

T.C.

GEBZE YÜKSEK TEKNOLOJİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

777 736

KARAR VERİCİ VE TÜKETİCİNİN

FARKLI KİŞİLER OLDUĞU ÜRÜN

GURUPLARINDA PAZARLAMA

DİNAMİKLERİ: İLAÇ SANAYİ VE

HEKİMLER ÜZERİNE BİR UYGULAMA

117136

Soner ÖZBAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İŞLETME ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Yard.Doç.Dr.Cengiz YILMAZ

GEBZE

2002

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
İLK VE ORTAOKUL MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI

Soner ÖZBAL'ın Tez çalışması, G.Y.T.E. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 11/06.../2002 Tarih ve 2002/13.. Sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından İşletme Anabilim Dalında Yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ

ÜYE : Yard.Doç.Dr.Cengiz YILMAZ (GYTE)
(Tez Danışmanı)

ÜYE : Yard.Doç.Dr.Adnan CEYLAN (GYTE)

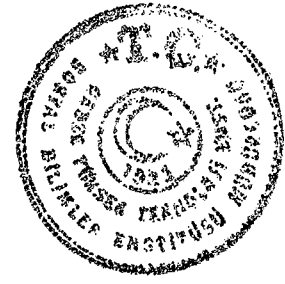
ÜYE : Yard.Doç.Dr.Ali Ekber AKGÜN (GYTE)

ONAY

G.Y.T.E. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 23./06./2002 . Tarih ve 2002/15.. Sayılı kararı.



ÖZET



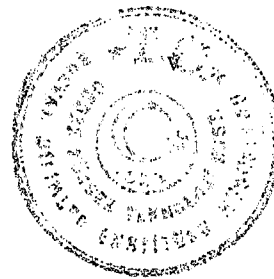
Bu çalışmanın ana amacı, pazarlamada satın alma kararının tüketiciler yerine yasal ya da özellikli bilgi birikimine sahip kişi/kurumlar tarafından gerçekleştirilmesini incelemektir. Bu kapsamda bulunan hekimlerin hastaları adına rekabet içindeki değişik marka ilaçların seçimini gerçekleştirirken, kararını etkileyen ana faktörleri ortaya çıkarmaya çalışılmıştır. Bu nedenle uygulama çalışması için ilaç sanayi seçilmiştir.

Çalışmanın ilk bölümünde, pazarlama teorisinde “Tüketici Davranışı”nın önemi vurgulanmıştır. İkinci bölümde, dünyada ve Türkiye’de ilaç sanayiinin durumu genel hatlarıyla özetlenmiştir. Üçüncü bölümde, ilaç sanayiinde pazarlama ve bileşenlerine değinilmiştir. Bir sonraki bölümde, başkasının adına karar verme, tüketici temsilcisi, hekimlerin hastaları adına karar vermesi, hekimlerin karar verme sürecini etkileyen bilgi kaynakları detaylı olarak sunulmuştur.

Çalışmanın beşinci bölümünde, Türkiye’de hekimlerin ilaç tavsiye etme/ reçeteye yazma kararını etkileyen faktörleri araştırmak için yapılan saha çalışması raporlanmaktadır. Birincil verileri toplamak için amacı açık yapılı anket seçilmiştir. Anket ikili, çoklu sabit seçenekli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Anket 112 hekim tarafından doldurulmuş ve tamamı istatistiksel analizlerde kullanılmaya uygun bulunmuştur. Toplanan veriler “Windows için SPSS 7.5” istatistik programı kullanılarak, frekans, çiftler için t-test ve regresyon analizleri ile incelenmiştir. Çalışmanın son bölümünde, elde edilen bulgulara dayanan sonuçlar sunulmuştur.

Çalışmanın en önemli bulgusu, hekimlerin reçete yazma kararını verirken, tüm bilgi kaynakları arasında klinik deneyimlerinin en etkili olmasıdır.

SUMMARY



The purpose of this study is to investigate the purchasing decisions of surrogate shoppers people or institutions who have specialty or have legally authority to decide in the name of the consumer. The main factors which affected the prescription decision of the physician is studied in order to expose, while the physicians in this situation provided decision in the name of the patients among the alternative prescription drugs.

In the first part of this study, the importance of the "Consumer Behavior" in the marketing theory is mentioned. The second part gives a brief overview of the pharmaceutical industry in the world and Turkey. In the third part, marketing and its compenents in the pharmaceutical industry are mentioned. In the fourth part, conceptual issues such as, surrogate shopping and factors affecting physicians' choise behavior across competing but substitutable drug alternative, as well as the specific sources of information physicians' use in this choise process, are presented in detail.

In the fifth part, the methodolgy of the research conducted to find out the factors which effected the prescription decisions in Turkey is presented. A structured, undisguised questionnaire is used as the primary data collection instrument. The questionnaire consist of dichotomous and multichotomous fixed-alternative questions and open-ended questions. The questionnaire is applied to a sample of 112 physicians chosen by the convenience sampling method, all of which are found appropriate for evaluation. The collected data is analyzed using the statistical program " SPSS 7.5 for Windows ". For the analyses, frequencies, paired-sample t-test and regression analyses are used. Then, the findings of the empirical study are reported.

The most important finding of the study is that among all kinds of information sources, the physicians are fonud to rely mostly on their previous experience with the drug in their prescription decision.

TEŞEKKÜRLER

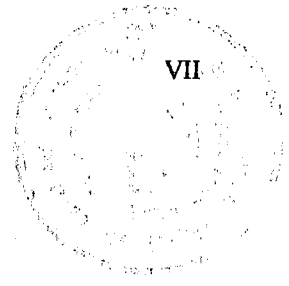


Öncelikle bu çalışmanın hazırlanmasında maddi ve manevi destek veren, zamanını ayıran herkese teşekkür etmek isterim.

Bu kapsamda ilk olarak, çalışmamın her aşamasında değerli yorum ve düşünceleri ile bakış açımın değişmesine yardım eden, zamanını ve bilgisini benimle paylaşan, verdiği destek ve yol gösterici davranışlar için danışmanım Yrd.Doç.Dr. Cengiz YILMAZ'a teşekkürlerimi sunarım.

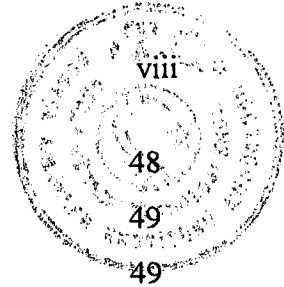
Yüksek lisans programım boyunca bana her türlü desteği veren, moral yönünden sonsuz destek olan, gerektiğinde benimle beraber çalışmama katılmaktan çekinmeyen değerli eşime teşekkür etmek isterim.

Ayrıca iş ortamında çalışmama dolaylı veya dolaysız olarak destek veren, yoğun programım nedeniyle anlayış gösteren ve her türlü yardımı yapan iş arkadaşlarıma teşekkür ederim.

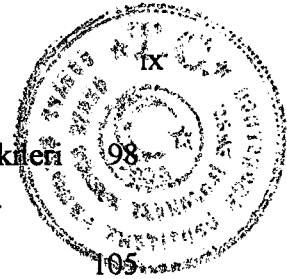


İÇİNDEKİLER

ÖZET	IV
SUMMARY	V
TEŞEKKÜR	VI
İÇİNDEKİLER	VII
SİMGE VE KISALTMALAR	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ	XIII
ÇİZELGELER DİZİNİ	XIV
1. GİRİŞ	1
2. PAZARLAMA TEORİSİNDE TÜKETİCİ DAVRANIŞININ YERİ	2
2. 1. Başkası Adına Karar Verme Nedir?	9
2. 1. 1. Tüketici Temsilcisi Kavramı (Surrogate Shopper)	14
3. İLAÇ SANAYİ VE GELİŞİMİ	24
3. 1. Uluslararası İlaç Sanayi ve Gelişimi	24
3. 1. 1. Avrupa İlaç Sektörü ve Gelişimi	28
3. 1. 2. A.B.D.'deki İlaç Sektörü ve Gelişimi	30
3. 1. 3. Japonya İlaç Sektörü ve Gelişimi	31
3. 2. Türkiye'de İlaç Sanayi ve Gelişimi	32
3. 2. 1. Türk İlaç Sanayi	32
3. 2. 1. 1. Türkiye'de İlaç Sanayinin Gelişimi	33
3. 2. 1. 2. Sektördeki Şirketler	34
3. 2. 1. 3. İstihdam	36
3. 2. 1. 4. Üretim	37
3. 2. 1. 4. 1. Mamul İlaç Üretimi	37
3. 2. 1. 4. 2. İlaç Hammadesi Üretimi	38
3. 2. 1. 5. İthalat	40
3. 2. 1. 6. İhracat	41
3. 2. 1. 7. Pazar Hacmi	44
3. 2. 1. 8. Kişi Başına Tüketim ve GSMH İçindeki Payı	45
3. 2. 1. 8. 1. Tedavi Guruplarına Göre İlaç Tüketimi	46

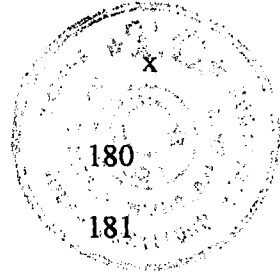


3.2.1.9. Yatırımlar	48
3.2.2. Türkiye’de İlaç Sanayiinin Sorunları	49
3.2.2.1. Tüketimi Belirleyen Unsurlar	49
3.2.2.2. Dağıtım Kanalları	50
3.2.2.3. Mevzuat Bilgileri	50
3.2.2.3.1. İyi Üretim Uygulamaları (GMP)	50
3.2.2.3.2. İyi Klinik Uygulamaları (GCP)	51
3.2.2.4. Patent Yasası	52
3.2.2.5. Reçetesiz İlaçlar	54
3.2.2.6. Ruhsatlandırma	55
3.2.2.7. Fiyatlandırma	56
3.2.2.8. Gümrük Birliği’nin Etkileri	57
3.2.2.9. Sektörün Sorunları	58
4. İLAÇ SANAYİİNDE PAZARLAMA	60
4.1. İlaç Sanayiinde Pazarlama Elemanlarına Genel Bakış	63
4.1.1. Mamul	63
4.1.1.1. Araştırma-Geliştirme	66
4.1.1.2. Kalite Kontrol	69
4.1.2. Fiyat	70
4.1.3. Tutundurma	73
4.1.4. Dağıtım	76
5. HEKİMERİN HASTALARININ ADINA KARAR VERME SÜRECİNDEKİ YERİ	80
5.1. Hasta İstek ve Beklentileri	84
5.2. Hekimlerin Hastaları Adına Karar Vermenin Görev ve Sorumlulukları	86
5.3. Hekimlerin Hastaları Adına Karar Verme Sürecinde Ortaya Çıkan Sorunlar	89
5.4. Hekimlerin Hastalarının Adına Karar Verme Sürecini Etkileyen Bilgi Kaynakları	93
5.4.1. Meslektaşların ve Klinik Deneyimlerinin Karar Verme Sürecine Etkileri	96



5.4.2. Üretici Firma Faaliyetlerinin Karar Verme Sürecine Etkileri	98
5.4.3. İlaç Fiyatının ve Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Karar Verme Sürecine Etkileri	105
5.4.4. İlaç Numunelerinin Karar Verme Sürecine Etkileri	109
5.4.5. Konferans/Seminer/Kongrelerin Karar Verme Sürecine Etkileri	110
5.4.6. Yayınlanan Literatürlerin Karar Verme Sürecine Etkileri	113
5.4.7. Diğer Bilgi Kaynaklarının Karar Verme Sürecine Etkileri	115
5.4.8. İlaç Firmalarının Reklam Faaliyetlerinin Karar Verme Sürecine Etkileri	117

6. HEKİMLERİN ALTERNATİF REÇETELİ İLAÇLAR ARASINDA YAPTIKLARI SEÇİM KARARLARI ÜZERİNDEKİ FARKLI BİLGİ KAYNAKLARININ ETKİLERİNE YÖNELİK YAPILAN BİR ARAŞTIRMA	120
6.1. Araştırma Kapsamı	120
6.1.1. Araştırmanın Amacı	120
6.1.2. Araştırmada Kullanılan Metodoloji	121
6.1.2.1. Araştırmanın Dizaynı	121
6.1.2.2. Veri Toplamada Kullanılan Yöntem ve Araç	121
6.1.2.3. İkincil Verilerin Toplanmasında Kullanılan Yöntem ve Araç	121
6.1.2.4. Çalışmada Kullanılan Değişkenler	122
6.1.2.5. Hipotezler	122
6.1.2.6. Örneklemenin Oluşturulması	125
6.1.2.7. Araştırmanın Kısıtlamaları	127
6.2. Verilerin Analizi	128
6.2.1. Veri Analizinde Kullanılan Yöntemler	128
6.2.2. Analiz Bulguları	128
6.2.2.1. Çalışmada Kullanılan Değişkenlere Ait Frekans Dağılımları	128
6.2.2.2. T-Test'lerinin Değerlendirilmesi	151
6.2.2.2.1. Hipotezlerin Test Edilmesi	152



6.2.2.3. T-Test'lerinin Genel Değerlendirilmesi

180

6.2.2.4. Regresyon Analizlerinin Değerlendirilmesi

181

6.2.2.4.1. Hipotezlerin Test Edilmesi

181

6.2.2.5. Regresyon Analizlerinin Genel Değerlendirilmesi

196

7. SONUÇ

198

Kaynaklar

200

Özgeçmiş

208

Ekler

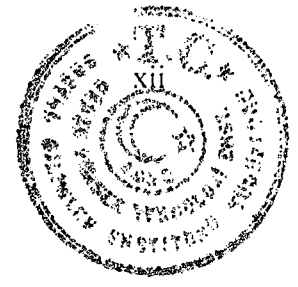
209



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ



TERCİH	: Hekimlerin Ankette Bulunan İlaçları Tercih Etme Sıklığı
MESLYENİ	: Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algıları (Yeni İlaç)
DENEYENİ	: Klinik Deneyimlerin Etkililik Algıları (Yeni İlaç)
URETYENİ	: Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algıları (Yeni İlaç)
SOSYYENİ	: Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algıları (Yeni İlaç)
NUMUYENİ	: İlaç Numunelerinin Etkililik Algıları (Yeni İlaç)
SEMİYENİ	: Tıbbi Toplantıların Etkililik Algıları (Yeni İlaç)
LITEYENİ	: Literatür ve Makalelerin Etkililik Algıları (Yeni İlaç)
REKLYENİ	: Reklamların Etkililik Algıları (Yeni İlaç)
DIGEYENİ	: Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algıları (Yeni İlaç)
RİSKYENİ	: Risk Algısı (Yeni İlaç)
FİYAT	: Fiyat Bilgisi Düzeyi
MESLESKİ	: Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algıları (Eski İlaç)
DENEESKİ	: Klinik Deneyimlerin Etkililik Algıları (Eski İlaç)
URETESKİ	: Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algıları (Eski İlaç)
SOSYESKİ	: Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algıları (Eski İlaç)
NUMUESKİ	: İlaç Numunelerinin Etkililik Algıları (Eski İlaç)
SEMİESKİ	: Tıbbi Toplantıların Etkililik Algıları (Eski İlaç)
LITEESKİ	: Literatür ve Makalelerin Etkililik Algıları (Eski İlaç)
REKLESKİ	: Reklamların Etkililik Algıları (Eski İlaç)
DIGEESKİ	: Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algıları (Eski İlaç)
RİSKESKİ	: Risk Algısı (Eski İlaç)
MESLEKTAŞ:	Meslektaş Tavsiyeleri
DENEYİM	: Klinik Deneyimler
URETİCİ	: Üretici Firma Faaliyetleri



SOSGUV : Sosyal Güvenlik Kuruluşları

NUMUNE : İlaç Numuneleri

TOPLANTI : Tıbbi Toplantılar

LITERAT : Literatür

REKLAM : Reklamlar

DIGBLKAY : Diğer Bilgi Kaynakları



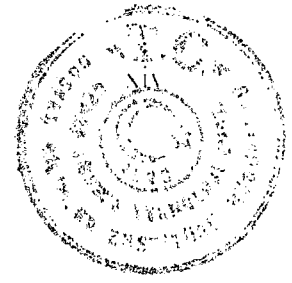
ŞEKİLLER DİZİNİ



Şekil 2.1. Davranışı Etkileyen Faktörlerin Detaylı Modeli	7
Şekil 2.2. Değerlendirme Kriterlerinin Oluşumu	7
Şekil 2.3. Pazar ve Tüketici Arasındaki Temsilci Arabirimi	16
Şekil 4.1. Türkiye’de Dağıtım Kanalları	78



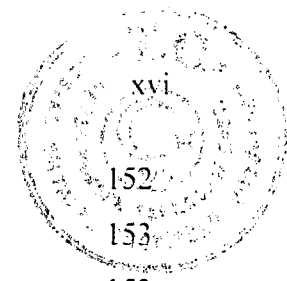
ÇİZELGELER DİZİNİ



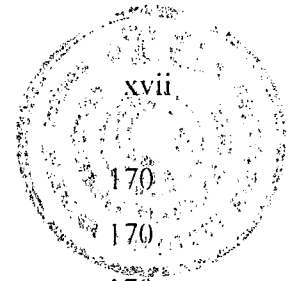
Çizelge 3.1. İlaç Sektörünün Büyüklüğü	26
Çizelge 3.2. En Büyük 10 Pazarda Satışlar	27
Çizelge 3.3. ABD’de Jenerik İlaç Satışları	30
Çizelge 3.4. İlk 20 Şirketin Pazar Payı	35
Çizelge 3.5. Türkiye’de Yıllar İtibariyle İstihdam Durumu	36
Çizelge 3.6. Türkiye’de Kutu Cinsinden İlaç Üretimi	38
Çizelge 3.7. Türkiye ve çeşitli ülkelerde üretilen ilaç sayısı ve sunuş biçimleri karşılaştırılması	38
Çizelge 3.8. Türkiye’de İlaç Hammaddesi Üretimi	39
Çizelge 3.9. Türkiye’nin İlaç İthalatı	41
Çizelge 3.10. Türkiye’nin İlaç İhracatı	42
Çizelge 3.11. Türkiye’nin İhracatının İthalatını Karşılama Oranı	43
Çizelge 3.12. Çeşitli Ülkelerde Kişi Başına İlaç Tüketimi	45
Çizelge 3.13. Türkiye’de ve Diğer Ülkelerde İlaç Tüketiminin GSYİH’ya Oranı	46
Çizelge 3.14. Tedavi Gruplarına Göre İlaç Tüketimi	47
Çizelge 3.15. Türk İlaç Endüstrisi’nde Yatırımlar	48
Çizelge 6.1. Hekimlerin Cinsiyet Bilgileri Çizelgesi	128
Çizelge 6.2. Hekimlerin Yaş Bilgileri Çizelgesi	129
Çizelge 6.3. Hekimlerin Mesleki Tecrübe Bilgileri Çizelgesi	129
Çizelge 6.4. Hekimlerin İşyeri Bilgileri Çizelgesi	130
Çizelge 6.5. Hekimlerin Uzmanlık Bilgileri Çizelgesi	130
Çizelge 6.6. Hekimlerin Medeni Durum Çizelgesi	131
Çizelge 6.7. Hekimlerin Fiyat Bilgisi Düzeyi	131
Çizelge 6.8. Hekimlerin Fiyat Bilgisi Düzeyi Histogramı	132
Çizelge 6.9. Hekimlerin Genel Bilgi Düzeyi	132
Çizelge 6.10. Hekimlerin Genel Bilgi Düzeyleri Histogramı	133



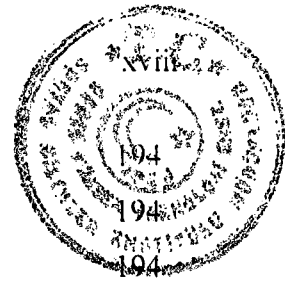
Çizelge 6.11. Bilgi Kaynağı Olarak Meslektaşlar	
Çizelge 6.12. Bilgi Kaynağı Olarak Klinik Deneyimler	
Çizelge 6.13. Bilgi Kaynağı Olarak Üretici Firma Faaliyetleri	134
Çizelge 6.14. Bilgi Kaynağı Olarak Sosyal Güvenlik Kuruluşları	135
Çizelge 6.15. Bilgi Kaynağı Olarak Numuneler	136
Çizelge 6.16. Bilgi Kaynağı Olarak Seminer/Kongre/Konferanslar	136
Çizelge 6.17. Bilgi Kaynağı Olarak Literatür ve Makaleler	137
Çizelge 6.18. Bilgi Kaynağı Olarak Reklamlar	138
Çizelge 6.19. Bilgi Kaynağı Olarak Diğer Bilgi Kaynakları	138
Çizelge 6.20. Meslektaşların Etkililik Algıları (Eski)	139
Çizelge 6.21. Klinik Deneyimlerin Etkililik Algıları (Eski)	140
Çizelge 6.22. Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algıları (Eski)	140
Çizelge 6.23. Sosyal Güvence Kuruluşlarının Etkililik Algıları (Eski)	141
Çizelge 6.24. İlaç Numunelerinin Etkililik Algıları (Eski)	142
Çizelge 6.25. Tıbbi Toplantıların Etkililik Algıları (Eski)	142
Çizelge 6.26. Literatür ve Makalelerin Etkililik Algıları (Eski)	143
Çizelge 6.27. Reklamların Etkililik Algıları (Eski)	144
Çizelge 6.28. Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algıları (Eski)	144
Çizelge 6.29. Meslektaş Tavsiyeleri Etkililik Algıları (Yeni)	145
Çizelge 6.30. Klinik Deneyimler Etkililik Algıları (Yeni)	146
Çizelge 6.31. Üretici Firma Faaliyetleri Etkililik Algıları (Yeni)	146
Çizelge 6.32. Sos.Güv.Kur. Etkililik Algıları (Yeni)	147
Çizelge 6.33. İlaç Numuneleri Etkililik Algıları (Yeni)	148
Çizelge 6.34. Tıbbi Toplantıların Etkililik Algıları (Yeni)	148
Çizelge 6.35. Literatür ve Makalelerin Etkililik Algıları (Yeni)	149
Çizelge 6.36. Reklamların Etkililik Algıları (Yeni)	150
Çizelge 6.37. Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algıları (Yeni)	150



Çizelge 6.38. İkili Örnekler İstatistikleri – Meslektaş (Eski)	152
Çizelge 6.39. İkili Örnekler Korelasyonu – Meslektaş (Eski)	153
Çizelge 6.40. İkili Örnekler Testi – Meslektaş (Eski)	153
Çizelge 6.41. İkili Örnekler Testi – Deneyimler (Eski)	154
Çizelge 6.42. İkili Örnekler Korelasyonu – Deneyimler (Eski)	154
Çizelge 6.43. İkili Örnekler Testi – Deneyimler (Eski)	154
Çizelge 6.44. İkili Örnekler İstatistikleri – Üretici (Eski)	155
Çizelge 6.45. İkili Örnekler Korelasyonu – Üretici (Eski)	156
Çizelge 6.46. İkili Örnekler Testi – Üretici (Eski)	156
Çizelge 6.47. İkili Örnekler İstatistikleri – Sos.Güv.Kur. (Eski)	157
Çizelge 6.48. İkili Örnekler Korelasyonu – Sos.Güv.Kur. (Eski)	157
Çizelge 6.49. İkili Örnekler Testi – Sos.Güv.Kur. (Eski)	157
Çizelge 6.50. İkili Örnekler İstatistikleri – Numuneler (Eski)	159
Çizelge 6.51. İkili Örnekler Korelasyonu – Numuneler (Eski)	159
Çizelge 6.52. İkili Örnekler Testi – Numuneler (Eski)	159
Çizelge 6.53. İkili Örnekler İstatistikleri – Tıbbi Toplantılar (Eski)	160
Çizelge 6.54. İkili Örnekler Korelasyonu – Tıbbi Toplantılar (Eski)	161
Çizelge 6.55. İkili Örnekler Testi – (Tıbbi Toplantılar Eski)	161
Çizelge 6.56. İkili Örnekler İstatistikleri – Literatür ve Makaleler (Eski)	162
Çizelge 6.57. İkili Örnekler Korelasyonu – Literatür ve Makaleler (Eski)	162
Çizelge 6.58. İkili Örnekler Testi – Literatür ve Makaleler (Eski)	162
Çizelge 6.59. İkili Örnekler İstatistikleri – Reklamlar (Eski)	164
Çizelge 6.60. İkili Örnekler Korelasyonu – Reklamlar (Eski)	164
Çizelge 6.61. İkili Örnekler Testi – Reklamlar (Eski)	164
Çizelge 6.62. İkili Örnekler İstatistikleri – Diğer (Eski)	165
Çizelge 6.63. İkili Örnekler Korelasyonu – Diğer (Eski)	165
Çizelge 6.64. İkili Örnekler Testi – Diğer (Eski)	166
Çizelge 6.65. İkili Örnekler İstatistikleri – Meslektaşlar (Yeni)	167
Çizelge 6.66. İkili Örnekler Korelasyonu – Meslektaşlar (Yeni)	167
Çizelge 6.67. İkili Örnekler Testi – Meslektaşlar (Yeni)	167
Çizelge 6.68. İkili Örnekler İstatistikleri – Deneyimler (Yeni)	168
Çizelge 6.69. İkili Örnekler Korelasyonu – Deneyimler (Yeni)	169
Çizelge 6.70. İkili Örnekler Testi – Deneyimler (Yeni)	169



Çizelge 6.71. İkili Örnekler İstatistikleri – Üretici (Yeni)	170
Çizelge 6.72. İkili Örnekler Korelasyonu – Üretici (Yeni)	170
Çizelge 6.73. İkili Örnekler Testi – Üretici (Yeni)	170
Çizelge 6.74. İkili Örnekler İstatistikleri – Sos.Güv.Kur. (Yeni)	172
Çizelge 6.75. İkili Örnekler Korelasyonu – Sos.Güv.Kur. (Yeni)	172
Çizelge 6.76. İkili Örnekler Testi – Sos.Güv.Kur. (Yeni)	172
Çizelge 6.77. İkili Örnekler İstatistikleri – Numuneler (Yeni)	173
Çizelge 6.78. İkili Örnekler Korelasyonu – Numuneler (Yeni)	173
Çizelge 6.79. İkili Örnekler Testi – Numuneler (Yeni)	174
Çizelge 6.80. İkili Örnekler İstatistikleri – Tıbbi Toplantılar (Yeni)	175
Çizelge 6.81. İkili Örnekler Korelasyonu – Tıbbi Toplantılar (Yeni)	175
Çizelge 6.82. İkili Örnekler Testi – Tıbbi Toplantılar (Yeni)	175
Çizelge 6.83. İkili Örnekler İstatistikleri – Literatür ve Makaleler (Yeni)	176
Çizelge 6.84. İkili Örnekler Korelasyonu – Literatür ve Makaleler (Yeni)	176
Çizelge 6.85. İkili Örnekler Testi – Literatür ve Makaleler (Yeni)	177
Çizelge 6.86. İkili Örnekler İstatistikleri – Reklamlar (Yeni)	178
Çizelge 6.87. İkili Örnekler Korelasyonu – Reklamlar (Yeni)	178
Çizelge 6.88. İkili Örnekler Testi – Reklamlar (Yeni)	178
Çizelge 6.89. İkili Örnekler İstatistikleri – Diğer (Yeni)	179
Çizelge 6.90. İkili Örnekler Korelasyonu – Diğer (Yeni)	179
Çizelge 6.91. İkili Örnekler Testi – Diğer (Yeni)	180
Çizelge 6.92. Regresyon Modeli Özeti (H31)	182
Çizelge 6.93. Anova Testi (H31)	182
Çizelge 6.94. Katsayılar (H31)	183
Çizelge 6.95. Regresyon Modeli Özeti (H32)	185
Çizelge 6.96. Anova Testi (H32)	185
Çizelge 6.97. Katsayılar (H32)	186
Çizelge 6.98. Regresyon Modeli Özeti (H33)	188
Çizelge 6.99. Anova Testi (H33)	188
Çizelge 6.100. Katsayılar (H33)	188
Çizelge 6.101. Regresyon Modeli Özeti (H34)	190
Çizelge 6.102. Anova Testi (H34)	191
Çizelge 6.103. Katsayılar (H34)	191



Çizelge 6.104. Regresyon Modeli Özeti (H35)

Çizelge 6.105. Anova Testi (H35)

Çizelge 6.106. Katsayılar (H35)





1. GİRİŞ

“Çağımızın en önemli silahı nedir?” sorusuna yanıt “Bilgi” olursa, herhalde yanlış olmaz. Bu silah sayesinde 1980’li yıllardan itibaren insan vücudunun bio kimyasal yapısına yönelik araştırmaların sonuçları alınmaya başlamıştır. Bununla beraber yaşam standartlarının yükselmesi ve küreselleşme teknoloji ve bilimde yaşanan gelişmelerin sonuçlarıdır.

Yaşam standartlarının yükselmesi sosyal sağlık hizmetlerinde büyük atılımlara neden olmaktadır. Bilgi çağını yaşayan, sosyal sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkelerde bireylerin yaşam süreleri uzamakta, doğum oranları düşmekte ve nüfus hızla yaşlanmaktadır. Söz konusu ülkelerde, hükümetler uyguladıkları sosyal sağlık politikaları ile sağlık ve ilaç sektörü üzerinde ağırlığını arttırmıştır.

Bu çalışmanın temel amacı, pazarlamada satın alma kararının tüketiciler yerine yasal ya da özellikli bilgi birikimine sahip kişi/kurumlar tarafından gerçekleştirilmesini incelemektir. Çalışma iki ana bölümden oluşmaktadır: tanımlayıcı ve ampirik bölüm. Tanımlayıcı bölümde sağlık ve ilaç sektörü ile hekimin ilaç seçimini etkileyen bilgi kaynakları hakkında geniş bir yazın taraması yapılmıştır. Ampirik bölümde, hekimin ilaç seçimini etkileyen bilgi kaynakları saha çalışması yapılarak araştırılmıştır.

Birincil verileri toplamak için amacı açık yapıli anket seçilmiştir. Anket ikili, çoklu sabit seçenekli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Anket çalışması 112 hekimden oluşan örnekleme uygulanmış ve toplanan birincil veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. İkincil veriler ise T.C. Sağlık Bakanlığı, İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası ve Tıbbi Bilgi İstatistikleri (IMS) kayıtlarından elde edilmiştir. Ampirik bölümün sonunda elde edilen sayısal ve fonksiyonel sonuçlar tartışılmıştır.

2. PAZARLAMA DAVRANIŞININ YERİ

TEORİSİNDE

TÜKETİCİ



Yüzyılımızda (20 ve 21 yy) trendler, düşünceler, insanlar, yaşam standartları, bilim, teknoloji ve aklımıza gelen daha bir çok kavram hızlı bir değişim içindedir. Unutmayalım “Değişmeyen tek şey değişmektir”. İşte bu değişim rüzgarının ayrılmaz bir parçası da “İnsan Davranışları”nın nedenlerini ortaya çıkarmaktır. Tarihin her döneminde insan davranışlarının nedenlerini anlamağa çalışmak Sosyal Bilimlerin konusu olmuştur. Çünkü insanlığın serüveninin kaynağıdır.

Teorik alanda ve ekonomik yaşamda pazarlama kavramının benimsenmesiyle tüketici, işletmelerin karar alanı içerisinde çok önemli bir yer tutmağa başlamıştır. Tüketici bir bakıma pazarlama teorisi ve uygulamasının gelişmesinde öncülük yapmıştır. Hedef pazarın seçiminden pazarlama bileşenlerinin geliştirilmesine kadar her alanda tüketicinin izleri bulunmaktadır. Uygulamadaki anlayış farklılıklarına rağmen pazarlama kavramını benimsemiş işletmelerde tüketici, pazarlama yöneticisi açısından, tepe yöneticisinin üzerinde bir seviyeye yükselmiştir.

Tüketici Davranışları ise insanoğlunun davranış nedenlerini ortaya çıkarılmasında bir konu başlığıdır. Çünkü insan kapsamlı, kendine özgü özellikleri bünyesinde barındıran, açıklanması zor ve karmaşıktır.

İlk zamanlarda pazarlamacılar günlük satış deneyimlerinden tüketicilerin farkına vardılar. Ama firmaların ve pazarın büyüklüğündeki büyüme bir çok pazarlama yöneticilerini doğrudan tüketicilerle yapılan temastan uzaklaştırdı. Artan bir şekilde, yöneticiler herhangi bir Pazar hakkında en önemli sorular için tüketici cevaplarına yöneldiler (Kotler, 1988, s467).

Özellikle iktisat, sosyoloji, psikoloji, sosyal antropoloji v.b. bilim dalları pazarlamada tüketici davranışının açıklığa kavuşturulmasına ilişkin çalışmalara çok önemli katkılarda bulunmuşlardır. Bu katkılara rağmen, tüketicinin hem doğal (Freud), hem sosyal (Adler), hem katılımcı (Jung) ve hem de varoluşçu (Karl Jasper, Jean Paul Sartre) özellikleri, onu yine de kompleks bir pazarlama unsuru olmaktan

kurtaramamıştır. Bununla beraber pazarlama yöneticisi, tüketiciyi bu özellikleriyle artık bir bütün olarak görebilmektedir (Karabulut, 1989, s74).



Tüketici davranışı, insan davranışının amaçlı bir bölümünü oluşturur. Bayton, insan davranışını güdüleme (motivasyon), kavrama (cognition) ve öğrenme olarak üç grupta toplamaktadır (Karabulut, 1989, s112).

Tüketici karar verme davranışı konusunda araştırma yapan araştırmacılar, kullanılan son stratejinin tüketici özelliklerine, pazara, sosyal çevreye ve fiziksel çevreye bağlı olduğunu öne süren özel bilgi süreci stratejilerinin seçimini belirleyen faktörleri açıklamışlardır (Bettman 1979; Olshavsky 1985). Benzer olarak temsilci kullanımını etkileyen değişkenler, çevresel ve kişisel parametrelerle ilgili olanlar içinde bölümlere ayrılmış olabilir. Bu parametreler fiziksel faydalara karşı fonksiyonellik sağlayanlar içinde daha da bölümlenebilir (Solomon, 1986, s210).

Günümüzde kümeli pazar anlayışı nispeten önemini kaybetmiştir. İşletmeler eksik rekabet ortamında kaynaklarını ve faaliyetlerini daha etkin bir biçimde değerlendirme gereğini duymağa başlamışlardır. Bu gerek, işletmeleri kümeli pazar yerine hedef pazar seçimine itmiştir. Pazarlama yöneticisi kümeli pazardan hedef pazar seçimine geçmekle mal, fiyat, tutundurma ve dağıtım bileşenlerini hedef pazardaki tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarına uydurmağa ve onların fiziksel, psikolojik ve sosyal tatminini sağlamağa özen göstermeğe de başlamıştır. Böylece, artık tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarının pazarlama bileşenlerine uydurulması anlayışı yerine giderek pazarlama bileşenlerinin, yukarıda girift bir bütün olarak belirtilen, tüketicinin istek ve ihtiyaçlarına uydurulmağa başlanmıştır (Karabulut, 1989, s14).

Tüketici davranışı diye, bütünleştirilip işlenmiş bilgiler sonunda elde edilen tepkilere (cevaplara) diyoruz. Tüketicinin, pazarlama yöneticisinin karar alanın odak noktası oluşu, onun davranışının sistematik olarak incelenmesi, araştırılması, en önemlisi sistematik olarak ölçülmesi ve tahmini gerekli hale getirmektedir. Ancak bu sistematik araştırmalar, ölçmeler ve tahminlerdir ki, tüketiciyi gerçek değerine eriştirebilir. Böylece bir sistematik çalışma, işletmeler açısından tüketici davranışının oluşturulmasında tüketiciye ilişkin bağlı değişkenler (güdüleyici faktörler) ile bağımsız değişkenler (pazarlama bileşenleri ve sosyo-kültürel faktörler) arasındaki

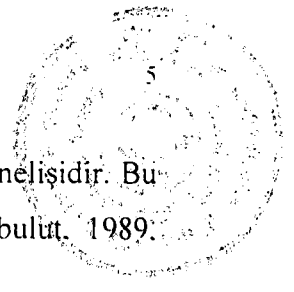
ilişkinin derecesinin sistematik olarak ortaya konulmasıyla başarılabilir (Karabulut, 1989, s14).

Tüketici davranışı, kişisel planda sadece güdüleyici faktörlerin, yani tüketicinin ihtiyaçlarının, güdülerinin, algılamalarının, tutumlarının, kişiliğinin ve öğrenme sürecinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaz. Tüketici davranışı, yukarıda bağımsız değişkenler diye ifade ettiğimiz çevresel uyarıcıların da göreceli etkisi altındadır. Bu göreceli etki, mal, fiyat, tutundurma ve dağıtımdan oluşan pazarlama bileşenleri ve tüketicinin ailesi, danışma (referans) grupları, sosyal sınıfı ve kültürü gibi sosyo-kültürel faktörlerin güdüleyici faktörlerle temasa geçmeleri sonucu ortaya çıkar. Diğer bir deyişle tüketici davranışı, pazarlama bileşenleri ve sosyo-kültürel faktörlerin güdüleyici faktörler üzerindeki göreceli etkisi sonucu oluşur. Ayrıca, bir kısmı sosyo-kültürel faktörler arasında sayılabilecek gelir, eğitim, meslek, ikametgah, yaş, cinsiyet gibi demografik ve coğrafi faktörlerin de (iklim, bölge v.b.) göreceli etkisinden söz edebiliriz (Karabulut, 1989, s15).

Tüketici davranışının bir karar işlemi sonucu ortaya çıktığı görüşü, tüketiciyi kişisel olarak ele alıp, yeni bir sorunla karşılaşan tüketicinin karara nasıl eriştiğiyle ilgilenmektedir. Bu kararda, pazarlama bileşenleri ve sosyo-kültürel faktörlerin etkisi yanında tüketicinin güdüleyici faktörlerinin de etkisi vardır. Tüketici bütün bu faktörlerin etkisiyle aşama aşama karar verme işlemini yerine getirmektedir (Karabulut, 1989, s17).

Tüketicinin biyolojik ve psikolojik hareketliliğiyle içten, nispeten demografik, coğrafi, sosyal, enformasyon ve teknolojik hareketlilikle de dıştan etkilenmekte, değişmekte ve güçlenmektedir. Bu hareketlilikler ise, onun tabi dengesini nispeten bozmakta ve onu yeni bir denge arayışına itmektedir. Böylece ihtiyaç, tüketicinin doğal denge halinin (fizyolojik veya sosyo-psikolojik) bozulması veya eksilme halidir. Pazarlama yöneticisine düşen görev, bozulan bu dengeyi kurmak veya bunu olumlu yönde geliştirmektir. Yani, tüketicinin sorununu çözmektir. Bu sorun, ihtiyaçlar, istekler ve arzular şeklinde ortaya çıkabilir (Karabulut, 1989, s112).

İhtiyaçlar, tüketiciye has nedenlerle içten uyarılırken, pazarlama bileşenleri, sosyo-kültürel ve demografik faktörlerle de sürekli bir biçimde tahrik



edilebilmektedir. Böylece ihtiyaç, tüketicinin sorun çözümüne doğru yöneliştir. Bu yönelişin başarısı, olumlu bir güdülenmeye de ihtiyaç gösterir (Karabulut, 1989, s113).

İhtiyaçların, birincil (fizyolojik) ve ikincil (psikolojik) ihtiyaçlar diye bir ayrıma tutulması yanında, bunların çözüm kaynakları hakkında tüketicinin bilgi edinme ve risk seviyesi itibariyle yoğun çözüm gerçekleştirebilecek seviyede bulunabileceği gibi, sınırlı ve otomatik sorun çözme gerektirebilecek bir düzeyde de bulunabilir. Diğer bir deyişle, o güne kadar tüketicinin farkına varmadığı bir ihtiyacı ile, farkına varılmış ve gerekli tatmin işlemine girilmiş ve fakat tatmin edilmemiş veya daha önce tatmin edilmiş sürekli bir ihtiyaç, birbirinden farklı özellikler taşır. Bu farklılık, tüketicinin bu konuda göstereceği çabaların derecesini etkileyebilmektedir (Karabulut, 1989, s114).

Böylece ihtiyaçlar, tüketici satın alma davranışının güdüleyici yönünün ilk itici gücüdür. Bu güç durgun değil, geçmişin etkisini de taşıyan geleceğe yönelik dinamik ve çok yönlü bir özelliğe sahiptir (Karabulut, 1989, s118).

Organizmanın ihtiyacını gidermek için belirli bir yönde faaliyet göstermesi eğilimine ve tüketiciyi gerekli davranışlara yönelten olaylar zincirine veya davranışların psikolojik nedenlerine güdü(ler) diyoruz. Böylece güdüler, hedef tüketiciyi belli bir karara yöneltmede, bir eylemi sınırlandırmada veya bu eylemi kendince uygun bir yöne yönlendirmede etkili olabilmektedirler (Karabulut, 1989, s119).

Öte yandan bir güdülenme sadece pazarlama bileşenleriyle değil, bunlar yanında sosyo-kültürel faktörlerle de gerçekleştirilebilir (Karabulut, 1989, s121).

Olumlu güdülenme davranışları tekrarlatmaktadır. Bu, marka bağlılıkları, satın alma miktar ve frekansını arttırmaktadır. Güdülendirici faktörler arasında şunları sayabiliriz: Korku, emniyet, yalnızlık, genç kalma, merak, statü, başarı, mülkiyet, fayda, din, yatırım, suçluluk, değer, rahatlama, fiyat, estetik v.b. Çeşitli mal ve hizmetlerin satışında bu temel güdülendirme faktörlerinin göreceli rolü olabilir (Karabulut, 1989, s122).



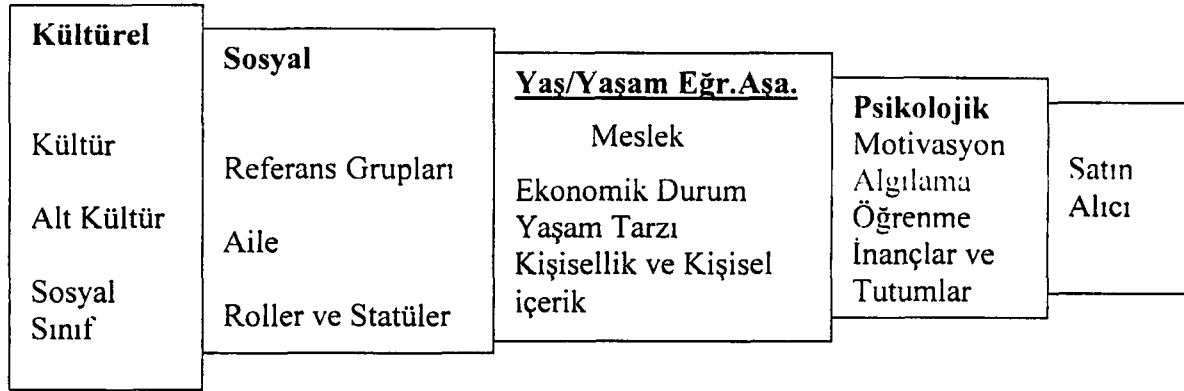
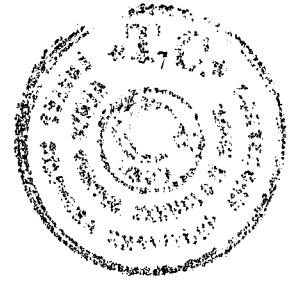
Tutumların yapısını, kişinin kavrama, hissetme ve eylem eğilimi unsurlarının oluşturması nedeniyle, uyarıcılara ve bu arada yeni pazarlama bileşenlerine karşı her an eyleme geçmeye hazır bir silah gibidirler. Bununla beraber tutumlar bir uyarım karşısında kendilerince uygun bir yönelim kazanırlar. Bu yönelim olumlu, olumsuz veya kayıtsız olabilir (Karabulut, 1989, s137).

