceği nasıl ortaya konuyor? Bunu anlayamıyorum. Bu konuda bilgi rica ediyorum.

Bir de Sayın Müderrisoğlu'nun bilgisine müracaat etmek istiyorum. 1976'da zannedersem sendikanız danışmanlık veya genel sekterlik görevini yürüten Tuna Uçansu idi. Ankara'da rahmetli Kaymakçalan Hocanın kürsüsünde farmakologlara ilaç sanayi hakkında bir tanıtım yapılıyordu. Dendi ki, 1976 itibarıyla vergi öncesi %5.6 ilaç sanayi karlılık içeriyor. Benim o toplantıda sorum olmuştu, dedim ki; ne ilaç sanayi bu karlılıkla çalışmaya devam eder, yani amme menfaati çok önde, ama firmanın kendi rantabilitesini koruma menfaati nerede kalıyor ve nasıl çalışıyor. Buna pek o zaman cevap alamamıştım. 13 sene sonra 1.2'ye düşmüş veya 2.2'ye düşmüş, bayağı aşağı gitmiş. Şunu merak ediyorum;

Acaba vergi sonrası ilaç sanayinin net karlılığı nedir, neden Türkiye'de ilaç sanayi faaliyeti halindedir?

Teşekkür ederim.

Başkan- Buyrun Sayın Müderrisoğlu.

Ali Müderrisoğlu- Efendim, bir defa bu ilaç sanayi bu kadar düşük karla niçin devam ettiği çok kere soruldu. Ben bir şeye dikkat ettim; ilaç sanayine giren yeni sermayedarı bulmak çok zor. Bazı sermaye grupları ilaç sanayiine giriyor bir hevesle, kısa zaman içinde bu endüstri dalını terk ediyorlar. İlaç sanayinin kendine mahsus bir şeyi var, bu, insanın karnına bir kere girdi mi oradan çıkması çok zor. Dolayısıyla, ilaç sanayinde ne yaparsanız yapın yaşamaya devam ediyorsunuz. Nitekim, ilaç sanayi çok zor günler geçirdi, o zor günlerde bile çalıştı, bir yere kadar da geldi ve bugün de öyle zannediyorum ki iftihar edilecek bir sanayi düzenine girdi.

Ancak, hakikaten her geçen gün özellikle yerli sermayenin güçleşiyor. Yavaş yavaş iyileşmeleri görmemiz muhtemeldir, yavaş yavaş yabancılar tarafından satın alınmamız da önümüzdeki yıllarda kuvvetle muhtemel olacak; bazı sanayileri gördük, yan dallara kaydılar. İlaç sanayinde yaşayabilmek için yan dalların desteğine sahip olabilmek için daldılar, fakat yine de ilaç sanayinin çok kendine has bir durumu var.

Başkan- Yani, meydanı bazı şeylere bırakmak zorunda kalabilir diyorsunuz. Peki, buna tedbir almak düşüncesi yok mu?

Ali Müderrisoğlu- Elbette var, herkesin tedbir alma düşüncesi var, fakat bu tedbir günün şartlarına göre ne derece alınabilir. Pazar payını kaybettiğini görüyorsunuz, yabancı sermayenin daha güçlü bir sermaye yapısı altında geldiğini görüyorsunuz, yatırım yapmak gerekliliği var, kredi faizlerinin yüksekliği var. Bu durumda yerli sermayenin ne derece gelişebilir, ne derece kalabilirliği artık zamanla düşünülebilir.

Efendim, %76-40'lar söylendiği zaman, belli endikasyon grupları arasında yapılan bir araştırmadır. Keşke Gripin, Rocephin endikasyonunda kullanılmış olsaydı da ortalama düşürülmüş olsaydı. Hadise, arkadaşımızın dediği gibi dramatize edilmiyor ve biraz daha bilimsel yaklaşıma gidiliyor. Elmalarla armutlar değil de, bir starking elmayla Amasya elmaları bir araya toplanıp ortalama alınıyor.

Başkan- Buyrun efendim.

