

## İLAÇ POLİTİKALARI VE UYGULAMALARI BAĞLAMINDA BİREYLERİN İLAÇ KULLANMA DAVRANIŞLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA: ISPARTA İLİ ÖRNEĞİ<sup>1</sup>

### A RESEARCH ON THE DRUG USE BEHAVIOR OF INDIVIDUALS IN THE CONTEXT OF PHARMACEUTICAL POLICIES AND PRACTICES: A CASE STUDY OF ISPARTA

Mustafa ZEYBEK\*, Erdal EKE\*\*

\* Öğretim Görevlisi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, mz-zeybek@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9607-1986>

\*\* Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, erdaleke@sdu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-9529-5889>

#### ÖZ

Günümüz sağlık sistemleri açısından en önemli konulardan birisi, hiç kuşkusuz ilaç politikaları ve bu doğrultuda bireylerin ilaç kullanım davranışlarıdır. Çalışmada, toplumun ilaç politikaları bilgi düzeyi ve ilaç politikalarının bireylerin ilaç kullanım davranışını nasıl etkilediği ölçülmeye çalışılmıştır. Veri toplamak için nicel veri toplama yöntemi olan anket kullanılmıştır. Anket soruları Isparta'da 18 yaş üstü bireyler arasından seçilen 400 kişiye uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre katılımcılar arasında en az bilinen ilaç politikasının referans fiyat uygulaması, en fazla bilinen politikanın ise muayene katılım payı olduğu görülmüştür. Uygulanan politikaların yanı sıra bireylerinde ilaç fiyatlarını önemsedikleri saptanmıştır. Ancak bu duruma rağmen halkın jenerik ilaçlardan uzak durduğu görülmüştür. Elde edilen veriler neticesinde Sağlık Bakanlığına, halka yönelik uygulanan ve halkı ilgilendiren her türlü politikanın ya da uygulamanın bireyler tarafından öğrenilmesi ve farkındalık düzeylerinin artırılması amacıyla çeşitli çalışmalar yapması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İlaç, İlaç Kullanım Davranışı, Akılcı İlaç, Sağlık Politikası, Sağlık Sektörü.

**Jel Kodları:** I12, I18

#### ABSTRACT

One of the most important issues for today's health systems is undoubtedly drug policies and drug use behaviors of individuals in this direction. Study measures; the knowledge of the level of public's drug policies and how the drug policies affect the use of drug. A questionnaire, a quantitative data collection method, was used to collect data. Then it is applied to a selected group of 400 youngsters in Isparta who are 18 and above. According to the results of the research the group knows the reference price implementation the least, but they know the inspection share the most. Besides these policies, it is obviously seen that individuals attach importance to the drug prices. In spite of this it is also seen that publics avoids the jeneric drugs. As a result of the data obtained, it is recommended to the Ministry of Health to carry out various studies in order to increase the awareness and awareness of all kinds of policies or practices which are applied to the public and which are related to the public.

**Keywords:** Drug, Drug Use Behavior, Rational Drug, Health Policy, Health Sector.

**Jel Codes:** I12, I18

<sup>1</sup> Bu çalışma, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde Mustafa Zeybek tarafından hazırlanan "İlaç Politikalarının Bireylerin İlaç Kullanma Davranışları Üzerine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

## 1. GİRİŞ

Dünyada ve Türkiye’de ilaç endüstrisinin gelişiminin ardından artan sağlık ve ilaç harcamaları her ülkenin gündeminde yer alan konular arasında bulunmaktadır. Türkiye’de de artan sağlık harcamaları ve sağlık finansmanının sürdürülebilirliğini sağlayacak birçok politikanın var olduğu görülmektedir (Çalışkan, 2008: 50; Puig-Junoy, 2005: 36).

Sağlık harcamalarının içerisinde kamunun ilaç sektörüne müdahalesinin altında birçok sebep bulunmaktadır. İlaç sektörünün hekim, finansman kurumu ve hasta olmak üzere üçlü bir yapıdan meydana gelmesi nedeniyle kamu otoritesinin, düzenleyici rolünün bulunması gerekmektedir (De Vos, 1996: 76; Green, 1998: 137). İlaç sektörüne karşı yapılan müdahalelerin bir başka nedeni ise sosyal refahtır. Bu konuda amaç herkesin tedaviye yönelik ilaçlara ulaşabilmesi ve en düşük maliyetle ilacı temin edebilmesidir (Çalışkan, 2008: 51). Türkiye’de bu amaçlar doğrultusunda birçok politika uygulamaktadır.

Türkiye’de global bütçe uygulaması, referans fiyat uygulaması, eşdeğer ilaç uygulaması, ilaç takip sistemi, katılım payı ve akılcı ilaç kullanımı politikaları yürütülmektedir. Aynı zamanda bir politika olan akılcı ilaç kullanımı, politikaların uygulanabilirliği ve kapsamı ile doğru orantılıdır. Her politikanın bireylerin ilaç kullanım davranışını etkilediği söylenebilir.

## 2. İLAÇ POLİTİKALARI

İlaç politikalarında ve geri ödemede yaşanan aksaklıklar kişilerin tedavisinde maksimum fayda elde etmesini engellemektedir. Hastalara yüklenen maliyetler, kişilerin ilaç seçimini, tedavisini ve piyasaya yeni ilaç sürülmesini sınırlandırmaktadır. Bu tür sınırlandırmalar üreticiler için gelir kaybına, hastalar içinde tedavilerin aksatılmasına yol açmaktadır. Bu nedenle ilaç politikaları kişilerin tedavisinde aksaklıkları en aza indirgeyecek ve maliyetleri mümkün olduğunca

düzenleyecek yapıda olmalıdır (Lundkvist ve ark, 2006: 338).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında tüm sağlık sigortaları tek bir çatı altında toplanmış ve tüm sağlık sigortalarını kapsayacak pozitif ilaç listesi uygulanmıştır (OECD, 2008: 48). Geri ödeme yöntemi olarak da global bütçe uygulaması getirilmiştir. Global, bütçe hizmetlerin kalitesini ve fiyatını sınırlandıran genel olarak harcama hedefi ya da sınır koyan bütçelemedir (Dredge, 2004: 4; Altman ve Cohen, 1993: 195). Global bütçe, belirlenmiş mali yıl boyunca gerçekleştirilecek harcamaların planlanarak üst harcama limiti belirlenmesi ve belirlenen limitin kuruma toplu halde yatırılması şeklinde de tanımlanabilir.

İlaç sektöründe global bütçe, 2009 yılında yapılan özel sektör görüşmeleri sonucunda 2010-2012 yıllarında toplam üç yıllık bir antlaşma yapılarak başlatılmıştır (Akyürek, 2012: 147). İlaç global bütçe uygulaması ilaç sektörüyle yapılan toplantılar neticesinde belirlenen üst tavanla oluşturulmaktadır. Bu üst tavanın aşılması halinde devlet, sektördeki firmaların tümünden eşit miktarda ıskonto talep etmektedir. Böylelikle vermiş olduğu fazla parayı geri alır. Bu noktada getirilen eleştiri ise her firmanın cirosunun aynı olmamasıdır (Akyürek, 2012: 150).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ayrıca referans fiyat uygulaması, eşdeğer ilaç uygulaması ve ilaç takip sistemi kullanılmaya başlanmış, katılım payı ve akılcı ilaç kullanımı politikalarında da değişiklikler yapılmıştır.

Referans fiyat uygulaması kamu ve özel sektörde geri ödeme kuruluşları tarafından belirlenen geri ödeme tavanlarını ifade etmektedir. Referans fiyatlandırmada ilaçlar benzer terapötik etkilere göre sınıflandırılır. Bu sınıflandırma içerisinde en düşük fiyatlı ürün referans fiyat olarak belirlenir. Geri ödeme kuruluşları ilaçların maliyetini referans fiyata göre karşılar. Geri kalan fiyat farkı ise hastalar tarafından ya da özel

sigorta şirketleri tarafından kapatılacaktır. Eğer ilaç firmaları fiyatlarını belirlenen referans fiyatın altına çekerlerse, geri ödeme kuruluşunun ödediği referans fiyat ücreti ile ilacın ücreti arasındaki fark, eczaneye kâr olarak kalmaktadır (Dickson ve Redwood, 1998: 471-472; Danzon ve Ketcham, 2003: 2).