Öğrenme, hedef tüketicinin yeni pazarlama bileşenlerinin psikolojik ve davranışsal kabulünü gerçekleştirebilecek bir ara değişkendir. Diğer güdüleyici faktörler ve öğrenme, hedef tüketicinin yeni pazarlama bileşenlerinin kabul veya reddine ilişkin zihni bir süreç gerçekleştirip davranışsal bir çıktı oluşturmada, bu bileşenler bunlara ilişkin dolaylı uyarıcı niteliğindeki sosyo-kültürel faktörlerin uyarımlarını işlemede ara değişkenler olmaktadır. Hedef tüketicinin kabul veya redde ilişkin bir davranışsal sonucu gerçekleştirebilmesi için, bu birincil ve ikincil uyarıcıların uyarımlarını öğrenmesi gerekir. Bu amaçla, derecesine göre farkına varma aşamasından başlayıp kabule kadar geçecek aşamada (ilgi, değerlendirme, deneme), hedef tüketici ya bilinçli olarak bir uyarıcı etkisine tabi olacak ve/veya bu bileşenlerin farkına vardktan sonra bunları benimseyecektir. Öte yandan, öğrenme sadece o mal veya markadaki gelişmelere bağlı, diğer çevresel faktörler de (rakipler gibi) bağlı olabilir (Karabulut, 1989, s152).

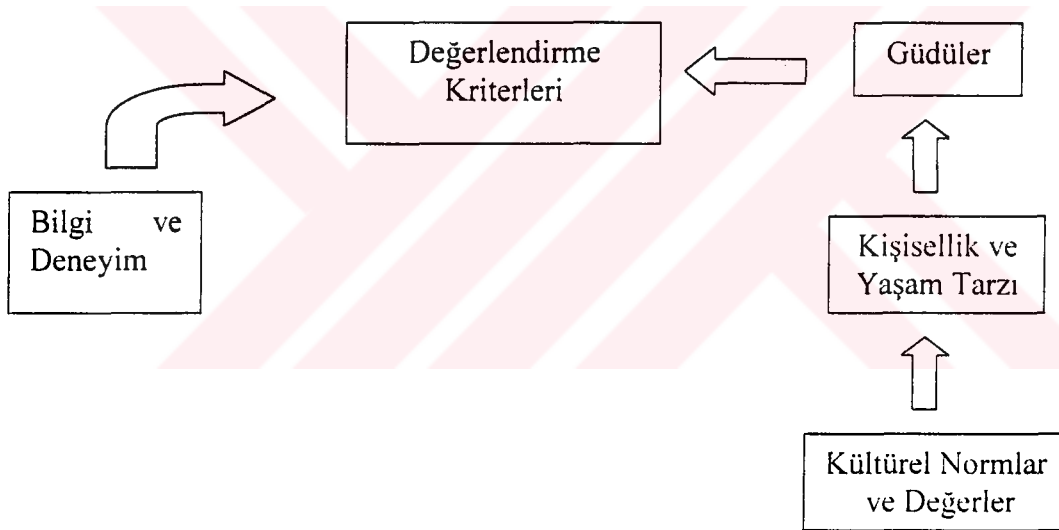
Günümüzde pazarlama anlayışında tüketici, pazarlama faaliyetlerinin odak noktası haline gelmiştir. Tüketicinin pazarlama faaliyetlerinin odak noktası olması demek, pazarlamayı üretim öncesi bir faaliyet olarak başlatmak ve satış sonrası da devam ettirmek demektir.

Tüketici davranışının oluşumunda üç önemli ögenin varlığı hemen göze çarpmaktadır. Pazarlama Bileşenleri, Sosyo-Kültürel Faktörler ve Güdüleyici Faktörler. Bu öğelere demografik, fiziksel ve ekonomik faktörleri de ekleyebiliriz.

Şekil 2.1. Davranışı Etkileyen Faktörlerin Detaylı Modeli (Kotler,1988).



Şekil 2.2. Değerlendirme Kriterlerinin Oluşumu (Engel, 1978)



Tüketici davranışı çalışmalarının tümünden anlaşıldığı üzere tüketici karar verme davranışının basit olarak beş önemli aşaması vardır.

- Sorunun ortaya konulması.
- Araştırma yapılması.
- Belirlenen alternatiflerin değerlendirilmesi.
- Alternatifler arasından seçim yapılması.
- Sonuçlar

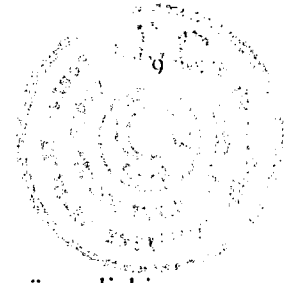
Karar verme teorisyenleri geleneksel olarak tüketiciyle aktif bir sorun çözücü olarak ilgilenmişlerdir (Bettman 1979). Tüketici bir ihtiyacını ortaya çıkartır, bilgi toplar, alternatifleri değerlendirir, bir seçim yapar ve bu seçimin sonuçlarına tepki gösterir. Genel olarak daha geniş bilgi araştırması yüksek risk, yüksek fiyat veya ürünle ilgili düşük deneyim koşulları altında meydana geldiği varsayılır (Assael 1984). Tüketici aktif olarak, alternatifleri ölçer ve bir satın alma kararına erişmek için bilinçli çaba sarf eder (Solomon, 1986, s209).

Bu basit haliyle bile aslında zor bir süreçtir. Her aşamasında bir çok değişkenin girdi yaptığı, bir çok çıktının bulunduğu bir süreçtir. En ufak bir satın-alma davranışından, iş seçimine kadar bu sürecin aşamaları işlemektedir. Sadece aşamaların sonuçlandırma süreleri değişmektedir.

Pazarlamacılar satın-almanın eninde sonunda istenilen davranış olurken, ortadaki davranışların satın-alma için önkoşullar olabileceklerini anlamışlardır. Satın-almayı teşvik etmekten çok bilgi sağlama geçerli ve yararlıdır. Tanıtımı desteklemek için kullanılır. Çoğu müşteri satın-almaları için gerekli bir önkoşul olabilir. Bundan başka, ilaç firmaları gibi firmalar birçok hedef pazara ve satın-almayı yönlendirebilecek birkaç yola sahiptirler (Williams ve Hensel, 1995, s357).

Satın alma süreci davranışının sonuçları tüketicinin hafızasında saklanır. Sonuç olarak, Satın alma süreci davranışının sonuçları tatminkar olarak algılanırsa, benzer prosedürler gelecekte tekrar kullanılabilir. Örneğin, tüketici aynı mağazaya tekrar gelebilir, veya mağazada standartlaşmış bir alışveriş şekli geliştirebilir, veya gösterilere, ilgiye ve/veya geçmiş davranışa benzer yollarla satış personeline cevap verebilir. "Marka bağlılığı"yla beraber, tüketiciler spesifik bir ürün veya geniş bir ürün grubu için "mağaza bağlısı" olabilir (Engel,1978).

Reçeteli ilaçların yaygın kullanılmasına rağmen, müşterilerin satın alma sürecinde önceliği kabul edilebilen çok az bilgiye sahip oldukları bir ürün sınıfıdır. Araştırma tüketicilerin tıbbi hizmetlerde daha aktif bir rol almayı istediklerini, özellikle ilaçlar konusunda bilgi sahibi olmayı istediklerini ve doğrudan müşteriye tanıtım yapma üzerinde bilginin belirli ilaçlar hakkındaki bilgilerini arttıracaklarına inandıklarını göstermektedir (Williams ve Hensel, 1995, s357).



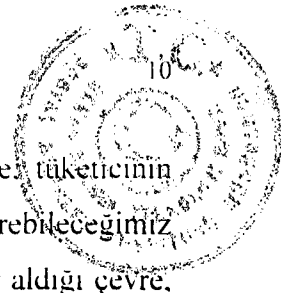
2.1. Başkasının Adına Karar Verme Nedir?

Pazarlamada Karar Verme Süreci ve bu süreci etkileyen faktörler önemli bir yer tutar. Özellikle bu süreçte tüketicinin davranışlarını firma amaçlarına yönlendirmek ayrı bir önem taşır. Çabalar bu yönde yoğunlaştırılır. Tüketicinin karar vermesine yardım edilir. Tüketici kendisi için en doğru ve en faydalı olan alternatifi seçmek isteyecektir. Ve bu konuda tüm sorumluluk ve yetki kendisindedir. Yanlış veya doğru alacağı tüm kararlar tüketiciye aittir.

Son yıllarda giderek yoğunlaşan, karşımıza daha sık çıkan bir kavram var, “Başkasının Yerine Karar Verme”. Bu kavram yeni değil; ama önemi giderek artarak karşımıza çıkmaktadır. Belki de insanlık tarihinin başlangıcından beri vardır. Konunun insan yaşamına katkıları ve etkileri günümüzde açık bir şekilde ortaya çıkmaya başlamıştır. Çünkü bu kavramın bize sağladığı katkıları ve üstünlükleri yaşamın her aşamasında giderek artan bir yoğunlukta ve yaygınlaşarak hissediyoruz. Bizim, yani tüketicilerin, yerine karar verenlerin önemini, sorumluluğunu, topluma katkılarını yaşamımız içinde daha açık anlıyoruz. Bu kapsamda en yaygın olarak karşımıza hekimler, fon yöneticileri, sigortacılar vb. meslek grupları çıkmaktadır.

İş yaşamında yaşanan teknolojik gelişmelerin ve yönetim anlayışındaki gelişmelerin insan hayatına etkilerini her geçen gün her alanda daha belirgin olarak görmekteyiz. Yönetim anlayışındaki gelişmelerin başında zaman kavramı gelmekte ve zaman kavramına verilen değerin artmasıyla karşımıza çıkmaktadır. Zaman maddi ve manevi değerler ile kıyaslanamayacak öneme sahip bir kavram olarak karşımızda durmaktadır. Çünkü çağdaş yaşamda gösterilmesi gereken her tepki/etki hızlı olmak zorundadır.

Zamanı etkin ve doğru şekilde kullanan yöneticinin daima başarılı olacağı açıkça görülmektedir. Zamanın bu kadar değerli olduğu ve yaşamın tüm alt bölümlerinde birçok alternatifi karşımıza çıktığı kabul edildiğinde; her konuda profesyonelleşme ne derecede beklenebilir? Bu koşullar altında beklenecek en doğal sonuç, tüketicilerin kendilerini yetersiz hissettiği her konuda yardıma ihtiyacı olduğudur.



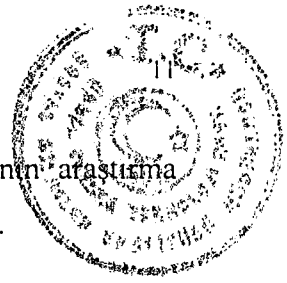
Karar verme sürecindeki önemli ve etkileyici anahtar etken ise tüketicinin yaşamı içerisindeki sosyal çevresidir. Sosyal ilişkiler olarak değerlendirilebileceğimiz bu yapı genel olarak diğer insanlarla olan temaslar ve ilişkilerden fikir aldığı çevre, sosyal destek bulunduğu yapılardır (Montagne, The Promotion of..... 1992)

Başarma amacına karşı ortaya çıkan bazı engeller motivasyon yöntemiyle ortadan kaldırılabilir. Yeni ve iyi şeyler yapmak için duyulan şevk ve heyecan başarılı olabilmenin en önemli yoludur. Başarısızlık korkusu, başarısızlıktan dolayı ortaya çıkacak etkilerden korkma, kendine fazla güvenmeme tüketici temsilcisi kullanmanıza yol açacaktır. Durum ve haller ters giderse tüketici derhal ihtiyaçlarını karşılayabilmek için bir strateji bulmalı ve derhal kendisine yardım edecek, başkası adına karar verebilecek bir kişi bulmalıdır (Hollander, 1999, s109).

Yukarıda bahsettiğimiz yardım ihtiyacı yine profesyoneller tarafından giderilebilecektir. Bahse konu eksikliklerin ihtiyaç olarak belirmesinden itibaren profesyoneller geçmişte olduğu gibi ortaya çıkarak sorunların çözümleri hakkında söz sahibi olacaklardır. Tüketiciler kendilerine ait sorunları profesyonellere bırakarak hem diğer konularda daha çok yoğunlaşacak, hem de sosyal yaşantılarına daha çok zaman ayırabileceklerdir. Böylece zamanın efektif ve etkin olarak kullanılmasında önemli bir adım atılmış olacaktır.

Benzer bir çevresel güç, toplumun bölümlerinin artması ve birden fazla rolü oynama gereksinimidir. Her bir rol, başarılı bir performans için kendi ürün ve hizmet grubunu gerektirir (Solomon 1983). Tüketiciler diğerlerinin beklentilerini yeteri kadar yerine getirmek için bazı roller için satın alma kararlarını taşeronla vermek ihtiyacını duyabilir (Solomon, 1986, s208).

Bu durumlarda amaçları hakkında kötü bilgilendirilmiş tüketici geçici bir ruhsal bunalım yaşar. Tüketici kendisine yol gösterecek, kendisini aydınlatabilecek birilerini arar. Tüketici; ayrı ayrı şeylerden oluşan ürünlerin, yeni piyasaya çıkan ürünlerin çokluğundan dolayı, hangi ürünü kullanması gerektiğini bilmediği için tüketici temsilcisinden yardım ister. Tüketicinin pazar içindeki üstlendiği rol, geçici olarak karşısına çıkan bilgi engeliyle azalır. Yani ürün konusunda fazla bilgisi



olmaması tüketicinin pazar içindeki etkisini azaltır. Bu da tüketicinin araştırma çalışmalarını azaltmasından dolayı ortaya çıkar (Hollander, 1999, s109).

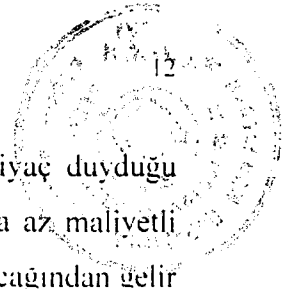
Profesyoneller ihtiyacın belirmesiyle tüketiciye yardım etmek üzere ortaya çıkarlar. Tüketiciye ihtiyaç duyduğu mal veya hizmeti; kendi uzmanlığını veya başkalarının uzmanlığını kullanarak sağlamaya çalışırlar. Mal veya hizmet alternatiflerinin belirlenmesi ve bunların arasından tüketici çıkarlarına en uygun olanını seçerek tüketicinin zaman ve para kaybetmesini engellemeye çalışır. Bu hizmetinin karşılığı müşterisiyle üzerinde anlaştığı bir miktar ücret / komisyon alırlar. Profesyonellere örnek olarak; emlak komisyoncuları, finansal hizmet sağlayıcıları, fon yöneticileri ve hekimler vb. meslek grupları verilebilir. Bu meslek grupları müşteri ve temsilci ilişkileri ile temsilci fonksiyonlarının açıklanması açısından en kolay gözlem yapılabilecek olanlardır (Hollander, 1999, s110).

Tüketiciler tipik olarak onları etkileyen uyarıcı üzerinde kontrolü sürdürmeyi istemelerine (Averill 1973) ve bu istek bazı tüketim durumlarına taşınmasına (Bateson 1985) rağmen, bir çok satın alma kararları, tüketicinin sadece kişisel hükümlerine güvenmeye isteksiz olabilecekleri bazı ciddi sonuçlara sahiptir. Sonuç olarak tüketici, doğru seçeneğe varmanın değerini arttıran bir olasılığın elde edilmesinde daha yetenekli bir harici acenteye karar verme üzerindeki bir kısım kontrolü bırakmayı seçebilir (Solomn,1986, s212).

Havayolu rezervasyon sistemlerinden evlenme töreni planlayıcılarına kadar tüm tüketici temsilcileri karar verme sürecinin tüm yönleri arasında farklı yollarla müşterilere yardım eder (Hollander, 1999, s111).

Tüketicilerin alışveriş yapmaya motivasyonları azalabilir. Bazı tüketiciler alışverişini hoş bir eğlence olarak görmelerine rağmen, bazıları olumsuz bir şekilde görebilirler ve alışverişten kaçınmak için ödeme yapmaktan mutluluk duyacaktır (Solomn,1986, s212).

Profesyonellerden yardım alan tüketici sadece kazanç sağlamaz. Profesyonellerin yardımını alan müşteri / tüketici aynı zamanda parasal olarak da kazançlı çıkacaktır. Tüketici ihtiyaç duyduğu mal veya hizmeti aramak için ayrıca bir



aba sarf etmeyecektir. Alternatifler arasında seçim yapmak için ihtiyaç duyduğu bilgileri elde etmek anlaşacağı temsilci sayesinde daha kolay ve daha az maliyetli olacaktır. Zamanını alternatifleri belirlemede değil, mesleğinde kullanacağından gelir kaybına uğramayacak; aksine gelirini arttıracaktır.

Ayrıca tüketicie karmaşık yöntemler ve alternatifleri karşılaştırırken yardımcı olunması tüketicinin pazar içindeki etkinliğini arttırır. Tüketicinin finansal kaynaklar yaratması önemlidir. Tüketicisi, tüketicie mal veya hizmet alımında, pazarlıkta ve bunun gibi konularda yardım eder. Tüketicinin, herhangi bir tüketicisi temsilcisine danışmadan satıcıdan alacağı mal kendisini sıkıntıya sokabilir. Finansal yönlendiricilerin artması da bu duruma karşı tepkiden dolaydır (Hollander, 1999, s111).

Pazarlama işleminde diğer rol oynayan kişiler, başkasının yerine karar veren kişilerin görevlerini de yaparlar. nemli unsurları önceden tartışmak ve tanımlamak pazarlama işleminde rol oynayan bu kişilerle, başkaları adına karar veren tüketicisi temsilcileri arasındaki farklılığı ortaya çıkarır. Biraz önce sözü geçen tanımlamadan dolayı ortaya çıkan bazı farklılıklar öğretici olabilir. Pazarlamada toptancı, perakendeci gibi aracı olanların tüketicisi temsilcileri gibi direkt olarak tüketicinin ilgi ve merakını çekme sorumluluğu yoktur. Tüketicisi temsilcileri biraz önce söylediğimiz gibi müşterilerin çıkarlarını kendilerinkinden nde tutar. Bazı aracılar değişik tavırlar sergiler. Toplum genelde perakendecileri fazla eleştirmez. Perakendeciler ellerindeki ürünleri belli bir süre stok ederler ve daha sonra reklam kullanarak ürünü karlı olarak satarlar. Yüksek terapi creti uygulaması gereken doktorlar ise hala ücret konusunda sabırlı davranış göstermektedirler. Tüketicisi temsilcileri üstlenmiş oldukları sorumluluktan dolayı tketicieyle aralarında oluşan görüş farklılıklarından tahammül ve sabır göstermelidirler. Tüketicisi temsilcilerinin, hekimler ve finans planlayıcıları gibi örnekleri tüketiciden daha bilgilidirler. Yaşam için hayati önem taşıyan iş alanlarında nasıl davranılması gerektiği bilinir. Güvenlik ve Değişim Komisyonu Başkanı *Arthur Levitt*'e göre tüketicisi temsilcisi müşteri çıkarlarını diğer her şeyden üstün tutmalıdır. Kendinden, endüstriden, işinden ve kısacası bütün her şeyden önce müşteri ilgisi ilk planda gelir (Hollander, 1999, s111).

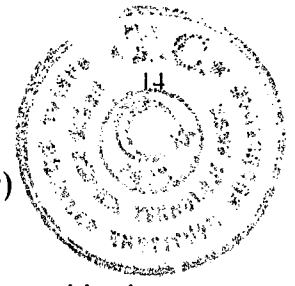
Başkasının adına karar verenler, tüketicinin ihtiyaçlarının farkına varmasını sağlarlar. Ürün araştırması, değerlendirme, seçim başkası adına alışveriş yapan tarafından yönlendirilir ve organize edilir. Başkası adına karar veren sıra ile tavsiye verir. Bu noktada tüketicinin birkaç seçme hakkı vardır. Birinci seçim: tüketici temsilcisinin tavsiyelerini kabul etmek ve ürünü satın almaktır. Veya tavsiyeleri daha fazla değerlendirmektir. Tüketici karar verme metodunu kendi başına bitirebilir. Tavsiyeleri değerlendirir ve kabul etmez. Böylece ürünü almayabilir. Kabul etmeyip kendi düşünceleri doğrultusunda ilerler veya öneriler üzerinde bazı değişiklikler yaparak ürünü satın alabilir veya satın almayabilir (Hollander, 1999, s109).

Müşteri varsayımlarının aksine, başkalarının parasıyla alışveriş yapanların (tüketici temsilcisi) karar verme kriterleri müşterilerinden dikkate değer şekilde farklıdır. Yapılan bazı tartışmalarda, hekimlerin hayat korumada hastalardan daha farklı ve katı kriterlere sahip olmaları gerektiğini tartışılır. Başka bir ifadeyle; hekimler bir hastanın öleceğinden daha sonra ölmesini sağlamalıdır. Müşteriler ile diğer tüketici temsilcilerine daha az hayati tehlike arzettiği halde karar verme kriterlerinde benzer farklılıklar bulunabilir. Geltner, Kluger ve Miller (1991), satış çalışmasının seviyesi, gayrimenkul komisyoncularının fiyat kuşkuları ve müşterilerin beklentileri arasında bir uyumsuzluk/anlaşmazlık tespit etmişlerdir. Sözleşme sürelerinin sona erme zamanı yakınlaştıkça; komisyoncuların çabalarının arttırması için sınırlı süreklilik listelemeleri yol gösterir. Fiyat kuşkusu hakkındaki uyumsuzluklar da artar (Hollander, 1999, s111).

Şu ana kadar ortaya çıkan bilgileri bir araya getirdiğimizde ilişkinin özellikleri hakkında aşağıdaki yargılara varabiliriz.

- Karşılıklı sorumluluklar içerir (Hem hekim hem de hastanın kazanacak ve katkıda bulunacak bir şeyi vardır).
- İlişkiye ve açık görüşmeye dikkat gerektirir.
- Dinamiktir ve her iki bölümün durumu değiştirmesine adapte olur.
- Herhangi bir zamanda başlatabilir. Ama geliştirmek zaman alır. Çoğu karşılaşmalar ortaklığı inşa etmek için fırsatlar sağlamalıdır.

3.3.1. Tüketici Temsilcisi Kavramı (Surrogate Shopper)



Bir çok tüketici için alışveriş yapma arzu edilmeyen veya hoş olmayan bir olay haline gelmektedir. Sonuç olarak, tüketici zahmetli veya zaman alıcı olarak algılanan görevlerini devretmeye daha çok istekli olabilirler. Bireysel veya kurumsal bu görevler "tüketici temsilcisi" olarak adlandırılan bir kişiye devredilir (Solomon, 1986, s212).

Surrogate Shopper, bir mal ya da nesnede, başkasının yerine karar alabilme yetkisi olan kişi, ticari girişimci olarak tanımlanır. Tüketici adına hareket eder. Tüketicinin seçim yapmasını ve karar vermesini kolaylaştırmaya çalışır (Hollander, 1999, s111).

Başkasının yerine karar veren (Vekil) alıcı, ticari şirkette yada iş veya profesyonel faaliyetlerle uğraşmaktadır.

- Esas önemli olan nokta başkasının yerine karar veren alıcı (Vekil), tüketicinin satın alırken karar vermesine yardım eder. Bu durumda başkasının adına karar verenin ürünlerde, tekliflerde kısacası bu piyasada çok büyük bir payının olduğunu göstermektedir.
- Başkasının yerine karar veren (Vekil), potansiyel kaynaklar veya aynı türden çeşitler arasından seçim veya tavsiye yapmayı tercih eder.
- Başkasının yerine karar veren (Vekil), müşterilerine daha iyi servis ve hizmet verebilmek için genelde fazla mesai yapmayı tercih eder. Çalışmasındaki başarıya göre finansal geliri artar veya azalır.
- Açıkça veya dolaylı olarak tüketici adına karar verdiği veya tavsiye ettiği şeylerle, tüketicinin ilgi ve merakları başkası adına karar verenin sorumluluğu ve mesuliyeti altındadır.
- Başkasının yerine karar verenin (Vekil) tüketiciye karşı her konuda bağlı ve sadık olmalıdır.

Başkası adına karar verenin (vekil) tüketiciye samimiyetle, içtenlikle davranmalıdır. Kendisini etkili bir şekilde ifade edebilmesi çok önemlidir. Genel



düşünce: pazarlama sisteminin var olmasının nedeni tüketiciye hizmet etmektir (Hollander, 1999, s111).

Alderson'un (1975) deyimiyle, örneğin, eğer alışveriş hoş bir faaliyet olarak sayılmıyorsa, bir tüketici temsilcisinin hizmetleri daha çekici hale gelir (Solomon, 1986, s212).

Tüketici temsilcileri, tüketicilere tavsiyeler veren profesyonel tavsiyecilerdir. Bu kişiler profesyonelliğin karakteristik özelliğini almaya çabalarlar. Burada anlatılan ifadeye göre tüketici temsilcisi aile bireylerine bir veya daha fazla ailenin satın alma rolünü yükleyemez. Bunu yapan amatör tüketici temsilcileri piyasadaki yerini ve piyasadaki payını geliştiremez (Hollander, 1999, s111).

Tüketici temsilcisi tüketim zincirinde önemli fakat sık sık gözden kaçan bir unsurdur. Tüketim içeriğinden bir farkı, tüketicilerin satın alma kararları üzerinde kontrolün bir kısmından vazgeçmeyi seçmesidir. Pazardan aktif olarak bilgi toplamak ve bilgi işlemek yerine bilgiyi süzmesi, opsiyonları tartması, yorumlar yapması ve kendileri adına eylemlerde bulunması için dışarıdan bir acente tutarlar. Üreticiler ve tüketiciler arasındaki bu yeni kanal üyesinin durumu pazarlama sistemi için önemli kollara sahiptir (Solomon, 1986, s212).

Temsilci, zaman/yer yararlarının koşulu olması, uzmanlığı pazarlık etmesi, satış yerlerine süper şekilde girebilmesi ve diğer yetenekleri nedeniyle cazip bir alternatiftir (Solomon, 1986, s212).

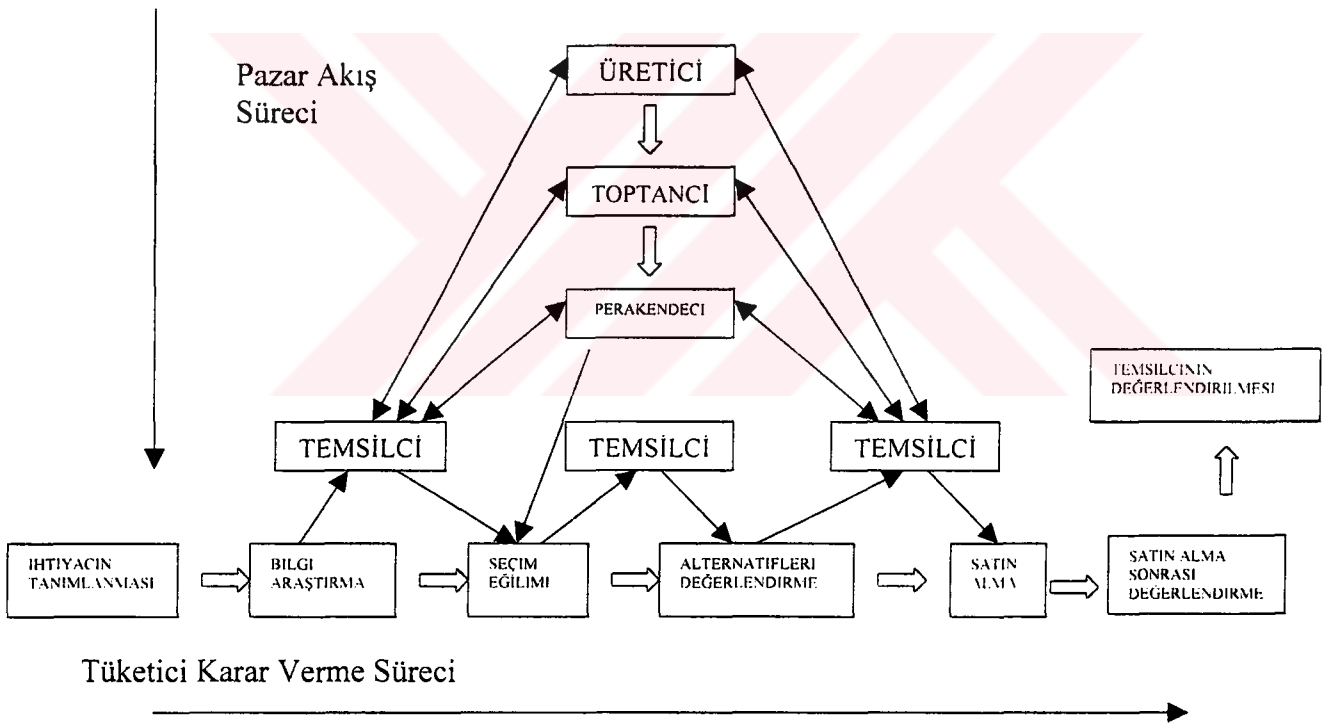
Tüketici temsilcileri görevlerini daha önceden tasarlayan, sorumluluklarının bilincinde olan, tüketicinin davranış ve isteklerini her şeyin üstünde tutan kişilerdir (Hollander, 1999, s111).

Başkasının yerine karar veren (vekil) tüketici temsilcisi; tüketicinin sağlık, imaj, finans, törensel kısacası her yönüyle ilgilenmeli ve yol göstermelidir. Zaten başkası adına karar verenin sözlük anlamı da budur. Bu kişiler tüketicinin uçak biletinin ayırtılıp alınmasından, sağlığından, emeklilik planlarından, evlilik planlarından :

kısacası her şeyde danışmanlık görevi yapmaktadırlar. Örneğin, Prenses Diana'nın her gün bulunduğu bir yaşam stili yöneticisi vardı (Hollander, 1999, s111).

Başkaları adına karar verenlerin fonksiyonları tüketicinin verdiği kararlara göre aşama aşama değişir. Başkasının yerine karar verenler (Vekil), tüketicilerin karar vermeleri için taslak oluşturmalarında, herhangi bir şeyi satın almalarında önemli rol oynarlar. Bu kişiler hastalıktan doğan bir husus hakkında karar alınırken tüketiciye seçenekleri daraltmayı, hizmeti iyi yapabilmeyi ön planda tutarlar. **Hollander** başkaları yerine karar verenleri şu şekilde tanımlamıştır. Alıcı, tavsiyeci, tedarik eden, dağıtıcı olarak tanımlar (Hollander, 1999, s111).

Şekil 2.3. Pazar ve Tüketici Arasındaki Temsilci Arabirimi (Solomon, 1986, s212).



Bu temsilciler potansiyel olarak pazarlama kanallarının hem sembolik hem de somut yönleri üzerinde kontrolü sağlarlar. Onlar satın alınan mamullerin belirlemede, bu malların sembolik kalitelerini belirlemede olduğu kadar iyi bir rol oynarlar (Solomon, 1986, s212).

Temsilciler hükümleri için değerli, pazarlık yapmada veya zamandan tasarruf etmek için onların yetenekleri “moral desteği” olabilir. Çoğu tüketici, tüketim



kararlarında endişeli olurlar. Çünkü onlar bu seçimleri, kendileri tanımlamada, sosyal değişkenlik, profesyonel ilerleme ve diğerlerini anlatmak olarak algırlar. Onlar mesleki başarılar veya başarılı etki yönetiminin garipliklerini arttırmada bir prim ödemeye istekli olabilirler (Solomon, 1986, s212).

Geçici şartlar ve sürekli engeller nedeniyle, müşteriler satın-alma kararlarının değişik bölümlerini tüketici temsilcilerine bırakırlar. Bununla birlikte tüketici kararları otonominin son temsilcilerinden birisi olabilir. Otonomiden feragat edildiğinde; büyük tasarruflar, karışık satın-alma sistemleri hakkında bilgi eksikliği veya satın-alma sürecinin birbirine bağlı doğası nedeniyledir. Temsilcilik fonksiyonları düzenli olur ve temsilciler itibari sorumluluklarına bağlı yaşarlarsa; onların tüketici adına verdikleri kararlar da tatminkar olur (Hollander, 1999, s111).

Tüketici temsilcisinin piyasadaki rolü çok önemlidir. Bu yüzden tüketiciye kendisinin ne amaçla çalıştığını anlatabilmesi çok önemlidir. Komisyoncu ile tüketici temsilcisi arasında büyük bir fark vardır. Bu iki rol birbirine karışırsa *Morrison*'un söylediği gibi şizofrenik bir durum ortaya çıkar (Hollander, 1999, s111).

Temsilci kullanımının birincil amacı, tüketicinin zamanı ve/veya araştırma, alternatifleri değerlendirme ve/veya özel bir malı veya hizmeti elde etmek için gerekli satın alma aşamalarıyla uğraşmak için isteğinin olup olmadığının olasılığıdır. Temsilciler zahmetli bir deneyimden kaçınmak için ödeme yapmaya istekli kişilere zaman/yer faydaları önerirler. Çoğu tüketiciler, örneğin zamanı veya kendi kendilerine alışveriş yapmaya ilgi göstermeyenler (Solomon, 1986, s212).

Bazı temsilciler fonksiyonel ve/veya para tasarrufu hizmeti (yatırım danışmanları gibi) sağlarken, diğerleri de etki (lobi faaliyetleri gibi), sosyal meşruluk (imaj danışmaları gibi) veya hatta bağlantı bile (tarihlendirme hizmetleri gibi) sağlarlar (Solomon, 1986, s212).

Tüketici temsilcilerinin diğer bir özelliği de, tüketiciyi korumalarıdır. Piyasada araştırma yaparken tüketiciyi korumak için elde edilen bilgileri dikkatle inceleyip gözden geçirir. Sonra ise teker teker süzer. Çünkü kendileri tüketici temsilcileridir. Bununla beraber başkası adına alışveriş yetkisi olan kişiler, yerinde bilgiler vererek



müşteri sayılarını arttırmayı umarlar. Ve eleştiri niteliğinde olan bilgi ve ayrıntıları kendilerine saklamayıp tüketiciye aktarırlar. Tüketici temsilcilerinin aksine perakendecilerin müşteriye başka bir firmaya gönderme sorumluluğu yoktur (Hollander, 1999, s111).

Walker (1971) “hekimlerin genellikle ilaç fiyatları hakkında iyi bilgi sahibi olmadığı”nı bulmuştur. Tüketici temsilcileri ayrıca müşterilerin adına risk alma eğilimi olabilir. Büyük yatırım fonlarıyla risk alma eğilimi de bu gözlemi destekler eğilimindedir. Bir ortak fon yöneticisi, bir avuç dolusu aşırı riskli acemi şirketlerde kumar oynayarak milyonlar kazanır veya kaybeder (Pethokoukis 1997, p.71). Bu davranış tipik olmasa da; başkalarının parasıyla karar verme yüksek risk meydana geldiği ileri sürülür. Karar hataları ve tüketici temsilcilerinin öğrenimi müşteri tarafından sübvansiyonla desteklenir (Hollander, 1999, s111).

Temsilciler ile diğer kanal üyeleri arasındaki başlıca fark kanal işleyiş yönündedir. Geleneksel kanalda ödemeler, mal/hizmetlerin ve diğer şeylerin akışı üreticiden tüketiciyedir. Komisyoncu acente tüketiciler için araştırır ve kanal içinde onlardan önce onların adına görüşmeler yapar. Aksine temsilcilik tüketicinin kanal içindeki faaliyetlerini kolaylaştırmak için tüketici tarafından yürütülür. Aracı son tüketiciyi temsil eder ve böylece kanal geriye doğru işler (Solomon, 1986, s212).

Tüketici temsilcisinin düşüncelerini müşteriye zorla kabul ettirebilme yetkisi vardır. Bazı durumlarda bunu kullanabilir. Tipik olarak tüketici temsilcisi tüketici tarafından ücretlendirilir. Bununla beraber tüketici temsilcileri bazen şirketler tarafından , bazen de üçüncü şahıslar tarafından da ücretlendirilebilirler. Tüketici temsilcileri kararları tek taraflı kontrol etme hakkına sahiptir. Sadece tavsiye edilen biçimde, basit bir biçimde, çalışabilirler (Hollander, 1999, s111).

Somut personel faktörleri tüketici temsilcisi seçiminde her zaman rol oynar. Sigortacılık sektöründe faaliyet gösteren firmalar arasında yapılan bir araştırmaya göre; poliçe satmaya çalışırken bilgisayar kullanan acenteler bilgisayar kullanmayan acentelere karşı büyük bir üstünlük sağlamışlardır. Bu araştırmaya göre bilgisayar kullanımı poliçe satışlarını büyük bir oranda arttırmıştır. Bu araştırmadan da



anlaşılabileceği üzere sigortacılık sektöründe bilgisayar kullanımını çok önemli (Hollander, 1999, s111).

Tüketici, tüketici temsilcisini sorunları önceden görme ve karşılaşılan güçlükleri yenme yeteneklerine göre seçer. Tüketici, seçimini yaparken tüketici temsilcisinin karakteristik özelliklerini ön planda tutar. Örneğin; finansal danışman, finansal yönlendirici ve mimar arkadaş tavsiyesi ile seçilir. Gerçekten de tavsiye ve referanslar en önemli seçim kriterleridir. Çoğu tüketici temsilcilerini referans verebileceği uzun telefon numaraları listeleri vardır (Hollander, 1999, s111).

Tüketiciye olası seçenekleri değerlendirmesi için ihtiyacı gidip anlatılır. Bu aşamada tüketici, temsilcinin rehberlik etmesi için sistemden tekrar çıkabilir. Tüketici, eğer kullanacağı uygun karar hakkında şüpheleri varsa ve karar bir dış uzman tarafından rehberlik edilmesini hak edecek kadar önemli ise, özellikle bu şekilde davranması muhtemeldir (Solomon, 1986, s212).

Aracılığın bu (güdöleyici) aşamasında piyasayı keşfetmesi için bir temsilci tutan tüketici, kolayca aldatılabileceği için alternatifler üzerinde kontrolü kendi yararına kullanır. Örneğin, tüketici duvar kağıtlarını, mobilyaları ve eşyaları seçmesi ve koordine etmesi veya değişik bir oda şekli için bir dekoratör tutabilir (Solomon, 1986, s212).

İyi bir tüketici temsilcisi olabilmek için, o tüketici temsilcisinin tüketiciye karşı olan sorumluluklarını iyi bilmeleri gerekir. Tüketiciler için satın alma işlemini gerçekleştiren tüketici temsilcileri acentelerin kanunlarına uymak zorundadırlar. Birisi adına sorumluluğu yüklenen kişi sorumluluklarını en iyi şekilde yerine getirmelidir. Tüketiciyle aralarındaki iletişim çok önemlidir. Bütün tüketici temsilcileri tüketici temsil servislerinden destek alırlar. Çünkü bir acenteymiş gibi hareket ederler (Hollander, 1999, s111).

Tüketicilere tavsiye veren bu kişiler teknik bakımdan acente değildirler. Ama acentelerin aldığı sorumlulukların çoğunu bu kişilerde alır. Bunun iki sebebi vardır. Birincisi; tüketici bir şeyi alabilmek için yapılması gereken işlemleri tüketici



temsilcisine göre daha az bilmektedirler. İkincisi; tüketici temsilcileri kendilerinin en iyi önerilerini tüketiciye sunmaktadırlar (Hollander, 1999, s111).

Tüketicilerin temsilci kullanımı basit bir sorumluluk devrinden daha fazlasını temsil eder. Pazarlama sürecinde profesyonel tüketicilerin bütünleşmesi, ürünlerin veya hizmetlerin öğrenilen, değerlendirilen ve satın alınan dinamikleri etkileyebilir (Solomon, 1986, s212).

Tüketici temsilcileri, pazarlama sisteminde büyük bir yer tutarlar. Çünkü topluma büyük fayda sağlarlar. Pazarlamacılarla, tüketici, şirket ve toplum arasında köprü oluşturur. Tüketici temsilcisi tüketiciye bireysel olarak önem verir. Pazarlama kanallarını kullanmasını sağlar ve tüketiciyi en öncelikli olarak indirimlerden haberdar eder. Tüketiciyi maddi zarara uğramaktan korur. Tüketicinin bir hata yapıp, maddi zarara uğramasını engeller (Hollander, 1999, s111).

En büyük yararları tüketiciyi zarardan korurlar. Tüketici temsilcileri, tüketiciyi pahalı mallardan veya kötü sonuçlara yol açabilecek hatalardan korurlar. Sosyologlar, bazı faktörlerin tüketicinin iyi veya doğru kararlar vermesine engel olduğunu sık sık vurgularlar. Tüketicinin yani toplumun menfaatini ve refahını düşünürler. Tüketicinin ihtiyaçlarını belirler. Böylece tüketicinin alışveriş konusunda strese girmesini önler; ruhen rahatlamasını sağlar. Pazarlama birbirlerini izleyen yöntemler olarak tanımlanır. Engeller tüketicinin görüşlerini kötü olarak etkileyebilir. *Alderson'a* göre yeni bir pazar aramak beceriklilik ister. Verimlilik, üretkenlik derecesini aşama aşama arttırmak gerekir. Bu nedenle yeni bir pazar aramak uzmanlık gerektirir. Çünkü yeni bir pazar bulmak, yeni bir pazar yaratmak uzmanlık gerektiren bir konudur (Hollander, 1999, s111).

Tüketici temsilcisinin kararlarıyla müşterilerinin arzu ve isteklerini birbirinden ayırmak sosyal bakımdan çok önemlidir. Daha öncede ifade ettiğimiz gibi tüketici temsilcisinin tüketiciye karşı bazı sorumluluk ve mesuliyetleri vardır. Bunlar sadakat, doğruluk ve bağlılıktır. Bunların herhangi birisinin olmayışı ortaya büyük sorunlar çıkarır. Tüketici temsilcisi sorunların değişik olması ve çok olmasından dolayı bile olsa tüketicinin bir şeye göstermiş olduğu ilgi göz ardı edemez (Hollander, 1999, s111).

Tüm tüketiciler temsilci tutmada elemeyi apaçık yapmazlar. Sadece muhtemelen satın almanın belirli şekillerini yapmak için eleme yaparlar. Bundan başka hizmet sunanların önemli bir bölümünün geçim yolu, satın alma kararlarının geniş bir bölümü için tüketicinin isteklerinin sorumluluğunu temsil etmeye borçludur (Solomon, 1986, s212).

Bir temsilci fonksiyonunu yerine getiren bir çok değişik hizmetler yüzünden, sağlanan tüm faydaları belirlemede hizmet ortamlarına karşı soyutlama gereklidir. Biz temsilcilerin iki geniş sınıf faydayı sunabileceğini ileri sürdük: fonksiyonel ve fiziksel. Onlar fiziksel pazarda hizmetlere/mallara gerçek erişimi geliştirerek tüketicinin hareketini kolaylaştırabilir ve/veya stilistik yardımı, sigortacılık veya statü olarak bazı subjektif yararlar sağlayabilirler (Solomon, 1986, s212).

Bu noktada başlıca konu, hangi temsilcinin satın alma alternatiflerinin değerini ölçmede gerçekten birinci derecede sorumlu varsayılacağını derecelendirmektir. Bazı durumlarda temsilci, satın alma seçeneklerini perdeleyerek ve böylece daha küçük, daha yönetilebilir seçim seti içindeki sayısal olasılıkları süzerek, bilgi araştırmasının tanımlayıcı fonksiyonunu yerine getirirler (Solomon, 1986, s212).

Diğer durumlarda temsilci alternatifleri değerlendirerek ve bir tercih hiyerarşisi dikte ederek (örneğin, beslenme danışmanları, imaj danışmanları ve bazı borsacılar) buyurucu bir rol oynarlar. Gerçekte tüketici temsilcileri esas itibarıyla yatırımlar ve ev bilgisayarlarından giyim ve mobilyalar gibi bazı anlamlı ürünlere kadar uzanan satın alma kararları üzerinde tek taraflı kontrolü kullanabilirler (Solomon, 1986, s212).

Tüketicinin, tüketici temsilcisinin performansı hakkındaki değerlendirmesi: tüketici temsilcisinin alışveriş hizmeti, son ürün ve hizmetin yararları tek tek incelenerek yapılır. Tüketici, tüketici temsilcisinin yaptığı işlerin sonucuna göre değerlendirme yapar. Değişikliklere, gelişmelere, hizmetin maliyetine göre bir değerlendirme yapar. Kısacası tüketici denetleyici bir rol üstlenir (Hollander, 1999, s111).