Ecz.Rıfat GÜNEY- Efendim, bu panel benim için son derece ilgi çekici bir panel. Alet edevat bakımından öyle, üçüncü bölüm konuşmaları bakımından da öyle. Bu bölümde baştan panel yönetim, usulünü bize söylemediğiniz için yadırgadığımı ifade edeyim.

Başkan- Ben söyledim de, tam anlaşılmadı.

Ecz.Rıfat Güney- Belki ben anlayamadım. Daha çok panel başkanı olarak siz ve panelist arkadaşlarımız Ali Müderrisoğlu arkadaşımıza sorular yönelttiniz, cevaplar aldınız, bizler de bekledik. tabii böyle bir yöntemi seçmekten amacınız, önemli konular açık kalmamasın, iyice ortaya çıksın diye olmalı. Ancak, o arada Ali Müderrisoğlu sınıf arkadaşımıdır benim, ona da çok soru yöneltildi gibi geldi, işin kötüsü ben de ona bir soru yöneltmek istiyorum.

Ona yöneltilen sorulardan, Sayın Abacıoğlu, 2.2 ile nasıl oluyor bu işler diye sordu. Ali arkadaşımız da, işte o biri işin havası oluyor; tiyatro oyuncularına sorarlar, az para alıyoruz batıyoruz derler; niye devam ediyorsunuz diye sorarlar; sahne tozu yuttuk ondan diyorlar.

Şimdi, birinci tur konuşması benim beğendiğim bir konuşma oldu, ancak başındaki sinemayı daha çok beğendim. O gösterinin içinden, icraatın içinden dediği gösteri sırasında bir resme rastladım, reklam şirketinde çalışan bir arkadaşın resmi, herhalde bir reklam şirketine yaptırılmış. İlaç İşverenleri...

Şimdi sorum şu...

Efendim, bu olay ne amaçla, sadece buraya getirmek için mi, hangi amaçla yaptırıldı bu ve kaç paraya mal oldu?

Teşekkür ederim.

Ali Müderrisoğlu- Ben, arkadaşım Rıfat'tan daha iyi bir soru bekliyordum.

Bir defa niçin yapıldığı gayet aşikar, moda uymak için yapıldı. Bugün multivizyon modası var, nereye giderseniz gidin her şey multivizyonla tanıtılıyor her şey.

Ecz.Rıfat Güney- Nerede, ne amaçla kullanılmak üzere?

Ali Müderrisoğlu- Her yerde tanıtım amacıyla kullanılmakta, işte burada da kullanıldı, değişik her türlü ortamda bir şeyi tanıtmak istediğinizde ya broşür basarsınız ya bir sergi yaparsınız; bugünkü çağda daha böyle karışım şeylerde multivizyon. Dün akşam burada bir yemektedirim, Tanıtma Bakanlığı'nın bir multivizyonu vardı, yarın bir yere gidiyorum, orada bir multivizyon; herkes bir multivizyon modasına girdi, ilaç sanayi de buna ayak uydurdu ve bir multivizyon yaptırdı bir reklam şirketine. İyice kötü bir amaca yarıyor veya yaramıyor o yerine göre tartışılıyor. Kaça yapıldığını bilmiyorum, hesabı da oldukça karmaşık, çünkü her oynatışta ayrı bir fiyat alıyorlarmış, oldukça karmaşık bir sistemi var; ne kadara yapıldığını bilmiyorum.

Başkan- Teşekkür ederim. Buyrun.

Ecz.Neşet Ömer Saygı- Adamın birinin televizyona çıkıp, "Taktım bu çeşme kurnasına" demesi gibi biz de taktık bu 2.2'ye. Şimdi yeni muhatabımız sanayicilerin temsilcisi olarak Sayın Müderrisoğlu.

Benim hafsalamın almadığı bir olay var. 1988 yılbaşında DM serbest piyasada 800 lira, Amerikan Doları 1350 lira. 1988 sonunda Alman Markı 985 lira, Amerikan Doları 1785 lira. Alman Markı'ndaki reel artış %25, Amerikan Doları'ndaki %35. Aradaki %15 çapraz kurda iki paranın birbirine karşı değer kazanmasından geliyor.

Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 1988 için açıkladığı enflasyon rakamlarına bakıyoruz, %60. İstanbul Ticaret Odası'nın %80. İşçi ücret artışları 1988'de %25. Yani şu rakamların genelinde ortalamasını alırsak, %70 gibi bir rakamı kabul etsek, ilacın artışına bakıyoruz %110. İkisinin arasında %40'lık bir pay farkı var. Yani 1000 liralık bir ilaç 2100 liraya geliyor; oysa, enflasyon oranlarına göre alırsak 700 liraya gelmesi lazım. Aradaki 400 lirayı doğrudan doğruya imalat payındaki yüzdesi %33 olan hammaddeye uygulasak, bu sefer hammaddenin imal edildiği ülkede %100 gibi fiyatı artmış oluyor. Bu da hiçbir ülkede %100'e varan boyutlarda değil; ama, bana göre bunun, %2.2'nin bir tek mantığı var. Bunu iki bölümde açıklayacağım, bu açıklamamı belki bir ilaç sanayicisi öbür gün yine bir fanatik eczacı diye ben ve benim gibi düşünenleri yorumlayacak.

miz artmadı dedi.

Bir kere Türkiye'deki ilaç sanayicisi büyük çapta yapanlar holdingler bünyesinde toplanmıştır. Holdinglerin bir çoğu sermaye gereksinimini sağlamak için bankalardan kredi kullanmak yerine %87'ye varan faizlerle %50 sermayesi oranında tahviller çıkarmaktadır ve bu tahviller hamilinedir. Bir holdingin en az, ortalama 7 anonim şirketten kurulduğunu ve bunların da 7'şer kurucu üyesini düşünürsek 49-50 kişiyi bünyesinde barındırır ve bu hamiline tahviller de kasada bloke edilirse faizleri şirketin genel gideri gösterilir, vergi kaçırılır, tahvillerin faizleri de yanlarına rant olarak kalır. Tabii ki o zaman %2.2'lere yaklaşırız.

Bir diğer yönü, holdingin yatırımları holdingin bünyesindeki şirketlere kaydırılırsa, bu masraflar da ilaç endüstrisine yansıtacağından yine %2.2'lere yaklaşılır. Ben olaya böyle bakıyorum.

Teşekkür ederim.

Başkan- Ben de teşekkür ederim. Buyrun.

Ecz.Hamdi Arı - Sayın Başkan, ben izninizle tüm konuşmacı arkadaşlara aynı soruyu yönelteceğim. Hepsi de birer cümleyle aydınlatırlarsa memnun olurum.

Son günlerde gündem edilen bir başka konu, ilaç fiyatlarının tamamen serbest bırakılması hadisesi. Eczacılık kamuoyunda bu farklı yorumlara yol açıyor. Ben sanayici olarak Sayın Müderrisoğlu ve diğer arkadaşlarımdan da, bu tamamen serbest bırakılma olayı uygulamada nasıl gerçekleşecektir, bildikleri kadar aydınlatmalarını istiyorum.

Teşekkür ederim.

Başkan- Sağ olun.

Zannediyorum ki tam bir şey söylenemez, herkes tahmin söyleyecek çünkü, bunu çıkaran Sağlık Bakanlığı'dır. Soruları almaya devam edelim, sonra arkadaşlar cevaplasınlar. Buyrun.

Ecz.Asal Uçkunkaya- Şimdi bir multivizyon izledik, orada kaydadeğer bir şey göremedim, yani göremedim deyince, soru soracak, zaten ilaç sanayinin çok iyi durumda olduğunu biliyoruz. Slaytta Sayın Müderrisoğlu bir açıklama yaptı; 5 yıldır kutu adedi-

Bende birtakım şeyler oluştu, 5 yıl içinde mutfakta yangın var, halk yeteri kadar beslenmiyor. Acaba kirli hava vardı, o yeşil sahalarla düzeldi de hastalık mı azaldı; nüfus artışı çok önemli yerlerden bir şeyler geldi de nüfus mu azaldı; sigara artık sağlığa yararlıdır demeniz lazım, kutu adedi artmadığına göre, demek ki hemen hemen ilaca verilen paranın üç mislini sigaraya veriyoruz, buna rağmen ilaç almıyoruz, demek ki sigara sağlığa zararlıdır.