Türkiye’de 14.02.2004 tarihinde yayımlanan 2004/6781 Sayılı Beşerî Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar ile yeni bir fiyatlandırma sistemi olan referans fiyat modeline geçilmiştir. Söz konusu sistemde ilaç fiyatlarının üst sınırı referans ülkelere ve bulunulan ekonomik şartlara göre belirlenir. Orijinal ilaçlarda referans fiyat her yıl 31 Ağustos tarihine kadar Sağlık Bakanlığı tarafından Avrupa Birliği ülkelerinden 5 ülke seçilir ve en ucuz iki ülkenin fabrika çıkış fiyatı baz alınarak bulunur. Referans ülkelerin seçiminde nüfus, nüfusun dağılımı ve yaygın görülen hastalıklar gibi kriterlere dikkat edilir. Ancak, ilgili ürünün imal veya ithal edildiği ülkeler, söz konusu referans ülkelerin dışında olup bu ülkelerde referans ülke fiyatlarının altında belirlenmiş bir depocuya satış fiyatı var ise, satış fiyatı düşük olan ülkedeki fiyat, referans fiyat olarak kabul edilmektedir. Ayrıca her firma ilacının orijinal ya da eşdeğer oluşunu belgelendirerek referans ülkelerdeki fiyatları Sağlık Bakanlığı’na bildirmek zorundadır (Beşerî Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar, 2004). Fiyatların baz alındığı, referans ülkeler Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz ve Yunanistan’dır. Para birimlerinin farklı olması nedeniyle referans para birimi olarak Avro kullanılır (Beşerî Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğ, 2017). Referans fiyat uygulaması aynı zamanda eşdeğer ilaç uygulamasıyla tamamlayıcı nitelik taşımaktadır.

Patent süresi dolan ilaçlarda, diğer firmalar orijinal ilacı kopyalama, üretme ve satmaya hak sahibi olurlar. Bu ilaçlar daha sonra eşdeğer-jenerik olarak adlandırılır (Giuffrida, 2001: 2). Eşdeğer ilaçlar arasında rekabet, ilaçların patent süresi dolduktan itibaren başlamaktadır. Hekim ve

eczacılar, var olan tedavi şeklinin maliyetine daha fazla hâkim oldukları için toplum yararına olacak şekilde daha ucuz ilaçları seçmelerinden hareketle reçetelerde daha fazla jenerik ilacın olacağı öngörülmektedir. Eczacılar hastanın reçetesine göre en ucuz olan ilacı vermeye çalışacaktır. (TEB, 1995:62).

Referans ilaç, ürün için harcanan Ar-Ge harcamalarına sahiptir. Jenerik ilaç ise ürün Ar-Ge harcamalarına sahip olmadığı için maliyet avantajına sahiptir. Bu nedenle jenerik ilacın fiyatı referans ilaca göre daha düşüktür. Eşdeğer ilaçlar, eşdeğeri olduğu referans ilaca göre ülkeden ülkeye fark göstererek %20-%80 daha uygundur. Türkiye’de 2008 yılında Patent süresi dolarak patent dışı kalan ilaç satışlarından 6.5 Milyar TL satış gerçekleştirilmiştir. Aynı satış sadece patentli referans ilaçlarla gerçekleşmiş olsaydı, satış tutarı 7.4 Milyar TL civarında gerçekleşecekti (Yıldırım Kaptanoğlu, 2012: 277). 2006-2011 yılları arasında eşdeğer ilaç uygulaması neticesinde ilaç fiyatları %25 oranında azalmış ve kamuya 3.8 milyar TL katkı yapmıştır (Benli, 2011: 37).

Kamu harcamalarına katkı yapan bir başka uygulamada katılım payı uygulamasıdır. Katılım payları genel olarak reçete maliyetini ve hastaneye yapılacak geri ödemeyi düşürmek için birçok ülkede kullanılmaktadır (Vogler vd., 2011: 72). Türkiye’de Sağlıkta Uygulama Tebliği’ne göre katılım payı alınmaktadır. Bu katılım payları; muayene katılım payı, ilaç katılım payı, reçete katılım payı, vücut dışı protez ve ortez katılım payı ve yardımcı üreme yöntemi tedavileri katılım payıdır (Sağlıkta Uygulama Tebliği, 2013). İlaçta katılım payı alınmasının nedenleri arasında israf edilen ve gereksiz yere kullanılan ilaç sayısını azaltmak olduğu söylenebilir. Aynı zamanda bu doğrultuda uygulanan diğer bir uygulamanın ise ilaç takip sistemi olduğu düşünülebilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından sahte ilaç ve kupürleri tespit etmek ve bu uygulamaların önüne geçmek, ilaçların etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla 2007

yılında ilaç takip sistemi projesi uygulanmaya başlanmıştır. Bu proje ile ilaç ambalajlarının üstünde bulunan karekod yardımıyla ilaçların takibi gerçekleştirilmektedir. Karekod okumayla ilaç hakkında ruhsat izni, geri ödemeye tabi olup olmaması, reçeteli veya reçetesiz satılması gibi bilgiler takip edilir. Bu proje ve ilaç takip sistemi uygulaması dünyada ilk olarak Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır (TOBB, 2008: 22). Uygulanan bu politikalar ile akılcı ilaç kullanımının sağlanması amaçlanmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımı, hastaların ihtiyaçlarına uygun dozda ve belirtilen süre içerisinde onlara ve topluma en düşük maliyetle klinik ihtiyaçlarına uygun olarak ilaçların alınmasını ifade eder. Akılcı ilaç kullanımı riskleri ve maliyetleri dengeleyicidir. Ancak akılcı ilaç kullanımı ucuz ilacın kullanılması gerektiği anlamına gelmez. Bu nedenle akılcı ilaç kullanımı kamu otoritesinin, ilaç endüstrisinin, sağlık profesyonellerinin ve tüketicilerin ortak sorumluluğundadır (WHO, 1987: 299; Kaptanoğlu, 2012: 284; DSÖ, 1988: 63; DPT, 2001: 89). Yani akılcı ilaç kullanımı, sağlık sistemi içerisinde tüm paydaşların ortak sorumluluğunda olan, kişinin hastalık teşhisi ile başlayan süreçte kişisel özelliklerine göre değerlendirilip uygun dozda ve etkinlikte ilacın yazılmasıyla devam eden ve verilen ilacın tavsiye edilen şekilde kullanılmasını öngören bir kavram olarak tanımlanabilir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Amaç ve Önem

Uygulanan politikaların, ilaç harcamalarını azaltmaya yönelik sonuçlarını ölçmek amacıyla çalışmalar yapılırsa da toplumun bu politikalara nasıl tepki verdiği ve politikalar sonucunda ilaç kullanımını nasıl gerçekleştirdiği bilinmemektedir.

Bu çalışma ile amaçlanan, toplumun ilaç politika ve uygulamalarına yönelik bilgi düzeyi ve ilaç politikalarının bireylerin ilaç kullanım davranışlarını nasıl etkilediğinin ölçülmesidir. Çalışma, Türkiye’de yapılan

ilaç harcaması ve ilaç kullanımı çalışmalarından farklı olarak, ilaç politikalarının halk tarafından ne derece kabul gördüğü ve politikalar ışığında halkın ilaç kullanım davranışının nasıl şekillendiğini ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmanın olmaması neticesinde özgün bir değer taşımaktadır. Bu çalışmada, nicel olarak toplumun, yürürlükte olan politika ve uygulamalara yönelik bilgi düzeyleri ve ilaç kullanım davranışları değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda elde edilen veriler neticesinde hangi politikaların halk tarafından bilinip uygulandığı, politikaların amacına ulaşip ulaşmadığı ve politikaların ilaç kullanım davranışını nasıl etkilediği konusunda politika yapıcılara bir veri sağlanacaktır.

#### 3.2. Evren ve Örneklem

İlaç politikalarının bireylerin ilaç kullanım davranışlarını nasıl etkilediğini ölçen bu çalışmada araştırmanın evreni Isparta’da yaşayan 18 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır. Araştırmanın evren büyüklüğü, 2017 yılı TÜİK verilerine göre 251.531 kişidir. Örneklem büyüklüğünde ise %95 güvenilirlik düzeyinde ulaşılması gereken sayı 384 kişi olarak hesaplanmıştır (Dişçi, 2008). Araştırmanın sonuçlarının daha net ortaya çıkması ve demografik değişkenlerin dengeli bir şekilde dağılması için 400 anket uygulanmıştır. Araştırmada örneklem, kolayda örneklem seçme yöntemiyle halkın yoğun olarak bulunduğu park, bahçe mesirelik ve çeşitli sokak ve caddeler de belirlenmiştir.

#### 3.3. Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak anket uygulanmıştır. Veri toplamak amacıyla bu konuda daha önceki araştırmalar incelenmiş ancak araştırmayı tam olarak ifade edecek ve kapsayacak bir ankete ulaşılamamıştır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığının Türkiye’de Hastanede Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi anketi baz alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Uzman görüşleri ve pilot çalışma

sonucunda sorular üzerinde çeşitli düzenlemeler, değişiklikler ve eklemeler yapılmıştır.