Tüketici, sonuç değerlendirmesini yaparken tüketici temsilcisinin harcadığı emeği de göz önünde bulundurur. Tahmin ettiğimiz gibi tüketici temsilcisinin cana yakın hizmeti, istenileni anlaması, verdiği hizmetin kalitesi, tüketicinin yapacağı değerlendirmede önemli bir yer tutar (Hollander, 1999, s111).

Birçok kanal üyesi istedikleri şeyleri kolaylıkla tedarik etmektedirler. Benzer olarak tüketici, tüketici temsilcisiyle bağlantı kurar. Bu kişi de tüketicinin çıkarlarını gözeterek alışveriş yardımcısı olarak, tüketicinin yararlarını ve çıkarlarını gözeterek tüketici adına satın alma işlemini yapar... Tüketici temsilcisi, tüketicinin ihtiyaçlarını tespit eder ve bunları tüketici adına temin eder (Hollander, 1999, s111).

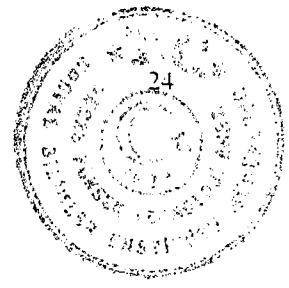
Tüketici temsilcileri A.B.D.'nin çoğu büyük sektörlerinde önemli bir rol oynadı, oynuyor ve muhtemelen oynamaya devam edecektir. Bu rol bir üründen diğerine değişir. Ürün değerlendirme acentelerinin işi olmasaydı; alışveriş temsilcilerinin geçmişte kafasında canlandırdığı birçok ayrıntılı planlara rağmen, gıda maddeleri ve diğer ev ürünleri pazarında küçük etkileri vardır. Giyim pazarındaki önemleri (en çok çalışılan olan) ufak ve lükse yöneliktir. Onların rolü mobilya ve gayrimenkul pazarında oldukça büyüktür (İç mimarlar, mimarlar, ana müteahhitler). Satın-alma kulüpleri ve otomotiv alışveriş hizmetleri, büyük müşteri dayanıklılıklarının dağıtımında artan öneme sahip olabilir (Hollander, 1999, s111).

Tüketici temsilcilerinin kararlarında; karmaşık veri tabanlarına (tıbbi hizmetler ve tedaviler, finansal planlama ve finansal malları elde etme) dayalı olduğu ve beğenilerin karşılığı ile sosyal statüyü de kapsayan zamanlarda, muhtemelen satış ve dağıtım hizmetlerinde - özellikle tek defa veya seyrek tekrarlanan (evlilikler gibi)- büyük bir miktar maddi kaynağı kapsayan satın-alma davranışları önem kazanır. Tüketici temsilcileri tıbbi bakım (reçete yazılan ilaçlar), laboratuvar, terapi ve uzman tercihleri, yatırım ve finansal hizmetler (finansal planlamacılar, emeklilik ve diğer fon yöneticileri), seyahat ve eğlence (seyahat acenteleri ve eleştirmenler), gayrimenkul (acente ve komisyoncular) ve sigorta (acenteler) gibi hayati sektörlerde önemli hale gelir. Önem verilen bu sektörler, maddi hacmi ve müşterilerin refahı için yardımları açısından her iki konuda; tüketici temsilciliğinin benzersiz doğası nedeniyle bugüne kadar pazarlama literatüründe kabul edilenden daha fazla dikkate değer durumdadır (Hollander, 1999, s111).

Tüketici temsilcileri dağıtım kanalında büyük bir varlık olmasına rağmen pazarlamacılar eninde sonunda onlarla ilişkilerini devam ettirmek ve onların ilgisini çekmek için strateji üretmek zorundadırlar. Pazarlamacılar tüketici temsilcilerini yetiştirmeli (Lodging and Hospitality 1994), onları pohpohlamalı (özellikle çift dağılım görüldüğü zaman) ve uygun olduğu zaman teknolojik (örneğin bilgisayar sistemleri) ve yönetsel kontrolleri kullanmalıdırlar (Hollander, 1999. s111).

Tüketici temsilcileri, psikolojik ihtiyaçlardan dolayı ortaya çıkan geçici engellerle karşılaşabilirler. Bu ihtiyaçlar bir arkadaş olabilir, kendine güven konusunda olabilir, kişisel saygınlık konusunda olabilir. Hekimler bu türlü ruhsal rahatsızlığı olan tüketici temsilcilerine ruhsal ve bedensel açıdan tekrar sağlıklarına kavuşmaları için tıbbi bakımdan zararı olmayan ilaç tedavisi uygularlar (Hollander, 1999, s111).

Sonuç olarak tüketici temsilcileri tüketiciye hizmet ve servis için seçilir. Tüketici temsilcisi tüketicinin bilmediği konularda yardımcı olur. O kişiye izlenmesi gereken yolu, yapılması ve alınması gereken şeyleri gösterir. Bu nedenle tüketici temsilcisinin varlığı tüketiciler için gereklidir (Hollander, 1999, s111).



3. İLAÇ SANAYİ VE GELİŞİMİ

3.1. Uluslararası İlaç Sanayi

Teknoloji ve bilimde yaşanan hızlı gelişmeler yaşantımızın her alanında karşımıza çıkmaktadır. Globalleşme, yaşam standartlarının yükselmesi, teknoloji ve bilimin sonucudur. Teknolojik gelişmeler her alanda aynı hızla kullanılmaz. Fakat, teknolojik gelişmelerin hızlı bir şekilde kullanıma geçiren sektörlerden biri de ilaç sektörüdür.

Sosyal sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkelerde, hükümetlerin sosyal sağlık politikaları ilaç sektörü üzerinde etkili olmaktadır. ABD, Japonya ve Avrupa'nın gelişmiş ülkelerinde bireylerin yaşam süreleri uzaması ve düşük doğum oranı nedeni ile nüfus yaşlanmaktadır. Daha uzun ömürlü ve giderek yaşlanmakta olan bir toplumun ilaç tüketimi arttığı için ülkelerin sosyal sağlık harcamaları yükselmektedir. Bu durumla karşılaşan gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik politikaları genellikle ucuz ve jenerik ilaç tüketimini teşvik eder nitelikte ortaya çıktığı için, ilaç endüstrisini doğrudan etkilemektedir.

1980'li yıllardan itibaren insan vücudunun biokimyasal yapısını çözülmesine yönelik araştırmaların sonuçları alınmaya ve daha önce başarıyla tedavi edilmeyen hastalıklar için yeni ilaçlar geliştirilmeye başlanmıştır. Ancak bu gibi ilaçlar oldukça yüksek araştırma ve geliştirme harcamalarının yapıldığı uzun bir zaman süresi sonunda piyasaya sürülebilmektedir. Bu nedenle, yeni ürün geliştirmekte olan şirketler mevcut ürünlerinin satışından Ar-Ge çalışmalarını finanse edebilecek derecede güçlü nakit akımı yaratabilmek zorundadır. Devletlerin sosyal-sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik politikaları, ilaçlarda rekabeti çoğu zaman fiyat düzeyine indirdiği için şirketlerin nakit akımlarını zayıflatmakta, dolayısıyla daha etkili yeni ilaç üretimini ve sektörün gelişimin olumsuz yönde etkilemektedir. Öte yandan ilaçların etkinleşmesiyle doktorların ilaç tedavisini daha pahalı olan, cerrahi yöntemlere tercih ettiği ve etkin olmayan, ucuz ilaçlarla tedavinin uzayarak aynı maliyete ulaştığı gibi unsurlar göz önüne alındığında düzenleyici gücün ucuz ilaç üretimin teşvik ederek ilaç harcamalarını ne derece de düşüreceği tartışma konusudur.



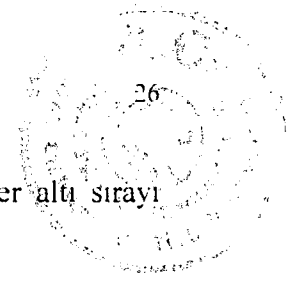
İlacı patent koruma süresinin sonuna gelen şirketler, rakiplerinin jenerik rekabetinden korunabilmek için fiyat ve kar marjlarının derecesi olarak düşürmektedir. İlaçların patent korumasından düşmesi nedeniyle karlılıkları gerileyen ilaç üreticileri sürekli olarak yeni ilaç geliştirmek zorunda kalmaktadır. Bunu yapmayan ya da patent korumasındaki ilacı ile finanse ettiği araştırması başarısız olan şirketler, patent süreleri dolan ilaçlarının daha ucuza mal edebilen jenerik türlerini kendileri üreterek alanlarında öncülüklerini sürdürmeye çalışmaktadır. Son yıllarda meydana gelen bu gibi gelişmeler şirketin risk dağıtmak amacıyla yeni kavramlar geliştirmesine yol açmıştır. Bazı ilaç şirketlerinin klasik faaliyetlerini yenileyerek tedavi satmak ve sağlık yönetimi gibi yeni kavramlar kapsamında sağlık hizmetleri ve sağlık sigortalarını da içerecek şekilde genişletmesi ilaç sektöründe beliren yeni eğilimler arasındadır.

Hindistan ve Çin gibi ülkelerdeki firmaların son yıllarda isimlerinin söz ettirmeye başlamasıyla gelişmiş ülkelerin çok uluslu şirketleri, 3. Dünya Ülkeleri pazarında da artan bir rekabetle karşılaşmaktadır. Dünya ilaç sektöründe artan rekabet ortamında hayatta kalabilmek için:

- İhtisaslaşmaya yöneltmek,
- Yatay entegrasyonla faaliyetleri sektörün birden fazla kolunda çeşitlendirerek riski dağıtmak,
- Dikey entegrasyonla kar marjlarını yükseltmek,
- Şirket birleşmeleri ya da satın almaları ile sinerjistik faydalar yaratmak ve büyümek gibi stratejilere başvurmaktadırlar.

Dünya ilaç pazarının büyüklüğü 300 milyar USD'nin üzerindedir. İlaç üretiminde Avrupa en büyük üretim merkezi olup, dünya üretiminde %40 paya sahiptir. Bunu %31'lik payla ABD ve %19 payla Japonya izlemektedir. Tüketimde %33,3 payla ABD ve %17,8 ile Japonya dünya tüketiminin yarısından fazlasını gerçekleştirmektedir (Ülker, 1999, s12).

Dünya pazarında son yıllarda ABD'li üreticiler üstünlüğü ele geçirmiş durumdadır. İsviçre'nin Novartis ve Roche, İngiltere'nin Glaxo Wellcome ve



SmithKline Beecham firmaları ilk onda yerlerini almakla beraber diğer altı sırayı ABD'li üreticiler oluşturmaktadır (Rigel, 1999, s.47).

Çizelge 3.1. İlaç Sektörünün Büyükleri (Rigel, 1999)

Şirket	Ülkesi	Piyasa Değeri (milyarUSD)
Merck	ABD	198
Pfizer	ABD	179,9
BristolMyers Squibb	ABD	126,7
Novartis	İsviçre	122,9
Roche	İsviçre	116,6
Glaxo Wellcome	İngiltere	114,6
Eli Lilly	ABD	105
ScheringPlough	ABD	82,9
American Home Products	ABD	82
SmithKline Beecham	İngiltere	80,7

Reçetesiz ilaçlar da göz önüne alındığında ilaç pazar paylarında değişiklikler olabilir. Dünya uygulamasında reçetesiz ilaçlar genellikle soğuk algınlığı, öksürük ilaçları, ağrı kesiciler, sindirim ilaçları, vitamin ve mineral preparatları, laksatifler gibi ilaç gruplarını kapsamakta ancak ülkeler arasında değişiklikler olabilmektedir. 1994 yılı itibariyle reçetesiz ilaç satışlarının en yüksek payına sahip olduğu ülkeler %38 ile İsviçre, %35 ile Almanya, %32 ile Fransa ve %29 ile İngiltere'dir (Rigel, 1999, s.47).

İlaç endüstrisi diğer endüstrilerle karşılaştırıldığında yüksek bilimsel ve teknolojik değeri olan araştırma ve teknoloji yoğun bir sektör konumundadır. Bu nedenle de teknoloji ve araştırma gücü yüksek olan ülkelerde gelişme göstermektedir.

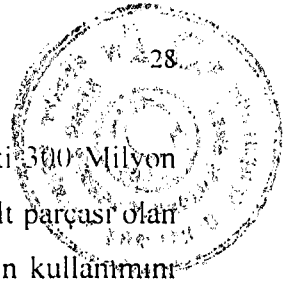
Çizelge 3.2. En Büyük 10 Pazarda Satışlar (Rigel, 1999)

Milyon USD	1994	1995	Büyüme
ABD	49.736	54.710	%10
Japonya	24.483	26.442	%8
Almanya	14.846	15.885	%7
Fransa	14.260	15.116	%6
İtalya	7.361	7.655	%4
İngiltere	5.730	6.246	%9
İspanya	4.295	4.767	%11
Kanada	3.419	3.556	%4
Hollanda	1.972	2.071	%5
Belçika	1.841	1.988	%8
Toplam	127.943	138.436	%8

İleri teknoloji gerektiren bir sektör olan ilaç sanayi Ar-Ge harcamalarının çok yüksek olması ve pazardaki yoğun rekabet karşısında özellikle son yıllarda dünya ilaç pazarında çok sayıda birleşme ve satın alma anlaşmaları da beraberinde getirmektedir.

Yapılan uluslararası bir araştırmaya göre toplam 500 anlaşma yapılmış olup, bunların 289'u Avrupa, 157'si ABD ve 30'u Japonya firmalarına aittir. Son üç yılda yapılan önemli birleşmelerden bazıları Roche (İsviçre) – Syntex (ABD), Glaxo (İngiltere) – Wellcome (İngiltere), Hoechst (Almanya) – Marion Merrel Dow (ABD), Basf (Almanya) – Boots Pharma (İngiltere), Ciba Geigy (İsviçre) – Sandoz (İsviçre) olarak sıralanabilir. Bu anlaşmalar sonucunda bir çok ilaç firması belli ülke ve yerlerdeki üretim faaliyetlerine son vererek, bölgesel yoğunlaşmaya yönelmektedirler.

Dünya piyasalarına yeni bir ilacın araştırma çalışmalarının yapılması tüketiciye sunulabilmesi için yapılan harcamaların maliyeti yaklaşık 320-500 milyon USD'dir. Yeni ilaçların bulunmasında A.B.D. ve Avrupa İlaç Sanayiinin çok büyük bir payı bulunmaktadır.



Yeni bir ilacın geliştirilmesinin yakın zamanda ortalama maliyeti 300 Milyon USD'dir. (1997 yılında 326 Milyon USD.) Bu maliyetleri; küçük bir alt parçası olan saf araştırma faaliyetleri değil, ama Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin kullanımını onaylamasını zorunda olduğu klinik deneyler arttırmaktadır. Bundan başka klinik deneylerin tamamlanması yıllar alır ve bir kere tamamlanır. Kanıtlanan proses kendi kendini ortalama 2 senede (çoğu örneklerde daha uzun sürmektedir) karşılamaktadır (DiMasi, Brown ve Lasagna 1996, s42).

İlaç Sanayii'nde Ar&Ge çalışmalarının yüksek maliyeti, riski ile birlikte önemli ölçüde zaman gerektirmektedir. Bir tıbbi ürünün etken maddesinin bulunup piyasaya verilmesine kadar geçen süre yaklaşık 10-12 yılı bulmaktadır. Bu uzun süre, ilaç üretiminin çok karmaşık ve katı kurallara bağlanmış olması, ileri teknoloji gerektirmesi ve çeşitli sahalarda deneyler yapılması gibi zorluklardan kaynaklanmaktadır.

Yeni ilaç üretimi ise risk unsurunun en yüksek olduğu sanayi dallarında biridir. Tek bir yeni ilaç bulmak için 5 bin ile 10 bin arasında kimyasal bileşiğin oluşturulması ve bunların tek tek incelenmesi gerekiyor (Türkoğlu, 1997, s39).

3.1.1. Avrupa İlaç Sektörü

Avrupa'da genel bir ortamıyla devletin sağlık harcamalarının %14'ünü ilaç harcamaları oluşturduğu için, ilaç sanayiinde devlet etkin bir rol izlemektedir. Bu etkinlik, ilaçlar üzerinde çeşitli kontrollerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Söz konusu kontroller listeden çıkartma, fiyat kontrolü, jenerikler ve kar kontrolü uygulamalarıdır. Bununla birlikte ilaç firmalarının fiyat ve karlılıklarının kısıtlanması desteklenmemektedir.

Avrupa'daki en büyük ilaç pazarı Almanya olup, 1995 yılında patenti düşmüş ilaçların satış performansı jenerik ürünlerin rekabeti nedeniyle gerilemiştir. Bu tür ilaçlar arasında kalp ve damar hastalığı ilaçları ile enfeksiyon önleyici ilaçlar yer almaktadır. Alman pazarında merkezi sinir sistemi ilaçlarının satış performansı yavaşlarken, kolesterol düşürücü ilaçların performansı artmaktadır.

İlaç harcamalarını azaltıcı yaklaşımlar Almanya'da gelişmektedir. Bu amaçla Almanya'da sigorta fonları benzer ihtisas konularında doktorların yazdığı reçeteleri inceleyerek fazla harcamaya yol açan uygulamaları saptamaya çalışmaktadır. Doktorlar uyarılmakta ve bazı durumlarda fazla kısmı ödemeye itilmektedir.

Fransız şirketleri uluslar arası pazarda yeterince aktif olmayıp, iç piyasada satışlarına önem verdikleri için Fransız ilaç sanayiinin büyüme potansiyeli düşük bulunmaktadır. Öte yandan Fransa'da da devletin ilaç harcamalarının yükünü ilaç şirketlerine aktarmak için çeşitli uygulamalar üzerinde çalışması iç pazardaki büyüme potansiyelini de kısıtlamaktadır. Fransa'daki bu tür uygulamalardan biri ilaç reklamlarından alınan %9 oranındaki verginin %14'e yükseltilmesi, ikinci ise şirketin satış artış hızına göre farklı oranlarda vergi dilimleri yaratılması ve sonuncusu Ar-Ge harcamalarının vergiden muaf tutulmak üzere vergi oranının değiştirilmesidir. Fransa, ilaç endüstrisi ve kamu sigorta şirketleriyle anlaşarak ilaç harcamalarında bir tavan getirmeye çalışmaktadır. 1995 yılında bu tavan nedeniyle ilaç harcamalarında sadece %3 oranında bir artışa izin verilmesine karşın gerçek artış % 8.5 olunca Fransa ilaç harcamalarında 2.5 milyar FFr açık vermiştir (Rigel, 1999, s.47).

İtalya, 1994 yılına Avrupa'nın en yavaş gelişen ilaç pazarlarından biri olmuştur. İtalya ilaç pazarında enfeksiyon önleyici ve solunum yolu ilaçlarının tüketim hızı kazanırken, kalp ve damar hastalığı ilaçları ile sindirim sistemi ilaçların büyümesi yavaşlamaktadır. İtalya'da ortaya çıkan önemli bir yeni eğilim ise kamu harcamalarını kısma politikalarını, sosyal sağlık hizmetlerinde denk ilaçlardan ucuz olanın kullanılmasına yönelmesidir.

İngiltere kalp ve damar hastalığı ilaçları tüketiminin İspanya'dan sonra Avrupa'da en hızlı büyüdüğü ülkedir. İngiltere'deki kolesterol düşürücü ve sindirim sistemi ilaçlarının tüketiminde de hızlı bir büyüme yaşanmaktadır. İngiltere pazarında en düşük büyüme hızı solunum yolu ilaçlarında görülmektedir. Bunun sebebi İngiliz doktorların astım tedavisinde steroid solunması yöntemini diğer ülkelerden daha çabuk kabullenmesidir. İlaç harcamalarını azaltma gayretleri kapsamında doktorların jenerik ilaç kullanmaya teşvik edildiği İngiltere'de ilaç harcamalarının devlet harcamalarındaki payı 1995 yılında %11.5'ten %9.5'a

gerilemiştir. Araştırmalar genel doktorların reçetelerinde %52 oranında jenerik ilaç yazdığını ortaya koymaktadır (Rigel, 1999, s.47).

İspanya, Avrupa ilaç pazarının en hızlı büyüdüğü ülkedir. Burada büyüme hızı yüksek olan ilaçlar kalp ve damar hastalıkları ilaçları ile merkezi sinir sistemi ilaçlarıdır.

3.1.2. A.B.D. İlaç Sektörü

ABD pazarının son yıllarda dikkat çeken özelliklerinden biri jenerik ilaç tüketimindeki artıştır. 1984 yılında jenerik ilaçların orijinal ilaca kimyasal olarak denk olması ve klinik ortamında kanıtlanması şartı kaldırılması ile devletin sosyal sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik politikalar sonucu ABD’de jenerik ilaç satışları ve jenerik ilaçların pazar payı artış kaydetmiştir. ABD’de jenerik ilaçların satışlarındaki artışta etkili diğer sebepler arasında eczacının doktorun yazdığı markalı ilaç yerine hastaya jenerik bir ilaç tavsiyesinde bulunması ve orijinal ilaçların fiyat artışlarına tepki olarak tüketicinin jenerik ilaçlara yönelmesi yer almaktadır. Bu özellikleri ile ABD gelişmiş ülkeler içinde jenerik ilaçlara en sıcak bakan ülke konumundadır.

Çizelge 3.3. ABD’de Jenerik İlaç Satışları (Rigel, 1999)

Jenerik İlaçlar	1986	1989	1992	1995
Satışlar (Milyar USD)	3,5	5,7	8,2	15,1
Pazar Payı	%17,6	%18,4	%19,5	%26,2

ABD’de patent koruması bittiği halde, fiyatı ucuzlamayan ilaçların pazar payları, jenerik ilaçların rekabeti nedeniyle gerilemektedir. Bununla birlikte klinik bilgilerin güncelleştirilmesine olanak vermeyecek kadar hızlı bir yeni ürün sunuşu yaşanması sıkıntılara yol açmaktadır.

ABD pazarının bir diğer önemli özelliği ise sağlık masraflarını azaltmaya yönelik “Sağlık Yönetimi” olarak adlandırılan yeni bir sistemde en hızlı gelişmeyi

yaşamadır. Bu sistem sağlık bakımından yataklı yoğun bakım tedavisine kadar uzanan çeşitli bölümlerden oluşan sağlık hizmetlerini içermektedir.



3.1.3. Japonya İlaç Sektörü

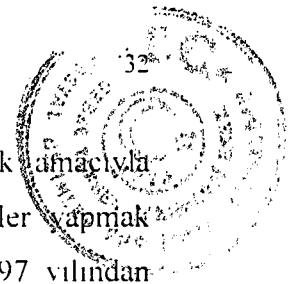
Dünyanın üçüncü büyük ilaç pazarı olma özelliğini taşımasına rağmen Japonya, pazarda sadece % 19'luk bir payla Avrupa ve ABD'nin gölgesinde kalmaktadır.

Japonya'da jenerik ilaçların orijinal ilaçlara denk olması istenmekle birlikte, orijinal ilacın geçtiği klinik testlerden geçmesi gerekmemektedir. Buna karşın Japonya'da jenerik ilaçların pazar payı parasal olarak %7.5 ve adet olarak %10 ile gelişmiş ülkelerin en alt seviyesinde kalmaktadır.

Japonya'da 1993 yılında en çok tüketilen ilaçların %68 'ini kapsayan bir araştırma sonucunda, ilaçların %31'inin halen patent kapsamında olduğu, ancak patent dışı kalan %34'ünün jenerik ilaçlardan önemli bir rekabet görmediği anlaşılmıştır (Rigel, 1999. s.47).

Japonya'da doktorların görüşüne büyük önem verilmesi ve doktorların tedavi yöntemlerini seçmekte serbest olması jenerik ilaç tüketimini olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. Genel olarak jenerik ürünleri yeteri kadar güvenilir bulmayan ve üreticilerin hizmetlerinden tatmin olmayan doktorlar, hastalarına markalı ürünler tavsiye etmektedir.

Dünyanın üçüncü büyük ilaç pazarı olan Japonya'da jenerik ilaç pazarında yaklaşık 500 şirket faaliyet göstermekte olup ilk 5 şirketin pazar payı %10'u aşmamaktadır. Jenerik ilaç kullanıcıları ise büyük hastanelerden çok, yatak sayısı 20'yi aşmayan, ancak pazarın toplam ilaç tüketiminin %26'sına aracılık eden küçük ölçekli kliniklerdir. Bu kliniklerin ilaç tüketimi içinde jeneriklerin pay %27 seviyelerinde tahmin edilmektedir. Yatak sayısı 300'ün üzerindeki hastaneler ilaç tüketiminin %36'sını gerçekleştirmesine rağmen jenerik ilaç tüketimindeki payları %6'lar seviyesinde kalmaktadır (Rigel, 1999, s.47).



Gelecekte Japonya’da tıbbi harcamaların büyümesini sınırlamak amacıyla ilaçların onaylanışı, fiyatlaması ve satışı konularında temel değişiklikler yapmak amacıyla bir komite kurulmuştur. Bu komitenin yapacağı öneriler 1997 yılından itibaren uygulamaya giderek Japon ilaç endüstrisini etkilemiştir.

Bu çalışmalar sonucunda 1992’den beri yaşlı hastalar için tedavi süresi ve masrafı ne olursa olsun uygulanan tek bir fiyat politikası, böbrek analizlerinde ve sinir hastalarında devam edecek ve diğer dallara da yayılacaktır. Bu uygulama tedavide daha az ve ucuz ilaç kullanımını teşvik edici niteliktedir. Bu gibi sebeplerden dolayı yılda ortalama %10 gibi bir büyüme hızına sahip olan Japon jenerik ilaç pazarının gelecekte %15 hızında büyümesi beklenmektedir. Bu durumun orijinal ilaç pazarına kısa vadede bir tehdit oluşturması beklenmemekle birlikte markalı ilaç üreten büyük şirketlerin koruyucu bir önlem olarak ürün yelpazelerine jenerik ilaçlar eklemesi olasıdır (Rigel, 1999, s.47).

3.2. Türkiye’de İlaç Sanayi ve Gelişimi

3.2.1. Türkiye’de İlaç Sanayi

Türkiye’de ilaç üretimi 1928 yılında kabul edilen 1262 sayılı “İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu” kapsamında başlamıştır. Yasa bugüne kadar birkaç değişiklik yapılarak uygulanmakta, yönetmeliklerle yeni gelişen teknoloji ve ortaya çıkan yeni kavramlara uyum sağlanmaktadır. Türkiye’de yabancı ilaç firmaları ilk fabrikalarını 1947 yılından sonra kurmaya başladılar. 1950’den sonra yerli firmalar kurulmaya başlandı (Genç, 1998, s69).

Türk ilaç sanayi, 1950’li yıllardan itibaren hızla gelişerek, bugün gelişmiş ülkelerin standartlarında üretim yapacak ve ülke ihtiyacının yaklaşık %85’ini karşılayacak duruma gelmiştir. İlaç sanayi, pek çok lisans anlaşması çerçevesinde de olsa önemli miktar ve çeşitlilikle üretim ve ihracat imkanına sahiptir. 1984 yılında yürürlüğe giren yasal düzenlemeler sonucunda ilaç sektörünün yatırımları artarak teknolojik düzeyi yükselmiştir. AB’nin iyi üretim uygulamaları (GMP-Good Manufacturing Practice) gereği üretim teknolojisini sürekli yenileme durumunda olan sektör, 1995’ten itibaren bu kuralların getirdiği şartlara uyum sağlayarak,

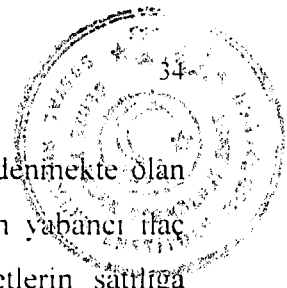
biyoteknoloji ve bazı ileri düzeydeki ilaç üretim teknolojileri dışında büyük ölçüde AB ülkeleri ile kıyaslanabilir bir teknolojik seviyeye ulaştı. Türk ilaç pazarının büyüklüğü 1998 yılı itibariyle 2.8 milyar USD olup, değer olarak toplam sayısta ilk 20 kuruluşun payı %75 civarındadır (Ülker, 1999, s12).

Türkiye ve diğer gelişmekte olan ülkelerdeki ilaç şirketlerinin yeni ilaç araştırmaları için yüksek tutarlarda kaynak ayırmaları oldukça zor olmasının yanında, gerekli araştırmacı kadronun yetiştirilmesi ile bilimsel ve teknolojik altyapının kurulması kolay olmamaktadır. Bu sebeple yerli ilaç sanayi, yabancı kökenli ilaçların Türkiye koşullarına uyumunu kapsayan geliştirme çalışmaları ile sınırlı kalmaktadır. Araştırma harcamaları yok denecek kadar azdır (Türkoğlu, 1997, s41).

3.2.1.1. Türkiye’de İlaç Sanayiinin Gelişimi

Cumhuriyetin ilanından önce ilaç ihtiyacı, eczanelerde yapılan ilaçlar ve ithalat vasıtasıyla karşılanmıştır. Cumhuriyetin ilanından sonraki yıllarda artan ihtiyaç ile Türk ilaç sektörünün ilk laboratuvar ve fabrikaları kurulmuştur. 1920’lerin ortasına gelindiğinde kodeks ampulleri kuvvet şurupları ve damla çeşitleri üretimi ile iştigal eden müstahzar sayısı yaklaşık 30’a yükselirken diğer ilaçlara duyulan ihtiyaç ithalat yoluyla karşılanmaya devam edilmiştir. 1928 yılında çıkarılan 1262 Sayılı Kanunla, ilaç ithalatı ve üretimi devletin düzenlenmesine tabi edilmiş, bunun sonucunda yerli müstahzarlara ithal ürünlere rekabet imkanı sağlanarak ilaç endüstrisinin gelişmesi desteklenmiştir. II. Dünya Savaşı’ndan sonra hazır ilaç ithalatının gerilemesi, hızla nüfus artışı ve büyük şehirlerde ilaca karşı ilginin artması gibi sebeplerde ilaç talebi artmış, bu dönemlerde gelişme imkanı bulan ilaç laboratuvarları modern Türk İlaç Endüstrisi’nin öncüleri olmuştur.

1954 yılında Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanununun çıkarılması ile yabancı ilaç şirketleri Türkiye’de faaliyete geçerek, ilaç endüstrisinin gelişimine ivme kazandırmıştır. Ancak Royalty adı altında Sağlık Bakanlığı’nda satışlarının %10’u seviyesinde prim alan yabancı şirketler yatırımlarını kısa sürede amorti edince, ilaç endüstrisi Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu’ndan çıkartılmıştır.



1972 yılında, yabancı şirketlere lisans anlaşmaları nedeniyle ödenmekte olan ücretlerin sıfırlanması ve sendikali hareketler neticesinde zarar eden yabancı ilaç şirketleri tesislerini satışa çıkartmıştır. Bu dönemde yabancı şirketlerin satışta çıkardığı tesisleri alan yerli üreticiler, yabancı şirketlerin ticari isimlerini kullanarak üretimlerine devam etmiştir. Yerli ilaç üreticilerinin altın çağı olarak anılan bu dönem 1980'li yıllara kadar devam etmiştir.

1984 yılında dışa açık, serbest rekabete dayalı liberal politikaların uygulanması ve istikrarı sağlayıcı uygulamalar çerçevesinde sektörün gelişimine zemin hazırlayabilecek, ilacın kalite ve bulunabilirliği sağlamaya yönelik bir takım tedbirler alınması, sektörün gelişimine tekrar ivme kazandırmıştır. Bu tedbirler arasında Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı İyi Üretim Uygulamaları'nın (GMP) devreye girmesi, yeni Fiyat Kararnamesi ve Yatırımlara Teşvik Tedbirleri gibi çeşitli yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Türk İlaç Endüstrisi'nin yurt dışına açılmaya başladığı bu dönemde yabancı ilaç şirketleri tekrar Türkiye pazarına dönmeye başlamış ve günümüz itibariyle sektörün çoğuna hakim olmuşlardır.

İlaç sektörü, 1994 yılında ülkenin içine girdiği ekonomik krizden en olumsuz etkilenen sektörler arasında yer almıştır. Hammaddesini ağırlıkla olarak yurt dışında temin eden ve maliyet yapısında ham maddenin önemli rol oynadığı sektördeki şirketlerin TL'nin hızlı değer kaybı nedeni ile maliyetleri yükselirken piyasadaki sıkışma nedeniyle satışları ve üretimi gerilemiştir.

Türkiye'de AB ile mevzuat uyum çalışmaları açısından önemli bir yıl olan 1995'de Patent yasası ile şirketlerin AB'nin İyi Üretim Uygulamaları (GMP) ve İyi Klinik Uygulamalarına (GLP) uymalarını gerektiren yeni yasalar çıkartılmıştır. Bu tür düzenlemeler, Türkiye pazarına girmek için Sağlık Bakanlığı'na verdikleri formüllerin kısa sürede taklit edilmesinden yakından, uluslar arası ilaç şirketlerinin Türkiye'ye ilgilerinin artmasını ve üretim yatırımlarına başlamasını sağlamıştır.

3.2.1.2. Sektördeki Şirketler

Türkiye'de ilaç üretimi yapan şirket sayısı 1985 itibariyle 126 olup şirket birleşmeleri, üretimine son veren yerli ve yabancı şirketler ve kapatılma gibi sebeplerden ötürü 1995 yılında 107'ye gerilemiştir. 1998 Yılı sonu itibariyle ilaç



sektöründe faaliyet gösteren 134 şirket bulunmakta olup, bunların 96'si üretici diğerleri ruhsat sahibi mümessiller veya amili firmalardır.

Sektörde faaliyet gösteren şirketlerin 3'ü dışında hepsi özel sektöre aittir. Kamuya ait şirketler: SSK İlaç Fabrikası, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı Ordu İlaç Fabrikası ve ilaç etken maddesi üreten Bolvadin Afyon Alkaloidleri Fabrikasıdır.

İlaç sektöründeki yabancı sermayeli şirket sayısı 35 olup, sadece 8 şirketin üretim tesisleri bulunmaktadır. Sayıca az olmalarına karşı yabancı sermayeli şirketler 1998 yılında %51 civarında bir pazar payı elde etmiştir (İEİS, 1999).

Sektörde 134 şirketin faaliyet göstermesine karşı pazarın önemli bir kısmı ilk 20 şirketin kontrolündedir. İlk 20 şirketin 1981 yılında 791 milyon adet olan satışları 1994 yılında 692 milyon adet olarak gerçekleşmiştir. Bu dönemde şirketlerin satışları artmıştır. Ancak 1994 yılındaki düşük satış tutarı aynı yıl ekonomide meydana gelen daralmadan kaynaklanmıştır. 1990-1994 döneminde ilk 20 şirketin toplam pazar payı %82'den %84,5'e yükselmiştir. Ancak 1994-1998 yılları arası bu oran %75,5'e kadar düşmüştür. İlk 30 şirketin pazar payı ise %95 seviyelerine kadar yükselmesine karşı hiçbir şirketin pazar payı %10'u aşmamaktadır (İEİS, 1999).

Çizelge 3.4. İlk 20 Şirketin Pazar Payı (İEİS, 1999)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
İlk 20 Şirketin Pazar Payı	%82,8	%82,2	%82	%84,6	%79,8	%78,9	%77,1	%75,5

Sektördeki yabancı sermayeli şirketler özellikle Avrupa ve ABD kökenlidir. Ancak Avrupalı ve ABD'li şirketlerin Japon pazarına girmesi ile geleneksel olarak sınırları dışında pek faaliyet göstermemiş olan Japon firmaları da dünyaya açılmaya başlamıştır. Patent yasasının çıkmasıyla Japon ilaç sanayicileri Türkiye pazarına da ilgi göstermeye başlamıştır. Önümüzdeki yıllarda Türk İlaç Sektörü'nde Japon şirketlerine de rastlanması muhtemel görünmektedir.

3.2.1.3. İstihdam

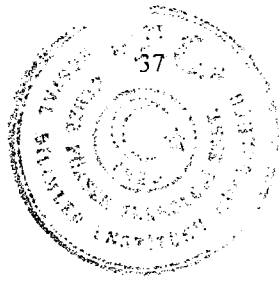


İyi üretim uygulamalarına uyum içim giriştikleri yatırımlar sonucu sektördeki şirketin teknoloji ve otomasyon seviyelerinde gelişme gözlenmiştir. Bu tür sermaye yatırımlarının ve ilerleyen yıllardaki genel ekonomik şartların neticesinde ilaç endüstrisinin üretiminde bir dalgalanma görülmektedir. Sektörün istihdamındaki dalgalanma esas olarak belirtilen gelişmeler sonucu kalifiye olmayan işçi sayısının yıllar itibariyle istikrarlı bir şekilde azaltılabılmesinden, uzman personelin artmasından kaynaklanmıştır. Kafıleye elemanın ağırlıkta olduğu sektörde mühendis, kimyager, biyolog ve doktor kadroları genişlerken, diğeri iş kollarında çalışan sayılarında önemli bir değışiklik olmamıştır.

Çizelge 3.5. Türkiye’de Yıllar İtibariyle İstihdam Durumu (İEİS, 1999)

Yıllar İtibariyle İstihdam

	1991	1994	1998
Eczacı	378	369	430
Kimya Müh.	355	391	575
Kimyager	149	251	359
Doktor	128	181	248
Biyolog	154	269	579
Diğeri Müh.	140	333	796
Ekonomist	284	531	733
Diğeri Yük. Tahsilli	2071	2273	3598
İdari	4075	3700	4755
Teknisyen	258	280	453
Laborant	227	164	145
Kalifiye İşçi	1125	1068	1398
Düz İşçi	3933	2199	2754
Toplam	14030	12843	16823



3.2.1.4. Üretim

2.2.1.4.1. Mamul İlaç Üretimi

İlaç endüstrisinde diğer sektörlerden farklı olarak aynı makinelerde, tertibi birbirinden farklı çok sayıda ilaç üretilmektedir. Bir üretimden diğerine geçerken, İyi Üretim Uygulamaları (GMP) gereği, makinelerin temizlenmesi ve ambalaj hatlarının bir önceki üretime ait malzeme kalmayacak şekilde yeniden düzenlenmesi, üretimde ara üretime geçilmemesi, veya kontaminasyon riski nedeniyle bazı makinelerin sadece belirli üretimlere tahsis edilmesi, bazen bir ürünü elde etmek için aynı makinenin 2-3 defa kullanılması (örnek, liyofilize ampul, briket baskı vs.) ayrıca penisilinler, sefalosporinler, hormonlar ve diğer bazı özel grup ilaçların İyi Üretim Uygulamaları (GMP) gereği aynı tesis ve makinelerle üretilmemesi gibi nedenlerle sanayi tam kapasite ile çalışmamaktadır. DPT'nin verilerine göre sektörde 1997 yılında kapasite kullanım oranı %82.9 olmuştur (İEİS, 1998.).

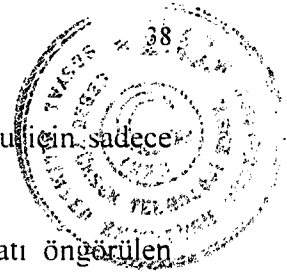
İleri ülkelerde geliştirilmiş yeni teknolojiler, günümüzde çok gelişen bilgisayar teknikleri, lisans ve know-how anlaşmaları ile çok yakından izlenmekte ve çok kısa zamanda ülkemizde uygulanmaya çalışılmaktadır. 1984 yılında yürürlüğe giren iyi üretim uygulamalarının gerektirdiği yatırımları yaparak teknolojik gelişimin hızlandıran ilaç endüstrisinin günümüzde biyoteknoloji ve bazı yeni ilaç üretim teknolojileri dışında AB ile kıyaslanabilir bir düzeye ulaştığı gözlemlenmektedir.

İlaç sanayiinin önde gelen firmaları bir yandan ilaçlarını üretirken bir yandan da lisans altında üretim yapmaktadır. Böylece yabancı firmaların yanında Türkiye'de temsil edilen dış firma sayısı bir artma eğilimi göstermektedir. Türkiye pazarına giren yabancı firmalar teknolojik yönden gelişmiş büyük firmalar olup uluslararası standartlarından taviz vermemektedirler.

Türk ilaç endüstrisi, mevcut hali ile teknoloji ve üretim uygulamaları bakımından gelişmiş ülkelerin standartlarını yakalamış bulunmaktadır. Yurt içi talebin % 90'ının yerli üretimle karşılama gücüne sahip bulunan Türk İlaç sektörü;

:

- Sektörün kendisi kadar gelişmiş bir yan sanayi gerektiren belirli ürünler,



- Çok yeni teknoloji gerektiren ya da biyoteknoloji ürünü olduğu için sadece çok gelişmiş merkezlerde üretilebilen ürünler.
- Üretim hazırlıkları tamamlanıncaya kadar, geçici olarak ithalatı öngörülen ilaçlar.
- Tüketimi az olduğu için, Türkiye’de üretimi ekonomik bulunmayan,

İlaçlar dışındaki tüm ilaçlar üretebilecek düzeydedir.

Çizelge 3.6. Türkiye’de Kutu Cinsinden İlaç Üretimi (İEİS, 1999)

Milyon kutu	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Mamul İlaç	722	775	791	693	810	841	885	923
Artış/ (Azalış) %	7	7	2	-12	17	4	5	4

Çizelge 3.7. Türkiye ve çeşitli ülkelerde üretilen ilaç sayısı ve sunuş biçimleri karşılaştırılması (İEİS, 1999)

Ülkeler	İlaç Sayısı	Sunuş Biçimleri
Almanya	9493	31782
Belçika	4830	5736
Fransa	3640	7500
İsviçre	8000	25000
İtalya	5278	9025
Pakistan	9000	15000
Portekiz	4370	12031
Tayland	8835	16175
Türkiye	3100	7200

3.2.1.4.2. İlaç Hammaddesi Üretimi

İlaç Endüstrisinde 1960’lı yıllarda kurulan teşvik ve koruma tedbirleri ile oldukça gelişen hammadde üretimi maalesef son yıllarda gerilemeye başlamıştır (İEİS, 1998).

Başlıca nedeni ise Gümrük Birliği sonucu fonların kaldırılarak, sektörün rekabete açılması, ayrıca dünya pazarında Hindistan ve Çin kaynaklı hammaddelerin yoğun rekabeti karşısında sektörün ihracat imkanlarının kısıtlanmasıdır. Hindistan firmalarının uluslar arası pazarlara sübvansiyonlu fiyatlarla çıkması ve Çin firmalarının da yine devlet desteği nedeniyle bu pazarlarda normal koşullarla üretim maliyetini bile karşılayamayan, çok düşük fiyatlar vermeleri, özellikle hammadde üretim ve ihracatımızı çok olumsuz etkilemiş, sektörde atıl kapasiteye yol açmıştır. Bu durum Avrupalı hammadde üreticilerini de etkilediğinden Hint kökenli firmalara karşı AB bazı antibiyotikler için anti-damping soruşturması açmıştır. Soruşturma sonucunda söz konusu firmalar, 9 Ekim 1998 tarihli AB Resmi Gazetesi'nde yayınlanan bir kararla, %15'e kadar varan oranlarla telafi edici bir vergi ödeme cezası ile karşı karşıya kalmışlardır (İEİS, 1999).

Türkiye'de ilaç hammaddesi üretimi, ilaç üretiminden daha geç olarak 1965'ten itibaren bazı ilaç fabrikaları bünyesinde başlayan sentez çalışmaları ile gelişimine başlamıştır. 1970'lerde etrasiklin-oksitetrasiklin ve türevlerinin üretimine başlanılmış, ilerleyen yıllarda sentez ünitelerin kurulmasıyla ampisilin ve benzeri semisentetik penisilinlerin üretimi gerçekleştirilmiş, 1981 yılından itibaren yurt içi alkaloit ihtiyacının tamamı yerli üretim ile karşılanmaya başlanmıştır. Günümüzde antibiyotikler ve analjezikler başta olmak üzere, fermentasyon, ekstraksiyon ve sentez yoluyla bir çok ilaç etken maddesi üretebilen sektörün önemli ölçüde ihracat imkanı bulunmaktadır.