Gıdalara gelelim, beş yıl evvel tereyağı veya et herhalde bugünkünden daha temiz değildi, karikatürler görüyoruz, eczane, saatçı, kuyumcu hiçbirinde bir şey yok, eczacının camı kırılıp antibiyotikler alınıyor.

Acaba ilaç İşverenleri kutu adedini sabit tutmayı mı yeğlediler veyahut da kutu adedini artırıp aynı ciroyu mu yapmak isterler, yani cirolarda bir değişme yok, ama artık vatandaşın pasaportunu nüfus cüzdanını bırakıp bir ay sonra alıyor, evlenme cüzdanını bırakıp 1,5 ay sonra alıyor; emekli ve orta direk %20'yi veremiyor, artık bakkala döndü eczaneler.

Teşekkür ederim.

Başkan- Buyrun.

Ecz.Zafer Kaplan- Sayın Müderrisoğlu slayt gösterirken bir rakam dikkati çekti, 1987 yılında ilaç sanayisi kredi olarak 38 milyar liralık bir yatırım yapılmıştır. Benim merak ettiğim, kullanılan sanayi olarak kredinin miktarıdır. Bu kredinin finansman giderinin ilaca yaklaşık %20 oranında bir yansımaları var. İşte bu noktada kullanılan kredinin miktarı 1987 yılında nedir?

Başkan- Buyrun.

.....- İsviçre'de Türkiye'den %70 daha ucuz olduğunu söylemiştiniz. Biliyoruz ki İsviçre'de %3-5 civarında bir enflasyon var, Türkiye'de ise %70-80 dolayında. Türkiye'de ilaç fiyatlarının düşük olduğunu söylüyoruz. Ekonominin teorisini tersine mi çevirsek, yani enflasyonu mu desteklesek, enflasyon yükselince fiyatlar düşüyor. Bunu nasıl açıklayacaksınız?

Rekabet ne kadar fazla olursa ilaç fiyatlarının o ölçüde düşeceğini söylediniz. Biliyoruz ki

1984 kararnameyle ilaç fiyatları serbest bırakıldı, siz tam sistemiyle uygulanmadığını söylüyorsunuz, varsayalım ki öyledir, ama buna rağmen az da olsa bir kuralı var, işliyor, 5 yıldır işliyor, bu rekabete rağmen ilaç fiyatları sürekli artıyor. Bir tek ilaç gösterebilir misiniz rekabete rağmen?

Başkan- Teşekkür ederim.

Ecz.Muharrem Ölçer- Konuşmacının sunumundan da anladığımız kadarıyla, ilaç sanayinin ilaçta aşırı karlar elde ettiği ortada. Bu durumda, bir demokratik kitle örgütü olarak toplumumuzda bir baskı unsuru oluşturuyoruz, bundan dolayı da bu kongreyi düzenledik. Bir aşırı kar elde etme olayı var, insanımızın cebinden parasının alınması, bunun yanısıra sağlığının alınması söz konusu. Yani hukuksal olarak ortada bir suç unsuru var. Ben uzman da değilim, fakat bu hukuksal olayı çözümlenmeden olaya çözüm getirebileceğimize inanmıyorum. Kongre'nin sunumlarından da bu ortaya çıktı, karşılıklı tartışmalar halinde belli yerlerde uzlaşmaya gidildi. Demokratik kitle olarak böyle bir hukuksal dava açmayı düşünmüyor muyuz?

Başkan- Buyrun Aydın Bey.

Aydın Tansel- 25-26 yıl evvel bizzat başlattığımız bir tartışmanın bugün devam etmekte olması beni hem heyecanlandırdı, hem sevindirdi, hem de üzdü. Tabii ulusal çıkarlarımıza daima büyük heyecanla sahip çıkmamız sevindirici, ancak bazı tespitleri de yapmak lazım.