Hazırlanan anketin 100 kişilik pilot uygulaması sonucunda 5'li likert tipi soruların Cronbach's Alpha değeri 0.657 güven aralığında saptanması nedeniyle oldukça güvenilir olduğu görülmüştür. Anket uygulamasının tamamında ise 5'li likert tipi soruların 0.661 Cronbach's Alpha güven aralığında olması nedeniyle oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Kayış, 2014: 405). Ayrıca hazırlanan anket çalışmasına etik kurul izni de alınmıştır.

### 3.4. Kısıtlamalar

Araştırma 2018 yılı Nisan ve Mayıs ayları arasında Isparta il merkezinde yaşayan 18 yaş üstü bireylere uygulanmış olup, verilen

cevaplar ile sınırlıdır. Anket sonuçları bu evrenin özelliklerini yansıttığından, araştırmaya dair Isparta ili dışında bir genelleme söz konusu değildir. Araştırma sonuçlarına göre bir genelleme yapılacak olduğunda bu sınırlılıklar dikkate alınmalıdır. Araştırmanın, Isparta dışındaki diğer iller veya ülke bazında genellenebilmesi için daha geniş çaplı bir örneklem üzerinde çalışılması gerekmektedir.

## 4. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular aşağıdaki bölümde detaylı olarak verilmiştir.

### 4.1. Demografik Bulgular

Tablo 1: Demografik Bulgular

Değişkenler	Frekans	Yüzde
<b>Yaş (Yıl)</b>		
18-30	164	41
31-40	84	21
41-50	70	17.5
51+	82	20.5
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	191	52.3
Kadın	209	47.8
<b>Medeni Durumunuz</b>		
Evli	246	61.5
Evli Değil	154	38.5
<b>Eğitim Durumunuz</b>		
Okuma-Yazma Bilmiyor	5	1.3
İlköğretim	77	19.3
Ortaokul	31	7.8
Lise	70	17.5
Ön lisans	41	10.3
Lisans	133	33.3
Lisansüstü	43	10.8
<b>Gelir</b>		
0-2000	133	33.3
2001-3000	102	25.5
3001-4000	64	16
4001-5000	54	13.5
5001+	47	11.8
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100.0</b>

Tablo 1'de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan bireylerin %41'inin 18-30 yaş aralığında, %21'inin 31-40 yaş aralığında, %17,5'inin 41-50 yaş aralığında ve %20,5'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların %52,3'ü

erkeklerden oluşurken, %47,8'i kadınlardan oluşmaktadır. Medeni durumlarına göre bakıldığında katılımcıların %61,5'i evli, %38,5'i evli değildir.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %1,3'ü okuma-yazma bilmiyor, %19,3'ü ilköğretim, %7,8'i ortaokul, %17,5'i lise, %10,3'ü ön lisans, %33,3'ü lisans ve %10,8'inin lisansüstü eğitime sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 1).

Katılımcıların gelir düzeyi dağılımına bakıldığında, %33,3'ünün 0-2000 TL

arasında, %22,5'inin 2001-3000 TL arasında, %16'sının 3001-4000 TL arasında %13,5'inin 4001-5000 TL arasında ve %11,8'inin 5001 TL ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 1).

#### 4.2. İlaç Politikaları İle İlgili İfadelere İlişkin Bulgular

Tablo 2: Katılımcıların İlaç Politikaları İle İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımı

No	İfadeler	$\bar{X}$	SS
1	İlaçta referans fiyat uygulamasını biliyorum.	1.630	1.175
2	Reçete katılım payını biliyorum.	2.777	1.576
3	İlaç katılım payını biliyorum.	2.555	1.540
4	Muayene katılım payını biliyorum.	3.567	1.483
5	Aynı tedaviye yönelik eşdeğer ilaçlar arasında fiyat farkı olduğunu biliyorum.	3.060	1.696
6	İlaç takip sistemini biliyorum.	3.355	1.618

Tablo 2'de ilaç politikalarına yönelik ifadelerin aritmetik ortalamasına ve standart sapma dağılımlarına yer verilmiştir. Tabloya bakıldığında toplumun referans fiyat uygulamasını (1.630±1.175) bilmediği görülmektedir. Reçete katılım payı (2.777±1.576) biraz, ilaç katılım payı

(2.555±1.540) az, muayene katılım payı (3.567±1.483) epey, aynı tedaviye yönelik eşdeğer ilaçlar arasında fiyat farkı olduğu (3.060±1.696) ve ilaç takip sistemi (3.355±1.618) biraz bilindiği anlaşılmaktadır.

Tablo 3: Katılımcıların Referans Fiyat Uygulaması Bilgi Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
18-30	164	1.945	1.288	F=7.841 p=0.000
31-40	84	1.297	0.803	
41-50	70	1.585	1.245	
51+	82	1.378	1.049	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	209	1.733	1.308	t=-1.679 p=0.097
Kadın	191	1.535	1.033	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	246	1.430	1.062	t=-4.378 p=0.000
Evli Değil	154	1.948	1.277	
<b>Eğitim durumu</b>				
Okuma-Yazma Bilmiyor	5	1.000	0.000	F=8.109 p=0.000
İlköğretim	77	1.155	0.689	
Ortaokul	31	1.161	0.734	
Lise	70	1.400	0.923	
Ön lisans	41	1.658	1.153	
Lisans	133	1.939	1.352	
Lisansüstü	43	2.279	1.419	
<b>Gelir</b>				
0-2000	133	1.375	0.981	F=3.586 p=0.007
2001-3000	102	1.666	1.253	
3001-4000	64	1.843	1.198	
4001-5000	54	2.000	1.400	
5001+	47	1.553	1.059	

“Referans fiyat uygulamasını biliyorum.” ifadesinin demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında bireylerin yaşlarına, medeni durumlarına, eğitim durumlarına ve gelir düzeyine yönelik istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

İfade bireylerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=7.841, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde farkın 18-30 yaş grubunun diğer yaş grupları arasında (31-40 yaş, 41-50 yaş, 51 yaş ve üzeri) daha yüksek puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Buradan hareketle yaşı genç olanların, yaşları daha ileri katılımcılara göre referans fiyat uygulamasını daha fazla bildiği söylenebilir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre “Referans fiyat uygulamasını biliyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (t=-4378, p=0.000). Yapılan ileri testlerde farkın evli olmayan bireylerin evli bireylere göre uygulama hakkında daha fazla bilgi

sahibi olmalarından kaynaklandığı belirtilebilir (Tablo 3).

Katılımcıların eğitim durumları, “Referans fiyat uygulamasını biliyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar doğrultusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmuştur (F=8.109, p=0.000). İstatistiksel olarak fark, lisans ve lisansüstü eğitime sahip kişilerin daha fazla bilgi sahibi olmasından kaynaklanmaktadır. Yapılan İleri testlerin sonuçlarına göre bireylerin eğitim durumları arttıkça referans fiyat uygulamasını bilme düzeyinin de arttığı ifade edilebilir (Tablo 3).

Bireylerin gelir düzeyi de “Referans fiyat uygulamasını biliyorum.” ifadesinde anlamlı bir farklılık meydana getirmiştir (F=3586, p=0.007). 5000 TL’ye kadar olan gelir seviyelerinde gelir arttıkça bilgi düzeyi de artmıştır. Ancak 5001 TL ve üzeri gelir elde edenler 4001-5000 TL arasında gelir elde edenlere kıyasla daha az bilgi düzeyine sahiptirler. Bu ifadelerden hareketle gelir düzeyi belli bir seviye kadar referans fiyat uygulamasını bilme düzeyini etkilemektedir (Tablo 3).