Çizelge 3.8. Türkiye'de İlaç Hammaddesi Üretimi (İEİS, 1999)

(Ton)	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Hammadde	9632	9151	8807	10735	9042	12646	11083	8860	7076
Artış/Azalış %	24	-5	-4	22	-16	40	-12	-20	-20

İlaç hammaddesi üretimi yapan firmalar daha çok yerli sermayeli olup, Marmara Bölgesi ve İstanbul civarında bulunmaktadır. GB ile ilaç hammaddesi üretiminde kullanılan bazı kalemlerde %4 oranında uygulanmakta olan fonların kaldırılması sonucunda maliyetlerde bir miktar azalma, rekabette ise artış beklenmektedir.

3.2.1.5. İthalat

İlaç hem hammadde hem de mamul düzeyde ithalata dayalı bir sektördür. Türkiye’de üretilen tüm ilaçların üretiminde kullanılan 2 bin civarında etken hammaddenin değeri olarak %30’u, çeşitli olarak %3’ü Türkiye’de üretilirken, geri kalanı ithal edilmektedir (Baysan, 1997, s51)

İlaç sanayiinde gelişmiş bir yan sanayi gerektiren belirli ürünler dünyada belli başlı merkezlerde üretilmektedir. İlacın özelliği nedeniyle üretim hazırlıkları tamamlanıncaya kadar geçici olarak dış alımı uygun görülen ilaçlar ve tüketimi çok az olup da maliyeti çok yüksek olan ilaçlar ithal edilmektedir. Türkiye’de eczacılık ürünlerin ithalatıyla ilgili olarak herhangi bir kısıtlama olmayıp, Sağlık Bakanlığı onayı gerekmektedir.

İEİS verilerine göre, Türkiye’nin ilaç ithalatı 1996 yılında 875 milyon USD’den, 1997’de %12.2 artışla 982 milyon USD’ye, 1998’de %20 artışla 1,181 milyon USD’ye yükselmiştir. Birkaç yıl öncesine kadar, ilaç sektöründe genellikle çok yeni, ileri teknoloji gerektiren veya biyoteknoloji ürünü olduğu için belirli üretim merkezlerinde yapılabilen ilaçlar ile tüketimi az olduğu için ülkemizde üretimi ekonomik olmayan ilaçlar ithal ediliyordu. Bunlar arasında bazı serum ve aşılar, kan faktörleri, implante edilen ilaçlar, yeni ilaç taşıyıcı sistemler (örneğin TTS), insülin, kanser ilaçları, hormonlar, radyokontrast maddeler, radyofarmasötikler, radyonüklidler, bazı oftalmik preparatlar, transdermal terapötik sistemler ve antitodlar gibi ilaçlar bulunuyordu. Ne var ki, Sağlık Bakanlığı, Gümrük Birliği sonrasında ilaç ithalatında ve fiyatlandırmasında daha liberal davranmaya başladı. Yeni uygulamaya, tıbbi müstahzarların terkininde bulunan ilaç başlangıç maddeleri ile ilaç hammaddeleri üretiminde kullanılan maddeler ve tıbbi müstahzarların AB’den ithalatı ve bu ülkelerde ihracatı gümrük vergisinden muaf hale geldi. Söz konusu ürünlerin Türkiye’ye ithalatında uygulanan KDV oranı ise %15 olarak belirlendi. Buna ilaveten Tarım Bakanlığı tarafından verilen ithal izinlerinin de etkisiyle, son yıllarda ülkemizde üretilen multivitamin preparatları ya da analjezikler gibi ürünlerin benzerleri, hatta basit tablet, draje, şurup, damla gibi ilaçlar dahi ithal edilir durumu gelmiştir. Bunun sonucunda son 5 yılda mamul ilaç ithalat hacminin giderek arttığı gözlenmektedir. 1994-1998 arasında hammadde

ithalatı USD bazında %107 artarken, mamul ilaç ithalatı %248 artış göstermiştir (Ülker, 1999, s14).

Sektör yurtiçi mamul ilaç ihtiyacını tamamına yakın bir kısmını yerli üretimle karşılayabilmesine karşın ilaç hammaddesi üretiminde kullanılan maddeler açısından yurt dışına bağımlıdır. İlaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddelerin %80 kadarı ithalat yoluyla temin edilmektedir.

Sonuç olarak, 1994 yılında toplam ithalatın %21.3'ünü karşılayan ihracatın 1998 yılındaki payı %10.9'a düştü. 1994 yılında mamul ilaç ithalatının yarısı mamul ilaç ihracatını karşılarken, 1998' de bu oran %16.5' e geriledi. 1984 ' de çıkarılan fiyat kararnamesinin uygulanmasının yanı sıra, 1999'da yürürlüğe giren patent uygulaması da son yıllarda yerli şirketleri üretime yatırım yapmak yerine ithalata yönlendirerek ithalatın artmasında etkili olmuştur (Ülker, 1999, s14).

Çizelge 3.9. Türkiye'nin İlaç İthalatı (İEİS, 1999)

(milyon USD)	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Hammadde	386	345	426	401	371	566	650	668	769
Mamul İlaç	84	97	97	110	118	164	225	314	411
Toplam	470	442	523	511	489	730	875	982	1180

3.2.1.6. İhracat

İlaç sanayi ürettiği ilaçların kalitesi, etkinliği ve güvenilirliği ile ilgili bir çok ülke rekabet edebilecek düzeye gelerek dış pazarlara açılmaya başladı. Türkiye'nin ihracatı 1978 yılında start aldı ve yıllar itibariyle hızlı bir artış gösterdi. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) verilerine göre Türkiye'nin ilaç ihracatı, 1998'de 128.7 milyon USD ile 1997'deki 97.6 milyon USD'lık düzeyinin %32 üzerine çıktı. Türkiye son yıllarda, ilaç üretiminde merkez konumunda olan Almanya, ABD ve Japonya gibi ülkelerin de aralarında bulunduğu 50'den fazla ülkeye ihracat yapıyor (Ülker, 1999, s13).

Çizelge 3.10. Türkiye'nin İlaç İhracatı (İEİS, 1999)

(milyon USD)	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Hammadde	23	34	31	28	45	48	56	39	61
Mamul İlaç	67	46	48	60	55	47	49	59	68
Toplam	90	80	79	88	100	95	105	98	129

Türk ilaç sanayiinin ihracatı 1985- 1989 döneminde hızlı bir artışla 13 milyon USD'den 141.2 Milyon USD'ye yükselmiştir. Bu dönemde yaşanan hızlı ihracat artışında, 1984 yılından itibaren sektörde yürütülen AB ile mevzuat uyum çalışmaları üzerine yapılan yatırımlar sonucu, ürün ve üretim kalitesinde meydana gelen gelişmenin önemli katkısı olmuştur. Ancak SSCB'nin dağılmasından sonra Eski Sovyet Cumhuriyetleri'nde meydana gelen ekonomik sıkıntılar nedeniyle talebin gerilemesi ihracat kredisi imkanlarındaki zayıflama, Türk ilaç sanayiinin ihracatının 1989 yılından sonra gerilemesini başlıca sebepleri olmuştur.

İlaç sanayiinin yurtdışı hedef pazarı henüz gelişmemiş ve dışa bağımlı olan Doğu Avrupa Ülkeleri ve Bağımsız Devletler Topluluğu Ülkeleri olup Türk ilaç şirketleri bu ülkelerde henüz yerleşme aşamasındadır. Özellikle Orta Asya ülkelerinin ruhsatlandırma konusunda Türkiye'ye sağladığı kolaylıklar bu ülkelerdeki faaliyetleri hızlandırmıştır. Gerekli ihracat kredisi imkanları sağlandığında sektörün başta Türk Cumhuriyetleri başta olmak üzere Irak, İran ve bazı Doğu Avrupa ülkelerine yönelik yaklaşık 800 milyon USD'lik bir ihracat potansiyeli bulunduğu ifade edilmektedir.

Türkiye'nin Balkanlar, Orta Doğu ve Yakın Doğu' da merkezi konuma sahip tek ülke olduğu ve kültürü, tarihi ve dili açısından bu pazarlara ulaşımında avantajlı olduğu düşüncesiyle Hoechst Genel Merkezi, Türkiye' deki kolu olan Türk Hoechst' ü, etki alanında Bulgaristan, Romanya, Arnavutluk, Azerbaycan, Özbekistan, Türkmenistan, Kazakistan, Ürdün, Lübnan ve Suriye'nin de bulunduğu 14 ülkeden sorumlu bir Bölgesel Genel Merkez yapmıştır.

1998 yılı ihracatında, ilk sıraları İsviçre, İspanya, Fransa ve Rusya Federasyonu aldı. Rusya Federasyonu 1996 ve 1997 yıllarında en çok ihracat yapılan ülke durumundayken, ekonomik kriz nedeniyle bu ülkeye yapılan ihracatımızda ciddi oranda düşüş meydana geldi ve söz konusu ülke 1998 yılında dördüncü sıraya geriledi. Sektörde Avrupa Birliği ülkeleri, Orta Amerika ülkeleri, Suudi Arabistan, Mısır ve Doğu Avrupa ülkelerine yönelik ihracat potansiyeli olduğu düşünülüyor. Sektör sahip olduğu üretim kapasitesi ve ürün kalitesi ile dış talebe cevap verebilecek gibi görünüyor (Ülker, 1999, s13).

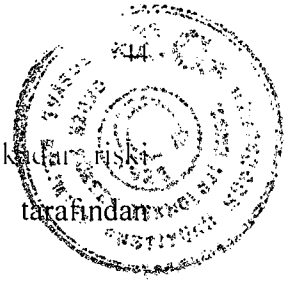
İlaç sektörü uluslararası rekabete son derece açık olup, çok uluslu firmalar dünya pazarında önemli etkinliğe sahiptirler. Bu nedenle dış pazarlara açılabilmek için önemli potansiyele sahip olan ilaç sektörünün, ihracatını uzun vadeli ve kalıcı bir yapıya kavuşturabilmesi için, istikrarsız bir yapı arz eden Orta Doğu ve Orta Asya ülkelerine ihracatı geliştirmenin yanında, özellikle ilaç, ilaç hammaddesi ve katkı maddelerinde gelişmiş ve ekonomik gücü yüksek Batı pazarlarına daha önem vermesi gerekiyor. Mevcut potansiyelin değerlendirilebilmesi için, ilaç sanayiinin istikrarlı bir şekilde teşvik edilmesi önem taşıyor (Ülker, 1999, s13).

Çizelge 3.11. Türkiye'nin İhracatının İthalatını Karşılama Oranı (İEİS, 1999)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
İhracat/İthalat (%)	19,1	18,1	15,1	17,2	20,4	13	12	10	10,9

Endüstrimizin gelişmesinde çok büyük önem taşıyan ihracatın artabilmesi için gerekli olan teşvikler aşağıdaki şekilde özetlenebilir

- Eximbank kredilerinin artırılması, faizlerinin makul seviyelere indirilmesi, kredi için istenen teminat ve ipoteklerin makul düzeye çekilmesi, kredilerin verilmesinde belirli kriterlerin uygulanması, bürokrasi sadeleştirilmeli, bankanın daha fonksiyonel hale getirilmelidir.
- Yüksek sübvansiyonlarla Çin, Hindistan, Kore ve diğer ülkelerden ithal edilen ilaç hammaddelerine anti-damping tedbirleri uygulanmalıdır. Ayrıca, bu ülkelerden ithal edilen ilaç hammaddeleri üreticilerin GMP kurallarına uygun olup olmadığı denetlenmelidir.



- İhracat sigortasının kurumsallaştırılmalı, sistem yerleşinceye kadar yüksek olan ülkelere yapılan ihracat gerekirse devlet tarafından sigortalanmalıdır.
- Geçmiş yıllarda vergi iadesi şeklinde daha sonraki yıllarda ise navlun gideri olarak yapılan destek tekrar uygulanmalıdır.
- Kabul kredili, mal mukabili ve vadeli akreditifli olarak yapılan ithalatta uygulanan ve 1999 yılı başında %3'e indirilen KKDF ödemesi kaldırılmalıdır.
- Enerji fiyatları rekabet halinde olduğumuz ülkelere göre yüksek olmamalıdır.
- Ürünlerimizin dış ülkelere tescil edilmesi ve ruhsatlandırılması için gereken biyoyararlılık, biyoeşdeğerlilik çalışmaları harcamaları da Ar-Ge teşvikleri kapsamına alınmalı ve desteklenmelidir.
- Ürünlerimizin tescil ve ruhsatlandırma harçları, ülkeler itibari ile farklılıklar göstermekle beraber, özellikle batı ülkelerinde önemli meblağlara ulaşmalıdır. Bu tip harçların yükü azaltılmalıdır.
- Zengin kaynaklara sahip olmakla beraber, Orta Asya, Kuzey Afrika ve bazı Uzak Doğu ülkeleri, talep olmasına rağmen, bu gün için nakit imkanları sınırlı olması sebebiyle ilaç ve ilaç hammaddelerimizi alamamaktadırlar. Bu ülkelerle yapılacak ikili ve çok uluslu anlaşmalarla bu kaynakların kısmen döviz ve kısmen Türk malları karşılığında ekonomiye kazandırılmalıdır.
- KDV oranı %8'e indirilmelidir.
- Reçeteli ve reçetesiz ilaç ayrımı süratle belirlenmeli, reçetesiz ilaçların kurallar dahilinde reklamının yapılmasına izin verilmeli ve fiyatlar serbest bırakılmalıdır (İEİS, 1998).

3.2.1.7. Pazar Hacmi

Her yıl önemli miktarda artan ilaç tüketimi için 1996'da 2 milyar USD'ye, 1997'de 2,350 milyar USD'ye, 1998 yılında 2,850 milyon USD'ye yükselmiştir.

Pazarın yaklaşık %73'ü jenerik ilaçlara, %20'si lisans anlaşmalarıyla Türkiye'de üretilen patentli ilaçlara, kalan %7'lik bölümü ise patentli ilaçların kopyalarına aittir. Patent korumasının başladığı 1999 yılından itibaren sınai mülkiyet haklarının koruma altına alınması sonucu patentli ilaçların pazar paylarının artması,

jenerik ilaçların da pazar paylarının gerilemesi beklentisi devam etmektedir. Ayrıca reçetesiz ilaç sınıflandırmasının yapılması ile pazar hacminin genişleyeceği tahmin edilmektedir.

3.2.1.8. Kişi Başına Tüketim ve GSMH İçindeki Payı

Türkiye’de kişi başına ilaç tüketimi 35 USD seviyesinde bulunuyor. 1998’de Türkiye’deki ilaç harcaması 2.22 milyar USD oldu. Gelişmiş ülkelerin ilaca harcadığı tutar ise çok daha yüksek seviyelerde Avrupa’da en az tüketen Portekiz’de kişi başına tüketim 100 USD düzeyinde bulunuyor. Almanya ilaca yılda 32.5 milyar USD harcarken, Fransa 23.7 milyar USD, İtalya 15.7 milyar USD, İngiltere 12.4 milyar USD’lik harcama yapıyor. Türkiye’de ilaç tüketiminin GSYİH’ye oranı binde 94 iken, bu oran Portekiz’de %1.76, Fransa’da %1.13, İspanya’da %1.12, Belçika’da %1.03, Almanya’da binde 85, İngiltere’de binde 69 seviyelerinde bulunuyor (Ülker, 1999, s13).

Türkiye’de kişi başı ilaç tüketimi üretici fiyatları baz alınarak incelendiğinde AB üyesi ve diğer gelişmiş ülkelerdeki tüketimin gerisinde kalmaktadır. Bununla beraber kişi başı harcamanın düşük çıkması büyük ölçüde genel olarak ilaç fiyatlarının düşük olması ve patent koruması bulunmadığı için daha çok jenerik ilaç tüketilmesinden kaynaklanmaktadır.

Çizelge 3.12. Çeşitli Ülkelerde Kişi Başına İlaç Tüketimi (İEİS, 1999)

Ülkeler	1997 Üretici Fiyatlarıyla (USD)	Ülkeler	1997 Üretici Fiyatlarıyla (USD)
Japonya	425	Danimarka	215
ABD	319	İtalya	209
Fransa	435	İspanya	193
İsviçre	396	Finlandiya	192
İsveç	315	Norveç	156
Hollanda	272	İngiltere	143
Almanya	269	Portekiz	127
Belçika	267	Yunanistan	118
Avusturya	260	Türkiye	35

Çizelge 3.13. Türkiye’de ve Diğer Ülkelerde İlaç Tüketiminin GSYİH’ya Oranı
(İEİS, 1999)

Ülkeler	Kişi Başına GSYİH (USD)	İlaç Tüketiminin GSYİH’a Oranı (%)
İsviçre	36.888	0.65
Danimarka	29.977	0.58
Norveç	27.265	0.57
Almanya	25.568	0.85
Avusturya	25.481	0.74
Belçika	23.994	1.03
Fransa	23.672	1.13
Finlandiya	23.281	0.88
Hollanda	23.139	0.60
İngiltere	21.871	0.69
İrlanda	20.413	0.68
İtalya	19.957	0.88
İspanya	13.483	1.12
Yunanistan	11.416	0.97
Portekiz	10.149	1.76
Türkiye	3.021	0.94

3.2.1.8.1. Tedavi Gruplarına Göre İlaç Tüketimi

1991-1994 döneminde Türkiye’de en çok tüketilen ilaçlar tüketimde ortalama %22 payı olan antibiyotikler ve %17 payı olan ağrı kesicilerdir. Bu dönemde antibiyotik ve ağrı kesici ilaç tüketimi, toplam ilaç tüketiminin yaklaşık %39’unu teşkil etmiştir. Vitamin, mineral, kan yapıcı ilaçlar ile soğuk algınlığı ve öksürük ilaçları %6-%7 ile en çok tüketilen ilaç türlerindendir. Toplam tüketimin %55’i ise payları %1 ile %6 arasında değişen çok sayıda ilaca dağılmıştır.

Japonya istisnası ile antibiyotik tüketiminin gelişmekte olan ülkelerde yüksek, gelişmiş ülkelerde ise düşük olduğu gözlenmektedir. Türkiye’de tüketimi nispeten düşük seviyelerde kalan psikotrop ilaçlar ABD’de kalp ilaçları ise Almanya’da en çok tüketilen ilaçlar arasında yer almaktadır. İstatistiki veriler incelenirken

Türkiye’de kaçak olarak işportacılarda satılan ve yüksek talep gören vitamin ve basit ağrı kesici ilaçların kayıtlarda görünmediği unutulmamalıdır.

Gelişmekte olan diğer ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de sağlık altyapısının ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle önemli ölçüde antibiyotik tüketimi söz konusu Türkiye’de ilaç tüketiminin en yoğun olduğu grup olan antibiyotikler, toplam ilaç tüketimi içinde %19.8 paya sahiptir. Bunun ardından ağrı kesiciler %14.3, romatizma ilaçları %8.9 pay alırken, kış aylarında en çok kullanılan soğuk algınlığı ve öksürük ilaçları ise %8.3 paya sahiptir. Son yıllarda kullanım büyük oranda artan ve hemen herkesin enerji deposu olarak gördüğü vitamin, mineral ve kan yapıcı ilaçların payı ise %8.0 düzeyindedir. İlaç tüketiminde en düşük pay, %1.1 er pay ile parazit ile diyabet ilaçlarıdır (Ülker, 1999, s13).

Çizelge 3.14. Tedavi Gruplarına Göre İlaç Tüketimi (İEİS, 1999)

Tedavi Grubu	1999 (%)
Antibiyotikler	20,8
Ağrı Kesici İlaçlar	13,3
Romatizma İlaçları	9,9
Soğuk Algınlığı ve Öksürük İlaçları	8,2
Vitaminler, Mineraller ve Kan Yapıcı İlaçlar	7,4
Sindirim Sistemi İlaçları	5,2
Deri Hastalıkları İlaçları	5,1
Kalp ve Damar Hastalıkları	4,4
Hormonlar	4,1
KBB	4,1
Sinir Sistemi İlaçlar	2,9
Spazm Çözücü İlaçlar	1,6
Antihistaminikler	1,5
Astım İlaçları	1,2
Tansiyon Düşürücüler ve Diüretikler	1,0
Laksatifler	1,0
Parazit İlaçları	0,8
Diyare İlaçları	0,7
Diğer İlaçlar	6,5

3.2.1.9. Yatırımlar

1984 yılından itibaren yapılan yasal düzenlemeler İyi Üretim Uygulamaları (GMP) ve İyi Klinik Uygulamaları (GLP) kurallarının yürürlüğe konmasıyla ortaya çıkan zorunluluklar ve yatırımların teşvik kapsamına alınması sektördeki yatırımların artmasına yol açmıştır. Bu yatırımlar sektörün ürün kalitesini yükseltirken çağdaş altyapının oluşması da sağlanmıştır.

Türkiye’de İlaç Endüstrisi 1984 yılında uygulamaya giren yasal düzenlemeler ve getirilen teşvikler sayesinde yatırımlarında önemli atılımlar yaparak 1998 sonuna kadar toplam 755 milyon USD’lık yatırımı gerçekleştirmiştir. Ancak, GMP kuralları gereği dünyadaki teknolojik gelişmeyi yakından izlemek ve sürekli uygulamak zorunda olan endüstrinin yatırımlarında son beş yıldır azalma kaydedilmektedir (İEİS, 1999).

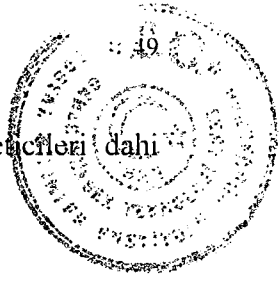
Çizelge 3.15 Türk İlaç Endüstrisi’nde Yatırımlar (İEİS, 1999)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
MilyonUSD	19,4	35,9	100	105,8	69,7	68,7	34,2	52	82	45	68,8

Bu durumun başlıca nedenleri uygulanan istikrarsız fiyat politikaları nedeniyle endüstrisinin sürekli zarar etmesi sonucu yatırımlara yeterli kaynağı ayıramamasıdır.

Sektördeki yerli firmaların 1988 yılında 19 milyon USD olan yatırımları, 1991 sonu itibariyle 106 milyon USD ile en yüksek seviyesine yükselmiş, 1992 – 1993 yıllarında ise 69 milyon USD dolaylarında gerçekleşmiştir. TL’nin hızla değer kaybettiği ve şirketlerin kaynak yaratmakta zorlandığı 1994 yılında ise sektördeki tutarları 34 milyon USD ile son yıllarda en düşük seviyesinde kalmıştır.

Patent yasası ve bunun gibi önemli hususlarda mevzuatın AB ile uyumlu hale getirilmesi çalışmaları sonucu önde gelen uluslararası ilaç şirketleri Türkiye’de yatırımlara girişmiştir. Bazı şirketler ise Türkiye’de üretime geçmek için daha önce yerli üreticilere verdikleri lisansların sürelerinin dolmasını beklemektedir. Bu



durumda sektörün lisansla üretim yapmakta olan köklü ve yerli üreticileri dahi sıkıntılarla karşılaşa bilecektir.

Teknolojisi hızla gelişen ilaç sektöründe yatırımların belirli bir düzeyde devam etmesi rekabet gücünün korunması ve artırılması, hizmetin üst düzeye varabilmesi için zorunludur. Bunun için sektör 1999 yılından itibaren yürürlüğe giren fiyat kararnamesi tam olarak uygulanmalı ve sektör 1995 yılına kadar olduğu gibi özel önem taşıyan sektörler arasına alınmalıdır (İEİS, 1998).

3.2.1. Türkiye’de İlaç Sanayiinin Sorunları

3.2.2.1. Tüketimi Belirleyen Unsurlar

Sektördeki firmaların tüketiciye doğrudan reklam yapması yasak olup, şirketler ürünlerini tıbbi mümessiller aracılığıyla sadece sağlık personeline ve eczanelere tanıtılabilmektedir. Mümkün olduğu kadar geniş bir sağlık personeline ulaşabilmek amacındaki şirketler tanıtım çalışmalarında numune ilaçlar, ilaç hakkında detaylı bilgiler içeren broşürler ve diğer promosyon malzemelerinden yoğun olarak faydalanmaktadır. Promosyon harcamaları, Sağlık Bakanlığınca şirketin net satış rakamının en fazla %15’ine denk gelecek şekilde sınırlandırılmıştır.

Sektörün ithalat ve üretim toplamının yaklaşık %14’ünü tüketen SSK, ödeme uygulamalarıyla tüketim üzerinde de etkili olmaktadır. SSK denk ilaçlar içinde ucuz olanın tüketilmesine hükmederek tüketim tarzını etkilediği gibi doktorların tercih hakkını da kısıtlamaktadır. Bu durumda antibiyogram ve kültür tedavisi yapılamadığı için bünye antibiyotiğe direnç kazandığı tedavinin uzadığı ve antibiyotik tüketiminin %60’ının boşa gittiği ifade edilmektedir.

Türkiye’de ilaç tüketiminde tüketimin de önemli bir diğer faktör ise kişilerin kendi kendini tedaviye kalkışmaları ve tanıdıklarının tedavisi üzerine doktora gitmeden ilaç seçmesidir. Bu tür bilinçsiz tüketim eğilimleri reçete uygulamalarının işlememesi ve doktorların tercihlerinde kısıtlandırılmaları sonucunda gerçekleşen antibiyotik tüketimi çeşitli iç organlarla olumsuz yan etkilere yol açabilmektedir.

İlaç tüketiminin önemli bir özelliği ise eczacıların hastalara doktorun yazdığı markalı ilacın yerine daha ucuz jenerik bir ürün tavsiye etme eğilimidir. Reçetede adı geçen ilaç kullanılmadığında SSK faturayı ödememesine karşın bu tür tavsiyeler tüketiminde etkili olabilmektedir. Reçetesiz ilaç sınıflandırması henüz yapılmamasına karşın eczacılar, reçeteli satılması gereken ilaçları, reçete sormadan rahatlıkla satmaktadır.

3.2.2.2. Dağıtım Kanalları

İlacın son tüketiciye ulaşmasında rol oynayan başlıca 4 dağıtım kanalı;

- SSK ve Devlet Sağlık Kuruluşları
- Ecza Depo ve Kooperatifleri
- Özel Sağlık Kuruluşları
- Eczanelerdir.

Ayrıca SSK yıl içinde çeşitli ihalelerle sektörde yaratılan değerın yaklaşık %14'ünü alıp, yurt çapındaki yaklaşık 460 sağlık kuruluşu vasıtasıyla tüketiciye ulaştırarak sektörde önemli bir dağıtıcı rolü oynamaktadır (Ülker, 1999, s13).

Sektörde en büyük dağıtım rolü yaratılan değerin % 83' ünü satın alarak özel sağlık kuruluşları ve eczanelere ulaşmasını sağlayan yaklaşık 450 toptan satış kuruluşu üstlenmiştir. Ecza depoları ve kooperatiflerinden oluşan toptancıların en büyük 35'i pazarın yaklaşık % 75'ini kontrol etmektedir. Toptancılar satışların % 10'unu özel hastane ve kliniklere, % 90'ını ise eczanelere yapmaktadır. Aynı zamanda eczacılar üretici ve ithalatçıların satışlarının % 3'ünü doğrudan almaktadır (Ülker, 1999, s13).

3.2.2.3. Mevzuat Bilgileri

3.2.2.3.1. İyi Üretim Uygulamaları - GMP (Good Manufacturing Practices)

Topluma güvenilir ve kaliteli ilaç sunmak, üretim belirli uluslararası standartlara uygun olarak yapılmasını sağlamak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü, İyi Üretim Uygulamaları (GMP) olarak adlandırılan bir dizi kurallar geliştirmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'de 1984 yılında yürürlüğe konulan bu uygulamalar ilerleyen yıllarda Avrupa ülkeleri tarafından daha da geliştirilmiştir. Avrupa Birliği ile tam uyumu sağlayan İyi Üretim Uygulamaları (GMP) Sağlık Bakanlığı tarafından 1 Ocak 1995'ten itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe konmuştur.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 1984 yılında yayınlanmış olan İyi Üretim Uygulamaları (GMP) ilaç üreten işyerlerinin kullanacakları hammaddenin ve ambalaj malzemesinin kalitesinden başlayarak tüm üretim kademelerinde ve kontrollerde uyulması gereken koşulları kapsamaktadır. Bunlar genelde ISO 9000 standartları ile benzerlik göstermektedir. Temel hususları aşağıdaki gibidir.

- Etkin kalite ve emniyet sistemi oluşturmak,
- Yazı ve onaylanmış prosedürleri ortaya koymak.
- Bütün aktivitelerin dökümantasyonunu sağlamak.
- Belirlenen uygulamalardan sapmaları araştırmak ve belgelemek,
- İşlem ve uygulamalardaki değişiklikleri kontrol etmek,
- Safiyenin bozulmasını (karşılıklı buluşmayı) önlemek.
- İyi Üretim Uygulamaları (GMP), ISO-9000 standartlarının tersine yan sanayi kuruluşunu değil sadece üreticiye verdiği malını mevzu bahis yapmaktadır. İyi Üretim Uygulamaları (GMP)'nda üst yönetimin sorumluluğu ülkelere göre değişmektedir.

Titizlikle uyulması gereken bu kurallara uyum sağlanabilmesi için sektördeki firmalar ciddi boyutlarda yeni yatırım yapmak durumundadır. Bu uygulamalar gelişmiş ülkelerin teknolojik ve üretim standartlarını ulaşılmasının yanı sıra haksız rekabetin önlenmesi amacına da hizmet etmektedir. Uygulamaların bir diğer önemi ise İyi Üretim Uygulamaları (GMP)'na uyumlu çalışan sektörün ihracatta karşılaşacağı kolaylıklardır.

3.2.2.3.2. İyi Klinik Uygulamaları - GCP (Good Clinical Practices)

Yeni bir tıbbi ürün yada sürecin geliştirilmesi ve ruhsatlandırılması amacıyla yapılan uluslar arası klinik araştırmalarında, bilimsel kaygıların yanı sıra çeşitli

denetleyici kuruluşların ve toplumsal örgütlerin denetim ve yönlendirilmelerinden geçmek gerekmektedir. İyi Klinik Uygulamaları (GCP) bu tür klinik denemelerin yüksek bilimsel ve ahlaki standartlara uygun olarak yapılmasını, iyi denetlemesini, belgelendirilmesini ve doğrulanabilirliğe sahip olmasını sağlamak üzere oluşturulmuş bir kurallar bütünüdür. İyi Klinik Uygulamaları (GCP) öncelikle ilaç endüstrisine yönelik olmakla birlikte, yeni bir klinik denemenin tarafları olan sponsor (ilaç firması) ve araştırmacının yanı sıra ruhsat gibi yasal belgelerin düzenlenmesinde rol alan düzenleyici otoriteyi de ilgilendirir.

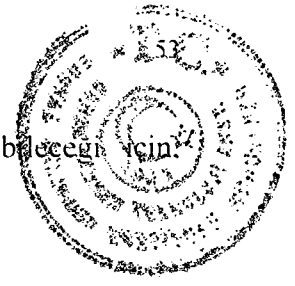
İyi Klinik Uygulamaları (GCP)'nın faydaları arasında deneklerin korunması, denemelerin kalitesinin artırılması, denemelerin uluslar arası gerçekçiliğe kavuşturulması, gerekli çalışma sayısının azaltılması ve deneylerde şeffaflık olunması yer almaktadır. Buna karşın bu uygulamalarla, deney maliyetinin yükseldiği, sonuca ulaşmak için gereken sürenin uzadığı, ihtiyaç duyulan personel sayısını arttığı ve şeffaflık sonucu artan kamu ilgisinin araştırmacılarda konsantrasyon ve uyum güçlüğü yarattığı gibi eleştiriler de ortaya atılmaktadır. Türkiye'de İyi Klinik Uygulamaları (GCP) 1993 yılının ikinci yarısında yürürlüğe girmiştir.

3.2.2.4. Patent Yasası

Türkiye'de patent gibi haklar yakın zamana kadar Osmanlı döneminden kalma 23 Mart 1879 tarihli kanun ile korunmuştur. 1995 yılı Temmuz ayında Resmi Gazete'de yayınlanan Kanun Hükmünde Kararname ile yeni şekliyle yasallaşan Patent Kanunu, patent korumasının 01.01.2001 tarihinde başlamasını ve Bakanlar Kurulu kararıyla geçiş süresinin 5 yıl daha uzatılabilmesini öngörmüştür. Ancak Patent Haklarının Korunması hakkındaki bu kararname daha sonra Resmi Gazete'de yayınlanan kanun hükmünde bir kararname ile değiştirilerek korumanın başlangıç tarihi 01.01.2001'den 01.01.1999 tarihine çekilmiştir. Buna ek olarak Bakanlar Kurulu'nun koruma tarihini 5 yıl daha uzatma yetkisi kaldırılmıştır.

Kanunun yürürlüğe girmesi ile patent koruması devam eden ilaçların kopyalarını üreten firmalar bu tür üretimlerini durdurmak zorunda kalmıştır. Bunun yanı sıra yabancı firmaların lisanslarıyla üretim yapmakta olan yerli şirketler de

sözleşme süresi sonunda lisansör piyasaya bizzat girmek isteyebileceği için anlaşmalarını yenileyememe tehlikesi ile karşı karşıya kalmışlardır.



Patent koruması ile ilaçlar daha pahalı satılabileceği için, sadece %60'ı sosyal güvenlik kapsamında bulunan halkın ilaca ulaşma gücü azalacak ve toplum sağlığı tehlikeye düşecektir. Halen en büyük ilaç alıcısı konumunda olan ve zaman zaman aldığı ilacın bedelini ödemekte zorlanan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi kuruluşlar, artan ilaç fiyatları karşısında tekrar ödeme sıkıntısına düşebilecek ekonomik durumdadırlar.

Şirketler açısından değerlendirildiğinde ise, patent koruması yasallaşmadan önce yaklaşık 30 yılın üzerinde bir süre tanındığı için şirketin hazırlıklarını tamamlamamış olmalarının kendi sorumlulukları olduğu belirtilmekte ve sıkıntıya düşebilecek şirketlerin uluslararası şirketlerle ortaklığa yönelerek bu sorunu aşabilecekleri ifade edilmektedir. Patent yasasını olumlu bulan tarafların diğer tezleri arasında; yasanın uygulanması ile patentsiz çalışan firmaların haksız rekabetinin önleneyeceği, harcanan maddi ve manevi emeklerin güvence altına alınacağı, yeni araştırmaların teşvik edileceği, sektörde küreselleşme hareketlerinin hız kazanarak teknoloji transferlerinin gerçekleşeceği ve artacak rekabet sonucu ürün kalitesinin yükseleceği bulunmaktadır.

1995'te başlayan geçiş süresinin tamamlandığı 1 Ocak 1999'da yürürlüğe giren uygulamayla patent koruması altına alınmış ilaçların diğer firmalar tarafından üretilmesi artık mümkün değildir. Patent koruması, ruhsat işlemleri tamamlanmak koşuluyla piyasadaki mevcut ilaçların üretimini etkilemeyecek, ancak 1995'ten sonra patent alan ilaçlarla 1999'dan itibaren bulunabilecek moleküller için geçerli olmaktadır. Günümüzde ilaç etken maddesi alan bir molekülün bulunması ve o ilacın piyasaya sürülmesi süresi (ruhsat alım safhası dahil) 10-12 yıldır. Patent kanununun Türkiye'de gerçek anlamda etkileri, en erken 8-10 yıl sonra hissedilecektir.

Yerli sanayi patent kapsamındaki ilaçları ancak patent koruma süresi dolduktan sonra jenerik olarak üretilbilecektir. Bu nedenle zor durumda kalan firmalar, çalışmalarını bir takım yan sanayilere, kimya sanayiine kaydıracaktır. Bazı büyük firmalar ise dışa açılarak jenerik ilaç ihracatına yöneleceklerdir. Patent döneminde

yerli ilaç firmalarının AR-GE faaliyetlerine ağırlık vermesi zorunlu hale gelirken. sektörde bu tür çalışmalar için devletin bütçeden belirli bir pay ayırması yönünde şimdiden bir talep oluşmuş durumdadır.

Özellikle alt yapılarını hazırlamayan ve kendilerini buna göre örgütlemeyen şirketler ya kapanacaklar ya da birleşerek yeniden yapılanma yoluna gideceklerdir. Sektörde şirketlerin mali yapılarının fazla güçlü olmaması nedeniyle, önümüzdeki dönemde sektörde faaliyet gösteren bazı şirketler arasında birleşmeler gözlenebilir. Bu sayede, şirket bazında Ar-Ge harcamalarına yeterli kaynak aktaramayan firmalar, güçlerini ve pazar paylarını artırabilirler.

3.2.2.5. Reçetesiz İlaçlar

Reçetesiz ilaçlar günlük hayatta sıkça rastlanılan basit hastalıkların tedavisinde, doktor müdahalesi olmaksızın sadece eczacının tavsiyesiyle kullanılmasında tıbbi sakınca olmayan ilaçlardır. İlacın reçetesiz satılabilmesi için ilacın etki ve yan etkilerinin, önerilen kullanım dozunun, tatbik süresi ve şekline ilişkin uzun yılların kullanımı sonucu elde edilen bilgilerin uzmanlarca değerlendirilmesi ve doktor tavsiyesi olmadan kullanılıp kullanılmayacağına karar verilmesi gerekir.

AB, ilaçların sınıflandırılmasını konu alan 92/26 sayılı Direktif ile ilaçları doktor reçetesine tabi ve tabi olmayan şeklinde 2 gruba ayırmakta ve ruhsatlandırma aşamasında hangi grupta yer aldığını belirtilmesini istemektedir. Türkiye'deki ilaçların sınıflandırılmaya tabi tutularak reçetesiz satılacak ilaçların belirlenmesi ve bunlarla ilgili ayrı bir mevzuat hazırlanması çalışmaları 1980'li yılların ikinci yarısında başlamış olup, 1992 yılına gelindiğinde reçetesiz satılabilecek ilaçlar için bir ön liste hazırlanmıştır. Reçeteli-reçetesiz sınıflandırılmasına yönelik mevzuat hazırlıklarının devam ettiği Türkiye'de halen tüm ilaçların reçeteyle satılması gerekmektedir.

Öte yandan ilaç sınıflandırılması ve tezgah üstü piyasanın (OTC) çalışmaları eczacılardan yoğun tepki görmektedir. Eczacılar vitaminler ve ağrı kesiciler başta olmak üzere basit hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçları eczaneler dışında satışın engellenmesinin zorluğunda tedirgin olmaktadır. Ancak eczacıların lehine



olacak bir gelişme ise kanunsuz olarak işportacılar da satılan ve yüksek talep gören vitamin türü ilaçların eczanelerde yasal ve reçetesiz olarak satılmaya başlanması olacaktır.

Hastaların reçetesiz satılan ilaçlara yaptığı harcamalar SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi devlete bağlı sağlık kuruluşları tarafından karşılanmayacağı için likidite sıkıntısı çeken devletin reçetesiz ilaç düzenlenmesini hızlandırması beklenmektedir. Buna karşın pazarda bir genişlemeye yol açacağı için kanunun çıkması yolunda esas baskı, ilaç üreticilerin reçetesiz ilaç satışı konusunda ilgili görüşleri aşağıdaki gibidir.

- Reçetesiz satılabilecek ilaçlar sadece eczaneler kanalı ile tüketiciye ulaştırılmalıdır.
- Bütün eczanelerdeki satış fiyatı aynı kalmak suretiyle üreticiler ilacın fiyatını serbestçe belirleyebilmelidir.
- Reçetesiz ilaçların Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek kurallar çerçevesinde, görsel ve yazılı kitle iletişim araçlarıyla tanıtımlarına izin verilmelidir
- Sağlık Bakanlığı, eczanede reçetesiz satılabilecek ilaçlarla ilgili ambalaj kurallarını belirmelidir.

3.2.2.6. Ruhsatlandırma

Avrupa Birliği mevzuatına uyum çalışmaları çerçevesinde hazırlanan ve 2 Mart 1996 tarihinde yürürlüğe giren Ruhsatlandırma Yönetmeliği gereği ruhsat dosyalarında istenen bilgi ve belgeler büyük ölçüde Avrupa Birliği ruhsat dosyalarıyla uyumlu hale getirilmiştir. Ayrıca ilaçların stabilitesi konusunda AB ve ICH'in kriterlerine göre bir rehber hazırlanarak 1996 yılı başından itibaren yürürlüğe konmuştur.

Yönetmelik, ilaçların yeterince etkili, emniyetli ve kaliteli olmasını sağlamak üzere ruhsatlandırma işlemlerinde uygulanacak esas ve usuller ile ruhsatlandırılmış tıbbi farmasotik ürünlere ilişkin uygulamaları belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Ruhsatlandırma Yönetmeliği'nde ruhsatlandırma aşamalarının AB'de olduğu gibi süreler ile belirlenmesi gibi bazı değişikliklerinin yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Ruhsatlandırma işlemlerinde yetkililere sunulan dosyalarda bulunması gereken bilgi ve belgeler açısından AB ile uyum çalışmaları devam etmekle birlikte, Türkiye'nin çok devletli ve merkezi ruhsatlandırma sistemlerine dahil olup olmayacağı henüz açıklığa kavuşmamıştır..



3.2.2.7. Fiyatlandırma

Sektördeki şirketler, dünyada hızla gelişmekte olan üretim ve kontrol teknolojilere sürekli uyum sağlayabilmek, araştırma-geliştirme bütçeleri ayırabilmek ve uluslararası rekabetle başa çıkabilmek için yüksek miktarda fonlara ihtiyaç duymaktadır. Buna karşın Türkiye'deki mevcut fiyatlandırma sistemi, serbest rekabet ortamı dışında Sağlık Bakanlığı gözetiminde belirlenmekte olup, sektörün ihtiyaçlarını karşılayabilecek nitelikte değildir. Bakanlık sektördeki fiyatları Bakanlar Kurulu tarafından yayınlanan Fiyat Kararnamelerine dayanarak belirlemektedir. Bu kararnameler, ilacın bulunabilirliğini sağlamak, endüstride ihracat ve yatırımları arttırmak, şirketleri araştırma geliştirme çalışmalarına yöneltmek ve ilaçta kaliteyi arttırmak amaçlarını taşımaktadır.

Ülkemizde 1984 yılında yayınlanan ve halen yürürlükte bulunan son kararname hükümlerine göre ilaç fiyatları aşağıdaki şekilde belirlenir.

- İlaç üreticileri tespit ettikleri fiyatları, ilacı piyasaya sürmeden 10 iş günü önce İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne yazılı olarak bildirirler.
- Bakanlık imalatçı tarafından beyan edilen fiyatı bu süre içinde reddetmediği takdirde bildirilen fiyat yürürlüğe girer.
- İlaç üreticisinin yıllık karı satış gelirlerinin %15'ini, ürün bazındaki karı ise, o ürünün yıllık satış tutarının % 20'sini geçemez. Depocu satış fiyatı imalatçı satış fiyatına azami % 9, perakende satış fiyatı ise depocu satış fiyatına azami % 25 ilave edilerek saptanır.
- Aynı zamanda Bakanlık, yurt içinde üretilen ilaçların tüketiciye makul bir fiyatla ulaşmasını sağlamak için benzer ilaçların dış ülkelerden ithalatı için gerekli tedbirleri de alır.



- İthalatçının satış fiyatı, ithalat maliyetine azami % 14 kar ilave edilerek saptanır. İthal ürünlerin depocu ve perakende satış fiyatları ise 3. Maddedeki oranlarla aynıdır.
- Şirketler, üretim maliyetleri arttığında maliyetteki artış oranında fiyat artış başvurusu talebinde bulunabilecek, gerekli incelemelerden sonra bu artışın uygun görülüp görülmeyeceği karara bağlanacaktır.

Kurumsallaşmanın yoğun olduğu sektör İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İ.E.İ.S) gibi kuruluşlarında yardımıyla etkili lobi faaliyetlerinde bulunabilmektedir. İ.E.İ.S., Fiyat Kararnamesi'nin tam olarak uygulanmasını sağlamak için üniversite öğretim görevlileri ve uzman bilim adamlarına endüstrinin sorunlarına ilişkin raporlar ve istatistikler hazırlatarak, Hükümet ve Sağlık Bakanlığı çapında girişimlerini yoğunlaştırmıştır.