26 sene öncesinden bu yana köprülerin altında birçok sular aktı, şimdi bu tespitleri özetle yapmak istiyorum. Bugün Türkiye'de birsiyasi tercihin uygulanması olayı var. Ekonomik alandaki düzenlemesinin adını koymuş, serbest piyasa ekonomisi diyor. Şimdi bu bugünkü siyasi iktidarla da kayıtlı, buna ilave Ortak pazara gireceğim diyor, patent tasarısı 92 olarak hedeflenmiş durumda. Bu gelişmeler içinde bir önemli nokta daha var, Türkiye'de bugün ilaç fiyatları mevcut mevzuata göre serbesttir, ama bu mevzuat uygulanmıyor.

Orada, üretici fiyat artırıcı nedenleriyle birlikte fiyatını Bakanlığa bildirir der. Bakanlık 10 gün içinde itiraz etmezse fiyat yürürlüğe girer.

Türkiye'deki siyasi iktidarın siyasi ve ekono-

mik tercihinin gereği budur. Ben şimdi panelistlerden bir hususu öğrenmek istiyorum. AT konusunda bu siyasi iktidarın değil, siyasi partilerin görüşü de belli; bu taktirde 26 sene önce başlattığımız münakaşalarda bugün bir çözüm olarak neyi önerebiliyorsunuz?

Başkan- Teşekkür ederim.

Ecz.Mustafa Aydın- Üretimden Tüketim İlaç konulu paneli izledik fakat pek tatmin olmadık. Gönül arzu ederdi ki bu panelde çok şey halledilsin. İlaç sanayindeki maksat, yağın tuzun dışarıdan gelmesi, eczacının helva yapması mıdır; yani ilaç sanayisinde hammadde üretiminin durumu nedir? Gelecekte ilaç sanayisinin durumu nedir? Bolu'daki alkaloid fabrikasının kapasitesi nedir, gelecekte hammadde üretimindeki durumumuz nedir?

Başkan- Teşekkür ederim.

Buyrun Ali Bey.

Ali Müderrisoğlu- Efendim, bu kadar derin bir mevzunun bu kadar kısa bir zamanda iyice deşilmesi imkansız. Serbest fiyat diyoruz, onu iyi anlamamız lazım. Sayın Tansel arkadaşımız değindi, bir yerde serbest fiyat kararname var, ama serbestten kasıt serbest mi, yoksa kontrollü bir serbestlik mi, onu iyi bilmemiz lazım. Serbest fiyat kararname dediğimiz husus diyor ki; evet fiyatını vermekte serbestsin, gerekçelerini vermek mecburiyetindedin. Bu gerekçeleri verirken de bir tek şeye dikkat edeceksin, müstahzar bazında %20'den fazla kar etmeyeceksin, bilanço bazında %25'den fazla kar etmeyeceksin, ben sana müracaat ettiğim zaman 10 gün içinde cevap vermediğim taktirde bu fiyatı kullanabilirsiniz. Fakat, bu hiçbir zaman tatbik edilmedi.

İkinci bir serbest fiyattan bahsediliyor günümüzün Sağlık Bakanı tarafından. Bu da bizim duyduklarımızla, herhangi bir çalışma yok, varsayımlarla ve dedikodu mahiyetindeki hususlarla gidiyoruz varsayımlara. Demek ki ilaç sanayinin fiyatı serbest olacak, depocununki serbest olacak, eczacının ki serbest olacak, eczacının verdiği devlet müesseselerine iskontoyla serbest olacak; bir curcuna. Bunun da böyle olması mantiken imkansız tahmin ediyorum. Bunun üzerinde bir varsayım getirmenin de anlamı yok. Şu anda ortada her şeyi konuşup hiçbir yere gelmeyebiliriz.