Tablo 4: Katılımcıların Reçete Katılım Payı Bilgi Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
18-30	164	2.463	1.402	F=5.924 p=0.001
31-40	84	3.107	3.107	
41-50	70	3.257	3.257	
51+	82	2.658	2.658	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	209	2.598	1.564	t=-2.396 p=0.017
Kadın	191	2.973	1.569	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	246	3.020	1.619	t=3.966 p=0.000
Evli Değil	154	2.389	1.424	
<b>Eğitim durumu</b>				
Okuma-Yazma Bilmiyor	5	2.800	1.788	F=4.253 p=0.000
İlköğretim	77	2.259	1.542	
Ortaokul	31	2.451	1.609	
Lise	70	3.314	1.637	
Ön lisans	41	3.243	1.728	
Lisans	133	2.624	1.438	
Lisansüstü	43	3.093	1.394	
<b>Gelir</b>				
0-2000	133	2.421	1.562	F=3.021 p=0.018
2001-3000	102	2.911	1.573	
3001-4000	64	2.843	1.524	
4001-5000	54	2.944	1.583	
5001+	47	3.212	1.545	

“Reçete katılım payını biliyorum.” ifadesinin demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyi üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Bireylerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=5.924, p=0.001). Yapılan ileri analizlerde 41-50 yaş aralığındaki kişilerin reçete katılım payını daha fazla bildiği görülmüştür. Ardından sırasıyla 31- 40 yaş, 51 yaş ve üstü bireyler reçete katılım payını bilmektedirler. Son sırada ise 18-30 yaş aralığındaki kişiler gelmektedir. Bu tespitlerden hareketle orta yaş grubundaki insanların reçete katılım payını daha fazla bildiği söylenebilir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre “Reçete katılım payını biliyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (t=-2.396, p=0.017). Yapılan ileri testlerde farkın, kadınların erkeklere göre daha fazla puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Kadınların, erkeklere göre reçete katılım payını daha fazla bildiği söylenebilir (Tablo 4).

Katılımcıların medeni durumlarına göre “Reçete katılım payını biliyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (t=3.966, p=0.000). Yapılan ileri testlerde farkın evli bireylerin evli olmayan bireylere göre daha fazla puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Evli bireylerin, evli olmayan bireylere göre reçete katılım payı hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu belirtilebilir (Tablo 4).

Bireylerin eğitim durumları, “Reçete katılım payını biliyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar doğrultusunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmuştur (F=4.253, p=0.000). Yapılan ileri testlerin sonuçlarına göre farkın, lise mezunu bireylerin diğer eğitim durumlarına sahip kişilerden daha fazla bilgi sahibi olmalarından kaynaklandığı görülmüştür. Lise mezunu bireylerin reçete katılım payı hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları söylenebilir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan bireylerin gelir düzeyi “Reçete katılım payını biliyorum.” ifadesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark meydana getirmiştir F=3.021, p=0.018). Yapılan ileri testlerde farkın 5001 TL ve üzeri gelir edenlerin diğer gelir düzeylerine sahip bireylere göre daha fazla puan almasından kaynaklandığı görülmüştür. Bu sonuçlardan hareketle gelir düzeyi yüksek bireylerin reçete katılım payını daha fazla bildiği söylenebilir (Tablo 4).



Tablo 5: Katılımcıların İlaç Katılım Payı Bilgi Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
18-30	164	2.390	1.363	F=1.673 p=0.172
31-40	84	2.500	1.601	
41-50	70	2.828	1.702	
51+	82	2.707	1.644	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	209	2.806	1.615	t=-3.154 p=0.002
Kadın	191	2.325	1.434	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	246	2.609	1.604	t=0.898 p=0.000
Evli Değil	154	2.467	1.433	
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuma-Yazma Bilmiyor	5	2.800	1.788	F=2.986 p=0.007
İlköğretim	77	2.039	1.445	
Ortaokul	31	2.645	1.539	
Lise	70	2.728	1.701	
Ön lisans	41	2.975	1.650	
Lisans	133	2.451	1.432	
Lisansüstü	43	3.023	1.405	
<b>Gelir</b>				
0-2000	133	2.323	1.459	F=1.412 p=0.229
2001-3000	102	2.754	1.594	
3001-4000	64	2.500	1.490	
4001-5000	54	2.703	1.632	
5001+	47	2.680	1.575	

“İlaç katılım payını biliyorum.” ifadesinin demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Bireylerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığına istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $t=-3.154$ ,  $p=0.002$ ). Yapılan ileri analizlerde farkın erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre daha yüksek puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Bu nedenle erkeklerin ilaç katılım payını daha fazla bildiği söylenebilir (Tablo 5).

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre “İlaç katılım payını biliyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

olduğu görülmüştür ( $t=0.898$ ,  $p=0.000$ ). Yapılan ileri testlerde evli bireylerin evli olmayan bireylere göre daha fazla puan aldığı saptanmıştır. Evli bireylerin, evli olmayan bireylere göre ilaç katılım payını daha fazla bildiği yorumu yapılabilir (Tablo 5).

Bireylerin eğitim durumları, “İlaç katılım payını biliyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar doğrultusunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmuştur ( $F=2.986$ ,  $p=0.007$ ). Yapılan ileri testlerin sonuçlarına göre farkın lisansüstü eğitime sahip bireylerin diğer eğitim düzeylerine göre daha fazla bilgi sahibi olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Lisansüstü eğitime sahip bireylerin ilaç katılım payı hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları ifade edilebilir (Tablo 5).

Tablo 6: Katılımcıların Muayene Katılım Payı Bilgi Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
18-30	164	3.201	1.436	F=8.025 p=0.000
31-40	84	4.000	1.289	
41-50	70	3.985	1.419	
51+	82	3.500	1.627	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	209	3.575	1.546	t=-0.108 p=0.914
Kadın	191	3.559	1.426	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	246	3.841	1.466	t=4.795 p=0.000
Evli Değil	154	3.129	1.408	
<b>Eğitim durumu</b>				
Okuma-Yazma Bilmiyor	5	3.000	2.000	F=4.289 p=0.000
İlköğretim	77	3.285	1.604	
Ortaokul	31	3.419	1.648	
Lise	70	4.057	1.413	
Ön lisans	41	4.170	1.115	
Lisans	133	3.270	1.457	
Lisansüstü	43	3.790	1.225	
<b>Gelir</b>				
0-2000	133	3.481	1.569	F=0.675 p=0.609
2001-3000	102	3.637	1.362	
3001-4000	64	3.390	1.528	
4001-5000	54	3.703	1.500	
5001+	47	3.744	1.421	

“Muayene katılım payını biliyorum.” ifadesinin demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında yaş, medeni durum ve eğitim durumu üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Bireylerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=8.025, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde farkın 31-40 yaş aralığındaki kişilerin daha fazla puan almasından kaynaklandığı görülmektedir. Bu tespitlerden hareketle 31-40 yaş aralığındaki kişilerin muayene katılım payı hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları ifade edilebilir (Tablo 6).

Katılımcıların medeni durumlarına göre “Muayene katılım payını biliyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu

görülmüştür (t=4.795, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde farkın evli bireylerin evli olmayan bireylere göre daha fazla puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Evli bireylerin, evli olmayan bireylere göre muayene katılım payı hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu belirtilebilir (Tablo 6).

Bireylerin eğitim durumları, “Muayene katılım payını biliyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar doğrultusunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmuştur (F=4.289, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde farkın ön lisans mezunu bireylerin diğer eğitim düzeylerine sahip kişilerden daha fazla puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Ön lisans mezunlarının muayene katılım payı hakkında daha fazla bilgili oldukları söylenebilir (Tablo 6).

Tablo 7: Katılımcıların İlaç Takip Sistemi Bilgi Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
18-30	164	2.859	1.460	F=9.900 p=0.000
31-40	84	3.547	1.645	
41-50	70	3.900	1.552	
51+	82	3.682	1.698	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	209	3.439	1.623	t=-1.001 p=0.317
Kadın	191	3.277	1.614	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	246	3.678	1.613	t=5.221 p=0.000
Evli Değil	154	2.837	1.492	
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuma-Yazma Bilmiyor	5	2.600	1.816	F=3.131 p=0.005
İlköğretim	77	3.532	1.728	
Ortaokul	31	2.871	1.784	
Lise	70	3.585	1.601	
Ön lisans	41	4.073	1.385	
Lisans	133	3.082	1.537	
Lisansüstü	43	3.255	1.513	
<b>Gelir</b>				
0-2000	133	3.218	1.693	F=0.549 p=0.700
2001-3000	102	3.431	1.632	
3001-4000	64	3.500	1.490	
4001-5000	54	3.259	1.544	
5001+	47	3.489	1.653	

“İlaç takip sistemini biliyorum.” ifadesinin demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Bireylerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=9.900, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde 41-50 yaş aralığındaki kişilerin ilaç takip sistemi hakkında diğer yaş gruplarına göre daha fazla puan almasından kaynaklandığı görülmektedir. 41-50 yaş aralığındaki kişilerin ilaç takip sistemi hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları söylenebilir (Tablo 7).

Katılımcıların medeni durumlarına göre “İlaç takip sistemini biliyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel

olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (t=5.221, p=0.000). Yapılan ileri testlerde farkın evli bireylerin evli olmayan bireylere göre daha fazla puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Evli bireylerin evli olmayan bireylere göre ilaç takip sistemi hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu belirtilebilir (Tablo 7).