Bu girişimler sonucu uygulama esaslarını belirleyen Fiyat Tebliği 1 Eylül 1995 tarihinde Resmi Gazete' de yayınlanarak yürürlüğe konmuştur. Bu tebliğ ile iskontolar yeniden tanımlanmış ve karlılık oranının hesabında brüt satış hasılatının %10'una kadar olan iskontoların dikkate alınacağı hükme bağlanmıştır. Ayrıca ilaçların tanıtımı için yapılacak giderler, yıllık net ilaç satış hasılatının %15 'i ile sınırlanmıştır. Tüm ilaçlara aynı maliyet artış oranının uygulanması yerine ilacın maliyet yapısına göre fiyat ayarlama sistemi getirilmiştir. Ancak enflasyonun uzun yıllar boyunca yüksek olduğu bir ekonomide ikame maliyetler baz alınarak yapılacak fiyat artışları üreticiyi koruyabilecekken, Tebliğde öngörülen fiyat artışlarında geçmişe yönelik maliyetlerden yola çıkılmaktadır.

3.2.2.8. Gümrük Birliği'nin Etkileri

Gümrük Birliği'nin Türk ekonomisi üzerindeki en öncelikli etkisi genel olarak Avrupa Birliği ülkelerinden yapılan çeşitli sektörlerle ait ithalatta gümrük vergisi ve fonlarının kaldırılması şeklinde olmuştur. Buna karşın Gümrük Birliği öncesinde de Türkiye'nin ilaç ithalatında gümrük vergisi ve fonları sıfır olduğu için sektör bu durumdan etkilenmemiştir. Ancak Gümrük Birliği ile bazı ilaç hammaddelerinden %4 oranında uygulanmakta olan fonlar da kaldırıldığı için bu maddelerin yerli üreticileri daha yoğun rekabetle karşılaşmıştır. Avrupa Birliği dışından ithal edilen



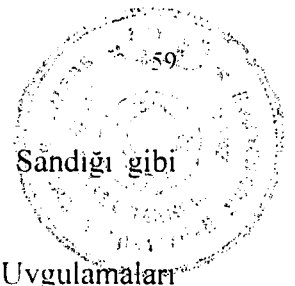
ilaç ve ilaç etken maddeleri için sektörün ortak gümrük tarifesi ortamında gümrük alınacaktır. İlaç endüstrisinin ithalatı ağırlıklı olarak Avrupa Birliği ülkelerinden yapıldığı için maliyetlerde önemli bir değişiklik olmamıştır.

Gümrük Birliği'nin esas etkisi ilaç üretimi ve ruhsatlandırma konularında olmuştur. Türkiye'de reçetesiz ilaçlar, iyi dağıtım uygulamaları, iyi ambalaj uygulamaları gibi bazı hususlarda mevzuatın Avrupa Birliği ile tam uyum içinde olmadığı dikkat çekmektedir. Gümrük Birliği ertesinde yeni hedefi Avrupa Birliği'ne tam üyelik olan Türkiye halen bu hususlarda uyum çalışmalarını yürütmektedir. Uyum çalışmalarından biri de İlaç Teftiş Anlaşması (PIC) kurallarını kapsamaktadır. İlaç Teftiş Anlaşması (PIC) yürürlüğe girdiğinde ruhsatlandırmada AB kurallarına uyum sağlanacak ve böylece halen sadece birkaç ürünle sınırlı kalan Birlikte Pazarlama ve Birlikte Promosyon yöntemlerine daha fazla başvurulacaktır. Uyum çalışmaları sonucunda şirketlerin yeni yatırımlar yapması ve ihracatlarının olumlu yönde etkilenmesi beklenmektedir.

3.2.2.9. Sektörün Sorunları

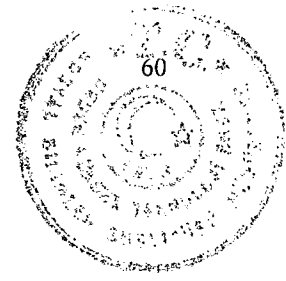
Türk ilaç sanayiinin içinde bulunduğu şartlar ve yasal düzenlemeler dikkate alındığında sektörün sorunlarını yukarıda bahsedilen konu başlıkları ışığında şu şekilde sıralayabiliriz.

- İlaç fiyatlarının serbest rekabet koşullarında belirlenmemesi
- Düşük kar marjı, ilaçtan en fazla %20 kar edilmesi.
- İstikrarsız fiyatlandırma sistemleri sonucunda şirketlerin düşük brüt karlılıkla faaliyet göstermesi ve araştırma geliştirme bütçelerine ayırabilecek miktarda fon yaratamaması.
- Fiyat artışları geçmiş maliyetlerden hesaplandığı için üretici maliyet artışlarından yeterince korunmamaktadır.
- İlaç sanayicilerin tüketiciye doğrudan reklam yapmasının yasak olması.
- Vadeli satışlar ve stoklu çalışma gereği neticesinde işletme sermayesi açığı oluşması.
- Kredi maliyetlerinin yüksekliği.



- Devlet nakit sıkıntısına düştüğünde SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi sosyal kuruluşların ödemelerini aksatması.
- Hızla gelişen teknoloji, kalite kontrol yöntemleri ve İyi Üretim Uygulamaları (GMP)'na uyum gereği sonucu sürekli yatırımda bulunma ihtiyacı.
- Kaliteli ambalaj malzemesi temininde yaşanan sıkıntılar.





4. İLAÇ SANAYİİNDE PAZARLAMA

Pazarlama denilince satışın aklımıza geldiği dönemlerden bugüne değin pazarlama anlayışında anlamlı bir çok değişiklikler meydana gelmiştir. Pazarlama son zamanlarda kendi disiplinleri içinde teori geliştirmek amacıyla kurumsal anlamda sosyal bakış açıları oluşturmuşlardır. Böylece pazarlama yönetimi sürecinin ana hatlarının ortaya çıkarılması sağlanmıştır.

Bir piyasa genellikle mal ve hizmetlerin alınıp verildiği fiziksel veya coğrafik bir yerdir. Pazarlama bir pazarı gerçekleştirme süreci olarak görülebilir. Temelde eksikliklerin çıkarılması, ayrılmalar veya potansiyel bir değiş-tokuş ilişkisindeki bölümler arasındaki engellerdir (Smith 1991). Amerikan Pazarlama Birliği “pazarlamayı” planlama süreci ve kavramı uygulama, fiyat, tutundurma, bireysel ve organizasyonsal konuları tatmin eden değiş-tokuşlar yaratmak için fikirleri, mal ve hizmetlerin dağıtımı” olarak tanımlamaktadır (Marketing News 1 Mart 1985: Smith tarafından kaynak gösterilmiştir. 1991). Pazarlamanın basit amacı, müşterinin ihtiyaçlarını karşılamada yönlendirilen topyekün bir sistem içinde firmanın kaynaklarının tamamını organize etmektir. Pazarlama faaliyetleri doğru ürünü, doğru miktarda, doğru mekanda, doğru fiyatta, doğru zamanda almayı hedefler (Smith 1991). Pazarlama mesleği kendi disiplinini ve işini bağımsız hedef, ahlakdışı ve spesifik değer yargılarında herhangi bir temel olmaksızın görmek eğilimindedir (Montagne, 1992, s195)

Genel bir pazarlama teorisi –6P- başlıca 6 sınıflandırmada bu parametrelere bölünmüştür (Bleidth, Clause ve Nichols, 1990). Bunlar:

- * Ürün (Product)
- * Fiyat (Price)
- * Dağıtım (Place)
- * Halk/İnsan (People)
- * Kalite Kontrol (Pride)
- * Tutundurma (Promotion) (Bleidth, 1992, s122).

Pazarlama yönetimi süreci, pazarlama fırsatlarını analiz etmeyi, hedef pazarları araştırma ve seçmeyi, pazarları dizayn etmeyi, pazarlama stratejilerini oluşturmayı, pazarlama programlarını planlama ve organizasyonunu, pazarlama faaliyetlerini yürütme ve kontrol etmeyi içermektedir (Kotler, 1988. s414)



Çağdaş anlamda pazarlama üretimden önce başlayıp üretimden sonra da devam eden bir dizi aktiviteyi kapsar. Yani tüketici kitlelerinin satın almadaki tutum, davranışlarını araştırma ve saptama gibi faaliyetlerle, tüketicilere akışı sağlanan mamullerin tüketici gruplarına tesliminden sonraki zenginleştirilmiş hizmetleri kapsayan bir işletme fonksiyonudur (Erciş, 2001. s51).

Çağdaş pazarlamacıya düşen görev, toplumun çıkarlarını göz önünde tutarak istekleri tatmin etmektir. Başka bir deyişle, bir yandan tüketici isteklerini tatmin ederken diğer taraftan onların gerçek ihtiyacı ve çıkarlarının neler olduğunu araştırmalıdır. Buna bağlı olarak uzun dönemde toplum refahı, geleceğin yaşam kalitesi üzerinde durulmalıdır. Bunları işletme hedef ve çıkarlarıyla bağdaştırmalıdır (Erciş, 2001, s51)

Pazarlamadaki gelişme sürecine uygun olarak pazarlamacının yüklendiği sorumluluğun sınırları da genişlemiştir. Bunlardan en önemlileri, topluma yönelme sosyal sorumluluktur. Bu da tüketicinin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik pazarlama uygulamaları anlamına gelir.

Topluma yönelim, pazarlamacının verdiği kararlarda birey ve onun sosyal çevresinden çok toplumsal çevreyi göz önünde tutmasıdır. Örneğin geliştirilen bol köpüklü bir deterjan temizliğe yardımcı olması bakımından faydalıdır (bireysel açıdan). Ancak deterjan atıklarının ya da suların gerek hayvan gerekse bitki sağlığına zararlı olması toplumsal açıdan bir sorundur. Dolayısıyla verilen kararların toplum ya da çevre sağlığına zarar vermeyecek şekilde olması gerekir (Erciş, 2001, s51)

Sosyal sorumluluk ise pazarlamacının topluma zararlı olabilecek faaliyetlerden vazgeçmesi ya da önlenmesi yönünde taşıması gereken sorumluluklardır. Toplumsal sorumluluk taşıyan bir işletmenin özellikle mamul fiyatını yükseltme, reklam

vasıtasıyla halka yanlış ve aldatıcı bilgi verme, yanıltıcı ambalaj uygulaması v.b. topluma zararlı uygulamaları en aza indirmesi gerekir.

Genel olarak pazarlamanın sosyal sorumluluğu, toplumu teşkil eden kişilere en fazla hayat standardı sağlayacak şekilde faaliyet göstermek olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle pazarlamacıların, insan, malzeme ve finansal kaynakların kullanımında en yüksek faydayı sağlamaları gerektiği görüşü yaygındır (Erciş, 2001, s52)

Pazarlamanın kaçınılmaz ikinci ana sorumluluğu ise yaşam standartlarını kalite olarak yükseltilmesine katkıda bulunmaktır. Bu sorumluluk yerine getirilirken eleştirmenlere göre ekonomik hayatın kalitesini düşüren bazı sömürülerden vazgeçmesi gerekmektedir. Aldatıcı ve genel zevke uymayan reklam, yanıltıcı fiyat politikaları, kandırıcı paketleme, ürün hakkındaki bilgileri büyütme, baskıyla satış v.b. uygulamaların terk edilmesi istenmektedir (Erciş, 2001, s52)

İlaç pazarlama halka ilaçları kabul ettirme olarak algılanır. Pazarlama faaliyetleri harcamaları kısıtlı kaynakların verimsiz bir kullanımı olabilir. Pazarlama verimsiz veya efektif olmayabilir. Yeni ilaçlar eskilere çok benzer görünmektedir. Veya onlar diğer hastalıkları tedavi etmek için hiçbir ilaç olmadığı zaman aynı ilaçlarla tedavi etmek anlamına gelmektedir. (Montagne, 1992, s195)

İlaç pazarlama, tıbbi bakım için değişik pazarları gerçekleştirme işlemidir. İlaç ürünlerini ve tıbbi hizmetleri kapsamaktadır. Bu sadece toplam pazarlama yaklaşımının bir parçası olan ilaçların promosyonu anlamına gelmez. Başka bir ifadeyle ilaç pazarlama, eczacılık mallarını ve tıbbi hizmetleri üretenlerle/sunanlarla bu mal ve hizmetlere ihtiyaç duyanlar arasındaki ilişkiyi önceden tahmin etmeye, kolaylaştırmaya ve genişletmeye çalışır (Smith 1991). İlaç pazarlamada ayrıca tarihsel bir içerikle tüm sosyal, politik, profesyonel, teknolojik, ekonomik ve düzenleyici gelişmelerin kapsandığı bir ortam mevcuttur ve işlemektedir (Montagne, 1992, s195).

Hekimler uzun zamandır ilaç satın-alma sürecinde kapı tutucuları olarak bilinmektedirler. Tüketiciler bir hekimin reçetesi olmadan ahlaki olarak ilaç alamazlar. Bunlardan başka ilaç firmaları geleneksel olarak ilaç ürünlerini

tüketicilere doğrudan isim olarak tanıtamazlar. Gerçi bu geleneğe meydan okunmaya başlanıyor (Cf. Collins 1986: Lipton 1986: Miller, Barrett ve Bradburn 1989: Perri 1987: Rockwell 1986). Sonuç olarak ilaç firmaları hekimler üzerinde kendi tutundurma çabalarını yoğunlaştırmışlardır (Williams, 1991, s46).

Benzer olarak ilaç sanayiindeki üreticiler ne tür ürünleri araştıracaklarına, hangisini üreteceklerine, onları nerelere dağıtacaklarına ve ne kadar üreteceklerine karar vermelidir. Planlama faaliyetleri, pazarlama araştırması ve ürün programlarını belirleme, ayrıca malların pazarlama süreçlerine getirmenin parçalarıdır (Bleidth, 1992, s122).

Kar anlayışı eklendiğinde tıbbi ihtiyaçları tatmin etme ve pazarlama araçlarını tatmin etme arasında bir uzaklaşma görülebilir. Nadiren araştırma-geliştirme fonları müşteri ihtiyaçlarını tatmin eden ama eğer herhangi bir tıbbi bakımsa çok az katkıda bulunan kazançlı ilaçların geliştirilmesinde kullanılabilir. Küçük araştırma-geliştirme gayretinin, geliştirilse bile bir ilacı satın almaya gücü olmayan gelişmemiş ülkelerdeki binlerce kişiyi etkileyebilen hastalıklara harcanması olasıdır. Tedavi edici büyük buluşları başarmak için kullanılması yerine sınırlı araştırma-geliştirme fonları harcanabilir. (Myers,1992)

3.1. İlaç Sanayiinde Pazarlama Bileşenlerine Genel Bakış

3.1.1. Mamul

Pazarlama programının temel öğelerinden biri olan mal bileşeni, firmanın yenilik çabalarının da çok önemli bir unsurudur. Mal, fiziksel, kimyasal, estetik, sembolik ve diğer somut ve soyut faktörlerin bir bileşkesidir. (Karabulut,1975). Mamul bileşeni bu faktörlerin biri, bir kaçı veya bütününe yapılabilecek bir değişiklikle geliştirilebilir. Bu, mevcut pazarlar için yeni mal geliştirilerek gerçekleştirilebileceği gibi, yeni pazarlara yeni bir mal ile girerek de gerçekleştirilebilir (Karabulut, Tüketici Davranışı, 1989, s50).

Pazarlama programı, mal esaslı olabileceği gibi, hizmet esaslı da olabilir. Hizmetin soyut olması, depolanamaması, standartlaştırılamaması, bazı hallerde

taşınamaması, hizmeti sunana göre kalitesinin farklılığı v.b. boyutları bu maldan ayrı olarak düşündürebilir (Karabulut, Tüketici Davranışı, 1989, s51).



Teknoloji ve bilimin hızlı gelişimi, yaşam standartlarımızın yükselmesine neden olmuştur. Yaşam standartlarımızın yükselmesi ise, insanoğlunun yaşam sürelerinin artmasına, böylece dolaylı olarak sağlık harcamalarına ayrılan parasal ve zamansal değerlerin artmasına neden olmaktadır. Sağlık harcamaları göz önüne alındığında akla ilk olarak tedaviler, sağlık bakımı ve ilaçlar gelmektedir. Sağlık harcamalarının içinde en büyük payı ilaç ürünleri almaktadır.

İlaçlar hastalıklarda kullanılmış ve tıbbi tedavi koşullarında tedavi edici etkileri bulunmuştur. İlaçlar tıbbi bakım sistemlerinde önemlidir. Çünkü çok geniş bir şekilde kullanılırlar. Bir çok hasta için tıbbi bakımın kritik bir bileşenidir. İlaçlar daha saldırgan pahalı tıbbi bakım malzemeleri/hizmetleri yerine geçerek hizmet ederler. 1970'te A.B.D. genelinde yaklaşık olarak 3.5 Milyar USD.'dan fazla değerinde bağımsız ve gruplar şeklinde ilaç hazırlanmıştır (Siegelman, 1971). 1995'te kabaca 25 yılda 14 kat artarak 50 Milyar USD değerinde yaklaşık olarak 2 Milyar ilaç hazırlanmıştır (Matt et al., 1998, 287).

1991 ve 1995 yılları arasında sanayiinin en büyük satıcılarının bazılarını da içeren yıllık satış cirolarında 10 milyar USD'ı bulan ilaçlardaki patentlerin sona ereceği gerçeği çok önemlidir Eğer maliyetlerde tasarruf yapılırsa, artan ilaç hazırlama ve jenerik ilaçların kullanımı tüketicilere, sigorta şirketlerine ve hükümetin tıbbi bakım acentelerine yararlı olacaktır. (Kendall and Simeon, 1991 s154).

Yürürlükte bulunan yasalar gereği pazara yeni girecek her ilaç güvenli olduğunu ve yararlarını kanıtlamak zorunludur. Önemli olan hiçbir ilacın tam anlamıyla güvenli olup olmadığıdır. Her yeni ilaç her zaman bir miktar yan etkisi olması riskini taşır. İlaç firmaları ve sponsor firmalar tarafından yapılan mevcut olan riskin ölçülmesi ve yürürlükteki yasalar çerçevesinde kabul edilebilir düzeye indirmektir. Bu nedenle ilaç üreticisi firmalar ve sponsor firmalar tarafından yeni ilaçlar üzerinde uzun ve yüksek maliyetli araştırmalar geçmişte olduğu gibi günümüzde de yapılmaktadır.

Ülkemizdeki ilgili yasal düzenlemelerde ilacın temel özellikleri ve özelliklerinin uzun süre saklama koşullarında bozulmaması sorumluluğu üreticiye verilmiştir. Bu açıdan ruhsat verilen müstahzarın ambalajı büyük önem taşır. Çünkü bu ambalaj ilaç ve kullanılışı ile ilgili bilgilerle birlikte sorumlu üreticinin kimliğini belirtecek, böylece muhtemel zararlar da tüketicinin hakkının ve kamu sağlığının korunmasına yardımcı olacaktır (Alpan, 1999, s6).

Orijinal birim ambalajın bir özelliği de ilacın tanınmasını sağlamaktır. Bu bağlamda ambalaj ilacın güvenilirliğini sağlayan bir unsurdur. Ambalaj üzerinde ilacın adı, etken maddesi, etken madde miktarı ve üreticisi belirtilmiştir. İlaçların tane ile satılması sisteminde birbirine çok benzeyen ilaçların gerek eczanede, gerekse hastanın kullanımı sırasında karıştırılması riski vardır. Bu durum bir ilacın vazgeçilmez özelliklerinden biri olan güvenlik özelliğini azaltıcı bir unsurdur (Alpan, 1999, s7).

Orijinal birim ambalaj ilacın kullanımı ve yan etkileri hakkında bilgi içerdiğinden hastanın tedaviye uyumunu artırır. İlaçlar hastalara gerekli bilgileri içeren birim ambalaj içinde verildiğinde hastalar tarafından benimsenmesi ve doğru kullanılması olasılığı artmaktadır. Avrupa Birliği'nin 92/27/EEC sayılı ilaç prospektüs bilgilerinin önemli olduğu ve ilaçla birlikte hastaya verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Tane ile ilaç satılması sisteminde dozaj ve kullanım şekline ait bilgiler bir ölçüde de olsa eczanede hazırlanan etikete aktarılsa bile yeterli olmayacaktır (Alpan, 1999, s7).

İlacın testleri zaman ve para alır. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından istenen ek test piyasaya sürülen ilaçların güvenliğinin geliştirilmesinde yararlı etkiler sağlayabilir. Ama en az iki olumsuz etkisi vardır. Birincisi; artan testler nedeniyle kanıtlanmış ilaçların ticari kabul edilebilirliği gecikir. Bu durum erken ölümlere neden olur veya kısmen giderilmiş şartlara sahip çoğu insanın gereksiz önerileri yeni ilaçların piyasada daha geç yerini almalarını sağlar (Tabarrok, 2000).

İlaç patentlerinin yaşamı (ve diğer ürünlerdeki düzenlenmiş patentler), 14 yılı aşmayan onay sonrası patentin periyodunu sağlayan düzenleme gecikmesinin bedelini ödemek için 5 yıla kadar uzatılabilir. Aynı zamanda patent koruması

olmaksızın ilaçların yerine geçen jeneriklerin onayı için prosedürler radikal olarak kolaylaştırılmıştır (Scherer, 1993).

Diğer bir önemli eğilim en çok satan ilaçların bir çoğunun patent sürelerinin dolması nedeniyle reçeteli durumdan OTC duruma dönüştürmeye çalışılmasıdır (Waldholz 1989; Hecht 1983). Tezgah üstü (OTC) ilaç satışları gelecek on yılda yaklaşık olarak dört kat artarak yıllık 40 milyar USD'ye ulaşması beklenmektedir (Sheffet, 1990, s42).

Özellikle bir ilacın patent koruması sona erince, jenerik ilaçlar çok hızlı bir şekilde daha düşük bir fiyatta kabul edilebilir hale gelir. Marka isimli üreticiler pazara payında hızlı düşüşle karşılaşılır ve önceki satış gelirleri düşer. Jenerik ilaçlara karşı etkili olarak mücadele etmek için, onlar doğrudan tüketiciye reklam gibi yeni pazarlama tekniklerini bulmuşlardır (Keskinel, 1997. s44).

Sonuç olarak, marka isimli ürünleri satan üreticiler bazı pazarlarda dikkate değer bir avantaja sahip olabilirler. Bundan başka bazı üreticiler, kendilerini jenerik ilaçları kullanmaya zorlandıklarını düşünebilirler (Sheffet, 1990 s42).

4.1.1.1. Araştırma-Geliştirme

İlaç sanayiindeki araştırma ve geliştirme faaliyeti pazarlanan ilaçların kazançlı satışlarından finanse edilir. Bir çok araştırma-geliştirme faaliyeti hem kazançlı hem de karşılanmamış tıbbi ihtiyaçların tatmin edilmesine yönelik olduğu şeklinde görünmektedir. Bunlara rağmen bazı araştırma-geliştirme faaliyetleri temel olarak pazarlama ihtiyaçlarını karşılamakta ama tıbbi ihtiyaçları karşılamamaktadır. Araştırma-geliştirme fonlarının çok azı belirli tıbbi ihtiyaçların var olduğu ama efektif bir talebin olmadığı bazı hastalıklara kaydırılır (Myers, 1992).

Yeni ilaçlar, pazar talebini, bilimsel yeterlilikleri ve tedavi edici ihtiyaçların karşılanması amacıyla geliştirilir. Araştırma-geliştirme çalışmalarının karar aşamaları karmaşılaştıkça, bu karar aşamalarında pazarlama araçları daha önemli rol oynamaya başlar.

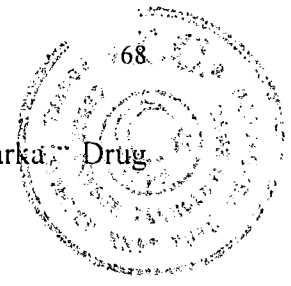
A.B.D.'deki araştırma kökenli ilaç sanayi 1991 yılında araştırma ve geliştirmeye yaklaşık 9.2 milyar USD harcamıştır. Yeni bir ilacın pazartlamasının tamamen tahsisli sermaye maliyeti yaklaşık 231 milyon USD'dir (1987) (DiMasi et al. 1991). İlaç firması patronları açısından bakıldığında araştırma-geliştirme harcamaları yaşam kalitesini arttırıcı, hastalıkları önleyici ilaçların bulunmasında kullanılması gerekir (Myers, 1992).

Yeni bir ilacın geliştirilmesinin yakın zamanda ortalama maliyeti 300 Milyon USD'dir. (1997 yılında 326 Milyon USD.) Bu maliyetleri; küçük bir alt parçası olan saf araştırma faaliyetleri değil, ama FDA'nın kullanımını onaylamasını zorunda olduğu klinik deneyler arttırmaktadır. Bundan başka klinik deneylerin tamamlanması yıllar alır ve bir kere tamamlanır. Kanıtlanan proses kendi kendini ortalama 2 senede (çoğu örneklerde daha uzun sürmektedir.) karşılamaktadır (Tabarrok, 2000, s26).

Yeni bir ilacın piyasada yerini alabilmesi için gerekli süreçte olabilecek aksamalar ve yeni araştırma talepleri ilacın maliyetini arttırıcı yönde etkilemektedir. Yeni bir ilaç geliştirme faaliyetinin maliyeti 300 Milyon USD civarında olmakla beraber, bu tür araştırmaları yapacak firma sayısını da kısıtlayıcı etki yapmaktadır. Maliyetlerin bu kadar yüksek olmasının bir diğer nedeni de, araştırmaların uzun bir zaman dilimine yayılmış olmasıdır. Sürenin uzun olması ve ilacın kendi kendini ortalama 2 ve daha fazla yılda karşılaması nedeniyle, ilaç firmaları araştırma ve geliştirme faaliyetlerini kısmakta fason üretim yapmaktadırlar.

Pazarlama faaliyetlerinin tüketici ihtiyaçlarının tatminine yönelik yönlendirilmesi boyutu, bu araştırma-geliştirme fonlarının tahsisini tıbbi faktörlere veya bilimsel faktörlere dayanan topyekün bir sistemden daha etkili bir şekilde etkileyebilir (Myers, 1992).

Yeni İlaç Araştırma başvurusunun onayıyla ilgili (klinik deneyleri yürütmek amacıyla) bekleyen yeni ilaç başvurularının onaylama zamanı artmaya devam ediyor; 1970'lerde 6.5 yıla, 1980'lerde 8.3 yıla, 1990-96 yıllarında 8.9 yıla çıkmıştır (Tufts Center For The Study Of Drug Development 1998). Onaylama zamanı Avrupa'da tipik olarak yıllar itibariyle ABD'den daha kısadır. Ve sonuç olarak ilaçların Avrupa'da kullanımı ABD'de kullanımından daha uzundur. İlaçların



Avrupa'daki kullanım süresi ile ABD'deki kullanım süresi arasındaki farka "Drug Lag" denmektedir (Tabarrok, 2000, s26).

İlaç sanayiinde hem OTC hem de reçeteli ilaçlar için pazarda bir tüketici markası (Gorecki 1986, Fortune 1986) yaratmakta birinci olmak önemlidir. Bir ilaç pazarında birinci olan firmaların bulunmasını "deneyim eğrisi" ekonomilerinin kabul edilebilirliği ayrıca yeni girenlere ket vurabilir (Day ve Montgomery 1983). Böylece, reçeteli bir ilaç pazarında baskın olan kendi markalarını yaratabilen üreticilere önemli "ilk giren" avantajlarını sağlar. Bu durum tüketicide marka bilincini yaratmak için doğrudan tüketiciye reklam kullanımında öncü olma yolunda üreticiler üzerinde ek bir baskı yapabilir (Sheffet, 1990, s44).

Bir çok yeni ilaç mevcut ilaçlar üzerinde sadece küçük avantajlar sağlamaktadır. Bu küçük gelişmelerin toplam etkisi önemlidir. Bunlara ek olarak yeni ilaçlar sık sık pazardaki rekabeti pekiştirir.

Pazara yeni bir ürünü geliştirmenin maliyetinin artmaya devam etmesi sebebiyle, açıkça süper bir ürünü üretmesi beklenilmeyen bir projeye araştırma-geliştirme fonlarının yatırım yapması bir firma için cazip gelmeyebilir. Çünkü satın alma gücü yeni bir ilacın değerini sorgulamanın artan bir şekilde olası olduğu daha sofistike karar vericilere (hastane katalogları, yönetilen bakım organizasyonları v.b.) kaymaya devam etmektedir. Bu eğilimler ivme kazandığından dolayı, taklit ürünlerin geliştirilmesine harcanan araştırma geliştirme fonlarının oranı düşecektir (Myers, 1992).

Bazı firmaların araştırma geliştirme kaynaklarını diğerlerinden daha efektif kullanması olanaklıdır. Ama bu değişikliklerin nedenleri bilinmez. Pazarlama yeni bir ilaçla tatmini karşılanmayan tüketici ihtiyaçlarını belirlemede önemli bir rol oynayabilir. Araştırma geliştirme ürünün gelişmesinin bilimsel uygunluğunu değerlendirebilir. Beraber çalışarak her iki grupta araştırma geliştirme harcamalarının efektifliğini arttırabilirler (Myers, 1992).

4.1.1.2. Kalite Kontrol



Kalite kontrol pazarlamanın bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle kalite herhangi bir hizmetin sağlanmasında veya herhangi bir malın satılmasında temel bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalite ücretsizdir ve kalitesizlik aşırı derecede pahalıdır. Tüketici kaliteyi düşürürse büyük bir maliyetle karşılaşabilir.

İlaç firmaları, hekimleri kendi ürünlerini reçeteye yazmaya ikna ederek ürünlerini satarak pazar içinde hayatta kalırlar. Diğer bir deyişle, onların pazarda kalması güvenilir buldukları sağlık bakım profesyonellerini ikna etmedeki yeteneklerine bağlıdır. İlaç firmaları uzun süreli başarıları sağlamak için en iyi yolun gerçekten güvenilir olmak, bazen bir hatayı kabul etmek ve hakkını vermek yargısına varırlar.

Kalite ve maliyet üzerine uygun bilgiyle, müşteriler kendi kişisel referanslarına göre sağlık planlarını seçebilirler. Ama bazı bilgiler olmaksızın pazarın yozlaşması olasıdır. Çünkü sadece bir boyut-maliyet gerçekten ölçülebilir. Kalite ölçülemez. Miller (1996) fiyat temelinde yönetilen bakım planları arasında rekabet çok büyük olmasına karşın, “genelde ölçülen ve rapor edilmiş teknik kalite sürecinde veya sonuç ölçüleri temelinde hemen hemen hiç rekabetin olmadığını” kaydetmiştir. Rice (1998) hastaların kabul edilebilir olduğu zaman bile kaliteli bilgiyi kullanamamasının ciddi bir sorun olduğunu ileri sürmüştür. Rice’a göre “Müşteriler tipik olarak – çeşitli kullanım oranları gibi kalitenin objektif ölçüleri olmaya eğilimli olan – anlamadıkları bilgi çeşitlerine aldırılmazlar.” Eğer müşterilerin sağlık planı bilgi kalitesi üzerine bilgiler yoksa (veya aldırılmazlarsa), biri yönetilen bakım planlarının tek başına fiyat üzerinde rekabet ettiklerine ve kalitenin düşmesine tehlikeli olarak belirtilmiş olmaktan kurtulmak için yeterli bir seviyede korunabildiği kadar uzun süre izin vermelerini beklerler (Schweitzer, 2000, s326).

Uluslararası ilaç firmaları faaliyet gösterdikleri ülkelerin kanunlarında gerçekten asgari standartları karşılaşırlar, asla kanuni standartlardan fazlasını yerine getirmezler. Kontrol stratejisinde bu gözlem kanun uygulamasında önemli bir kısıtlamadır (Braitwaite, 1993).

Sürecin eleştirisi başlangıçta bir pazar konumunu korumak veya varolan tedaviden kliniksel olarak farklı olmayan “yeni” bir ilaçla geniş bir pazarda bir pozisyon oluşturmak için dizayn edilen bu çoğalma değişimlerine odaklanmalıdır. Bu uç konularda bile bazı sosyal faydalar görünebilir. İkinci durumda fiyat rekabeti artsa da, birinci durumda kurallara uyum ile gelişen kolaylığı içinde yükselebilir (Myers, 1992).

Rapor edilen kullanım ve kalite algısı arasında büyük değişiklikler var görünmektedir. Bazı çalışmalar ilaçların algılanan kalitesinin göreceli olarak yüksek cazibesini göstermiştir. Ama aynı tüketiciler asla jenerikleri istemediğini belirtmişlerdir (Carroll et al 1988; Podulka et al 1989). Bundan başka kritik olarak, eğer jenerik ilaçlar hekimler tarafından reçeteye yazılırsa, katılanların %95’i kendilerini güvende hissedebileceklerini beyan etmişlerdir (Kendall, 1991).

Diğer etkenlerin bir çoğu tüketicilerin jenerik ilaçları kabulünü iyi yönde etkileyebilir. Birincisi eğer tüketici reçeteli ilaçların maliyetlerinin bir kısmını veya tamamını öderse, jenerik bir eşleniği kabul etmede parasal cazibe elenebilir veya reddedilebilir. İkincisi, diğer kapsamlardaki çalışmaların bir kısmı, kalite ve tasarrufla ilgili bilginin koşulu jenerik ürünlerin kabulünü arttırdığını bulmuştur (Kendall et al 1985; Jacoby 1984; Malhotro 1984; Jacoby et al 1974a, 1974b). Üçüncüsü reçeteye yazılan ilaç tipi jenerik bir eşleniğini kabulünü olumlu yönde etkileyebilir (Podulka et al 1989).

4.1.2. Fiyat

İlaç sanayi kazanç ile motive olur. Sanayi ürününe nasıl katkıda bulunacağını belirleyen kazançlar ve daha büyük satış yapmak için araştırma yapar. Bu durum sağlık hizmetleri sunan veya ilaç üreticisi firmaları her yerde finansal baskı altında kalmasını sağlamaktadır.

Fiyat, pazarlama sürecinde en kritik faktördür. Çünkü gelir getiren böylece kazanç sağlayan tek bileşendir. Fiyat ürün için ne kadar talebin olacağı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Diğer pazarlama bileşenleriyle ilişki içindedir.

Tüketicilerin büyük bölümü satın-alma için bir malın veya hizmetin fiyatını kullanırlar.



İşletmeler, yatay, dikey ve çapraz rekabetteki durumlarına ve bulundukları pazar tipine (tekeli, oligopol gibi) göre, mevcut (maliyet artışları, rekabet v.b. nedenlerle) ve yeni malları için zaman zaman çeşitli fiyatlandırma kararları almak zorunda kalırlar (Karabulut, 1989, s57).

Nitekim, pazarlama yöneticisi, diğer bileşenler yanında fiyat bileşeni ile de artan muhtemel rekabet karşısında kendi pazar payını koruma veya artırma, makul seviyede toplam bir kar sağlama yanında, yeni malın tüketiciler tarafından kabulünü de amaçlayabilmektedir. Yeni malın kabulü yanında, eski veya yeni malların fiyatının da hedef tüketici tarafından kabulü gerekmektedir. Çünkü bir malın psikolojik olarak kabulü yanında fiziki olarak da kabulü gerekir. Fiziki kabul, yeni bir mala biçilen fiyatın ödenmesiyle mümkün olabilecektir. Hedef tüketici, malın fiyatını ödemekle en azından ona olan fiziki kabulünü bildirmiş olacaktır. İdeal olan fiziki veya davranışsal ve psikolojik kabulün aynı ölçüde gerçekleşmiş olmasıdır. Değilse, tüketicide daha sonra göreceli veya mutlak bir tatminsizlik doğabilir (Karabulut, 1989, s57).

Fiyatı belirlemede hesaba katılması gereken sayısal değişkenler vardır. Perakende seviyesinde bunlar, kurumun felsefesini, mallarını ve rakiplerin fiyatlandığı hizmetlerin maliyetini fiyatlandırmasını, operasyonel maliyetler ve yatırım yapılan sermayenin arzu edilen dönüşüm oranını içerir. Bu etkenlerin bileşimi ve dış pazar ürünün maliyet fiyatını daha yükseğe çeker ve genellikle birinci rekabet tarafından fiyatlandırıldığından daha yüksek olamaz. İş içinde kalmanın zaman harcamaya değer olması için, yatırımın yeterli bir dönüşü sağlanılır (Bleidth, 1992).

İlaç üreticilerinin bakış açısından fiyata etki eden farklı etkenler vardır. Bu faktörler, firma felsefesini, hammaddeyi ve üretim maliyetlerini, araştırma ve yatırım harcamalarını, rekabet faktörlerini, genel giderleri, hissedar memnuniyetini, yasal ve sosyal sınırlamaları içerir. Bu firmaların hissedarlarına yeterli miktarda bir kazanç

sağlama yükümlülüğü vardır. Böylece firma büyümeye, refahını arttırmaya devam eder. Gelecekte pay sahiplerine ödeyeceği iyi bir kar payı yaratır (Bleidth, 1992).



İşletme kendi girdileri ve makul kar seviyesi ile hedef tüketicinin muhtemel göreceli alım gücünü dikkate alarak bir fiyat tespiti girişiminde bulunabilir. Bu amaçla, fiyata ilişkin bir pazar tespiti ve gerekli sistematik araştırmalara gerek duyabilir. Pazarlama yöneticisinin böylesi bir fiyat tespitinde göz önünde tutulması gereken çok önemli iki faktör bulunacaktır. Bunlardan biri, yeni malın hedef tüketicinin göreceli maksimum satın alma gücünden yüksek olmamasıdır. İkincisi, fiyat işletmenin özellikle kısa dönemde katlanılabilir veya kaçınılabilir maliyetlerinden düşük bir seviyede tespit edilmesidir. Böylece işletme bu iki nokta arasında uygulanabilir bir fiyat alanı tespit etmiş olacaktır (Karabulut, 1989, s58).

Genelde pazarlama yöneticisi fiyatlandırma amaçlarına göre, yukarıdakilere ek olarak, değişken esaslı, sabit esaslı, geleneksel, birim esaslı, mal hattı esaslı, psikolojik, prestij esaslı, coğrafi farklılaşma, liderlik v.b. esaslı fiyatlandırma stratejileri uygulayabilir (Karabulut, 1989, s59).

Hedef tüketicinin satın alma gücünü aşan yeni bir malın veya mevcut bir malın fiyatını fiilen ödemeye yanaşmayacaktır. Hedef tüketici mala veya hizmete satın almak istese bile, bu davranışa dönüşmeyecektir. Firmanın kaçınılabilir maliyetlerinin altında bir fiyat tespitinde ise, uzun vadede işletme kendi öz kaynağından yiyebilecektir. Hedef tüketiciler kalitesi nedeniyle de düşük fiyatlı yeni malı satın almaktan da kaçınabilirler.

Çok katmanlı pazarlama, eşit bir şekilde karışık bir fiyatlandırma sistemi oluşturan reçeteli ilaç pazarında bulunmuştur. Her sınıf kendi özel fiyatını alabilir. Her seviyenin tamamen otonom olmadığı ve diğerleriyle etkileşimde olduğu, böylece belirli rakiplere karşı bir dezavantaj hissetme üzerinde bir engel yaratma dışında artar. İlaç endüstrisi bireysel eczacılar ve bu konu üzerindeki çalışma gruplarından yakınlık hissederler. Bu yüzden pratisyenler arasında daha az destekleyici bir duygu mevcuttur (Bleidth, 1992).

SSK Türkiye'deki nüfusun çoğunluğunu kapsayan başlıca sosyal sigorta sistemidir. Bu bağlamda, ilaç sanayiindeki firmaların çoğu için en çekici hedef pazarı oluşturmaktadır. İlaçların satın alınmasında SSK politikası alternatifler arasında en ucuz ilacı satın almaktır. Eğer en ucuz ilaç kabul edilmezse, en çok %30 pahalı olan alternatif ilaç satın alınabilir. SSK'nın "en ucuz ilaç" kuralı hekimi hasta için "en uygun ilacı" yazmayı engellemektedir. İlaçlar aynı etken maddeyi içerse bile onların tedavi efektifliğinde eşitlik olmayabilir.

Türkiye'de 1990'ların ikinci yarısındaki başlıca sorun şirketlerin araştırma geliştirme için gerekli yatırımları yapmasına olanak tanıyacak herhangi bir fiyatlandırma sisteminin olmamasıdır. (Keskinel, 1997, s17).

4.1.3. Tutundurma

Pazarlama bileşenlerinden biri olan tutundurma bileşeni, kendi içinde çeşitli alt bileşenlere ayrılmaktadır. Bu alt bileşenleri reklam, kişisel satış, satış özendirme vasıtaları, ilan, tanıtma, tüketici ve/veya müşteri ilişkileri v.b. olarak bir ayrıma tabi tutabiliriz. Bu alt bileşenlerden bir veya birkaçı pazarlama plan ve programlarının yürütülmesinde birlikte kullanılabileceği gibi, birbirlerinin alternatifi olarak ta kullanılabilir. Özellikle hedef tüketicinin ve pazarlanan malın özelliklerine ve işletmenin amaçlarına göre bu alt bileşenler tek tek veya birlikte kullanılabilir. Bu bileşenlerin tek tek veya birlikte kullanılması halinde ise, diğer mevcut veya yeni pazarlama bileşenlerini tutundurmak amacı ile bu alt bileşenlerde çeşitli yenilikler yaratılabilir (Karabulut, 1989, s61).

Tutundurma, kişisel satış teknikleri, tanıtım, ticari gösteriler, reklam, halkla ilişkiler, numune verme, toplum hizmeti projeleri ve özel fiyatlama olaylarını içeren bir çok faaliyetleri kapsamaktadır (Bleidth, 1992).

İlaç pazarlama, ürün geliştirme, fiyatlama, ambalajlama, dağıtım ve tutundurma gibi bir çok ilişkili faaliyetleri içerir. Tutundurma pazarlamanın sadece bir yönüdür. Tutundurma, "ürün, fiyatı ve dağıtım metotlarının hem mantıklı hem de ikna edici bir yolla firma dinleyicilerine tanımlanması aracı" olarak tanımlanır (Smith 1991). Firmanın ürünleri hakkında pazarlara bilgi vermenin basit bir yoludur.

İlaç tutundurma faaliyetleri, reklam ve fuarlar, anlaşımlar, bilimsel seminerler, sürekli eğitim programları ve temsilcilerle hekimlerin detaylı bilgilendirilmesi gibi bilginin yayımı şekilleriyle ilgili faaliyetlerden oluşmaktadır (Montagne, 1992, s195).

Tutundurma faaliyetleri sadece yüksek kaliteli ürünlerin pazara girişini teşvik etmez. Ayrıca fiyat gibi ekonomik ölçüleri güçlü bir şekilde etkilemektedir. Tutundurma faaliyetleri, yeni ürünlerin pazarda kabul görmesini kolaylaştırır. Böylece gelişimin yolunu açar. Bu nedenle pazardaki bu eğilim, yeni ürünleri ve yeni firmaları bile cezbeder. Yeni ürünlerin ve firmaların girişini kolaylaştırarak, tutundurma faaliyetleri rekabeti artırır. Sırasıyla fiyatlar üzerinde aşağı yönlü bir baskı uygular. Tamamında, tutundurma faaliyetleri fiyatları aşağı çekerek toplum için ekonomik yararlar taşırlar (Keskinel, 1997, s33).

İlaç tutundurma faaliyetlerinde tüketicinin korunmasına yönelik ve toplum sağlığının yararlarına uygun düzenlemeler yapılır. Tüketicinin konu hakkında detaylı bilgisi yoktur. Çünkü ilaç üretimi; uzmanlık, bilgi birikimi araştırma-geliştirme gerektiren bir faaliyettir. Tüketiciler; ilacı oluşturan maddelerin ne olduğunu, yarar-zararlarını, karışım ölçülerini ve hangi durumlarda ne miktarda kullanacağını bilemez. Çünkü uzmanlık alanı değildir. Bu konuda mevcut eksiği devletin yetkili organı olan Sağlık Bakanlığı gidermek zorundadır. Sağlık Bakanlığı ilacın kullanımı ve içeriği konusunda birtakım düzenlemeler yaparak kontrolü sağlamaktadır. Konu hakkında koyduğu şartlara uygun ilaçların piyasaya çıkmasına izin verir.