Ünite artması mühim. Türkiye'deki satuşlarını artmadığını görüyoruz kutu adedi olarak. Şu şekilde izahını yapabilirim. Bu benim şahsi fikrim. Bana kalırsa Türkiye'deki ünite adedi daha da düşebilir.

Biraz evvel Levent Kamacık elindeki kutuları gösterdi, Türkiye'de kalırsa tedavi çok ilaçla yapılıyor, buna da gerek yok. Bugün Türkiye'de eğer ciddi bir şekilde tedavi yapılabilirse çok daha ucuz ilaçlarla ve az ilaç kullanarak tedavi yapılabilir görüşündeyim.

İlaçların fiyatının artması nedeniyle kutu adedinde bir miktar azalma olduğunu da izah edebiliriz.

Başkan- Teşekkür ederim, süreniz doldu. Buyrun.

Ecz.Mehmet Domaç- Serbest piyasa içinde ilacın durumu ne olur dediler. İstanbul Eczacı Odası Başkanı olarak, bir defa ilacı serbest piyasa ekonomisi içerisinde kesinlikle düşünmüyoruz. Serbest piyasa ekonomisi içerisinde ilaç bırakıldığında halkın sağlığı ciddi bir şekilde tehlikeye girer. Serbest piyasa ekonomisi içerisinde serbest fiyat şeklinde bırakılırsa, ilaç fiyatları bunun beş katına çıkar, zaten geçtiğimiz bir panelde de Sayın Eczacıbaşı, "Ben buna katılmıyorum, ilaç fiyatları artar" demişti Kaya Turgut Bey'e. Bir tanesi ilaç fiyatlarının serbest bırakılmasını başka nedenlerle savunuyor, ikincisi savunmuyor gibi görünüyor; ama ilaç fiyatlarının artacağı kesin, beş katına çıkar.

İlaç, serbest piyasa içinde değerlendirilirse, vatandaş ilacı kendisi seçmediği için, bu ilacın fiyatından ucuzu tercih etmesi mümkün olamaz. Dolayısıyla, ilaç fiyatının serbest bırakılması demek, artık ülkede bir kaos yaşanması demektir. Bu ölçekten sonra da serbest bırakılması demek, Sayın Tansel'e katılıyorum, ilaç fiyatları zaten serbesttir, ama bu ölçekten sonra da ilaç fiyatlarının daha serbest bırakılması, hiç bakanlık denetiminin yapılmaması, bakanlık denetiminden çıkarılması demek kaos demektir. Eczacının ilaç disiplininin ülkemizde bozulması demektir ve halkın sağlığı da büyük bir ölçüde zarar görecektir.

Başkan- Teşekkür ederim.

Buyrun.

Işık Boyacıgiller- Sayın Tansel'e cevap vermek istiyorum. Kişisel olarak bu fikrimi beyan etmek durumundayım. Bugün AT'deki ülkelerin temel hak ve özgürlüklerin kesintiye uğramadan yürütebilmesi için patent feda olsun diyoruz, benim yaklaşımım bu. Yani, AT 'ye girecektir diye patent olsun değil, AT ülkelerindeki temel hak ve özgürlükler devamlı olsun, bizde de olsun diye patent ücret olabilir diyorum.

Başkan- Buyrun.

Ecz.Levent Kamacık- Ben, arkadaşımın sözüne devam ederek AT' ile ilgili olarak. Çözüm-süzlük konusunda olduğumuzu sanmıyorum ben. Bugün bütün siyasi partiler AT konusunda görüşlerini açıklamış olabilir, ama Türkiye'de mevcut olmayan siyasi partiler de var AT'de. O zaman, her şeyden önce bu bir tartışma konusudur. Bu politikanın oluşması lazım, yani artık AT artık tamamlanmış bir süreç içinde olduğunu kabul etmiyorum. İlaç konusunda da Türk Eczacıları Birliği'nin yıllardır savunduğu bir politika var, buda çok açık.

Teşekkür ederim.

Başkan- Efendim, ben hepinize de teşekkür ediyorum. Şimdi söylenen serbest fiyat, ilacın üstünde fiyat yok demektir.

Teşekkür ederim.