Bireylerin eğitim durumları, “İlaç takip sistemini biliyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar doğrultusunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmuştur (F=3.131, p=0.005). Yapılan ileri analizlerde farkın ön lisans mezunu bireylerin diğer eğitim düzeylerine göre daha fazla bilgi sahibi olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Ön lisans mezunu bireylerin ilaç takip sistemi hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları söylenebilir (Tablo 7).

Tablo 8: Katılımcıların İlacın Fiyatını Önemseme Durumlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
18-30	164	3.207	1.524	F=2.509 p=0.058
31-40	84	2.928	1.691	
41-50	70	3.342	1.718	
51+	82	3.609	1.726	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	209	3.298	1.688	t=-0.504 p=0.615
Kadın	191	3.215	1.610	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	246	3.276	1.710	t=0.328 p=0.737
Evli Değil	154	3.220	1.543	
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuma-Yazma Bilmiyor	5	1.400	0.547	F=2.344 p=0.031
İlköğretim	77	3.688	1.632	
Ortaokul	31	3.322	1.796	
Lise	70	2.985	1.781	
Ön lisans	41	3.243	1.609	
Lisans	133	3.195	1.597	
Lisansüstü	43	3.279	1.419	
<b>Gelir</b>				
0-2000	133	3.481	1.821	F=5.887 p=0.000
2001-3000	102	3.666	1.482	
3001-4000	64	2.609	1.633	
4001-5000	54	2.870	1.541	
5001+	47	3.042	1.398	

“İlaç alımında ilacın fiyatı benim için önemlidir.” ifadesinin demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında eğitim durumu ve gelir düzeyi üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Bireylerin eğitim durumları, “İlaç alımında ilacın fiyatı benim için önemlidir.” ifadesine verdikleri cevaplar doğrultusunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmuştur (F=2.344, p=0.031). Yapılan ileri analizlere göre farkın ilköğretim mezunu bireylerin diğer eğitim düzeyine sahip kişilere göre daha çok bilgiye sahip olmasından kaynaklandığı görülmüştür. İlköğretim mezunu bireylerin ilaç fiyatlarını daha fazla önemsendiği söylenebilir. Genel dağılıma bakıldığında da ilaç fiyatlarının

halk tarafından önemsendiği çıkarımı yapılabilir (Tablo 8).

Araştırmaya katılan bireylerin gelir düzeyi “İlaç alımında ilacın fiyatı benim için önemlidir.” ifadesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark meydana getirmiştir (F=5.887, p=0.000). Yapılan ileri analizlere göre farkın 2000-3000 TL arasında gelir elde eden bireylerden kaynaklandığı görülmüştür. 2000-3000 TL arasında gelir elde eden kişiler ilaç alımında ilacın fiyatını önemsendiği sonucu çıkartılabilir. 2000-3000 TL arasında gelir elde edenlerin ardından 0-2000 TL arasında gelir elde edenler gelmektedir. Bu nedenle gelir düzeyi düşük bireylerin ilacın fiyatını daha fazla önemsendiği sonucuna varılabilir (Tablo 8).

Tablo 9: Katılımcıların Eşdeğer İlaç Alma Durumlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
18-30	164	2.243	1.348	F=0.836 p=0.475
31-40	84	2.404	1.568	
41-50	70	2.071	1.376	
51+	82	2.122	1.590	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	209	2.041	1.409	t=2.394 p=0.017
Kadın	191	2.387	1.473	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	246	2.191	1.522	t=-0.547 p=0.573
Evli Değil	154	2.272	1.334	
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuma-Yazma Bilmiyor	5	1.600	0.894	F=0.808 p=0.565
İlköğretim	77	2.376	1.693	
Ortaokul	31	1.935	1.364	
Lise	70	2.128	1.540	
Ön lisans	41	2.024	1.234	
Lisans	133	2.278	1.361	
Lisansüstü	43	2.395	1.416	
<b>Gelir</b>				
0-2000	133	2.323	1.564	F=0.529 p=0.715
2001-3000	102	2.068	1.387	
3001-4000	64	2.156	1.311	
4001-5000	54	2.296	1.440	
5001+	47	2.276	1.451	

“İlaç temini sırasında reçetede yazılandan farklı olarak, eczacının önerdiği eşdeğer ilacı (farklı firmaların aynı etken maddeli ilacı) kabul ederim.” ifadesinin demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında cinsiyet üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre “İlaç temini sırasında reçetede yazılandan farklı olarak, eczacının önerdiği eşdeğer ilacı (farklı firmaların aynı etken

maddeli ilacı) kabul ederim.” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (t=2.394, p=0.017). Yapılan ileri analizler farkın kadınların erkeklerden daha fazla puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Kadınlar, erkeklere göre ilaç temini sırasında reçetede yazılandan farklı olarak, eczacının önerdiği eşdeğer ilacı (farklı firmaların aynı etken maddeli ilacı) aldığı söylenebilir (Tablo 9).

Tablo 10: Katılımcıların Reçetesiz İlaç Alma Durumları ve Nedenleri

Reçetesiz İlaç Alma Durumları		
Değer	Frekans	Yüzde
Evet, alırım.	191	47.8
Hayır, almam.	209	52.3
Toplam	400	100.0
Reçetesiz İlaç Alma Nedenleri		
Nedenler	Frekans	Yüzde
Muayene katılım payı	41	10
Reçete katılım payı	24	6
İlaç katılım payı	20	5
Çevre önerisi	25	6.3
Hepsi	25	6.3
Diğer	114	28.5

Hekime Muayene olmadan reçetesiz ilaç alma durumları incelendiğinde katılımcıların %47.8'i reçetesiz ilaç alırken, %52.3'ü reçetesiz ilaç almadıklarını belirtmişlerdir. Bu oranlardan hareketle toplumun yaklaşık olarak yarısının reçetesiz ilaç aldığı ve almaya da meyilli olduğu ifade edilebilir (Tablo 10).

Birden fazla işaretlenebilen reçetesiz ilaç alma nedenleri incelendiğinde, en fazla %28.5 oranla diğer seçeneğini işaretleyerek belirttikleri nedenler sırasıyla şunlardır: 48 kişi “Basit ilaçları alırım.”, 36 kişi “Bildğim ilaçları alırım.”, 15 kişi “Zaman

kaybetmemek için alırım.”, 7 kişi “Sıra beklememek için alırım.”, 4 kişi “Üşengeçlikten alırım.” Ve 4 kişi “Acil Durumlarda alırım.” (Tablo 10).

Reçetesiz ilaç alma nedenleri arasında muayene katılım payı da diğer katılım payları arasında %10 ile en yüksek oranlı neden olarak ortaya çıkmıştır. Bu nedenler çerçevesinde kişiler basit ilaç olarak tabir ettikleri ilaçlar ile bildiklerini düşündükleri ilaçları muayene katılım payı da ödememek için reçetesiz olarak temin ettikleri söylenebilir (Tablo 10).

Tablo 11: Katılımcıların Eşdeğer İlaç Alma Durumları ve Nedenleri

Eşdeğer İlaç Alma Durumları		
Değer	Frekans	Yüzde
Evet, alırım.	191	47.8
Hayır, almam.	209	52.3
Toplam	400	100.0
Eşdeğer İlaç Alma Nedenleri		
Nedenler	Frekans	Yüzde
Fiyatı	18	4.5
Eczacının önerisi	76	19
Orijinal ilacın bulunmaması	102	25.5
Yazılan ilacın evde bulunması	19	4.8
Diğer	1	0.3

Katılımcıların eşdeğer ilaç alma durumları incelendiğinde %47.8'i eşdeğer ilacı kabul ederken, %52.3'ü eşdeğer ilacı kabul etmemektedirler. Bu oranlardan hareketle toplumun yaklaşık olarak yarısının eşdeğer ilaçları kullanmak istemediği söylenebilir (Tablo 11).

Eşdeğer ilacı kabul etme nedenleri sorulduğunda da katılımcılar %25.5 oranla

en fazla orijinal ilacın bulunmadığı durumlarda eşdeğer ilacı kabul etmektedirler. Ardından %19 oranla eczacının önerisi, %4.8 oranla yazılan ilacın evde bulunması, %4.5 oranla fiyatı ve %0.3 oranla diğer nedenler gelmektedir (Tablo 11).