Tedarikçinin tutundurma çabalarının en azından bir kısmı veya tümü tüketici temsilcisine yönlendirilmeli ve tüketici temsilcisinin ilgi alanlarına göre ayarlanmalıdır. Tedarikçiler ayrıca; promosyon desteği sağlayarak müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamada tüketici temsilcisinin başarısına katkıda bulunabilir. Sağlık ürünleri pazarlamacıları sık sık doktorlar ve dişçiler adına müşterilere reklam yaparlar. Bu çabalar tüketici temsilcilerini aradan çıkarıyor görüntüsünü aldığı zaman bazı ikili tutundurma stratejileri tehlikeli olabilir (Hollander ve Rassuli, 1999, s105).

Sanayiinin ortak özelliği olan ve sanayiinin motive kaynağı olan uygun kazanç, bir sürpriz olarak görülmesin. Ama sık sık bu olur. Sanayi sık sık insancıl hedeflere

ulaşmak için yardım ister. Çünkü sermayedar pazarlama faaliyetlerinin arkasında zorlanır. Uluslararası İlaç Üreticileri Birliği Federasyonu (IFPMA) sanayiden bilginin zamanında, detaylı ve doğru olarak hem hekim hem de hasta için sağlanması talep etmektedir (Chetley 1990). Kazançlar bazen gerçekten hekimlere ve hastalara gelebilir. Ama eğer onlar açıkça ikincil sonuçlarsa tanıtımdan sadece kazançlar ilaç firmalarına gider (Lexchin, 1992, s417).

Hastalar ilaç kullanımı için karar verme süreçlerinde sık sık gerçekçi hareket etmezler. Kişisel bakım ve kişisel tedavi ile ilgilenen tüketiciler genellikle tedavilerinin seçiminde tüm tedavi seçeneklerinden haberdar olmazlar. Yüksek kaliteye geçiş, tarafsız ilaç bilgisi, ilaç üreticileri tarafından kısıtlanır veya kontrol edilir (Montagne, 1992, s196).

Tutundurma faaliyetlerinin başlıca amaçlarından birisi potansiyel kullanıcıya bilgi dağıtmaktır. Reçeteli ilaç pazarında, bu alışverişin artması veya ilaç ürünlerinin kabul edilebilirliğinin arttırılması ve sağlık çalışanlarına ilaç bilgisinin sağlanması istenmektedir (Bleidth, 1992).

Bilgi kısıtlamalarını destekleyenler; ilaç üreticisi firmaların önyargılı bilgilere sahip olduğunu düşündüklerinden dolayı, bazı kısıtlamaların yararlı olduğunu savunmaktadırlar. Örneğin ilaç üreticisi firmalar sadece kendi ilaçlarını destekleyen çalışmalarını hekimlere temin ederler. Hekimler bu önyargılar ve bilimsel olamayan veya daha düşük kaliteli çalışmalara gereksiz olarak yönlendirilebilirler. O nedenle; promosyon çalışmaları güvenilir olmayan veya yararı bulunmayan ilaçların satışlarını arttırabilir (Tabarrok, 2000, s27).

Yönetilen bakım (Managed Care) faaliyetlerinin artması ilaç firmalarının reçete yazan hekimlere doğrudan ulaşmasını olumsuz etkilemektedir. Bu durum ilaç firmalarının reklam faaliyetleri üzerinde yoğunlaşmasına ve daha fazla reklam vermelerine neden olmaktadır. Örneğin; bir ilaç reklamının geri çekilmesi firmanın ismini lekeleyici etki yapmaktadır. Bu durumu göze alamayan ilaç firmaları da yasal düzenlemelerin gerektirdiği uygulamaları da dikkate alarak faaliyetlerine devam etmektedirler. Üretici ilaç firmalarının bir ilacın potansiyel riskleri hakkında doğrudan tüketiciyi uyarmak gibi bir yasal yükümlülüğü yoktur. Çünkü mahkemeler

bu konunun kaynağı olarak reçeteyi yazan hekim(leri) sorumlu tutmaktadır. Eğer bir hekim ilacın potansiyel riskleri hakkında ilgili üretici firmayı uyarırsa, ancak o zaman üretici ilaç firması hastaları uyarmakla yükümlü olur (Terzian, 1999, s149).

Güvenilir olmak için, ilaç üreticisi firmalar sürekli yayınlardan ve bağımsız klinik çalışmalardan elde ettiği bilgileri sunmalıdır. Ve davalardan, kötü tanıtımdan, ün kaybetmekten kaçınmak için ilaç üreticisi firmalar; hekimlerin ilaçların ters etkilerini, tehlikeli etkileşimlerini ve potansiyel yan etkilerini bilmelerini istemektedirler (Tabarrok, 2000, s27).

Üçüncü dünya ülkelerinde tutundurma faaliyetleri için yapılan harcamalar genel olarak satışların %20-%30'u arasında olduğu hesaplanır. Yudkin (1978) Tanzanya'daki her bir hekime İngiltere'deki gibi promosyonda iki katı harcama yapıldığını tahmin etmiştir (Lexchin, 1992, s417).

Tutundurma faaliyetleri için harcanan paranın tamamının yaklaşık yarısı maaşlara ve satış temsilcilerine veya firma tahsilatlarıyla beraber diğer harcamalara gitmektedir. Batıda her 10 veya 20 hekime aşağı yukarı bir perakende satış elemanı var iken, üçüncü dünya ülkelerinde bu oran genellikle 1/5'in altındadır (Lexchin, 1992, s419).

4.1.4. Dağıtım

Pazarlamanın bu elemanı, iki bileşeni –dağıtım kanallarını ve fiziksel dağıtımı- içerir. İlk bileşen ürünleri nasıl ve nerede hazırlanacağını ve ne miktarda hazırlanacağını kontrol eder. Malların üreticiden tüketiciye ulaşmasını sağlamak için gereklidir. Fiziksel dağıtım, stoklama, zamanlama (ürünün yer değiştirme zamanı) ve taşımayı kapsar.

Dağıtım bileşenini, dağıtım kanalları ve fiziksel dağıtım olarak iki alt bileşene ayıracak olursak, hedef tüketicinin doğrudan kabulüne ihtiyaç gösteren yenilikler daha ziyade dağıtım kanalı seviyesinde gerçekleştirilebilir. Fiziksel dağıtıma ilişkin yenilikler ise daha ziyade potansiyel bir nitelik taşıyabilir. Yani hedef tüketici, bunların özünden ziyade sonuçlar ile ilgilidir (Karabulut, 1989,s67).

Yeni bir mal veya fiyatın eski bir dağıtım bileşeni ile hedef tüketiciye sunulması mümkün olduğu gibi, eski bir bileşenin yeni bir dağıtım veya yeni bir mal veya fiyatın yeni bir dağıtım bileşeniyle de sunulması olabilir. Bir pazarlama sisteminin ilk hedeflerinden birinin, malların üretildikleri yerden hedef tüketicinin satın aldığı veya tükettiği yere veya yörelere etkin ve etkili dağıtımını gerçekleştirmek olduğu hatırlanacak olursa, daha etkin, etkili ve hedef tüketiciyi tatmin edici dağıtımını gerçekleştirmek için bazı yenilikler geliştirilebilir (Karabulut, 1989.s67).

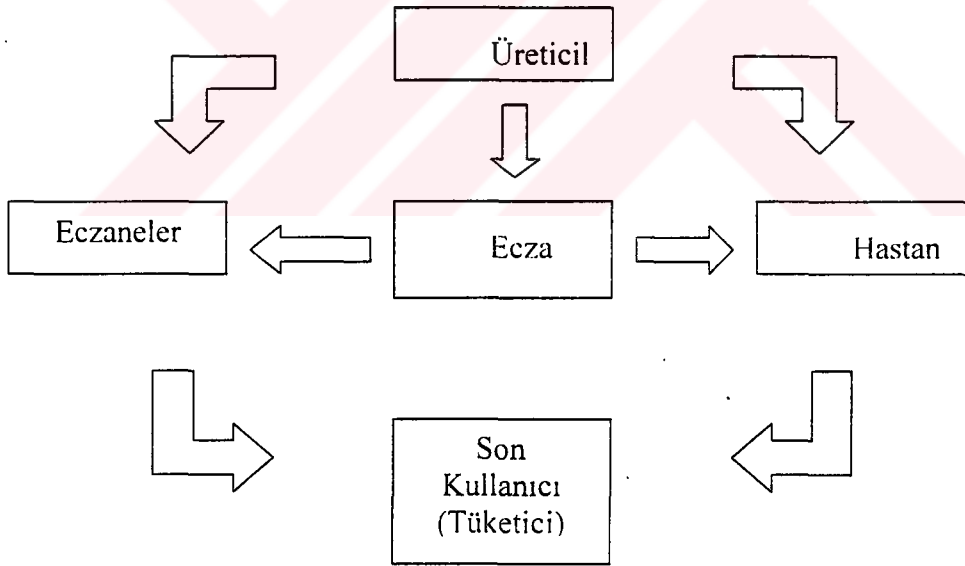
Söz gelişi, satın alma sıklığı yüksek, birim değeri düşük, kolayda yeni veya mevcut bir malın dağıtımında (üretim miktarı yeterli ve benzeri kalitede rakipleri de varsa) istisnai bir şeklin seçilmesi ve hedef tüketicinin gelip bu istisnai satış noktalarından bu malı almalarını beklemek (başkaca bir özelliği yoksa) muhtemel başarısızlığa neden olabilir. Hele bu malın kolaylık maliyet giderleri nispeten yüksekse ve başkaca motive edici özellikleri yoksa başarısızlık, yani bu dağıtım şeklinin kabul edilmemesi ihtimali daha da artabilir. Buna karşılık, firma hedef tüketicinin kolaylık maliyet giderlerini bir servisle giderme, satın alınan malı tüketicinin evine teslim, malın tüketici maliyet giderlerine (fiyatında) göreceli bir ucuzluk sağlama, çeşitli motive edici faaliyetlerde bulunma (sosyal statüsü yüksek kişilerin devam ettiği bir merkez yaratma) gibi uygulamalarla yeni dağıtım şeklini, hedef tüketicinin kabul etme şansını arttırabilir (Karabulut, 1989.s68).

Şayet dağıtım kanalı, birim değeri nispeten yüksek, satın alma sıklığı oldukça az ve özelliği olan bir yeni malı satacaksa, hedef tüketici bu yeni dağıtım kanalını kabule yardımcı olacak göreceli üstünlüğünü, uygunluğunu, giriftliğini v.d. değerleyebilecek bir bilgi eksikliği içinde bulunabilir. İlk planda, bu bilgi eksikliğinin giderilmesi ve sorunun çözümüne yardımcı olabilecek unsurları hedef tüketiciye doğrudan veya dolaylı bir biçimde aktarılması gerekir. Yine yeni dağıtım bileşeninin bildirilebilir veya gözlemlenebilir olup olmadığı da önemlidir. Bu konuda, dağıtım kanalı ünitelerinin yeri, müşteri trafiği, teşhir olanakları, servis arabaları v.b. hedef tüketicinin bilgi eksikliğini gidermeğe ve bundan kaynaklanan sorunu çözmeğe katkıda bulunabilir (Karabulut, 1989,s70).

İlaç pazarı benzer olmasına karşın, diğer pazarlardan önemli farklılıklara sahiptir. En büyük bölümü olan tüketicilerin anlaşmalarında bulunan bu ürünleri, özellikle reçeteli ilaçları, satın almalarına izin verilmez. Bu durum hekimler ve diğer çalışanlar tarafından yönlendirilen bir “doğrudan pazar” olarak addedilebilir. Gerçekten de bu paradigmanın bir avantajı (en azından pazarlamacılar açısından), küçük bir topluluğun (2 milyon kişiden az reçete yazanlar) 250 milyon kişiden fazla hastalar için pazarın kontrol edilmesi gerçeğidir (Bleidth,1992).

Üretici Türkiye’de ürününü (ilacı) başlıca üç aracıya, dağıtım kanalı elemanına, satabilir. Bunlar eczaneler, ecza depoları ve hastanelerdir. Ecza depoları ise üreticilerden aldıkları ilaçları hastanelere ve eczanelere satabilirler. Son kullanıcı yani tüketici ilacı hastanelerden veya eczanelerden reçete karşılığında satın alabilirler.

Şekil 4.1. Türkiye’de Dağıtım Kanalları



Türkiye’de reçeteli ilaçlar, mevcut uygulamalar çerçevesinde hekim onayı, yani reçete olmadan herhangi bir sağlık kuruluşundan (eczane ve hastaneler) satılamaz. Bu nedenle ilaç firmalarının hedef kitlesi hekimler, eczaneler ve hastanelerdir. Başlıca müşterileri tüketiciler değil, daha çok hekimler ve eczacılardır.

Yakınlık son pazara daha yakın olmayı kapsar. İlaç toptancıları en büyük bölüm. eczacılara ilaç üreticilerinden daha yakındır. Bu durumun avantajları daha seri dağıtım (günde iki kere kadar) ve pazar ile ürün bilgisine daha hızlı ulaşımıdır. Son pazara yakın olmanın bir sonucu olarak bu yararlı konseptler basit olarak “doğru malı doğru zamanda doğru kişiye doğru yerde sağlama” olarak tanımlanır (Smith 1986). Yakınlığın diğer yararı daha yakın itibari bir ilişkinin geliştirilebildiğidir. Bu durum bilgi alış-verişini ve riski azaltmayı kolaylaştırır (Bleidth,1992).

İlaç sanayi ürünlerine özel ve seçici destek sağlamaktadır. Onlar eczacıları ve diğer profesyonelleri bu faaliyetlerle meşgul olması için büyük oranda teşvik ederler. Çünkü onlar genellikle ürünleri için daha fazla talep yaratırlar. Bazı durumlarda, sanayii bu programlara katkıda bulunulmasında meslek odaları ile işbirliği yaparlar (Bleidth,1992).

5. HEKİMLERİN HASTALARININ KARAR VERME SÜRECİNDEKİ YERİ



İlaç kullanımını kontrol edecek kanunlar ve uygulamalar başlamadan önce, özellikle 19. yüzyılın sonlarına doğru tüketicinin kendi aklına göre ilaç kullanımı çok fazlaydı. Özellikle bugün çok tehlikeli addedilen kokain, kannabis ve uyku ilaçları o zamanda çok popüler ve etkili olup, kullanımı da oldukça yaygın idi. Her ne kadar bilimsel olarak bir çok ilacın olumlu tedavi edici etkisi kanıtlanmasa bile tüketiciler bunların faydalı yanlarını anlatıyorlardı. Buradaki temel soru, hangi kurumun hastalıkları tedavi edecek ilaçların fayda ve zararlarını açıklayacağı idi (Montagne, The promotion of....., 1992).

Tedavilendirme, bireysel veya sosyal sorunları yeniden tanımlama veya etiketlendirme süreci olup, tıbbi şartlar altında gerekli sağlık tedavi yöntemlerinin elde edilmesidir. Daha geniş olarak doğada tedavi yöntemleri oluşmadan önceki tedavi faaliyetlerinin sağlık ve hastalıklar için bio-medikal modeli veya tıbbi çarelerin empoze edilmesi gibi görülebilir. Yaşamın bir çok yönü bio ilaçlar tarafından etkilenmekte veya baskın hale getirmekte olup, 20 yüzyılın yarısından sonra öne sürülen insanların yaşamındaki her şeyi tedavilendirebileceği algısıdır (Montagne, The promotion of....., 1992).

Ayrıca tedavilendirme hastalıktan korunmada ilaçlı veya ilaçsız çözümler arasında denge kuran bir değerlendirmedir (Montagne, The promotion of....., 1992).

İlaç sanayi birkaç önemli açıdan diğer sanayilerden farklıdır. 1930'lardan beri en yüksek etkili ilaçlar A.B.D.'nde sadece reçeteye yazmaya kabul edilebilirdi. Böylece müşteri ve tüketim karar vericileri (reçete yazan hekim) aynı değildir. 1930'lar ve 1940'lar süresince 1940'tan beri Amerikan tedavi çalışmalarının ortaya çıkardığı 1200'den fazla yeni kimyasal varlığın bir sonucu olarak ilaç keşiflerinin tekniklerinde bir devrim yaşandı. İlaç menüsü, birkaç hekimin tamamen kendi kendilerine kabul edilebilir alternatifler hakkında bilgilendirebildikleri kadar karışık ve çok geniştir (Scherer, 1993).

Tıp çalışanları ilaç ürünlerinin satın alma kararı sürecinde oldukça benzersiz ve sık sık birden fazla rollere sahiptirler. Onlar kullanıcı olabilirler. Onlar etkileyici rolünü oynayabilirler. Onlar satın alma durumuna giriş ve önemli bilginin kontrolüyle kapı tutucu rolünü oynarlar. Sonuç olarak, onlar karar veren rolünü yürütürler ve hastaları için satın alma kararını verirler (Pitt ve Nel, 1988).

Hekim, bir uzman olarak, uzmanlığını ve özel bir hastanın herhangi bir ilacı kullanıp kullanamayacağına karar vermede hüküm kullanan bilinen aracı" kişidir. Bu kapasitede, hekim Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından yetki verilmiş, tüm bilgiyi kabul etmiş ve hastanın yerine bir seçim yapabilecektir. Bu kural altında ilaç firması, hekimi yeteri kadar bilgilendirerek ilacın potansiyel tehlikelerini uyarma görevini yerine getirecektir. İlaç firmalarınca yapılan hiçbir uyarı (doğrudan hastaya) gerekli sayılmaz. Hastaya hangi ve ne kadar bilginin verileceğine karar vermek hekime bağlıdır (Sheffet, 1990, s42).

Geleneksel olarak hekim, reçeteli ilaçlar hakkındaki tüm bilgilerin kaynağıdır. Tüketiciler, tıbbi bir sorunla hekimlerine giderler ve bazen reçeteli ilaçlarla tedavi olurlar. Hastayla iletişimde bulunulan bu ilaçlar hakkındaki bilginin miktarı değişmektedir. Bundan başka çoğu ilaçlar için tüketicilere yönelik yazılı bilgi bulunmamaktadır. Herhangi bir yan etkiyi, özel kullanımları veya görülebilen ters etkileşimleri hastaları bilgilendirme hekimin sorumluluğundadır. İlaç firmaları pazarda hekim üzerindeki tutundurma faaliyetlerine konsantre olmuşlardır ve hekimlerin hastalarına gerekli olan her türlü bilgiyi sağlamalarını beklemişlerdir. Bu durum hekimler tarafından oynanan "uzman" rolünü sağlamlaştırmıştır. Böylece tüketiciler tıbbi sorunlarına çözümler için hekimlerini aramışlardır (Sheffet, 1990, s42).

Tıp profesyonelleri ve hastaları arasındaki bilgi akışının artması her bir kişiye potansiyel fayda sağlar. Tüketicilerin alternatif tıbbi tedaviler arasında bilgili seçim yapmaya ihtiyaç duydukları bilgi, tıp profesyonellerinin ihtiyaç duyduğu bilgiden daha farklıdır (Sheffet, 1990, s42).

Hekimler gerçekten de “emir verici” dirler. Tipik olarak bir hasta, “...tüketici egemenliğinin hemen hemen tamamen bir yokluğuyla” mağazaya kuralları taşıyarak, hekim tarafından uygulanacağı belirtilen tedaviyi satın alırlar (Solomon, 1986, s208).

Hasta, hekimin uzmanlık ve bilgisine güvenir. Hekim de bu olanaklarını hastanın yerine karar vermek suretiyle tedaviyi gerçekleştirir. Yani hekim hastanın ne istediğini sormaz. Kendi bilgi ve uzmanlığıyla hastanın yerine karar verir. Verdiği kararın sonucu hastaya uyguladığı tedavi yanlış olabilir. Bu yanlış tedavi sonucu hasta hayatını yitirebilir. Yani hastaya uyguladığı yanlış tedavi sonucu hastanın hayatını kaybetmesine neden olabilir. Burada görüldüğü gibi hekim hasta adına karar vermekle çok büyük bir sorumluluk altına girmektedir. Bu nedenle reklamı yapılan ilaç hakkında hem ilacın tedavi edici yönünü, hem de yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Terzian, 1999, s150).

Yapılan bir araştırma; hekimlerin ilaç seçimlerinde kendi kişisel çıkarlarından, hastalarının çıkarlarından, üreticilerden ve sigortacılardan etkilendiklerini göstermiştir. Hekimlerin üzerinde durduğu olası farklı ilgi alanları şekil, sayı ve hastalara yazılan reçeteli ilaçların maliyetlerinde değişikliklere yol açar (Matt et al., 1998, s287).

Biz ilaç firmalarının kendi çıkarlarına halkın ihtiyaçları üstünde değer vermesinin suçlusu olduklarına inanmıyoruz. Toplumumuzda ilaç firmalarının nasıl davranacağı programlıdır. Hekimlerden bir başkasına bekçilik yapması beklenir. (Shoughnessy ve Slawson, 1996, s1494).

İlaç firmaları pazarlamaya ve ürünleri hakkında hastalarını eğitmeye devam ettiği halde, hekimler hala son kararı verenlerdir. Örneğin, bir hasta gelebilir ve hekimden ürün hakkında bilgi isteyebilir. Hekim neyi reçeteye yazacağı konusunda bir Sağlık Koruma Örgütü tarafından kısıtlanabilir. Reklamcı hekimi ürünün iyi veya son zamanlarda reçeteye yazılan ürünlerden daha iyi olduğuna ikna etmedikçe, hekim diğer ilacı muhtemelen reçeteye yazmayacaktır. Hekim en iyi ihtimalle neden diğer ürünün uygun olmadığına bir sebebini bulacaktır. Hekimler doğrudan müşteriye yapılan reklamların varlığından haberdar olmak ihtiyacı duyarlar. Böylece onlar, bir hasta spesifik bir ürün hakkında istekte bulunduklarında veya bilgi

istediklerinde hazırlıklı olurlar. Son olarak hekimler, doktrin bilgisine tamamen uyan ve bundan ötürü her hangi bir potansiyel sorumluluğu üzerinden atan tedavilerin ve ürünlerin yararları ve risklerini yeteri kadar tartışırlar. Hekimler sadece bir hastanın ilacın adını bilmesini ve ne beklenildiğini, hastanın yasal bir sıkıntıyı karşılamak için yeterli derecede bilgili olduğunu varsaymazlar (Terzian, 1999, s149).

Geleneksel olarak bir hekim, müşteri/hasta için onlara bir reçete yazarak (hasta durumu ilaç tedavisini garanti ederse) satın-alma kararını verirler. Bir ilaç tedavisinin eksikliğinde jenerikler ve geçici tedavi için emir verilir. O zaman hasta eczacının seçimiyle doldurulmuş bir reçeteye sahip olacaktır. Bu süreçte hasta ilacın kullanımında kastedilen etkiler ve yan etkiler hakkındaki bilgiyi, muayene süresince hekimden, eczanedeki eczacıdan, ilacın paketiyle ilişigindeki bir broşürden veya hekim ile eczacıdan sağlayarak alabilir (Williams ve Hansen, 1995, s357).

Son olarak daha az deneyimli hekimler ayrıca; hasta araştırmalarına ve reçeteli ilaç isteklerine daha deneyimli yaşlı hekimlerden daha hassas olduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç büyük bir olasılıkla tıbbi eğitimde ve hasta-hekim ilişkisinde görülen evrimsel değişikliklerdeki değişimleri yansıtır. Tarihsel olarak hekim hasta tarafından her şeyi bilen ve onun yargılarının tartışılmaz biri olarak görülmektedir. Bundan başka; tıp toplumu hekimin teşhis ve tıbbi durumunu tedavisine yardımcı müşterilerinin katkılarının değerini anlamaya başlamıştır. Bunlara ek olarak; müşteriler tıbbi seçenekler hakkında daha bilgili hale gelmişlerdir. Sonuç olarak; hasta-hekim ilişkisi gelişmiştir. Hastaların hekimlerin yargılarını sorgulaması daha olasıdır. Yaşlı hekimler hastalarının araştırmaları ile güvensizlik ve saygısızlığın bir işareti olan istekleri görmesi daha olası olabilir. Böylece yaşlı hekimler hastalara uygun olmayan cevap verirler (Petrashius ve Titus, 1995, s41)

Sonuç olarak reçete yazmada/karar vermede hekimler hala son sözü söylemektedir. Hastanın kararı değil, hekimin kararı geçerlidir. Bu da karar verme gücü ve son sözü söyleme otoritesini hekime vermeye devam ettirmektedir. İlaç firmaları ilaçlarını pazarlamaya ve hastaları eğitmeye devam edeceklerdir. Ama hekimler hala son sözü söyleme hakkına sahiptirler. Örneğin; bir hasta gelip hekimden bildiği bir ilacı isteyecektir. Ama hekim eğer ihtiyacı varsa hastaya o ilacı

verecektir. İhtiyacı yoksa, hastaya yarar sağlamayacaksa, bahse konu ilacı reçeteye yazmayacaktır (Terzian, 1999, s149).



5.1. Hasta İstek ve Beklentileri

Tüketiciler reçeteli ilaçlar konusunda hem dikkate değer bilgiye sahip değildirler; hem de ihtiyaç duydukları bilgileri alabilecek güvenilir bilgi kaynaklarına sahip olmadıkları görülmektedir. Çünkü onların reçeteli ilaçlar hakkında herhangi bir bilgi kaynakları yoktur. Onların konu hakkında bilgi eksikliklerini ortadan kaldırabilecek tek ortak noktaları hekimlerine danışmaktır.

Yapılan bir araştırmaya göre bir çok hasta kendisini bir tüketici olarak görmemektedir (Montagne, The promotion of...., 1992).

Bu bağlamda bir çok hasta pratik bir tüketici davranışı geliştirememekte, araştırma yapmamakta ve maliyet açısından olayları değerlendirmemektedir. Kapitalist reform üzerine kurulan Batı toplumlarında kişi topluma zarar vermeyecek şekilde kendi özgür kararlarını alabilmektedir (Montagne, The promotion of...., 1992).

Tüketici belirli bir ilacı yasal olarak bir reçetede yazılı olmadan satın alamaz. Doğrudan müşteriye tanıtım yapan ilaç firmaları şimdiki istenilen davranışsal sonucu: satın-almayı aramazlar. Onların konusu, satın-alma için daha yakınlaşan tüketici açısından diğer bazı hareketleri teşvik etmektir. Bir hekimden, eczacıdan veya bir arkadaştan ek bilgi aramak gibi (Williams ve Hansen, 1995, s357).

Yapılan bir diğer çalışma, hastaların demokratik bir tarzı tercih ettiğini ve hekimlerini dinlemeyi, bir çok soru yöneltmelerini, bir çok soruyu yanıtlamalarını, bazı şeyleri hastalarının anlayabileceği basit bir yolla açıklama yapmalarını sevdiklerini ve hastaların kendi tedavileri hakkında karar vermesine izin verdiklerini doğrulamıştır (Greenfield, Kaplan, Ware, Yano ve Frank, 1988, Kaplan, Greenfield ve Ware 1989).

Reçeteli ilaçlar hakkında daha fazla bilgi sahibi olma, tüketici kararını spesifik bir ilacı alıp almama da daha zor hale getirebilir. Daha fazla bilgiyle, tüketici bir ilaçla ilgili riskler hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilir ve böylece ilacı almada daha şüpheli olabilirler. Çoğu gözlemciler tedavi kararında hastaların genişletilmiş rolünü aktarmışlardır. Verilen bir ilaç hakkında bilgileniş hastalar risklere karşı kazançlarını tartarlar ve tedavinin belirli bir yolunu almamayı seçerler. Ayrıca hastalar daha ucuz bir tedaviyi seçme isteklerini belirtirler (Sheffet ve Kopp, 1990, s42).

Tüketicilerin sağlık ve hastalık konuları üzerine daha sağlam bilgiye ve uygun tedavi ile ilaç yöntemleri seçmede kullanmasa bile, sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır (Montagne, The promotion of....., 1992).

Son yirmi yıldır tüketicilerde sağlık ve hastalık konularında kendilerine göre tedavi yöntemlerini oluşturma eğilimi artmaktadır (Coons ve McGhan 1988). Tüketiciler sağlık konuları üzerinde daha fazla söz sahibi olmayı istemekte ve kararlarını kendileri vermek istemektedirler. Ayrıca bir çoğu geleneksel olmayan yöntemler kullanmaktadırlar (Montagne, The promotion of....., 1992).

Kendi kendine ilaç kullanımı veya tedavi yöntemleri oluşturma doğal olarak rasyonellik teşkil etmemektedir. Genel olarak gelişmiş toplumlarda bu bir karar verme süreci olarak algılanır. Her tüketicinin uygun kararları almadaki yeteneği iki etkene bağlıdır. Birincisi, hastalık belirtilerini algılama ve hastalık hakkındaki sosyal bilgilerine bağlıdır. Fiziksel veya zihinsel yapıdaki herhangi bir değişikliği algılama genel olarak değerlendirilmekte ve buna bağlı olarak bireysel (hekime başvurmadan) tedavi ve ilaç kullanımını doğurmaktadır. Aslında bu algılama süreci güçlü bir kültürel etkiye sahiptir (Montagne, The promotion of....., 1992).

Karar verme sürecinde ikinci anahtar etken ise sosyal bilgi ve bilgilenmedir. Sosyal bilgi, yaşama dair deneyimler, spesifik bilgiler ve duyulanlardan oluşmaktadır. Genel olarak bu kişinin kavramları ve olayları anlama, farkında olma ve yorumlanmasına bağlıdır. Hastalık belirtileri, tedavi ve ilaç kullanımı hakkındaki sosyal bilgi eksikliği tüketicinin veya hastanın dış etkenlerden daha fazla etkilenmesine neden olur. Sonuç olarak hasta başkasından ne duyuyorsa, ne

okuyorsa, medyadan aldığı bilgilerle veya promosyon kampanyalarından ne elde ediyorsa, tedavi yöntemi oluşturma ve ilaç kullanımı durumları o kadar çok etkilenmektedir (Montagne, The promotion of..... 1992).

Özellikle kendi kendine kişisel tedavisini üreten tüketiciler, daha uygun olması gereken tedavilerin farkında olmamaktadırlar. Batının ilaçlara bilimsel yaklaşımların etkisinde kalan sağlık profesyonelleri farklı ilaçların varlığından habersiz olup, hastalarını da uyarmamaktadırlar. Alternatif tedavi modelleri ve geleneksel olmayan tedaviler geliştirememektedirler. Zaten ilaçlar hakkında ve kullanıma dair bilgiler ilacın üreticisi firma tarafından kanıtlanmakta veya kontrol edilmektedir (Montagne, The promotion of..... 1992).

İlaç tüketicileri reçetesiz ilaçları genelde ucuz, kullanımı kolay ve reçeteli ilaçlara göre daha güvenli algılamaktadır. İlaçların kullanımına göre tüketiciler ilaç veya kullanım üzerinde kendi tüketim alışkanlıklarını geliştirmektedirler (Montagne, The promotion of..... 1992).

Hekimler hala ilaç tedavilerini hastaların geçmişi veya onların tıbbi belirtileriyle ilgili yaşadıkları hakkında hastalarla konuşmak için zaman harcamadan reçeteye yazmaktadırlar. Ayrıca bir araştırmada, hekimlerin hastalarla etkileşimde hastaları benzer bulunan belirtilerle gören hemşire/çalışanlardan daha az zaman harcadıklarını kanıtlamıştır (Avorn, Everitt ve Baker 1991: Everitt, Avorn ve Baker 1990).

5.2. Hekimlerin Hastaları Adına Karar Vermesinin Görev ve Sorumlulukları

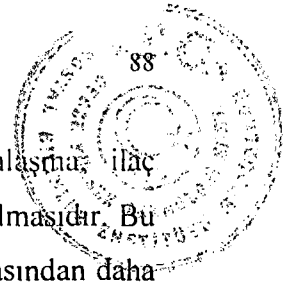
Mevcut sorumluluk yasalarına göre, bir ilacın üreticisi reçeteli ilaçların bilinen ters etkileşimleri ve yan etkileri hakkında kullanıcıları uyarmalıdır. Her bir yazılı materyalde, olası ters etkileşimler ve yan etkiler sunulmalı ve görünür olmalıdır (Akalin 1996). A.B.D.'nde reçeteli ilaçlar için, üretici hekimi uyarmalı tüketiciyi değil. Hekim bu durumda, üretici ve hasta arasında bir aracı rolünü oynar. Bundan başka, eğer reçeteli ilaçlar doğrudan tüketicilere tanıtılırsa, o zaman ilaç firmalarının hastaları uyarma görevi varsayılır. Böylece ilaç üreticileri potansiyel olarak tüketici sorumluluk yasalarıyla karşı karşıya kalabilirler (Festeruand ve Tucker 1990).

İlaç endüstrisi ve eczacılığın her ikisinde de pazarlamanın insan bileşeninin en önemli doğasını anlaması gerekir. İtibari veya profesyonel bir ilişkiyi başlatmak için kullanılan tutundurma gayretleri kadar eşit olarak göze çarpması için tüketiciyi koruma faaliyetleri gerekir (Bleidth, 1992).

Hasta bir ilaç firmasının ürününün riskleri hakkında hekimin gerekli uyarıyı yapmadığına inanıyorsa ve sonuç olarak acı çekiyorsa, hasta üreticiye karşı ürün sorumluluğu talebi başlatabilir. Bilginin müşteriye ilaca ve kullanımdan sonra oluşacak zarar özgü riskler hakkında tüketiciyi uyarmaya yeterli olup olmadığı üzerinde olabildiği kadar iyi bazı durumlarda, dikkat ilacın etiketlenmesinde ve promosyonda yoğunlaşır. İlaç firmaları artan yükümlülük ile karşılaşır, ilaç promosyonu ve yükümlülüğü kısıtlama arasında bir denge bulmalıdırlar (Terzian 1999, s149).

İlgili sağlık uzmanları ve kullanıcıların uzun zamandır destekledikleri görüşlerine göre hekimler önemli yeni ilaçları ya da biyolojik maddeleri, test işlemleri tamamlanmadan aynı zamanda karmaşık ve genelde uzun bir süreç olan Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin onaylamasını beklemeden, uygulanan tedaviden beklenen yararı alamayan ve isteyen hastalara her şeye rağmen kullanabilmelidirler (Flieger 1995).

Gerçekte binlerce insan araştırma safhasındaki ürünleri almaktadır. Sadece klinik deneme safhasında olup dikkatle kontrol edilen ürünleri değil, aynı zamanda sağlık ihtiyaçlarına cevap vermeyi hedeflemiş yeni programlar içersindeki ürünleri de içine almaktadır. Bir çeşit son bir çaba olarak araştırmacı kurumları kullanmak ve ümitsiz/ölüm döşeğindeki insanlara yardım etmek, ilaç dünyasının yabancı olduğu bir olgu değildir. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi uzun süreden beri resmen onaylanmamış ve araştırma safhasındaki ürünlerin acil kullanımlarına izin vermektedir. İnsani ahlak kuralları genel başlığı altında Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi, araştırmacı kurumların sponsorlarının, klinik denem safhalarına iştirak etmemiş hastalara, hekim sağlamalarını ve bireysel tedavi uygulamalarına izin vermiştir (Flieger 1995).



Ölümcül hastalar için yeni ilaçların kullanımında varılan anlaşma, ilaç düzenlemelerinin ana amacının laboratuardan hastaya giden yolu kısaltılmasıdır. Bu değişim, resmen onaylanmayan tedavilerin yaygınlaştırılarak uygulanmasından daha fazla anlam içermektedir. Bu aynı zamanda yeni ilaç ve biyolojik ürünlerin piyasaya sunulması için, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin süreçlerini hızlandıracak uygulamaların gözden geçirilmesi adımlarını da içermektedir (Flieger 1995).

Düzenlemeler araştırma safhasındaki yeni ilaç tedavilerinin tüm klinik kullanımlarında hastanın bilinçlendirilerek rızasının alınması gerektiği ve ürünün promosyon ya da başka bir ticari amaçla kullanılamayacağı şartlarını tekrarlamaktadır (Flieger 1995).

Ahlaki endişelerle ümit vaat eden araştırma safhasındaki ilaçların kullanımının ciddi felç ya da ölümleri önleyebilir olabilmesine rağmen durdurulması hekimleri zora sokmaktadır. Ancak, eğer çalışma ümit vaat edecek şekilde oluşturulmamışsa, örneğin kontrol grubunun olmaması, uygun gibi sonuçların bir illüzyon olabileceğini açığa çıkarabilir. Bu nedenle önceden iyi bir çalışma yapmanın çok önemli (yanlış olabileceği imajı oluşmadan hemen öncesinde) olduğu vurgulanmaktadır (Flieger 1995).

Bir çok örnekte konuları karmaşıktırmak için hekim basit bir hastalığın tedavisinde birbiriyle yarışan ilaçlar arasında seçim yaparken/ayrımında bulunurken zorluk çekmektedir. Çünkü ürünler pazar içinde bazen oldukça farklılaşmış olurlar. Bu durum hekim üzerinde birbiriyle rekabet eden kaynaklardan gelen iddiaların güvenilirliğini kıymetlendirmede daha büyük baskı bile yaratır. Çünkü kolaylıkla takdir edilebilir. Sunulan bilginin güvenilirliğinin bir kıymetlendirmesi hekim için çok kritiktir. Çünkü belirli bir ilacın uyumundan gelen yankılar şiddetli olabilir. Bundan olayı malzeme güvenilirirdir. Malzeme hekime, yararlılığını ve hekimin değeri artan süreç bilgisini kazanması olasılığını hızlı bir şekilde değerlendirmeye olanak tanınmalıdır (Beltramini 1993).

İlaç firmaları ayrıca, üçüncü dünya ülkelerinde etkinliği kanıtlanmış bu ürünlerle ilgili sık sık sorun yaşansa bile ürünlerini pazarlarlar. Üçüncü Dünya Ülkeleri hekimlerine sağlanan bilgi sık olarak sanayileşmiş ülkelerdeki hekimlere

verilen bilgilerden çok farklıdır. İlaçların kullanımı için etki alanı genişletilmiştir. Daha az yan etkiler, uyarılar ve ters etkileşimlerden bahsedilmiştir. Bu çifte standart 1970'lerin ortasında Ledagar (1975), Dune ve arkadaşları (1976) gibi kişilerin çalışması sırasında ortaya çıkmaya başlamıştır. Ama sorunu ilk olarak sistematik şekilde araştıran ve kamuoyu dikkatine gerçek anlamda taşıyan Milton Silvermann (1976, 1977) yaptığı araştırmadır. O, A.B.D. ve Avrupa kökenli 23 uluslararası firma tarafından pazarlanan başlıca 7 kategorideki 28 değişik ilacı araştırmıştır. Amerikan Hekimleri Referans Masası'nda (PDR) kayıtlı bilgileri 12 Latin Amerika ülkelerindeki ticari ilaç firmalarının verdiği bilgilerle karşılaştırmıştır. O, promosyonlu veya etiketli malzemelerdeki farklılıkları ürünlerin neredeyse tamamının çarpıtıldığını bulmuştur. Riskleri minimize edilmiş, doğru gösterilmiş veya tamamen önemsenmemişken, Latin Amerika Ülkelerinde listelenen etkileşimleri A.B.D.'den sayısal olarak çok farklıdır. Bazı durumlarda sadece uçuk yan etkiler yazılmıştır. Ama potansiyel olarak öldürücü risklerden bahsedilmemiştir. Bunlardan başka Latin Amerika Ülkeleri içinde tatmin edici farklılıklar vardır. Ülkeden ülkeye her ilaç hakkında verilen bilgi korkunç derecede farklılıklar göstermiştir (Lexchin 1992, s417).

1982 yılında Silvermann ve beraberindekiler ilk araştırmasını tekrarladı ve genişlettiler. Bu kez 7 Latin Amerika Ülkesinde, Batı, Orta ve Doğu Afrika ve Endonezya, Malezya, Singapur ve Filipinleri kapsayan bir düzine ülke veya daha çoğunda 149 firma tarafından 515 ürün olarak pazarlanan 34'ten fazla ilacı ve ilaç kombinasyonları kapsadı. Amerikan Hekimleri Referans Masası'nda (PDR) kayıtlı bilgiler bir kere daha Üçüncü Dünya Ülkelerinde hekimlere sunulan malzemelerin büyük bir bölümü ürünün efektifliğinin büyük abartılarıyla işaretlenmiş, minimize edilmiş veya potansiyel riskler tamamen içine alınmamıştır (Lexchin 1992, s417).

5.3. Hekimlerin Hastaları Adına Karar Verme Sürecinde Ortaya Çıkan Sorunlar

Tüketici temsilcileri; müşterilerinin masraflarında kendilerini zenginleştirmeye yönelik davranışlar yaptıkları zaman suistimaller açıkça ortaya çıkar. (Hollander 1999, s102).

İlaç alma ve ilaç verme karışık ve dinamik bir olgudur. Hiçbir birey veya grup uygun olmayan ilaç alma davranışı ve spesifik ilaç tanıtımı veya promosyon faaliyetlerini ortaya çıkartan birleşik sorunlar için tek başına sorumlu değildir. Çoğu ilaç kullanımı sorunları tutundurma faaliyetlerinin karışık olmasından, ilaç kullanımına yönelik sebepler ve değerli kurumlardan, ilaç kullanıcıları tarafından denenen gerçek etkilerin anlamı ve doğasından, ilaçların değerliliği veya kabul edilebilirliğinden, ilaç alımını düzenleyen kontrol mekanizmalarının yeteneğinden ve ilaç kullanımı sorunlarını önleme ve sınırlamaktan meydana gelmektedir (Montagne 1992, s195).

Tüketici temsilcisinin yardımlarını araştırmak için basit olarak kolaylığı temel ilke olarak ele alındığında; müşteriler kendilerinin denetimini rahatlatma eğilimindedirler. Bir tüketici temsilcisi tutmada, onlar zaman ve bilgi kazanımları için değişimde otonomi ve paradan vazgeçerler. Eğer onların kendi kendilerine araştırma ve satın alma işlemi yapmak için zamanları yoksa, tüketici temsilcilerine yönelerek sadece zaman, enerji ve heveslerini sınırlamışlardır. Çalışanlar için firmalar tarafından satılan tıbbi bakım paketlerinin tartışmasında Galen (1989) şunu ifade eder; “Şimdiye kadar hastalar tıbbi bakım için doğrudan ödeme yapmamışlardır ve kaliteyi yargılayamazlar. Sadece hekimler bilir” (Hollander 1999, s102).

Temel bir sorun, sağlıkla ilgili kararlara katılımda hastaların hakları ile reçeteli ilaçların dağıtımında hekimin “bilinen aracılık” rolü arasındaki sınırın belirlenmesidir (Sheffet ve Kopp 1990, s42).

Basit olarak, acente sorunlarının iki şekli sermayedar için bir endişedir (Arrow 1985). İlki, “gizli bilgi sorunları” veya “kötü seçim sorunları” olarak bilinen (ön-anlaşma) acente sorunlarında sermayedar genel olarak bir acentenin yapması gereken görevleri bilmesini ve bu görevleri yapmak için sahip olması gereken karakteristik özelliklerini her ikisini bilmeyi varsayarlar. Sermayedarın bir acentenin ihtiyaç duyduğu karakteristik özelliklerine (örneğin istenen eylemleri yapabilme kabiliyeti) sahip olup olmadığını bilmememsi sorundur. Örneğin; bir hasta bir hekimin ilacın maliyeti hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunu bilemez. Ayrıca bir hasta hekimin hasta için reçeteye yazılan ilaçların maliyetlerini kontrol etme yeteneğini bilemez (Matt et al. 1998, s287).

Hastanın yanlış bilgilerden vazgeçirmek, hekimleri önemli zaman harcamaya zorlamaktadır. Hasta-hekim ilişkisini azaltır. Çünkü bir hekim reklamı yapılmış bir ilacı reçeteye yazmayı reddedebilir veya hekim teslim olur. Uygun olmayan bir ilacı reçeteye yazarsa kötü sonuçlar ortaya çıkar. Diğer etkilere rağmen, aynı hastalıkları tedavi etmek için üretilen rakip ürünlerin satışları azalsa bile onlar satışlarını arttırırsa, yeni ve pahalı ürünlerin promosyonları başarılıdır. Hekimlere yönelik promosyonlara ödenen servet olsa veya potansiyel olarak doğrudan müşterilere reklamlara daha büyük paralar harcansa bile, eninde sonunda tabi ki müşteriler bu promosyonları ödemektedirler. Reçeteli ilaçların doğrudan müşteriye reklamların ilaç sanayiinin kendisi için hasta taleplerini etkileme yeteneği ve hekimlerin davranışlarının sırası yüzünden "HARİKA İLAÇ" olarak tanımlanır. Onlar hastaların ilacı isteyeceğine ve bekleyeceğine inanıyorlarsa, o zaman hekimler onların gösterilmediğini bilseler bile, hastaların onları spesifik olarak sormadıkları zaman bile, ferdi bir hastanın ilacı asla beklemediği zaman bile, ama hekim onun istediğini düşünerek ilaçları reçeteye yazacaktır. Ürün satışlarını çarpıcı olarak arttırmak için doğrudan müşteriye reklam için istenilenlerin tümü, bazı hastaların sordukları ve hekimlerin kendisi olmadan tatmin edilemeyen bir çok hastaya inanmaya başlamalarıdır (Shoughnessy ve Slawson 1996, s1494).