Tablo 12: Artan İlaçların Durumları

İfadeler	Frekans	Yüzde
Gerektiği zaman kullanmak üzere saklıyorum.	229	57.3
İmha edecek kuruluşlara veririm.	69	17.3
İsteyen tanıdıklara veririm.	9	2.3
Çöpe atarım.	92	23
Diğer	1	0.3

Katılımcılara artan ilaçları ne yaptıkları sorulduğunda katılımcılar %57.3 oranla ilaçları gerektiği zaman kullanmak üzere sakladıklarını belirtmişlerdir. Ardından

ilaçların %23 oranla çöpe atıldığı, %17.3 oranla imha edecek kuruluşlara verildiği, %2.3 oranla isteyen tanıdıklara verildiği ve %0.3 oranla diğer seçeneğinde belirtilen

seçenekte ilaçların hepsinin kullanıldığı kullanılmadığı sonucu çıkartılabilir (Tablo gelmektedir. Bu sonuçlardan hareketle 12).  
hekimin yazmış olduğu ilaçların tamamının

Tablo 13: Katılımcıların İlaçları Ne Şekilde Kullandığının Sorgulanması

İfadeler	Frekans	Yüzde
İlaç bitene kadar kullandım.	85	21.3
Şikâyet geçene kadar kullandım.	142	35.5
Hekim veya eczacının önerdiği süre kadar kullandım.	172	43.3
Diğer	1	0.3

Katılımcılara ilaçları ne şekilde bitene kadar kullandıklarını belirtmişlerdir. kullanıldığı sorulması üzerine Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcı ise katılımcıların %43.3'ü hekim veya ilaç kullanmadığını ifade etmiştir (Tablo eczacının önerdiği süre kadar, %35.5'i 13).  
şikâyet geçene kadar ve %21.3'ü de ilaç

Tablo 14: Katılımcıların Antibiyotik Kullanma Durumlarının Sorgulanması

İfadeler	Frekans	Yüzde
Evet, kullandım.	80	20
Evet başlarım ama iyi hissettiğimde bırakırım.	37	9.3
Hayır, kullanmam.	283	70.8

Katılımcıların antibiyotik kullanma Katılımcıların %29.3'ü de reçetesiz olarak durumları sorgulandığında katılımcıların antibiyotik kullandıklarını ifade etmişlerdir %70.8'i reçetesiz olarak antibiyotik (Tablo 14).  
kullanmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 15: Katılımcıların Ağrı Kesici İlaç Nasıl Temin Ettiğinin Sorgulanması

İfadeler	Frekans	Yüzde
Reçete ile eczaneden	159	39.8
Reçetesiz eczaneden	195	48.8
Komşudan, tanıdıktan	32	8
Bakkaldan, marketten	7	1.8
Diğer	7	1.8

Katılımcılara ağrı kesici ihtiyaçları olduğu belirtmişlerdir. Katılımcıların %39.8'i de zaman nasıl temin ettikleri sorulduğunda reçeteli olarak eczaneden temin ettiklerini %48.8 oranla en fazla reçetesiz olarak belirtmişlerdir. Diğer seçeneğini seçen eczaneden temin ettiklerini belirtmişlerdir. katılımcılar ise ağrı kesici Ardından reçetesiz olarak %8 oranla kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo komşudan, tanıdıktan ve %1.8 oranla 15).  
bakkaldan ve marketten temin ettiklerini

Tablo 16: Katılımcıların Gerekli Olabileceği Düşüncesiyle İlaç Yazdırma ya da Satın Alma Durumları ve Yazdırılan İlaçlar

Gerekli Olabileceği Düşüncesiyle İlaç Yazdırma Durumu		
İfadeler	Frekans	Yüzde
Hayır, yazdırmam.	285	71.3
Evet, yazdırırım.	115	28.7
Gerekli Olabileceği Düşüncesiyle Yazdırılan İlaçlar		
İfadeler	Frekans	Yüzde
Ağrı kesiciler	105	26.3
Antibiyotik	10	2.5
Soğuk algınlığı ilaçları	39	9.8
Vitaminler	27	6.8
Mide ilaçları	8	2
Göz damlaları	5	1.3
Burun spreyleri	14	3.5
Alerji ilaçları	8	2
Merhemler	29	7.2
Hepsi	0	0
Diğer	4	1

Katılımcıların gerekli olabileceği düşüncesiyle ilaç yazdırma durumları incelendiğinde katılımcıların %71.3'ü gereksiz ilaç yazdırmadığını, %28.7'si ise gerekli olabileceği düşüncesiyle ilaç yazdığını ifade etmişlerdir (Tablo 16).

Gerekli olabileceği düşüncesiyle yazdırılan ilaçlar incelendiğinde ilk sırada %26.3 oranla ağrı kesiciler gelmektedir. Ardından soğuk algınlığı ilaçlar ve merhemler takip etmektedir. Diğer seçeneğinde belirtilen ilaçlar ise ateş düşürücü, tansiyon, kolesterol ve bağırsak ilaçlarıdır (Tablo 16).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular ile ilgili olarak yayımlanmış benzer çalışmaların bulguları gösterilmiştir. Yapılan literatür taraması sonucunda bireylerin ilaç politikaları bilinç düzeyini ölçmeye yönelik yapılmış veya yayımlanmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın diğer bir bölümü olan ilaç kullanım davranışı ile ilgili olarak yapılan çalışmaların bulguları karşılaştırılmıştır.

Sağlık Bakanlığı (2011) tarafınca yapılan toplumun akılcı ilaç kullanımını ölçen bir çalışmada katılımcılara, hekime gitmeden eczane ilaç alma alışkanlıkları

sorgulandığında katılımcıların %55,7'si kesinlikle hekime gitmeden ilaç almadığını beyan etmiştir. Hekime gitmeden kesinlikle ilaç almayan katılımcıların cinsiyete göre karşılaştırıldığında en fazla kadın, eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında ise en fazla okuyazar olmayan, ilköğretim ve ortaokul mezunu kişilerin bu cevabı verdikleri belirtilmiştir. Hastalık durumunda ne yaptıkları sorulduğunda, katılımcıların %51,4'ü hekime gittiğini söylemiştir. Hastalık durumunda ilk olarak hekime başvuranların daha çok erkekler olduğu görülmüştür. Öğrenim durumunda göre incelendiğinde en fazla okur-yazar olmayan ve lisans ve üzeri mezun kişilerin hasta olduklarında ilk olarak hekime gittikleri görülmüştür. “Hastalandığınızda yakınlarınız size ilaç tavsiye eder mi” sorusuna “evet” veya “bazen” cevabını verenlerin %36'sının “Yakınlarınız hastalandığında siz ilaç tavsiye eder misiniz?” sorusuna “evet” veya “bazen” cevabını verdiği, %30,8'inin ise “Hastalandığınızda yakınlarınızdan ilaç alır mısınız” sorusuna “evet” veya “bazen” yanıtını verdiği görülmüştür. Bu üç soru yaş ve eğitim değişkenlerine göre değerlendirildiğinde, yaş arttıkça ve eğitim düzeyi yükseldiğinde tavsiye ilaç alan sayısının azaldığı anlaşılmıştır. Çalışmada ilacı kullanılması gereken süreden daha erken bırakma durumu incelendiğinde



erkeklerin kadınlardan, gençlerin ise yaşlılardan daha fazla ilacı erken bırakma eğiliminde oldukları saptanmıştır. Katılımcıların evlerinde ilaç bulundurma durumları incelendiğinde kadınların evlerde ilaç bulundurma durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Toplumun akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendiren Gürhan (2016)'ın çalışmasında da doktora danışmadan ilaç kullanma durumu değerlendirildiğinde katılımcıların %57,1'inin nadiren kullandığını belirtilmiştir. Akraba, arkadaş veya komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma durumu sorulduğunda katılımcıların %80,1'i hiçbir zaman kullanmadığını belirtmiştir. Bireylerin çevresindeki insanlara ilaç tavsiye edip etmedikleri sorgulandığında %49,8'i hiçbir zaman tavsiye etmediğini belirtmiştir. Yine aynı çalışmada doktor tarafından reçete edilen ilaçların kullanılma durumu sorulduğunda katılımcıların %54,9'u nadiren bitirmeden bıraktığını ifade etmiştir. Çalışmada evde ilaç bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumu sorgulandığında bireylerin %47'si ilaç yazdığını ifade etmiştir.