Diğer tip acente sorunları da "gizli eylem sorunları" veya "ahlaki risk sorunları" olarak bilinen anlaşma sonrası acente sorunlarıdır. Örneğin; sigortasız bir hasta düşük maliyetli bir ilacın reçeteye yazılmasını istiyor. Ama hekim yüksek maliyetli ilacın diğer özellikleri için kendi seçimi nedeniyle yüksek maliyetli ilacı reçeteye yazar. Acente sorunu ortaya çıkar. Çünkü sermayedar acentenin eylemleri, eylemlerin sonuçları ve acentenin çalıştığı şartlarla ilgili eksik bilgilere sahiptir (Matt et al. 1998, s287).

Kontrolsüz ilaç promosyonu Üçüncü Dünya Ülkelerindeki tıbbi/sağlık bakımı içerisindeki bir çok sorundan sadece bir tanesidir. Aynı zamanda ilaç sanayiinin gösterdiği gibi önemsiz bir sorun değildir. Hekimler ilaç firmalarınca sağlanan bilgiye güvendiğinde, onlar pahalı marka isimli ürünleri reçeteye yazma eğilimindedirler. Bunlar sık sık mantıkdışı, gereksiz veya tehlikeli kombine ilaçlardır. Ayrıca promosyonla bağlantılı zaman harcamaya değer ilaçların yaygın olarak uygun olmayan reçetelere yazılması sorunu vardır (Lexchin 1992, s417).



Ülke düzenlemesi ilaç sanayiindeki organize suçların kontrolü için çok önemlidir. Fakat yanlış ülke düzenlemeleri yeniliklerden vazgeçebilir ve ilaçların fiyatlarını arttırabilir (Braithwaite 1993).

Silvermann ve diğerleri tarafından (1976, 1977, 1982a, 1982b, 1986) yapılan araştırmalar bir çok ilaç firmasının Üçüncü Dünya Ülkelerinde yapılan promosyon çalışmalarının gelişmiş ülkelerle karşılaştırma yaptığımızda bir çifte standardın olduğunu kolayca kanıtlamışlardır. Bu durum 1980'lerde düzelirken (Lee et al. 1991), hala bir sorun olmaya devam etmektedir. Bazı uluslar arası firmalar ilaçlarını pazarladıkları yerde tüm hekimlere temel olarak aynı bilgiyi sağlarlar (Silvermann, Lee ve Lydecker 1982a, 1982b). Ama bu evrensel bir politika değildir... Bu mizacın bir politikası uluslararası şirketlerce bilginin aynı koşulunu sağlamaya yardım edecektir. Ama ülke içi firmalar en az eşit olarak etkileşimleri abartma ve/veya yan etkileri ve uyarıları önemsememede suçludur (Lee et al. 1991). Bundan başka aynı ilacı pazarlayan ülke içi ve uluslararası tüm firmalar, onların promosyon malzemelerinde bilimsel olarak geçerli ve özdeş bilgiyi sağlamak zorundadır (Lexchin 1992, s417).

Sorunların bir kısmı uygun olmayan ilaç reklamı ve promosyonundan kaynaklanabilir (Montagne ve Bleidt 1987). Ortaya çıkabilecek sorunlar,

- * Uygun olmayan reçete yazma ve ilaç kullanımını arttırır.
- * İlaç kullanımı sorunlarının risk artar.
- * Değerli ilaçların erken çıkmasına neden olur.
- * Tıbbi bakım maliyetlerini arttırır.
- * Sorunların bir kısmı mahkemelerde giderilir.
- * Ürüne veya firma imajına zarar verir.

5.4. Hekimlerin Hastaları Adına Karar Verme Sürecini Etkileyen Bilgi Kaynakları



Sağlıkla ilgili konular üzerinde yapılan bir tüketici araştırmasında, tüketicilerin ilaç kullanımı, yan etkileri ve maliyetler üzerinde daha fazla bilgi almayı istedikleri şeklinde sonuçlanmıştır (Festeruand ve Tucker 1990). Tüketicilerin ilaç satın alma davranışlarının psikolojik motivasyonları üzerindeki kişisel görüşlerin derinliği içinde yapılan bir araştırmanın sonuçları tüketicilerin pazarlamacılarla ilgili tedavi edilmek isteğiyle sonuçlanmıştır. Onlar hem hekimlerle olan ilişkilerinde hem de onların tedavi seçimlerinde kişisel yetkilerini aramaktadırlar (Denitto 1993).

İlaç pazarının büyüklüğü ve göreceli olarak A.B.D.'deki hekimlerin sınırlı sayısı yüzünden tatmin edici derecede araştırma dikkati, hekimlerin reçete yazma alışkanlıklarını etkileyen etkenler ve hekimlerin karar verme sürecine dayalı ilaçlar hakkındaki bilgilerin kaynakları üzerinde yoğunlaşmıştır (Williams ve Hensel 1991).

İlaçlar hakkındaki bilgi kaynaklarının test edilmesi önemlidir. Çünkü bir hekim bilmediği bir ilacı reçeteye yazamaz. Bundan başka yeni bir ilaç tanıtıldığı zaman, ilaç hakkındaki bilgi pazarlamacı kontrollü dağıtım kanallarının kullanımını içeren tıbbi topluluğun içinde yayınlanmalıdır (Williams ve Hensel 1991).

Hekimlerin reçete yazma kararları üzerindeki potansiyel etkinin kaynakları sayısaldır. Pazarlamacı kontrollü kaynaklar (doğrudan posta veya tıbbi dergilerdeki) reklam/tanıtım ve kişisel satışı (perakendeci veya numune verme) kapsamaktadır. Pazarlamacı kontrollü olmayan kaynaklar hekimlerin meslektaşları, dergi makaleleri ve popüler basın makalelerini içerir. Son yıllarda hasta tercihi bir etki olarak görünmeye başlamıştır. Ayrıca en düşük maliyetli klinik olarak kabul edilebilir tedavinin reçeteye yazılması baskısı sigorta karşılamalarındaki değişikliklerin bir sonucu veya maaşlı hekimlerin artışı olarak sunulabilir (Hartzema ve Christensen 1983).

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi, hekimlerin olağanüstü deneyimsiz bilgi işlemcileriymiş gibi olduklarını düşünmektedirler. Ama hekimler önemsiz insanlar değildir. Onlar sadece ilaç üreticisi firmalardan değil, ayrıca meslektaşlarından,

dergilerdeki makalelerden, kitaplardan, ders kitaplarından ve diğer kaynaklardan sunulan bilgileri geliştirmeye açık bağımsız bir yeteneğe sahiptirler. İlaç promosyonu karşıtları hekimlerin kaliteyi yargılayabilecek yeteneği yokmuş gibi, ilaç yazma kararlarını aşırı derecede etkileyen daha düşük kaliteli dergilerin ön raporlarını merak etmektedirler. Ama hekimler diğer profesyoneller gibi, alternatif bilgi kaynaklarının değerini çok iyi bilmektedirler. Bundan başka, birçok ilaç HMO ve hastane reçetelerinde yazılmaktadır. İlaçlar, düşük kaliteli bilgilerle yönlendirilme olasılığı olmayan uzman hekimlerin bir panelinde değerlendirilmeden reçetelere kabul edilmez (Tabarrok 2000, s25).

Hemminki'ye (1995) göre hekimler, ilaç bilgilerini birden fazla kaynaktan (reklamlar, satış personeli ve meslektaşlar) elde ederler. Bundan başka bu bilgi tipik olarak hem olumlu (örneğin bir meslektaşı ona yeni bir ilacı önerebilir), hem de olumsuz (örneğin bir satış personeli rakip bir ürünü kötüleyebilir) olur. Çünkü çoğu bilgi diğer bireyler tarafından alınanlar gibi hekim tarafından alınır. Çoğu bilgi bir tavır değişikliğine ikna etmeyi hedefler. Bundan dolayı bu bilginin güvenilirliğini bilginin çeşidi ve kaynağı arasındaki etkileşimi hesaba katarak değerlendirmek hekime kalmaktadır. Örneğin bir hekim satış personelinin aldığı olumsuz bilgiye inanmayabilir. Pekala bir meslektaşından aldığı bilgiye inanabilir (Beltramini ve Sirsi 1992, s52).

Hekimler ilaç bilgisinin sayısal kaynaklarına sahiptirler. Çalışmalar doğrudan posta, dergi makaleleri, dergi reklamları, kişisel satış (perakende), meslektaşlar, eczacılar, kongreler, toplantılar, hastaneler ve numunelerin reçete yazma üzerindeki etkileri ve bilgi kaynakları olarak yapılmıştır. Literatür taramamız içinde bazı yapıları sağlamak için biz kaynaklarını ticari (doğrudan posta, dergi reklamı, kişisel satış veya perakendecilik ve numune verme) ve ticari olmayan (dergi makaleleri, meslektaşlar, eczacılar, kongreler, toplantılar, hastaneler) olarak keyfi bir şekilde sınıflandırdık (Williams ve Hensel 1991).

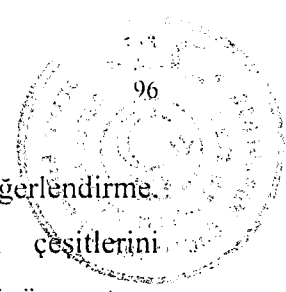
Genelde ticari kaynaklar önemini yitirmiştir. İlaç bilgisinin kaynaklarının önemindeki değişiklikler bilgi kaynağının kişisel veya kişisel olmayan doğasıyla açıklanamaz. Bu bulgular ışığında ilaç pazarlamacıları hekimlerle iletişimde kullandıkları tutundurma faaliyetlerinin etkinliğini araştırmalıdır. Bireysel

değişkenlerin araştırılmasından daha büyük görüş kazanılır (Williams ve Hensel 1991).

Robertson'a (1971) göre kişisel bilgi kaynaklarının kişisel olmayan bilgi kaynaklarından daha inandırıcı olduğu gözlenmektedir. Bundan başka hekimin bilgi edinimi alanındaki araştırma. hekimlerin insani kaynaklardan daha çok bilgi edinmeye eğilimli (Evans ve Beltramini 1986) olduklarını ve meslektaşların satış personelinin (Roseman 1986) daha inandırıcı olduklarını ortaya çıkarmıştır (Beltramini ve Sirsi 1992, s52).

Sonuçlar hekimlerin bilginin kişisel kaynaklarını kişisel olmayan bilgi kaynaklarından daha inandırıcı bilgi sağlama kaynakları olduğunu algıladıklarını göstermektedir. Bu bulgu bu alanda literatürle tutarlıdır (Hemminki 1975: Newmann ve Staelin 1973: Robertson 1971). Kişisel kaynaklar arasında meslektaşlar satış personelinin daha çok inandırıcı bilgi sağlama olarak algılanmıştır. Bu bulgu beklenilir. Çünkü satış personeli pazarlamacı toplumunun bir parçasıdır. O nedenle ürünler ve hizmetler hakkındaki hem olumlu hem de olumsuz bilgiyi sağlamada onların güdülerini yanlış olarak algılanabilir. Genelde, olumlu bilgi kişisel bilgi kaynakları için (meslektaşlar ve satış personeli) olumsuz bilgiden daha inandırıcı bulunmuştur. Biz reklam kaynakları için bilginin çeşidinin herhangi bir etkisini bulamamışlardır. Ne olumlu ne de olumsuz bilgi daha inandırıcı olarak yargılanabilir (Beltramini ve Sirsi 1992, s52).

Bir çok çalışmada, bilginin etkisi üzerindeki olumsuz mesajların etkisini, bilgiyi tartarak, bilginin güvenilirliği, ürün performansı, inanç gücü ve ürünlere karşı etkisini ve bireylerin takdiri test edilmiştir. Klebba ve Unger'in (1983) gözlemlediği gibi bu alandaki araştırma iki konuyu kapsamaktadır: ürünler ve kişiler üzerindeki olumlu-olumsuz bilgilerin etkileri. Bu araştırma akımının tüm fikir birliği, olumsuz ürün bilgisinin ürünlere karşı tutumları üzerinde olumlu bilgiden daha büyük bir etkiye sahipmiş gibi görünmektedir. Benzer olarak bireyler için fikir birliği bir kişi hakkındaki olumsuz bilgilerin biçimlendirme etkisi üzerinde ve kişi hakkında daha büyük bir etkiye sahip olduğu görünmektedir (Beltramini ve Sirsi 1992, s52).



Hekimlerin bakış açısından sunulan bilginin güvenilirliğini değerlendirme, birbiriyle rekabet eden kaynaklardan elde edilen değişik bilgi çeşitlerini değerlendirmede kullanmak için uygun bir stratejidir. Hekim bir ürünü reçeteye yazmaya karar verirse, seçeneğin iyi bir tanesi olmasına dikkat etmelidir (Beltramini ve Sirsi 1992, s52).

5.4.1. Meslektaşların ve Klinik Deneyimlerin Karar Verme Sürecine Etkileri

Hekimler kendi aralarında ilaç bilgilerini iletirler. Genelde meslektaşlar yeni ilaçların adaptasyon aşamasında veya yüksek risk durumlarında önemli bir fonksiyonu yerine getirirler. Meslektaşların özellikle yeni ilaçlar ve/veya hastalık iyi anlaşılmadığı zaman, önemli bilgi kaynakları oldukları bulunmuştur (Hadsall et al 1982)

Pazarlamacılar sözü geçen meslektaşları belirlemeyi iyi yaparlar. Onları ürünlerinin etkinliği konusunda ikna ederler. Böylece daha büyük bir hekim grubuna, daha kısa zamanda, daha az maliyetle ulaşmış olurlar.

A.B.D.'nde 210 genel pratisyenle yürütülen bir çalışma, ayrıca hekimlerin reçete yazma kararını etkilemede en önemli iki unsurun hekimin ürünle daha önceki deneyimi ve saygıdeğer meslektaşların yorumları olduğunu bulmuştur. Bu sonuçlar reçete yazma kararındaki en önemli iki faktörün ilaç firmalarının pazarlama stratejileri tarafından kontrol edilemeyeceğini göstermektedir (Keskinel 1997, s36).

Meslektaşların en güvenilir (Shearer, Gagnon ve Eckel 1978), ikinci en önemli (Avorn ve Soumerai 1983) ve en çok zaman alan (Hess 1974) ilaç bilgisi kaynağı olduğu bulunmuştur. Menzel ve Katz (1955-56) ile Coleman, Katz ve Menzel (1957) hekimlerin kendi aralarında ilaç bilgisi alışverişi yaptıklarını bulmuşlardır. Ama Winick (1961) meslektaşlara güvenin kentte yaşayan hekimlerde kırsal bölgelerde yaşayan hekimlerden daha az önemli olduğunu bulmuştur. İlaç bilgisi kaynakları olarak meslektaşlara güvenme yaşa göre değişim göstermektedir. Genç hekimlerin meslektaşlarına güvenmesi yaşlı hekimlerden daha büyük boyuttadır (Becker e al 1972: Evans ve Beltramini 1986: Hartzema ve Christensen 1983: Hess 1974). Bir bilgi kaynağı olarak meslektaşların öneminin başka ama dolaylı bir göstergesi bu



kategorinin ilaçlar hakkında ikinci en sık çalışılan bilgi kaynağı olduğu görülmüştür. Smith, Sorby ve Sharp (1989) hariç tüm araştırmacılar bir bilgi kaynağı olarak meslektaşların önemini araştırmışlardır (Williams ve Hensel 1991).

Resmi olmayan bir tartışmada meslektaşların yaptığı yorumlar reçete yazma kararının (hekimin ürünle daha önce deneyimi olma) ikinci en önemli bileşendir (Pitt ve Nel 1988). Bundan başka zaman içinde ilaç bilgisinin bir kaynağı olarak meslektaşlardan yararlanma artmıştır (Williams ve Hensel 1991). Short (1994) hatalardan kaçınmanın tek yolunun meslektaşlarla görüşme yapma olduğunu ileri sürmüştür. Bu yolla doktorlar, ayrıca kendi kişisel hatalarını düzeltmeyi de öğrenebilirler (Keskinel 1997, s36).

Meslektaşlar hekimler için ilaçlar hakkındaki bilgi kaynakları olarak önemini kayda değer bir şekilde arttırmışlardır. Bu bulgu hekimler arasında iletişimin iki aşamalı veya daha çok aşamalı bir akışını göstermektedir. Pazarlamacılar, hekimler arasında tartışma ve sözlü tanıtımı azami ölçüde yapmak için pazarlama ve iletişim stratejilerini oluşturmalıdır (Williams ve Hensel 1991).

A.B.D.'de yapılan araştırmalar (özellikle satış personeli veya reklamlardan daha çok meslektaşların güvenilir bilgi kaynakları olarak algılandıkları bulgusu) satış personelinin, hekime hizmetler esnasında bilgi sağladığı zaman daha büyük tanınma sağladığı yönünde olmuştur. Bazı araştırmalarda, hekimler meslektaşlarının yorumlarına daha çok güvendiklerini belirtmişlerdir. Hekim kişisel olarak somut bir ürünü (örneğin yeni bir tıbbi cihazı) araştırabilir veya yeni geliştirilmiş bir ilaç üzerine yapılan klinik çalışmaları okuyabilir. Ama hizmet sunma hakkındaki bilgi karar vermeyi zorlaştırabilir. Çünkü hizmetler diğerlerine nazaran daha somuttur.

Hekimlerin ürünle ilgili geçmiş deneyimlerinin reçete yazma kararında önemi büyüktür. Pitt ve Nel (1988) tarafından yürütülmüş bir araştırmaya göre hekimin reçete yazma kararında en çok sözü geçen etken ürünle geçmişte yaşanan deneyimlerdir (Keskinel 1997, s35).

İlaçla ilgili deneyimlerin reçete yazma kararına etkisi, ilacın pazarda bir süredir bulunmasına bağlıdır. Eğer ilaç klinik deneyleri henüz tamamlanmış ve pazara yeni

sürülmüş ise yukarıda bahsedilen etkiden söz edemeyiz. İlacın hekimler tarafından reçeteye yazılması, tüketicinin (hastanın) ilacı rahatsızlığının tedavisi amacıyla kullanması ve tüketicinin (hastanın) kullandığı ilaçlardan memnuniyetini veya memnuniyetsizliğini hekime iletmesi uzun bir süreci gerektirir. Bu süreç bununla da kalmayıp, hekimin ilacın sonuçlarından, yani tedaviye katkısından tatmin olması gerekir.

Görüldüğü gibi ilacın pazara girmesi ile pazarda yer edinebilmesi arasında geçen zaman gerçekten dikkate değerdir. İlacın pazara girmesi bile bazı ülkelerdeki düzenlemelerin ve bürokrasinin çokluğu nedeniyle ayrı bir sorun olarak ilaç firmalarının karşısına çıkmaktadır. Kimi ülkelerdeki yasal düzenlemeler bu sorunları yaratırken, kimi ülkelerde de düzenlemelerin olmaması ilaç firmalarının kafalarını ağrıtır. Çünkü kimi ülkelerde koruyucu düzenlemelerin olmaması ilacın jeneriklerinin hatta sahtelerinin pazara aynı anda veya hemen sonra girmesine izin vermektedir.

İlaç bilgisinin ticari olmayan kaynakları hem önemli kalmış hem de artmıştır. Dergi makalelerinin önemi değişmemiş, en çok tercih edilen bilgi kaynağı olarak kalmıştır. Meslektaşların önemi toplantılar ve kongreler gibi artmıştır (Williams ve Hensel 1991).

5.4.2. Üretici Firma Faaliyetlerinin Karar Verme Sürecine Etkileri

İlaç üretici firmaların ortak bir özelliği vardır. Hepsi de kendi ürününü tüketici adına karar veren hekime tanıtmak istemektedirler. Ama bu o kadar da kolay çözülebilecek bir sorun değildir. İlaç firmaları tanıtım faaliyetlerine, bulunduğu ülkenin konuyla ilgili kuralları çerçevesinde yapabileceklerini ortaya çıkartmakla başlar. Ortaya çıkan kurallar bütünü içerisinde en uygun tanıtım stratejisini belirler. Uygulamada kullanacağı malzemelerin tedarik edilmesi ve tanıtımı yapacak personelin eğitimini tamamlayarak işe başlarlar. Ve hedef kitleye, hekimlere saldırılarını gerçekleştirirler.

İlaç firmaları, yeni ve mevcut ilaçlar, onların olabilecek iyi ve yan etkileri hakkındaki bilginin en iyi bilgi kaynaklarıdır. Onlar bu bilgiyi kendi ilaçlarını reçetelere yazanlara kolaylıkla verebilirler (Mossinghoff 1992).

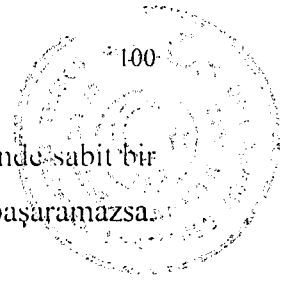
Reçete yazanlar yani hekimler, sürekli olarak yazılı broşürler, profesyonel satış temsilcilerinin ziyaretleri, promosyon ürünler dağıtma ve daha bir çok diğer faaliyetlerle baskı altında bırakılmaya çalışılır. Her bir yöntemle aynı şeyler denenir. Rakipleri üzerinde özel bir ürün üstünlüğü sağlamak ve bunu en üst düzeyde tutarak pazardaki yerini sağlamlaştırmak.

İlaç firmaları karar verenlere yeni ve mevcut ürünler hakkında bilgi temin ederler. Böylece onlar alternatifler arasında efektif seçimler yapabilirler. Bu fonksiyonla, tutundurma programları kalite, fiyat ve gelişimi desteklemek için daha güçlü rekabete sebep olur. Bundan başka, bilgi sağlamada dışında promosyona yönelik mesajlar dolaylı ve dolaysız ikna edici güç taşımaktadırlar. Katı kurallar yanıltıcı bilginin dağıtılmasını önlemek için gereklidir (Pathak et al 1992).

Broşür, kitapçık ve posterler gibi yazılı materyaller ilaç pazarlama çalışmalarında tutundurma amaçları için sık sık kullanılır (Keskinel 1997, s36).

İlaç seçimi fonksiyonu; bir hastanın rahatsızlığını tedavi etmek için hekimler tarafından seçilme olasılığı olan ve kabul edilebilen ilaç üreticilerinin faaliyet alanını belirlemek amacıyla dizayn edilmiş bilgi akışları tarafından karakterize edilmiştir. Hastalar rahatsızlıklarıyla ve/veya ilaçlarla ilgili sorunlarıyla ilgilenen hekimler ve eczacılarla bilgi alışverişi yaparlar. Bu bilgi eczacılar ve hekimler arasında paylaşılır. Hekimler (ve eczacılar) bir hastalık seçecekleri ilaç ürünlerinin kabul edilebilir faaliyet alanlarını belirlemek için üreticilerden bilgi almaya çalışırlar. Üreticiler istenilen bilgiyi öncelikle reklamlar ve profesyonel satış temsilcilerine temin ederler (Matt et al. 1998, s287).

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tüm tanıtımlarda, sağlık çalışanlarıyla iletişim kurmak için öncelikle kullanılan etiketler ve ambalaj içindeki bilgiler gibi ile diğer promosyon malzemelerini kapsayan bilgiyi dikkatli bir şekilde tekrar ederler. Bu tekrar üreticiyi sorumluluktan kurtarmaz. Üreticiler yan etkiler veya ters etkileşimler



hakkındaki herhangi bir ek bilgiyi ürünlerine yansıtmak ve güncellemesinde sabit bir baskı altındadırlar. Eğer bir üretici bu bilgiyi resmen ilan etmeyi başaramazsa sorumluluk sorunları artabilir (Sheffet ve Kopp 1990).

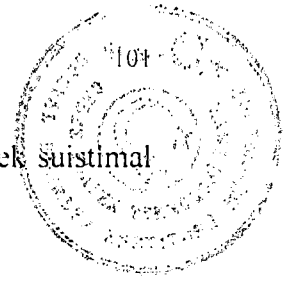
Güncel düzenlemeler OTC ilaçlarının ambalajları üzerinde potansiyel yan etkileri hakkında uyarıya sahip olmasını gerektirmektedir. Reçeteli ilaçlar için bazı uyarılar ayrıca istenir. Ama tüketici bir çok örnekte orijinal ambalajı görmez... Bettman'ın yorumladığı gibi, kabul edilebilir riskler hakkında bilgi hazırlama yeterli değildir. Bilgi bir format, bir emir ve tüketici kullanım ve yararını azami yapan bir yazım şekli içinde sunulmalıdır (Sheffet ve Kopp 1990).

Bu olay, üreticilerin halka bilgi aktarmak için onların tıp çalışanlarına iletimde kullandıklarından daha farklı dil kullanmaya sahip olabileceklerini yansıtır. Tüm tüketici tanıtımlarının şekli ve içeriğinin gerekli tüm bilginin ulaşmak istenilen dinleyiciler tarafından iyi anlaşılmasını sağlamak için dikkatli ve geniş bir şekilde test edilmesi temeldir (Sheffet ve Kopp 1990).

İşletmeler için kişisel satış, pazarlama karmaşasının bir unsurudur. Ürünün kendisi, fiyatı, dağıtımı, reklamı, tanıtılması, halkla ilişkileri ve tutundurmasıyla birlikte kişisel satış, işletmenin satışların doğrudan etkileyen son derece önemli bir pazarlama iletişimi şeklidir. Bazı işletmeler için ise vazgeçilmez bir pazarlama yöntemidir. (Taşkın, 1990).

Reçeteli ilaçlar hakkındaki bilgi karmaşıklığından daha önceden de bahsedilmiştir. Bu "bilinen araçlar" ilaç üreticileri ve tüketiciler arasında kapı tutucu görevini yerine getirmektedir. Yeni ilaç tedavileri için tipik uyum süreci, yeni bir ilacı reçeteye yazması ve ilacın yararları konusunda bazı tıbbi bakım profesyonellerini ikna etmeye dayanmaktaydı. Sonuç olarak yeni ilaç satışları, ağırlıklı olarak kişisel satışa ve promosyonun ağızdan ağza dolaşmasına bağlı olduğuna inanılır. (Sheffet ve Kopp 1990).

Reçeteli ilaç pazarında reçete yazanın yeni ürün bilgisinin birincil kaynağı firmaları adına konuşan profesyonel satış temsilcileri tarafından yapılan ziyaretlerdir... Bunlardan başka üretici bu kullanımları desteklese bile, hekimler



diğerleri için bir ilacı reçeteye yazabilirler. Bu durum sistemde görünecek suistimal fırsatları sunmaktadır (Bleidth 1992).

İlaç satış temsilcileri, ayrıca perakende satış elemanı olarak bilinirler. Araştırma laboratuvarlarıyla hekim arasında bağlantıyı sağlamada temel bir görevi yerine getirirler. Onlar hekime bilgi sağlamada kullanılan en pahalı ve en yaygın metottur. Onlar hekimlerin muayenehanelerine yeni ilaçları, yeni tedavi yaklaşımlarını ve mevcut ürünlerin yeni bilgilerini açıklamak için ziyaret ederler. Satış temsilcileri hekimlerin güncellenmiş bilgiden haberdar olmasını kolaylaştırır ve daha iyi reçete yazma kararları vermede daha iyi konumda bulunmasını sağlarlar. Onlar hekimleri ilaç ürünlerini kullanmaya ikna etmede yazılı kaynaklardan daha önemli bir rol oynarlar (Keith 1992: Caudill et al 1992).

Tıbbi temsilciler ilacın “hayalet bombacıları”dır. Onlar birdenbire ortaya çıkarlar, hekimlerin reçete yazma alışkanlıklarının değiştirir (resmi eğitimi veya herhangi bir yayın makalesinden daha iyi) ve tekrar ortadan kaybolurlar (Shoughnessy ve Slawson 1996, s1494).

Uluslararası İlaç Üreticileri Birliği Federasyonu (IFPMA), perakende satış elemanlarının hekimle araştırma laboratuvarı arasında bağlantı kurmada temel bir görevi yerine getirmeye devam ettiğini belirtmektedir. İlaç Pazarlama Faaliyetlerinin Uluslararası İlaç Üreticileri Birliği Federasyonu (IFPMA) kanunu perakende satış elemanlarının “yeterince eğitim ile doğru ve sorumlu bir tavır içinde firmanın ürünleri hakkındaki bilgileri sunmak için yeterli teknik ve tıp bilgisine sahip olması gerektiğini” beyan etmektedir (Lexchin 1992, s417).

Tıbbi temsilciler hakkında bilgi toplama minimal çaba ister. İletişim uzmanları gibi, tıbbi temsilciler mesajlarını sıkı bohçaların içine paketler, hastalar arasında düzenli bir şekilde dağıtır. Sık sık bedava bir öğle yemeğine eşlik eder. Onların altı çizili mesajları “ benim ilacımı reçeteye yaz ”, tıbbi kanıtlarla desteklenir. Bu durum sık sık duygusal çekiciliklerle ve mantıksal yanlış düşüncelerle karşılıklı karıştırılır. Bu bilginin müşterisi buğdayı saptan ayırmak için sürekli olarak uyanık olmalıdır (Shoughnessy ve Slawson 1996, s1494).



Bir çok ilaç firması tıbbi mümessilleri zevk sahibi ve saygıdeğer insanlardır. Onlar arkadaş canlısı, hekimlere saygılı davranan ve onların zamanına değer veren yardımsever kişilerdir. Hekimlerin her çeyrekte kabul ettiği bir kabul değildir. Doktorlar sırasıyla bir yükümlülük duygusu hissedebilir. Nezaketen tıbbi mümessiller görebilir. Bizim bunu yapmaya gerçekten gücümüz yeter mi? İlaç firmaları tarafından hedeflenen özel bir grup kıdemsiz hekimlerdir – yarının reçete yazıcıları. Biz bu problemi hastanelerde ve genel çalışmada onların tıbbi mümessiller görmede karşı karşıya gelebilecekleri gizli tehlikeler hakkında yeni doktorların eğitimlerini planlayarak eğitimin nasıl başarılabileceğinin üzerinde durmalıyız (Griffith 1999, s69).

Linn ve Davis (1972) Los Angeles'te genel pratisyen ve internler arasında bir araştırma yapmışlardır. Bu çalışma satış temsilcilerini hekimleri %99'u tarafından bilginin en önemli kaynağı olarak belirtmişlerdir. 1991 yılında bir Amerikan ilaç firması 612 hekimin katıldığı ve hekimlerin %67'sinin en azından her iki ayda bir yeni ilaçların özellikleri üzerinde ilaç temsilcileri tarafından bilgilendirilmeye ihtiyaç duydukları bulunan bir araştırmaya sponsor olmuştur (Scott-Levin 1991). Bu çalışmalar zaman içinde satış temsilcilerinin öneminin arttığını göstermektedir (Keskinel 1997, s37).

A.B.D.'nde 210 genel pratisyenle yürütülen bir çalışma satış temsilcilerinin, ilaç firmaları tarafından kullanılan diğer tutundurma faaliyetleri arasında hekimlerin reçete yazma kararını etkilemede en önemli faktör olduğu şeklinde sonuçlanmıştır (Keskinel 1997, s37).

Akademik dahili uzman hekimleri üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, A.B.D.'nde öğretim personelinin %25'inin reçete yazma uygulamalarını satış temsilcileri temaslarına bağlı olarak en az bir defa değiştirdiklerini rapor etmişlerdir (Lurie et al 1990). Caudill et al (1996) tarafından yürütülmüş bir çalışma hekimlerin satış temsilcileriyle yaptıkları görüşmelerin onların reçete yazma davranışını etkilediği sonucuna ulaşmıştır (Keskinel 1997, s38).

İlaç firmaları ilaç geliştirmeye ve hekimlerin kendi ürünleri lehinde karar vermesini etkilemek için satış temsilcilerine her yıl milyonlarca dolar harcamasına

rağmen, hekimler son yirmi yılda satış personeline daha az ulaşılabiliyor oldular. Bundan başka satış personeli, hekimleri karar verme sürecini etkilemede onları işini daha da zorlaştıran bilginin çok güvenilir bir kaynağı olarak algılanmazlar (Beltramini ve Sırsi 1992, s52).

Bir çok doktor hala düzenli olarak tıbbi mümessilleriyle görüşürler ve çok azı (belki aşağı yukarı %10'u) oldukça sık görüşürler. Lexchin tıbbi mümessillerin, geleneksel olarak yeni ilaçlar hakkında en önemli bilgi kaynakları olarak görüldüğünü kaydetmiştir. İlaç gelişmeleri hakkında araştırma yapmak için en kolay bilgi kaynaklarının tıbbi mümessiller var olduğu sürece var olabilirler. Ama şimdi anlaması en kolay bilgi tabanlı kanıt ve tüm başlıca tedavi yaklaşımlarında sindirilebilir olarak promosyonsuz gereğinden fazla hazır bir giriş vardır. İlaç bilgi bölümleri bunlara ek olarak yeni kataloglar ve etkileşimler gibi bazı konularda detaylı tavsiyelerle desteklemişlerdir. Yeni ilaç gelişimlerini öğrenmeyi devam ettirmek için tıbbi mümessillerle görüşmeye ya çok az ya da hiç ihtiyaçları yok gibi görünmektedir (Griffith 1999, s69).

Gerçekten tıbbi mümessillerle görüşmemek için kuvvetli nedenler bulunmaktadır. Onların işinde birinci öncelik olarak firmalarının ürünlerini satmaktır. Onlar ilaç sanayiinin promosyon metotlarının önemli bir parçasıdır. Onlar hekimlerin reçete yazma alışkanlıklarını değiştirme üzerinde yüksek oranda başarılıdır. Kuzey İrlanda'da yapılan bir araştırma, bu ilaçların spesifik gösterimleriyle hastalar içinde bir yükselişe açıklanabildiğinden daha büyük görünen çeşitli ilaçların reçeteye yazılmasında bir artış görülmüştür. Yazarlar mesleğin yeni ürünlerin, yararsız kullanımına veya uygunsuzluğa yol açmadığını sağlamak için efektif kontrolleri tesis etmediğini ileri sürmektedirler. Şaşırtıcı olmasa gerek, reçete yazıcılar olarak daha itibarlı hekimlerin daha az rasyonel ticari bilgi kaynakları olduklarının ayrıca etkileşimleri vardır. Son zamanlarda BMJ'de tartışılan ilaç firmaları ile bağlantıları olan insanlar tarafından makale tekrarlarıyla ilişkili çıkar anlaşmazlıkları durumunu bu yansıtabilir. Bazı kişilerin göz önünde tutulan ilaca karşı olumlu olması daha olasıdır. Benzer olarak hekimler bir tıbbi mümessil tarafından kendilerine tutundurma çalışmaları yapılan bir ilacı (reçeteye yazmada) destekleyici olmaları daha olasıdır (Griffith 1999, s69).

Onların iletişim kurma çabalarının amacı hekimde bir tutum değişikliğine neden olmaktadır (örneğin hekimlere pazarlamacıların ürünü hakkında daha uygun olduğunu düşündürmek). Onlar enerjilerini satmak istedikleri ürün hakkında olumlu bilgi sağlamada onların hekimlere güvenilir bilgi sağladıkları algısını artırarak yoğunlaştırmalıdır. Bizim bulgularımız özellikle bir çok satış personelinin yoğun çalışan hekimlere ulaşmada karşılaştıkları zorlukların önemli olduğudur. Yine bizim bulgularımız hekimlerin satış personeli çok güvenilir bilgi kaynakları olarak algılamadıkları gözlemdir (Beltramini ve Sırsi 1992, s52).

Onlar ayrıca hekimleri onların ilaçlarını yazmalarına ikna etmek için hediyeler, gıda maddeleri ve diğer ikna edici malzemeleri sağlarlar. Karşılıklılığın insan doğasının büyük bir parçası olduğundan beri, hekimler yukarıda altı çizilen gerçekçi yaklaşımın kaplayabildiği bir minnettarlık duygusuna karşı önlem almalıdırlar (Shoughnessy ve Slawson 1996, s1494).

Hekimlere verilen hediyelerin tamamı, hekimlerin reçete yazma uygulamalarıyla ilgili değildir (Mossinghoff 1992).

Üçüncü Dünya Ülkelerinde hekimlere çok aşırı miktarda hediyeler verilir. Brezilya'da, Filipinler'de ve Bangladeş'te eczacılar, hastaneler ve hekimlere televizyonlar, videolar, hemşire odası ekipmanları, klima hatta nakit para gibi pahalı hediyelerle ödüllendirilirler. Hindistan'da yerel ilaç firmaları A sınıfı hekimlere otomobiller ve buzdolapları gibi hediyeler verirler. Bazı uygulamalar hem ulusal hem de uluslar arası firmalarda gözlenmiştir (Lexchin 1992).

Tıbbi mümessillerin "hayalet" ataklarını önlemenin en iyi yolu, geçerli ve yararlı olan onların ilacı hakkında yeni bilgileri kontrol ederek onların sizin için çalışmasını sağlamaktır (Shoughnessy ve Slawson 1996, s1494).

Yeni pazarlama tekniklerine bir örnek Astra/Merck'in metodudur: İlacı bilgiyle sat. Satış temsilcilerini merkezlerle ve birbiriyle bağlantı kuran bir çalışma grubu çevresi, bir bilgisayar ağıyla oluşturulmuştur. Her bir satış temsilcisi özel yazımlı bir diz üstü bilgisayara sahiptir. Satış temsilcileri herhangi bir broşüre, seminere v.b. bu yazılım yoluyla ulaşabilirler. Satış temsilcileri hekimleri ziyaret ettiği zaman, o

özel bir konu veya bir ürün üzerinde kişinin ihtiyaç duyabileceği tüm bilgiye sahiptir (Harror 1994).

Sonuç olarak tıbbi bakım pazarlamacıları açısından, hekimleri satış personelini ve reklamları ne kadar güvenilir algıladıkları ile ürün ve hizmet bilgisinin güvenilirliği algısını arttırmak için nasıl sunulduğunu ve hedeflerin eninde sonunda iletilen bilgiyi elde etmeyi nasıl sağlayacağı kritiktir (Beltramini ve Sırsi 1992, s52).

Ülkemizde ilaç firmalarının tüketiciye doğrudan reklam yapması mevcut yasalar çerçevesinde yasaktır. İlaç firmaları ürünlerinin tanıtımını firma temsilcileri aracılığıyla sadece sağlık personeline ve eczanelere yapabilmektedirler. Olabildiğince çok sağlık çalışanına ulaşabilmeyi hedefleyen ilaç firmaları tanıtım araçlarını geliştirmeye ve çeşitlendirmeye yönelmektedirler.

Bu aşamada ilaç firmaları; numune ilaç dağıtma, ilaçlar hakkında detaylı bilgiler içeren broşürler, kongre/seminer/konferans düzenleme ve diğer promosyon araçlarından yoğun olarak faydalanma yolunu seçmektedirler. Ancak ülkemizde tutundurma faaliyetlerine yapılacak harcamalar, Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu düzenlemeler doğrultusunda, firmaların net satış rakamının %15'ini geçmeyecek şekilde sınırlandırılmıştır.

5.4.3. İlaç Fiyatının ve Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Karar Verme Sürecine Etkileri

Günümüzde ilaç firmaları; hızla gelişmekte olan üretim ve kontrol teknolojilerinin gerisinde kalmamak, araştırma-geliştirme faaliyetlerine bütçelerinden pay ayırabilmek ve uluslararası rekabette öne çıkabilmek için yüksek miktarlarda fonlara ihtiyaç duymaktadırlar. Tabi ki bu fonların kaynağı ürünlerinden elde edecekleri gelirlerdir.

Ülkemizdeki mevcut fiyatlandırma sistemi Sağlık Bakanlığı gözetiminde yapılmaktadır. Bu konuda uygulanan sistem ikinci bölümde ayrıntılı olarak sunulmuştur. Sağlık Bakanlığı her dönemin değişen koşullarına göre değişik uygulamalara yönelmiştir. Bu nedenle ürün fiyatlandırması açıklanan fiyat

kararnamesi esaslarına göre uygulanamamıştır. Maliyetler ürün bazında değişik oranlarda artabilmesine rağmen Sağlık Bakanlığı ilaç firmalarından toplu başvuru yapmalarını istemiştir. Sonuçta ülkemizde fiyatlandırma her dönemde siyasi iradenin uygun gördüğü zamanlarda ve oranlarda yapılmıştır.

Çalışmaların çoğunluğunda yaş, özel bir ilaca bağlılık, bayan olma, ilacın algılanan yan etkileri ve ilaç fiyatlarının algılanan kabul edilebilirliği jenerik ilaçları almada oluşan isteklilik durumunda tamamen olumsuz şekilde ilgilidir. Eğitim, gelir düzeyi, kronik hastalık, jenerik ilaçların algılanan efektifliği, eczacıların eğitim bilgisi, jenerik gıda ürünlerinin kullanımı ve tezgah üstü (OTC) jenerik ilaçlar, eczacıların yorumları veya hekimlerin reçeteye yazımları ve jenerik ilaçlardan tasarruf algılaması, jenerik ilaçların kabulünde isteklilikle olumlu şekilde ilgilidir (Kendall 1991).

İlaç satın alıcılarının dünyası oldukça değişik iki grubu kapsamaktadır. Fiyata duyarlı olanlar ve fiyata duyarlı olmayanlar. Sadece bir markalı ürün var olduğu zaman, fiyat sorunu apaçık ortadadır. Ama jenerik yedekler daha düşük fiyattan bir kere girerler... Markalı satıcı makamı fiyata duyarlı pazarı fiyata duyarsız müşterilere aktardığı fiyatı düşürmek yaygın olarak daha uygundur. Perakendeci marka satıcıları için yüksek bir fiyat ve olası jenerik yedekler için daha düşük fiyatla bir fiyat ayrımı stratejisinin tartışılabilir olarak süper faydalar getirebilir. Bundan başka iyi bilinen Amerikan ilaç temsilcileri sık sık patenti süresi dolmuş rakiplerinin ürünlerinin markalı jenerik kopyalarını karşıladıkça, onlar kendilerine ait orijinal ilaçların jenerik versiyonlarını nadiren sunarlar. Sanayinin yöneticileri tarafından vurgulanan sebep fiyata duyarsız pazara karşı geniş arbitraj korkusuydu. Sanayi çalışmaları değişmeye uğrayabilir. Çünkü jenerik ilaçlar hala ilerlemeye devam ediyor. 1992'de sanayinin lideri MERCK firması (West Point Pharma isimli ayrı bir jenerik ilaç bölümü) patent süresi 1989'da dolan Merck firmasının analjeziği olan DOLOBID isimli ilacın jenerik bir versiyonunu pazarlayacağını duyurmuştur. Bu fiyat ayrımı stratejisinin Almanya'da daha sıkça takip edildiği söylenir (Scherer 1993).

Farris ve Albion (1980) reklam/fiyat ilişkisi üzerindeki deneysel çalışmalar yapmışlar ve 2 temel düşünce ekolünün var olduğunu benimsemişlerdir. İlki, bir firmaya reklamın ürün farklılaştırması şeklinde pazar gücü sağladığı, böylece



tüketicilerin daha çok reklamı yapılan bu markaların fiyatına daha az duyarlı olduğudur. Bu görüşe göre, bir pazara potansiyel olarak girecekler pazara girebilmek için tüketicinin mevcut bulunan marka bağlılığının üstesinden gelmesidir. Kimi marka bağlılığının üstesinden gelmenin maliyetinin yüksekliği mevcut pazara girmenin maliyetini yükseltir. Bu eklenen harcama şiddetli bir şekilde potansiyel giriş yapacakların sayısını kısıtlar. Bu durum bir pazarda daha az rakiplerin olmasına neden olur ve böylece daha hafif bir rekabete yol açar. Bu görüş doğrudan tüketiciye reklamın tüketicinin marka bağlılığını arttıracığını, tüketicinin fiyata duyarlılığını azaltacağını, böylece mevcut üreticilerin fiyatları arttırma gücünü arttıracığını öngörmektedir (Sheffet ve Kopp 1990, s42).