Akılcı ilaç kullanma tutumlarını ölçen Demirel Duran (2014)'ın çalışmasında da evde yedek ilaç bulundurma durumu yaşa göre değerlendirildiğinde en fazla 50-59 yaş grubunda bulunan bireylerin evde yedek ilaç bulundurmaya meyilli oldukları anlaşılmıştır. 30-39 yaş grubunda bulunan kişilerin de %87,5'inin her zaman ya da bazen evde yedek ilaç bulundurduğu görülmüştür. Evde yedek ilaç bulundurma durumu cinsiyet değişkeninde karşılaştırıldığında erkek katılımcıların %54,9'u evde ilaç bulundurma eğilimindeyken %20,7'si bazen evde yedek ilaç bulundurduğunu ifade etmiştir. Kadınların ise %57,7'si evde ilaç bulundurmaya meyillidir. Kadınların %20,7'si de bazen evde yedek ilaç bulundurduklarını söylemiştir. Aynı çalışmada katılımcıların reçetesiz ilaç alma durumu değerlendirildiğinde 30-39 yaş grubundaki insanların reçetesiz ilaç almaya daha yatkın olduğu anlaşılmıştır. 50-59 yaş

grubunda bulunan kişilerin ise hayır seçeneğini daha fazla tercih ettiği görülmüştür. Cinsiyet ile reçetesiz ilaç alma durumu karşılaştırıldığında erkek katılımcıların %31,7'si kadın katılımcıların %26,9'u reçetesiz ilaç alma eğiliminde olduğu görülmüştür.

Polifarmasi ve akılcı ilaç ile ilgili yapılan Palaz Türker (2017)'in çalışmasında "Hastalandığımızda ilk ne yaparsınız?" sorusuna katılımcıların %75,1'si Doktora gittiğini ya da birlerine danıştığını, %24,8'i de evde bulunan ilaçları kullandığını ifade etmiştir. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadın katılımcıların evde bulunan ilaçlarla tedavi olmaya çalışma eğiliminin daha fazla olduğu sonucunu bulmuştur. Katılımcıların artakalan ilaçları ne yaptığı sorulduğunda %33,4'ünün ilaçları sağlık kuruluşuna verdiği görülmüştür.

Reçete maliyetlerini ölçen Canbolat (2007)'in çalışmasında katılımcılara artakalan ilaçları evde bulundurup bulundurmadığı sorulduğunda katılımcıların %59,7'sinin evde ilaç bulundurmadığı görülmüştür. Hekimin vermiş olduğu kullanım süresinden erken bırakma durumu incelendiğinde katılımcıların %64,3'ü erken bıraktığını ifade etmiştir. İlacı erken bırakan bireylerin %73,5'inin 15-24 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna göre ilacı erken bırakma durumu incelendiğinde lise mezunlarının %75'i yüksekokul mezunlarının %69,6'sı ilacı kullanılması önerilen süreden önce bıraktığını ifade etmiştir. Katılımcıların %54'ünün iyileştiğinde ilacı bıraktığı anlaşılmıştır. Reçetesiz antibiyotik kullanım durumunda ise katılımcıların %67'si reçetesiz antibiyotik kullanmadığını belirtmiştir. Bireylere hasta olduklarında ne yaptıkları sorulduğunda erkeklerin %50'si, kadınların da %55,6'sı doktora gördüklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca erkeklerin %32,4'ü, kadınların %35,8'i evde olan ilaçları kullanmayı tercih ettikleri anlaşılmıştır.

Erzurum ilinde, Çalikoğlu (2006) tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların %73,4'ü evde ilaç bulundurduğunu ifade

etmiştir. Katılımcılara reçetesiz ilaç alma durumları sorulduğunda %38,5'si evet alırım cevabını verirken %39,6'sı bazen cevabını vermiştir. Çalışmada başkalarına ilaç verme durumu değerlendirildiğinde okuryazar olmayan kişilerin %54,8'i, orta ve yükseköğrenim mezunu bireylerin de %16,7'si başkalarına ilaç vermektedir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre hastalandıklarında ne yaptıkları sorulduğunda okuryazar olmayan kişilerin %69'u, orta ve yükseköğrenim mezunu kişilerinde %55,2'si evde var olan ilaçları kullandıkları saptanmıştır.

Aile sağlığı merkezinde uygulanan Öztürk (2017)'ün çalışmasında katılımcılara hastalık durumunda ne yaptıkları sorulduğunda %53,5'i hekime danıştığını belirtmiştir. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerin %57,5'i kadınların da %51,6'sı hekime danışmaktadır. Katılımcıların reçetesiz ilaç alma durumları sorgulandığında %61,4'ünün reçetesiz ilaç almadığı anlaşılmıştır. Tavsiye ile ilaç alımında ise katılımcıların %83,4'ü tavsiye ilaç almamaktadır. Aynı zaman da katılımcıların %84,8'i başkalarına ilaç tavsiyesinde bulunmamaktadır.

Artık ilaç kullanımı ve ilaçların saklanması ile ilgili Göçgeldi ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da bireylerin yarısından fazlasının evlerinde artık ilaç bulunduğu ve bu kişilerin ilaçları tarif edildiği şekilde kullanmayarak hekime daha fazla ilaç yazdırmak için gittikleri belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığı (2011) ve Öztürk (2017) tarafından yapılan çalışmalarda hekime gitmeden ilaç alınmadığı ifade edilse de Gürhan (2016) ve Çalikoğlu (2006) tarafından yapılan çalışmalarda reçetesiz ilaç kullanıldığı ve bu çalışmada da katılımcılar reçetesiz ilaç almadıklarını ifade etseler de ağrı kesici ihtiyaçlarını reçetesiz gidermelerinden dolayı reçetesiz ilaç kullandıkları saptanmıştır. Gürhan (2016)'ın ve Canbolat (2007)'in çalışmalarındaki bulgulardan da farklı olarak bu çalışmada gerekli olabileceği düşüncesiyle ilaç yazdırılmadığı ve ilaçların

hekimin ya da eczacının önerdiği süre kadar kullanıldığı görülmüştür. Ayrıca diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi bu çalışmada da bireylerin evlerinde fazladan ilaç bulduklarını belirlenmiştir.

## 6. SONUÇ

Bu çalışmada ilaç politikaları kapsamında politikalar ve uygulamalar incelendiğinde en az bilinen politikadan en fazla bilinen politikaya göre sıralama; referans fiyat uygulaması, ilaç katılım payı, reçete katılım payı, ilaç takip sistemi ve muayene katılım payı şeklinde oluşmuştur.

Politikalar genel olarak değerlendirildiğinde de eğitimin ve gelir seviyesinin bilinç düzeyi üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Ayrıca orta yaş grubunda bulunan evli bireyler de ilaç politikaları üzerinde daha fazla bilgiye sahiptirler. Referans fiyat uygulamasının bilinirlik düzeyi ise diğer politikaların aksine genç ve bekar kişiler tarafından bilindiği ortaya çıkmıştır.

İlaç kullanım davranışları ile ilgili olarak yer alan ifadelerde de çeşitli farklılıklar ortaya çıkmıştır.

İlaç alımında ilacın fiyatının önemsenmesi durumu incelendiğinde eğitim seviyesi ve gelir düzeyi düşük bireylerin ilacın fiyatı üzerinde daha fazla durdukları anlaşılmıştır. İlaç fiyatlarının önemsenmesine rağmen bireyler araştırmaya göre çoğunlukla muadil (eşdeğer) ilaç tercih etmemektedirler. Ancak muadil ilaç alanların muadil ilacı kabul etme nedenleri sırasıyla; orijinal ilacın bulunmayışı, eczacının önerisi ve yazılan ilacın evde bulunması gelmektedir. İlaç temini sırasında reçetede yazılandan farklı olarak eczacının önerdiği eşdeğer ilacı alan kişilerin ise en fazla kadın bireylerden oluştuğu görülmüştür. Bu durumda kişilerin ilacın fiyatını önemsemelerine rağmen eş değer ilacın genelde daha ucuz olduğunu ve referans fiyat uygulamasını bilmediklerini gösterebilir. Bu uygulama ve eşdeğer ilaç kavramının halk tarafından tam olarak

anlaşıldığı durumda bu davranışların değişebileceği öngörülebilir.

İlaç kullanma davranışlarıyla ilgili olarak araştırmada ortaya çıkan önemli sonuçlardan biri de halkın yaklaşık olarak yarısının reçetesiz ilaç alması ve almaya meyilli olmasıdır. Reçetesiz alınan ilaçların bir kısmı eczaneden diğer kısmı ise eczane dışındaki kaynaklardan temin edilmektedir. Reçetesiz ilaç alma davranışının en önemli nedeni bazı ilaçların halk tarafından basit ilaç olarak algılanmasıdır. Aynı zamanda daha önce kullanılan ya da bilinen ilaçların da reçetesiz ilaç kullanımına yol açtığı söylenebilir. Bireylerin en fazla bildikleri uygulamanın katılım payları olduğu görülmüştür. Katılım paylarından dolayı da bireyler hem muayene de hem de reçetede daha fazla ücret ödememek için reçetesiz ilaç alımına yöneldikleri ifade edilebilir.

Katılımcılar, hekimin vermiş olduğu ilacı hekim veya eczacının önerdiği süre kadar kullandıklarını belirtmişlerdir. Ancak katılımcıların önemli bir kısmının ilaçları sadece şikâyet geçene kadar kullandıkları saptanmıştır. Aile bireylerinin tedavi sonrası artakalan ilaçları ne yaptıkları ile ilgili olarak ise yapılan araştırmada bireylerin ilaçları gerektiği zaman kullanmak üzere sakladığı ortaya çıkmıştır. Bu durumda katılım payları ile de açıklanabilir. Reçetede katılım paylarının alınması kişilerin daha az ilaç kullanmasına yol açtığı ya da ilaçların saklandığı da söylenebilir.

İlaçların tekrar kullanımıyla ilgili olarak ise antibiyotiklerin gereksiz ve muayene olmadan kullanılmadığı saptanmıştır. Ancak gereksiz antibiyotik kullanımının önüne tamamen geçilememiştir. Halkın bir bölümü gereksiz antibiyotik kullanımına devam etmektedir.

Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırma ya da satın alma durumu incelendiğinde de bireylerin bu amaçla ilaç yazdırmadığı görülmüştür. Gerekli olabileceği düşüncesiyle ilaç yazdıran ya da satın alanlar ise sırasıyla en fazla; ağrı kesici, soğuk algınlığı, merhem, vitamin, burun spreyi, antibiyotik, mide,

alerji, göz damlası, ateş düşürücü, tansiyon, kolesterol ve bağırsak ilacı yazdırmakta ya da satın almaktadırlar.

İlaç politikaları ve ilaç kullanım davranışlarıyla ilgili olarak yapılan bu çalışmada ortaya çıkan sonuç itibarıyla politikaların halk nezdinde uygulanmaması ve benimsenmemesi, politikaların tam olarak işlevlerini yerine getirememesine yol açmaktadır. Bu durum bilinç düzeyinin de etkisiyle olumsuz ilaç kullanım davranışlarına yol açmaktadır. Gereksiz ve bilinçsiz ilaç kullanımları, tedavinin yarıda bırakılması ve ilaçların israf edilmesi uygulanan politikaların tam olarak etkin olmadığını göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen verilere göre Sağlık Bakanlığına aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

Halka yönelik uygulanan ve halkı ilgilendiren her türlü politikanın ya da uygulamanın bireyler tarafından öğrenilmesi amacıyla çeşitli yayın organlarından tanıtımı yapılmalıdır. Politikaların halk tarafından benimsenmesi durumunda daha verimli olarak uygulanacağı düşünülmektedir.

İnsan sağlığının her türlü konudan önemli olduğu vurgulanarak ilacın fiyatını önemseyen kişilere karşı eğitici çalışmalar yapılmalıdır.

Orijinal ilaç ile jenerik ilaç arasında terapötik bir farklılığın bulunmadığı halka anlatılmalıdır.

Tavsiye ile ilaç kullanmama ve başkasına ilaç tavsiye etmeme konusunda halk bilinçlendirilmelidir. Ayrıca muayene olmadan hiçbir nedenle ilaç kullanılmaması gerektiği anlatılmalıdır.

Hastalar, verilen ilaçların hekim ya da eczacı tarafından önerilen süre ve miktarda kullanılması gerektiği konusunda eğitilmelidir.

Bireylere evde bulunan ilaçların kafa karıştırmaması ve kişi sağlığının riske atılmaması için kullanılabilir nitelikte olan ilaçların ihtiyaç sahiplerine ulaştırılması ve son kullanma tarihi geçen ilaçların çeşitli

yollarla imha edilmesinin gerekliliği anlatılmalıdır.

#### KAYNAKÇA

1. AKYÜREK, Ç. E. (2012). “Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2(2): 124-153.
2. ALTMAN, S. H. and COHEN, B. (1993). “The Need for a National Global Budget”, Health Affairs, 12(1): 194-203.
3. BENLİ, B. (2011). Sağlıkta Geri Ödeme Yöntemleri ve Teknik Verimlilik, SGK Yayınları, Ankara.
4. Beşerî Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğ (Resmî Gazete: 29.09.2017, Resmî Gazete Sayısı: 30195).
5. Beşerî Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar (Kabul Tarihi: 21.04.2004, Karar Sayısı: 6781, Resmî Gazete: 14.02.2004).
6. CANBOLAT, F. (2007). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastalarda İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Reçete Maliyetlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
7. ÇALIKOĞLU, O. (2006). Erzurum İl Merkezinde Çalışan Pratisyen Hekimler İle 20 Yaş Ve Üzeri Kişilerin Akılcı İlaç Kullanım Boyutları ve Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Uzmanlık Tezi, Erzurum.
8. ÇALIŞKAN, Z. (2008). “Referans Fiyat ve İlaç Piyasası”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(1): 49-75.
9. DANZON, P. M. and KETCHAM, J. D. (2003). Reference Pricing of Pharmaceuticals For Medicare: Evidence From Germany, The Netherlands And New Zealand, NBER Working Paper No.10007.
10. DE VOS, C. M. (1996). “The 1996 Pricing and Reimbursement Policy in the Netherlands”, Pharmacoeconomics, 10(2): 75-80.
11. DEMİREL DURAN, A. (2014). Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Sağlık Çalışanları ile Tedavi Alan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Tutumlar, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
12. DICKSON, M. and REDWOOD, H. (1998). “Pharmaceutical Reference Price: How Do They Work in Practice?”. Pharmacoeconomics, 14(5): 471-479.
13. DİŞÇİ, R. (2008). Temel ve Klinik Biyoistatistik, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.
14. DPT (2001). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Beşerî İlaç Sanayi Alt Komisyon Raporu, Ankara.
15. DREDGE, R. (2004). Hospital Global Budgeting, The Word Bank.
16. DSÖ (1988). Ulusal Bir İlaç Politikası Nasıl Geliştirilir ve Yürürlüğe Koyulur, Ulusal İlaç Politikaları Geliştirme Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzısıha Mektebi Müdürlüğü, Cenevre.
17. GIUFFRIDA, A. (2001). Learning From the Experience: The Inter-American Development Bank and Pharmaceuticals, Washington: Inter Development Bank.
18. GÖÇGELDİ, E. UÇAR, M. AÇIKEL, C. H. TÜRKER, T. HASDE, M. ve ATAÇ, A. (2009). “Evlerde Artık İlaç Bulunma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(2).
19. GREEN, D. G. (1998). “Is Price Regulation Necessary? A Summer of

- the Arguments”. *Pharmaeconomics*, 14(1): 137-142.
20. GÜRHAN, B. (2016). Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Akılcı İlaç Kullanım İlkeleri Açısından Değerlendirme, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
21. KAYIŞ, A. (2014). “Güvenilirlik Analizi”, s. 403-419, (Ed.) KALAYCI. Ş., SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, Ankara.
22. LUNDKVIST, J. JOHNSON, B. and REHBERG, B. (2006). “The Costs and Benefits of Regulations for Reimbursement of New Drugs”, *Health Policy*, 79, 337 – 344.
23. OECD (2008). Sağlık Sistemleri İncelemeleri Türkiye, OECD Publishing.
24. ÖZTÜRK, H. (2017). Kayseri’de Aile Sağlık merkezlerine Başvuran Erişkin Hastaların İlaç Kullanım Davranışları Ve Bunu Etkileyen Nedenlerin Belirlenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri.
25. PALAZ TÜRKER, Ö. (2017). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Polifarmasi Ve Akılcı İlaç Kullanım Durumları, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
26. PUIG-JUNOY, J. (2005). “Price Regulation System in the Pharmaceutical Market”, s. 35-58, (Ed.) J. PUIG-JUNOY J, *The Public Financing of Pharmaceuticals*, Edward Elgar Publishing, UK.
27. SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı, Ankara.
28. SAĞLIK BAKANLIĞI (2018). <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=718>, 11.02.2018
29. Sağlıkta Uygulama Tebliği (Resmî Gazete: 24.03.2013, Resmî Gazete Sayısı: 28597).
30. TEB (1995). Avrupa Birliği ile Oluşturulacak Gümrük Birliği ve İlaç Sektörü Üzerine Etkileri. Ankara.
31. TOBB (2008). Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, Ankara.
32. VOGLER, S. ZIMMERMANN, N. LEOPOLD, C. and JONCHEERE, K. (2011). “Pharmaceutical Policies in European Countries in Response to the Global Financial Crisis”. *Southern Med review*, 4(2): 69-79.
33. WHO (1987). *The Rational Use of Drugs*. Nairobi.
34. YILDIRIM KAPTANOĞLU, A. (2012). “Sağlık Ekonomisi ve İlaç Ekonomisi” s.236-295, (Ed.) YILDIRIM KAPTANOĞLU, A Sağlık Yönetimi, Beşir Kitapevi İstanbul.