İkinci görüş reklamın pazara bilgi sağladığını, böylece tüketicinin marka bağlılığının azalacağını, fiyata duyarlılığı arttıracığı ve üreticileri fiyatları düşürmesi için zorlayacağıdır. Bunlardan başka bu iki teorinin tüketicinin fiyat bilinci ve fiyat seviyesinin gerekli olmadığı fiyata duyarlılığından bahsetmektedir. (Sheffet ve Kopp 1990, s42).

Tüketici fiyatları üzerindeki reklamın etkileri pazarlamadaki temel tartışmalardan biridir. Reçeteli ilaçlar konusunda, doğrudan tüketiciye reklama taraftar ve karşıtları arasında tartışılan birincil öncelikli konulardan biridir. Ki taraftar olanlar fiyatların düşmesiyle sonuçlanacağını, karşıtlar ise fiyatları arttırmasıyla sonuçlanacağını düşünmektedirler. Ne yazık ki, fiyat/reklam ilişkisinin pazarlama disiplini içindeki tartışma eşit bir şekilde kesin olarak karar verilmemiştir (Sheffet ve Kopp 1990, s42).

Doğrudan tüketiciye reklamdan kaynaklanan ve artan satışlarla beraber oluşan maliyetler ilaçları alınamaz kadar pahalı hale getirebilir. Ayrıca üreticiler ürün sorumluluğunun maliyetleri arttırma potansiyelini de hesaba katmalıdır (Sheffet ve Kopp 1990, s42).

İlaç firmaları ürünlerinin fiyatlarını er ya da geç düşüreceklerdir. Çünkü doğrudan müşteriye yapılan reklam, ürünler arasındaki rekabeti beslemektedir. Diğer tarafta bilgili aracı doktrin bir tarafa ayrılırsa, ilaç firmaları artan yükümlülüğün maliyetlerini telafi etmek için fiyatlarını arttırabilirler (Terzian 1999, s149).

İlaç indirimleri firmalar tarafından hekimlerin reçete yazma davranışı üzerindeki etkisini arttırmak için kullanılmaktadır. Başka bir ifadeyle hastaneler ve tıbbi bakım örgütleri ilaç üreticilerinden hastalarının bütün reçete yazımları için tedavi edici olarak eşlenik ilaçlar arasında rekabeti ikna ederek reçeteli ilaçlardaki indirimleri zorla alırlar (Elzigna ve Mills 1997, s287).

Hükümetler ve sağlık sigorta şirketleri jenerik eşleniklerin kabulünü teşvik etmede daha büyük bir rol oynarlar. Ama jenerik için maliyet farkları davranışı tanımlamada anahtar bir rol oynamalıdır (Kendall 1991).

Hastaları etkileyen sigorta kapsamlarının iki boyutu vardır. İlki: hastaların kabul edebileceği tedavi edici bir kategori içindeki ürünlerin sayısıdır. İlaçlar birinden diğerine, etkinlik, yan etkileri, profili ve güvenirliliği açısından değişir. Aynı tedavi edici sınıf ilaçlar değişik ilaçlar için farklı farklı hareket etme eğilimlidir. Böylece özel bir tedavi sınıfında hastalar için kabul edilebilir çok sayıda ilaç çeşidine sahip olmak avantajdır. İhtiyaç duyulmadığı zaman daha pahalı tedavileri reçeteye yazmayıp, hastalar için en iyi ilaçları reçeteye yazan hekimlere daha çok güven ortaya çıkar (Schweitzer 2000.s326).

Bir planın ilaç sigorta kapsamının ikinci boyutu tedavi edici bir sınıf içindeki pahalı ürünleri kapsamaktadır. Çünkü bu ilaçlar, daha eski ama daha pahalı ilaçlar üstündeki gelişmeyi önermeye eğilimli daha yeni ürünlerdir. Gerçekte, güncel bir çalışma bir ilacın etkililiği ve fiyatı arasında pozitif bir ilişkiyi göstermektedir (Schweitzer 2000.s326).

Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığından oluşan sosyal güvenlik sistemi ilaç sanayi içinde çok önemli ağırlığa sahip bulunmaktadır. Bahse konu üç sosyal güvenlik kuruluşunun her yıl talep ettikleri ilaç miktarları piyasada satılan toplam ilaç miktarının üçte birini geçmektedir. Bununla beraber dönem dönem Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı bünyesinde görev yapan hekimlerin reçetelere yazabileceği ilaçların bir listesini yayınlamaktadır. Bu listeler genelde piyasada bulunan aynı etkiye sahip ilaçlar arasında en ucuzunun bulunduğu listelerdir. Sosyal güvenlik kuruluşu bu şekilde kendisine bağlı görev

yapan hekime başka bir ilacı yazma şansı vermemektedir. Hekim listede mevcut olmayan pahalı bir ilacı reçeteye yazsa bile, yönetim bunu onaylamamaktadır.

Sektörün ithalat ve üretim toplamının yaklaşık %14'ünü tüketen SSK, ödeme uygulamalarıyla tüketim üzerinde de etkili olmaktadır. SSK denk ilaçlar içinde ucuz olanın tüketilmesine hükmederek tüketim tarzını etkilediği gibi doktorların tercih hakkını da kısıtlamaktadır. Bu durumda antibiyogram ve kültür tedavisi yapılamadığı için bünye antibiyotiğe direnç kazandığı tedavinin uzadığı ve antibiyotik tüketiminin %60'ının boşa gittiği ifade edilmektedir.

Sonuç olarak, ilacın fiyatı nedeniyle veya sosyal güvenlik kuruluşunun onaylamadığı ilacı yazamayan hekim kısıtlanmaktadır. Hekim eğitimi ve uzmanlığı nedeniyle reçete yazmaya yetkili olsa bile, reçeteye yazacağı ilacı seçmede iradesini kısmen yitirmiş durumdadır.

5.4.4. İlaç Numunelerinin Karar Verme Sürecine Etkileri

Numune verme; piyasaya yeni çıkan veya çıkacak ve piyasada iki yılını doldurmamış olan ilaçların hekimlere küçük miktarlarda verilmesidir. Hekimlere numune kapsamında verilen ilaçların para ile alınıp satılması yasaktır. Ayrıca bu ürünlerin ambalajı üzerinde numune olduğu görünür şekilde yazılı olması gerekir. Bu şekilde hekimlere ulaştırılan ürünlerin hekimler tarafından denenmesi sağlanmış olur.

Numune verme hekimlere ilaçların küçük miktarlarda verilmesidir. Hekimler için bilgi kaynağı olması seyrek olarak araştırılmıştır. Sadece üç çalışma (Ferber ve Wales 1958; Goffin 1959; Winick 1961) hem bir bilgi kaynağı, hem de reçete yazmada bir etki olarak numune vermeyi içermiştir. Numune verme hekimler için yoksul hastaların gücünün yetmediği tedavileri sağlamak için bir olanak olarak tanımlanmıştır. Son zamanlarda numune vermenin çok kuralcı olarak düzenlenmesi hekimlere sağlanan numunelerin artan hacimle rapor edilen gereksinimleri sınırlandırmıştır. Numune vermenin sınırlı test edilmesi ve çalışma üzerinde son sınırlamalar yüzünden bilginin veya etkinin bir kaynağı olarak numune verme hakkında hiçbir sonuca ulaşamaz (Williams ve Hensel 1991).

Numune verme ile hekimlere yeni bir ilacın hastalar üzerinde hastaya sorumluluk yüklemekten güvenlik ve etkinlik profilini gözlemlemek için deneme fırsatı verilmek istenir. Ayrıca hastaya reçete doldurulmadan önce vermek için hekime “başlangıç” paketleri sağlanır. Başka bir alternatif olarak, bazı üreticiler gerçek tedaviler yerine “makbuz reçeteleri” sağlarlar. Bu kuponlar hastaya ücretsiz verilir. Bunlar, aracı veya üreticiye karşılması için sunulan makbuzu eczacılara hazırlaması için sunarlar (Bleidt 1992).

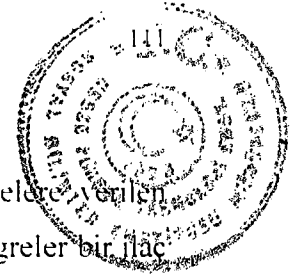
5.4.5. Konferans/Seminer/Kongrelerin Karar Verme Sürecine Etkileri

İlaç sanayi hekimlerin mesleki eğitimlerinin devam ettirilmesine konferanslar, seminerler, kongreler ve sempozyumlar gibi tıbbi toplantılara sponsorluk yaparak katkıda bulunurlar.

İlaç sanayi araştırmacılara ve tıbbi uzmanların konuşma yaptığı bazı faaliyetlere sponsor olmaktadır. Sanayi sponsorları ve uzman konuşmacılar arasındaki olası bir ilişki yüzünden bu konuşmacılar tarafından kullanılan ifadeler hatalı olabilir (Pathak et al 1992; Adams 1992).

Kongreler/toplantılar/konferanslar hekimler için ilaç bilgisinin bir kaynağı olarak önemini arttırmıştır. İlaç pazarlamacıları kongreler, toplantılar ve konferansların varlığını vurgulamaktadır. Bazı fonksiyonlarda bir varlığın gücünün yetebildiği resmi veya resmi olmayan iletişim fırsatlarının her ikisinde de katılım ve sık sık kongre düzenleyen ticari şovlardaki fuar, bilimsel makalelerin sunumunu kapsayan bilgiyi iletmek için tüm fırsatları azami yapmalıdır (Williams ve Hensel 1991).

Tıbbi toplantıların yeni bir şekli, yani bilgi değişimi programları, ilaç promosyonunda yeni bir teknik olarak kullanılmaktadır. Dünyanın değişik yerlerinde belirli ürün seminerleri ilaç firmaları tarafından bilimsel bilgi değişimi adı altında organize edilmektedir. Düşünce liderleri ve erken adapte olan hekimler arasından seçilen katılımcılar, onların zamanına ödeme yaparlar. Bu tip programlar çoğu çok uluslu ilaç firmaları tarafından organize edilse de, halk ve düzenleyici otoriteler arasında ciddi tartışmalara konu olurlar (Keskinel 1997, s38).



Kongreler nadiren çalışılmış bir ilaç bilgisi kaynağıdır. Kongrelere verilen sıralama en sonlardadır (Evans ve Beltramini 1986). 1963'ten önce kongreler bir ilaç bilgisi kaynağı olarak tutarlı bir şekilde düşük sınıflandırılmıştır (Caplow 1952; Caplow ve Raymond 1954).

İlaç bilgisi kaynakları olarak toplantılar, 9 araştırmacı tarafından 1974'ten önce araştırılmıştır. Caplow ve Raymond (1954) toplantıları en az önemli ilaç bilgisi kaynağı olduğunu bulmuşlardır. Aksine Hess (1974) ilaç bilgisi kaynaklarına harcanan zamanı ölçtüğünde, toplantıları ikinci en çok zaman alan faaliyet olduğunu bulmuştur (Williams ve Hensel 1991).

Geçmiş araştırmalar, çalışmaya katılanların gözlemlediği veya ileri sürdüğü, ilaç bilgisinin kaynaklarının sayısı ve kategorilerinin yaygın bir şekilde değiştiğidir. Caplow ve Raymod (1954) bir kategori olarak konferansları eczacılardan, hastalardan ve kongrelerden daha çok kayda değer olduğunu bulmuşlardır. Ama çok daha azı perakende satış elemanlarından, doğrudan postadan, meslektaşlardan ve dergilerden daha çok kayda değer olduğunu bulmuşlardır. Benzer olarak ilaç dağıtımı reklamı, ilaç deposu literatürü, literatür (uzmanlaşmamış), araştırma merkezi, yazılı basın, devamlı eğitim, ilaç bilgisi merkezi ile kişisel eğitim ve (sadece bir çalışmayı kapsayan) deneyim. Bunlardan sadece kişisel eğitim ve deneyim dikkate değerde önemli bulunmuştur. Bu tek durumda en güvenilir ilaç bilgisi kaynağıydı (Avorn ve Soumerai 1983).

Sağlık bakımı profesyonelleri tıbbi ilerlemelerde konferans ve seminerleri diğer bilgi sağlama metotlarına tercih ederler (Mossinghoff 1992). Escovitz tarafından (1991) yürütülen bir araştırmaya göre, Ohio'da beş sağlık bakımı mesleği arasında, katılanların %89'u devamlı eğitim programlarında en çok tercih edilen uygulama olarak konferansları uygun görmüşlerdir. %86'sı son 12 ay süresince konuşmacı merkezli bir programa katıldıklarını belirtmişlerdir (Keskinel 1997, s39).

İlaç firmaları ayrıca bir kongreyle beraber olmayan "tek kişilik" sempozyumlar organize ederler. Bazı sempozyumlar genellikle ürün özellikli olur ve ilaçta ulusal otoritelere sunum yapılır. Düşünce liderleri genellikle dinleyicilerden seçilir.

Sempozyumun başlıca ilerlemeleri sponsorların harcamalarına ek olarak yayınlanır (Keskinel 1997, s39).

İlaç sanayi tarafından sponsor olunan yaygın bir toplantı şekli yeni organize edilmiş bir kongrenin bir parçası olarak tutulan " uydu sempozyum "dur. Uydu sempozyum kongreden ayrı bir toplantı olarak yer alır. Firma tarafından tamamen sponsor olunur ve genellikle müteakiben bir akşam yemeği yenilir. Genellikle tema şöyledir: Çalışmayı yapan hekim/hekimler tarafından ilacı destekleyen sonuçlarla sponsorun ilaçla yürüttüğü çalışmanın sunumu yapılır (Keskinel 1997, s39).

Türkiye'de üreticiler ve ithalatçılar herhangi bir kongrenin, sempozyumun veya seminerin düzenlenmesini veya bu faaliyetlere katkılarını olaydan bir ay önce Sağlık Bakanlığı'na bilgi vermek yoluyla bildirmelidir (Ustel ve Herxheimer 1992). Herhalde Bakanlık açıkça herhangi bir ticari olayı değiştirmek için araya girebilir (Lexchin 1992, s417).

Türkiye'de hem firmaların sponsor olduğu tıbbi toplantılarda, hem de tıbbi toplantılara katılan hekimlerin desteğinde hiçbir düşüş gözlenmemiştir. Bundan başka, bilgi değişimi programları hem Türkiye'de faaliyet gösteren çok uluslu firmalar, hem de ulusal firmalar arasında yaygın bir uygulama değildir (Keskinel 1997, s39).

Türkiye'de uygulanan sponsorluk ve sağlık sistemi incelendiğinde gelişmiş ülkelerdeki sistemlerden farklı uygulamalara rastlamaktayız. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na tamamen bağlı olan yerli ve yabancı ilaç firmaları hem yasal düzenlemelerle boğuşmakta, hem de sağlık sisteminin kangren haline gelmesine neden olan sağlık sigortası kurumlarının ödeme düzensizlikleri ile boğuşmaktadır. Ortam bu şekilde olunca, ilaç firmaları da kendi ilaçlarının hekimler tarafından reçetelere yazılmasını sağlamak için her türlü fırsatı kollamaktadır. Kontrol mekanizmalarının zayıf olduğu ülkemizde herhangi bir kongrenin, sempozyumun veya seminerin sponsoru olmak ilaç firmaları için kaçırılmaz bir fırsat olmaktadır.

Herhangi bir kongreye, sempozyuma veya seminere sponsor olan ilaç firması, katılan tüm hekimlerin her türlü harcamasını karşılamakta, sosyal ve spora yönelik

faaliyetler düzenlemektedir. Böylece hekimlerin hoş vakit geçirmesini sağlamaktadır. Bu durum hekimde ilaç firması hakkında olumlu düşünceler oluşmasına ve firmaya karşı sempati taşınmasına yardımcı olmaktadır. Sonuçta ilaç firmalarının amacı kazancını arttırmaktır.

5.4.6. Yayınlanan Literatürlerin Karar Verme Sürecine Etkileri

1980'lerin başlarına kadar reçeteli ilaç üreticileri bu ilaçların eczacılara, hastanelere ve hekimlere promosyonunu kısıtlamışlardır. İlk olarak promosyon kişisel satış ve tıbbi dergilerde reklam şeklini almıştır. Çoğu tüketici ürün, ürünün kullanımı ve potansiyel tehlikeleri hakkında bilgi sahibi olamazken, tıp profesyonelleri bilgiyle bombardıman edilmişlerdir (Sheffert ve Kopp 1990, s42).

İlaç bilgisi için talep artmaktadır. Hastalar ayrıca bilgi kaynaklarını sağlamlaştırmaktadırlar. The Physician's Desk Reference Kitabı herhangi bir konu üzerinde kabul edilebilir ve popüler referans kitaplarından biridir. Kapsamlı olmasa da, hareket mekanizmaları, etkileşimleri, ters etkileşimleri ve yan etkileri üzerinde detayları içererek ilaç ürünlerini kapsayan gerçeğe dayanan malzemeleri gösterir (Bleidt 1992).

Bir kaç çalışma dergi makalelerinin, geniş kullanımının hekim düşünce liderleri arasında daha sık olduğunu, dergi makalelerinin hastalığın şiddeti arttıkça daha sık şekilde kullanıldığını ve dergi makalelerinin yeni ilaç ve genel reçete yazma bilgisi ihtiyacını arttırdığını bulmuştur (Stolley et al 1972).

Dergi makaleleri tıbbi bilginin kaynağı olarak sık sık kullanılmaktadır. Dergi makaleleri en güvenilir ve en sık görünen bilgi kaynaklarıdır (Shearer et al 1978; Smith et al 1975; Evans ve Beltramini 1986). Dergi makalelerindeki bilgi, hekimlerin reçete yazma davranışını etkilemektedir. Dergi makalelerinin kullanımı uygun reçete yazma davranışı ve belirli ilaçların erken adaptasyonu ile birleştirilir (Williams ve Hensel 1991).

Dergi makaleleri "yeni tıbbi bilginin kaynağı ve tıbbi bilgimizin stok edildiği yerler"dir (Roberts 1987). Şaşırtıcı olmasa da, ilaç bilgisinin kaynakları olarak dergi makalelerinin kullanılması en olası (Evans ve Beltramini 1986), en güvenilir

(Shearer, Gagnon ve Eckel 1978) ve en uygun görünen (Menzel ve Katz 1955-56; Smith, Sorbey ve Sharp 1975; Winick 1961) ve "iyi" (Harelík et al 1975) olduğu bulunmuştur. Dergi makalelerinin kullanımı uygun veya "iyi" reçete yazma davranışıyla (Becker et al 1972; Stolley et al 1972) ve hekimlerin reçete yazma davranışını etkileyen dergi makalelerindeki bilgiyi göstererek, belirli ilaçların (Menzel ve Katz 1955-56) daha önceki benimsemeye beraber birleştirilmiştir. Bundan başka Avorn ve Soumerai (1983) ile Avorn, Chen ve Hartley (1982) dergi makalelerinin önemli bir rol oynamasına rağmen, dergilere güvenilmediğini ileri sürmüşlerdir. Diğer araştırmacılar ayrıca dergi makalelerinin, ilaç bilgisi kaynakları olarak ilaç satış elemanlarıyla temasta bulunmaktan daha az yararlı olduğunu (Goffin 1953; Menzel ve Katz 1955-56), daha az bahsedildiğini (Caplow ve Raymond 1954) ve daha az uygun bulunduğunu (Coleman, Katz ve Menzel 1957; Goffin 1955-1959) bulmuşlardır. Benzer olarak Hess (1974) dergilerle ilaç satış elemanından daha az zaman harcadığını bulmuştur (Williams ve Hensel 1991).

Dergi makalelerinin önemi artmış ve ilaçlar hakkında hekimleri tercih ettiği bilgi kaynağı olarak kalmıştır. Bundan başka araştırılmamış geçmiş çalışmalar gibi dergilerin en sık ve esaslı bir şekilde okunduğunu belirtmemektedir. Journaller hatasız varsayılmasına rağmen, pazarlamacılar birkaç yolla dolaylı olarak içeriklerini etkilemek için girişimde bulunabilirler. Akademik oluşumlarda bağımsız araştırmanın finansmanı sık sık yayınlanan raporlarla sonuçlanır. Aynı biçimde ilaç firmalarının araştırma çalışanları, tercih edilen tıbbi dergilere yönelik araştırma sonuçlarına boyun eğmek için teşvik edilmelidir. Bunlara ek olarak, halkla ilişkiler çalışmaları yazı politikalarını ve yazı içeriklerini etkileme ümidinde dergilerin yazı işlerine yönlendirilebilir (Williams ve Hensel 1991).

Hekimlerin ilaç bilgisi kaynakları hakkındaki bir yazın taramasında, Williams ve Hensel (1991) dergi makalelerinin ilaçlar hakkında en yüksek dereceli bilgi kaynağı olduğunu bulmuşlardır (Keskinel 1997, s35).

İlaç bilgisinin ticari olmayan kaynakları hem önemli kalmış hem de artmıştır. Dergi makalelerinin önemi değişmemiş, en çok tercih edilen bilgi kaynağı olarak kalmıştır (Williams ve Hensel 1991).

Tıbbi dergi reklamları ilaç firmalarının hekimlere doğrudan ulaşımında bulunmaya ektir. İlanlar, efektifliği ve güvenilir, doğrudan hasta yararları kadar aynı bilgiyi sağlayarak hekimlerin bilgi toplama sürecine katkıda bulunur (Mössinghoff 1992)



5.4.7. Diğer Bilgi Kaynaklarının Karar Verme Sürecine Etkileri

İlaç firmalarının ilaçlarının satışlarını arttırmak için kabul edilebilir birkaç alternatifleri vardır. Onlar, hekimlerin reçete yazma kararını etkileyebilirler. Veya onlar hastaya aynı etkilere sahip diğer ilaçlar reçeteye yazıldığı zaman, kendi ilaçlarını temin etmesi için eczacıları etki altında bırakabilirler. Diğer bir alternatif de, her zaman mümkün olmamakla birlikte, hastaları etkilemektir. Böylece onlar reçeteye yazılan ürünleri değiştirecekler veya hangi ilaç reçeteye yazılırsa yazılsın, kendi ilaçlarını alacaklardır (Keskinel 1997, s39).

Hastanelerin, Sağlık Koruma Örgütlerinin yaptığı gibi muhtemel reçete yazımlarının büyük bir bölümü için aracılık etme yeteneği vardır. Geleneksel olarak hastaneler hastalara uygun ilaçların topluluğunu sınırlayan bir ilaç kataloğuna sahiptirler. Bu durum onların ve diğerleri arasında, hastaneler ve hekimlerin tedavi etme şekillerini reçeteye yazmasını etkileyebilir. Hastane yöneticileri Sağlık Koruma Örgütleri yöneticileri gibi, ilaç üreticileriyle indirimler üzerinde pazarlık edebilirler. Çünkü onların özel bir tedavi kategorisinde bir ilaç isteyebilen müşterilerin büyük bir bölümüne üreticilerin girişini büyütme veya reddetme yetenekleri vardır (Elzigna ve Mills 1997, s287).

Bir ilaç kataloğu hekim tarafından reçeteye yazılabilecek ilaçların bir listesidir. 1995'te Sağlık Koruma Organizasyonlarının %97.9'u ilaç kataloglarını kullandılar. Çünkü işverenlerin %79.1'i kullandı (Ciba Geneva Pharmaceuticals 1996). Kataloglar açık, kapalı, yarı kapalı, yasaklı, özendirici, olumlu, olumsuz veya tercihli olarak sınıflandırılabilirler (Goldberg 1997). Açık bir katalog, tedarikçilerin birkaç kısıtlaması ile birlikte kapsamlı bir ilaç listesidir. Kapalı bir katalog; işveren, sigortacı ve Sağlık Koruma Organizasyonları tarafından seçilen kısıtlı bir ilaç listesidir. Sadece listelenmiş ilaçlar reçeteli ilaç planı altında saklıdır. Kısmen kapalı bir katalog, saklı olmayan veya tüm bir sınıf ilaçlar için masraflarının

karşılanmayacağı seçilen birkaç ilaçla birlikte açık bir katalogtur. Kısıtlı bir katalog, mümkün olduğu takdirde yazılabilen jenerikler veya yalnızca hekimlerin spesifik olarak reçeteye yazabileceği belirli ilaçları gerektiren katalogtur. Özendirici katalog, ekonomik koşullar içinde tercihli ürünlerin kullanımını destekleyen katalogtur. Olumlu, olumsuz ve tercihli kataloglar, kataloğun nasıl sunulduğu ile ilgilidir. Kapalı ilaçların (olumlu) listesi, kapalı olamayan (olumsuz) ilaçların listesi veya reçeteye yazılması tercihli olanların listesi (Matt et al. 1998, s287).

Hekimler çoğu durumda uygun ilacın seçiminde karar veren makam rolünü oynamaktadır. Eczacılar ise etkileyen kişilerdir. Türkiye’de eczacılar hastanın reçetesine yazılmış marka isimli bir ilaç yerine, aynı etkilere sahip jenerik bir ilacı sağlamaya yasal olarak hakları bulunmaktadır. Bu hak bazı durumlarda eczacının durumunu bir acenteden çok bir manipülatör olarak değiştirir. Böylece ilaç firmaları için önemleri artar (Keskinel 1997, s41).

Eczacılık konularındaki eğitimlerin ve öğrenimlerin temelinde, eczacıların ilaçlar hakkında sık kullanılan tek sorumlu bilgi kaynağı olması beklenebilir. Eczacılar hekimlerin ilaç bilgisinin kaynakları olarak seyrek çalışılır ve bahsedilirler. Bunlardan başka Stolley ve arkadaşları (1972) daha iyi reçete yazma davranışıyla ilgili bir bilgi kaynağı olarak eczacıların kullanılmadığını bulmuşlardır (Williams ve Hensel 1991).

Arkadaşının bilgilerinin doğruluğu hakkında firmaların aksine, eczacılar doğru ilaç bilgisine sahiptirler. Onlar daha elverişli kabul edilebilir. Halk genellikle eczacılarını hekimlerinden daha sık görürler (Williams ve Hensel 1995, s35).

Doğrudan posta 18 Y.Y.’dan beri yoğun bir şekilde kullanılmış olmasına rağmen, günümüz ilaç sanayiinin daha efektif metotlarla dünyada her bir bölgeye ilerleme olasılığı içinde güncel bir pazarlama çalışması değildir. Bu ayrıca son çalışmalarındaki (1980’lerden sonra) araştırmacıların araştırmalarında ilaç promosyonunun bir kaynağı olarak doğrudan postayı ölçmeyi dikkate almadıkları gerçeğini sonuçlandırabilir (Williams ve Hensel 1991).

Doğrudan posta ilaçlar hakkında hekimlerin bilgi kaynağı olarak kayda değer derecede önemini yitirmiştir (Williams ve Hensel 1991).

5.4.8. İlaç Firmalarının Reklam Faaliyetlerinin Karar Verme Sürecine Etkileri

İlaç firmalarının halkla iletişim kurma hakları vardır. Bu firmalar ürünlerini hastalar ve hekimlerce iyi tanınmasını sağlayarak pazar paylarını arttırmayı ummaktadırlar. İlaç yöneticileri doğrudan müşteriye yapılan reklam çalışmalarını yapmanın yüksek seviyelerdeki bilinirlik, yatırımlarını en yüksek getiriye sağlamak için fonlarını en iyi nasıl harcayacağını belirlemeye çalışmaktadırlar (Terzian 1999, s149).

Daha fazla talep oluşturmak için daha belirli pazarlama araştırması ve tutundurma faaliyetleri gerekli olacaktır (Bleidt 1992).

Reklam tüketici bilincini ve bir ürünün denenmesini artırır. Bu üreticileri ürünün ve sponsor olunan organizasyonun başarı şansını artırır. Psikolojik motivasyon, pazarlanmış bir ürünün başarısıyla ve ürünün satışları ile kabulüyle sağlanan gelirle mümkün kılınır. Üreticilere yeni ürünler bulması için cazibe ve kaynaklar sağlamaktadır (Festeruand ve Tucker 1990). Yani reklam gelişimi destekler (Keskinel 1997,s 52).

İlaç sanayi özellikle pazarlama uygulamalarıyla ilgili bir gelişim süreci içindedir. Çoğu ilaç firmaları reklam faaliyetlerini eskiden olduğu gibi hekimlere yönelik olmaktan daha çok doğrudan tüketicileri hedeflemeyi düşünmektedirler (Festeruand ve Tucker 1990: Economist 1994).

Doğrudan tüketiciye reklamın asıl amacı insanlara ihtiyaç duyduklarında profesyonel yardım aramayı öğretmektir (Smith 1992). Bir çok insan hastalıklarından haberdar olmazlar. Çünkü belirtileri bilmezler. Onlar sağlık durumlarını bilseler de, onlar bunun etkili bir şekilde tedavi edilebileceğini bilmezler. Bazı reklamlar yoluyla, hastalar bu rahatsızlıkların kabul edilebilir tıbbi tedavilerini öğrenirler. Bu eğilimi destekleyenler, daha çok kişinin kendi hastalıklarını bulacak ve doğrudan



tüketiciye reklamla tıbbi yardım arayacaklarını savunmaktadırlar (Festerüand ve Tucker 1990).

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi, reklamlarda ilaçların yan etkilerinin tamamen ortaya çıkmaksızın bir ilaç tedavisinin hem ismini hem de hastalıktan bahsedilmesini yasaklamaktadır. Çünkü ters etkileşimleri oldukça uzun olabilir. 30 saniye içinde tüm bunları başarmanın zor olduğu apaçık ortadadır (Miller ve Barrett 1989). O nedenle; üreticiler hastalıktan bahsetmeden markadan bahsetme ve markadan bahsetmeden belirtilerden bahsetme arasında seçim yapmalıdırlar. Pazarda rekabet varsa, üreticiler ürünün kullanıldığı spesifik rahatsızlıktan bahsetmeksizin marka ismi üzerinde yoğunlaşmayı seçebilirler. (Alperstein ve Peyrot 1993, s50).

Müşteriler genel olarak reçeteli ilaç reklamlarına karşı olumlu tutum taşımışlardır. Ama bu durumun reçeteli ilaç fiyatlarını düşürmeye yönelttiğine inanmamaktadırlar. Hemen hemen katılanların %70'i reçeteli ilaç reklamlarının kendilerinin eğitimine yardım edeceğine inanmaktadırlar. 1/3'ünden daha azı bu reklamların kafalarını karıştırdığına inanmaktadır. Bundan başka, sadece %20'si reçeteli ilaç reklamının ilaç tedavilerinin fiyat üzerinde bir indirim yönelttiğini düşünmektedirler (Alperstein ve Peyrot 1993, s50).

Yapılan bir çalışmada, katılanların 2/3'ünden fazlası bu reklamların müşteriye eğittiğini düşünmektedir. 1/3'ünden azı müşterilerin kafasını karıştırdığını düşünmektedir. Katılanların 1/3'ünden daha azı hekimlerin ilaç bilgisinin somut kaynağı olduğunu veya ilaç reklamının hasta-hekim ilişkisini zayıflatacağını düşünmektedirler. Bu düzene tek istisna, katılanların sadece 1/5'inin ilaç reklamlarının fiyatları düşüreceğini düşünmesidir (Alperstein ve Peyrot 1993, s50).

Gelişmekte olan ülkelerdeki ilaç promosyonu 1970'lerin sonlarında firmaların büyük ilgilerini ortaya çıkarmıştır. Çoğu büyük ilaç firmaları politikalarını ve Üçüncü Dünya Ülkelerindeki pazarlamayla ilgili prosedürleri değiştirmişlerdir. Lexchin gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasındaki ilaçların pazarlanmasındaki çifte standarda dikkat çekmiştir (Montagne 1992, s195).

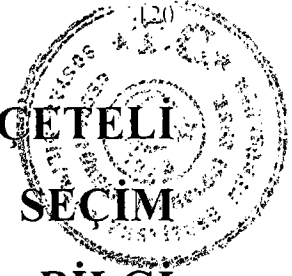
Eğer çok uluslu firmaların daha az gelişmiş ülkelerde birinci öncelikli olarak bahse konu ülkelerin refahı için faaliyet gösterdiklerini söylersem, boş yere konuşuyor olacaktım... Onlar psikopos değil işadamlarıdır (Lexchin 1992, s417).



Bir hekimin çalışma tarzından bir hastanın sağlık sigortasının kapsamına, bir hastanın ilaç için algıladığı ihtiyaca kadar bir çok faktörün reçeteye yazmaya etki yapmasına rağmen, doğrudan müşteriye yapılan reklamların ilaç firmaları için yatırımlarının en yüksek geri dönüşümü ve en çok etkiye sahip olması artan bir şekilde hedeflenir. Bu reklamlar eğer efektif değilse, çok üretken değildir. Bu reklamlar sırasıyla bilinçli ve eğitimli müşteriler yaratır. Doğru tedavinin seçilebilmesini sağlamada nihai sorumluluk hekimindir (Terzian 1999, s149).



6. HEKİMLERİN ALTERNATİF REÇETELİ İLAÇLAR ARASINDA YAPTIKLARI SEÇİM KARARLARI ÜZERİNDEKİ FARKLI BİLGİ KAYNAKLARININ ETKİLERİNE YÖNELİK YAPILAN BİR ARAŞTIRMA



6.1. Araştırma Kapsamı

Bu bölümde; araştırmanın amacı, araştırma metodolojisi, araştırılan hipotezler, örneklemin seçimi ve araştırmanın sınırlamaları sunulmuştur.

6.1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın ana amacı; Türkiye’de hekimlerin reçeteye yazacakları ilaçlara karar verme sürecine etki eden faktörleri analiz etmek ve bilgi kaynaklarına başvurma frekansının ortaya çıkarılmasını sağlamaktır. Ayrıca hekimlerin reçete yazmada algıladıkları riskler (sakıncalar) araştırılmıştır. Bundan başka hekimlerin reçeteye yazdıkları ilaçlarla ilgili bilgi kaynaklarından yararlanma sıklığı araştırılmıştır.

Başlıca araştırma soruları şu şekilde olmuştur.

- Reçete yazma kararlarında piyasaya yeni çıkmış olan ilaç hakkında hekimlerin algıladıkları risk,
- Bir ilacın satışlarını etkileyen başlıca faktörler,
- Hekimlere ürünü hatırlatmada tutundurma faaliyetlerinin etkinliği,
- Üretici firmanın hekimler tarafından tanınmasının reçete yazma davranışına etkileri,
- Reçete yazma davranışında hekimlerin bilgi kaynaklarını kullanma sıklığı,

- Hekimlerin ilaç hakkındaki bilgi düzeylerinin reçete yazma davranışına etkileri.
- Ayrıca yukarıdaki sorulara ilişkin hekimlerin algıları ve gerçek durumun karşılaştırılması

6.1.2. Araştırmada Kullanılan Metodoloji

6.1.2.1. Araştırmanın Dizaynı

Çalışmanın ana konusu; literatür tekrarı bölümünde belirtilen ve araştırma süresince geliştirilen değişkenleri kullanarak hekimlerin çeşitli ilaç bilgisi kaynaklarının reçete yazma davranışına etkinliğini tanımlamaktır.

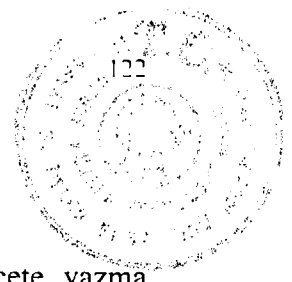
6.1.2.2. Veri Toplamada Kullanılan Yöntem ve Araç

Türkiye’de ilaç ürünleri pazarlaması hakkında birincil veriyi toplamak için veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Soruların tamamına yakın bölümünde ikili ve çoklu sabit seçenekli sorular kullanılmıştır. Sadece üç adet soruda açık-uçlu sorular kullanılmıştır.

Anketlerin tamamı, kamu (Devlet, SSK, Araştırma ve Eğitim, Vakıf, Askeri, Üniversite ve diğer çeşitli hastaneler) ve özel hastanelerde, hekimlerle birebir görüşülerek yapılmıştır.

6.1.2.3. İkincil Verilerin Toplanmasında Kullanılan Yöntem ve Araç

İkincil veriler: İstanbul’daki hekimlerin sayısı ve seçilen ilaç grubundaki ürünlerin satış rakamları Sağlık Bakanlığı ile Tıbbi Bilgi İstatistikleri (IMS) kayıtlarından alınmıştır.



6.1.2.4. Çalışmada Kullanılan Değişkenler

Bu çalışmada: bir ilacın satışlarını etkileyen ve hekimlerin reçete yazma davranışına etki eden bilgi kaynaklarını açıklamak için aşağıdaki değişkenler kullanılmıştır.

- * Bağımlı Değişkenler : Hekimin Bilgi Düzeyi
Hekimlerin Bilgi Kaynaklarını Tercihi
- * Bağımsız Değişkenler : Meslektaşlar
Klinik Deneyimler
Literatür ve Makaleler
Üretici Firma Faaliyetleri
Promosyon Malzemeleri
Ürün Reklamları
Kongre/Seminer/Konferanslar
Sosyal Güvence Kuruluşları
Numune Verme
Ürün Fiyatı
Risk Algısı
Fiyat Bilgisi

Ankette kullanılan değişkenler hem araştırmacı tarafından geliştirilmiş, hem de önceden yürütülen çalışmalardan alınmıştır.

6.1.2.5. Hipotezler

Hipotez 11 (H11) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, meslektaş tavsiyelerin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 12 (H12) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, klinik deneyimlerin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.



Hipotez 13 (H13) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, üretici/firma faaliyetlerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 14 (H14) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 15 (H15) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, ilaç numunelerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 16 (H16) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, seminer/kongre/konferansların hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 17 (H17) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, literatür ve makalelerin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 18 (H18) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, reklamların hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 19 (H19) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.) hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 21 (H21) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, meslektaş tavsiyelerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 22 (H22) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, klinik deneyimlerin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.



Hipotez 23 (H23) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, üretici firma faaliyetlerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 24 (H24) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 25 (H25) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, ilaç numunelerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 26 (H26) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, seminer/kongre/konferansların hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 27 (H27) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, literatür ve makalelerin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 28 (H28) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, reklamların hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 29 (H29) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.) hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Hipotez 31 (H31) : “Genel Bilgi Düzeyi”; “Meslektaş Tavsiyeleri”, “Klinik Deneyimler”, “Üretici Firma Faaliyetleri”, “Sosyal Güvenlik Kuruluşları”, “İlaç Numuneleri”, “Tıbbi Toplantılar”, “Literatür ve Makaleler”, “Reklamlar” ve “Diğer Bilgi Kaynakları”nın bir fonksiyonudur.

Hipotez 32 (H32) : “Genel Bilgi Düzeyi”; uzun zamandır piyasada olan bir ilaç hakkındaki “Meslektaş Tavsiyeleri”, “Klinik Deneyimler”, “Üretici Firma

Faaliyetleri", "Sosyal Güvenlik Kuruluşları", "İlaç Numuneleri", "Tıbbi Toplantılar", "Literatür ve Makaleler", "Reklamlar" ve "Diğer Bilgi Kaynakları"nın etkililik algılarının bir fonksiyonudur.

Hipotez 33 (H33) : "Genel Bilgi Düzeyi"; piyasaya yeni çıkmış bir ilaç hakkındaki "Meslektaş Tavsiyeleri", "Klinik Deneyimler", "Üretici Firma Faaliyetleri", "Sosyal Güvenlik Kuruluşları", "İlaç Numuneleri", "Tıbbi Toplantılar", "Literatür ve Makaleler", "Reklamlar" ve "Diğer Bilgi Kaynakları"nın etkililik algılarının bir fonksiyonudur.

Hipotez 34 (H34) : "Hekimin İlaç Tercihi"; **uzun zamandır piyasada olan bir ilaç** hakkındaki "Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algısı", "Klinik Deneyimlerin Etkililik Algısı", "Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algısı", "Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algısı", "İlaç Numunelerinin Etkililik Algısı", "Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı", "Literatür ve Makalelerin Etkililik Algısı", "Reklamların Etkililik Algısı", "Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algısı", "Fiyat Bilgisi" ve "Risk Algısı"nın bir fonksiyonudur.

Hipotez 35 (H35) : "Hekimin İlaç Tercihi"; **piyasaya yeni çıkmış bir ilaç** hakkındaki "Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algısı", "Klinik Deneyimlerin Etkililik Algısı", "Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algısı", "Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algısı", "İlaç Numunelerinin Etkililik Algısı", "Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı", "Literatür ve Makalelerin Etkililik Algısı", "Reklamların Etkililik Algısı", "Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algısı", "Fiyat Bilgisi" ve "Risk Algısı"nın bir fonksiyonudur.

6.1.2.6. Örneklemenin Oluşturulması

Türkiye’de reçete yazma davranışını araştırmak için örnekleme oluşturmada hekimler seçilmiştir. Örneklemi oluşturmak için pratisyenler, jinekologlar, dermatologlar ve dahiliye uzmanlarından oluşan hekimler seçilmiştir.

Örnekleme oluşturan hekimlerin seçiminde, hekimlerin spesifik karar vermesini sağlamaya yönelik olarak ankette yer alan ilaç grubu da etkili olmuştur. Bu ilaçların ortak özellikleri, Sistemik Antifungal rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan ve bileşiminde tek etken madde olarak Flukonazol bulunmasıdır. Seçilen ilaçlar ve üretici firmalar, **Flucan** (PFIZER), **Zolax** (SANOVEL), **Biocanol** (FAKO), **Candidin** (TOPRAK İLAÇ), **Lumen** (MUSTAFA NEVZAT), **Fluzole** (BİOFARMA), **Kandizol** (NOBEL İLAÇ) ve **Fluconal** (HÜSNÜ ARSAN)'dır.

Seçilen ilaç grubunun tüketimi, %67'sini pratisyen hekimler, %8'ini dermatologlar, %22'sini jinekologlar ve %3'ünü iç hastalıkları uzmanları tarafından reçetelere yazılmak suretiyle gerçekleşmektedir.

Araştırmada kullanılan anketler, kamu ve özel hastanelerde görev yapan hekimlere uygulanmıştır. Kamu hastaneleri, SSK, Araştırma ve Eğitim, Devlet, Üniversite, Vakıf ve diğer hastaneleri kapsamaktadır. Özel hastanelerin değişik kategorilere ayrılmasının sebebi, hizmet verdikleri müşteri profillerinin, sahip oldukları tedavi olanaklarının finanssal çıkarlarının, kullandıkları teknolojik gelişmelerinin ve gelir kaynaklarının birbirine benzer olmasıdır.

Örnekleme oluşturmak için en uygun yöntem kullanılmıştır. Kamu ve özel hastanelerde görev yapan hekimlerle birebir temasta bulunulmuştur. Anketler birebir görüşmeler esnasında uygulanmıştır.

İstanbul'da aktif olarak çalışan toplam hekim sayısı (T.C. Sağlık Bakanlığı verileri) 11694 kişidir. Bu çalışma için seçilen ilaç grubunu reçeteye yazan hekim sayısı; 3474'ü pratisyen hekim, 627'si jinekolog, 417'si dermatolog ve 891'i dahiliye uzmanı olmak üzere toplam 5409'dur. Yukarıda da belirtilen uzmanlık alanları göz önüne alınarak oluşturulan örneklem, 75 pratisyen hekimden, 25 jinekologdan, 9 dermatologdan ve 3 dahiliye uzmanından oluşturulmuştur.

Anketi test etmek amacıyla altı hekimin katıldığı bir pilot uygulama yapılmıştır. Anketi doldurmaları ortalama 10-12 dakika zaman almıştır. Pilot çalışma ile ilgili hekimlerin başlıca yorumları genel olarak olumlu olmakla birlikte, özellikle yedi numaralı sorunun yanıtlanmasında daha fazla dikkat harcanması gerekliliği

hekimler tarafından ortaya konulmuştur. Veriler ikili görüşmeler yoluyla toplandığından, katılım oranı ve tüm soruları cevaplama oranı oldukça yüksek gerçekleşmiştir.

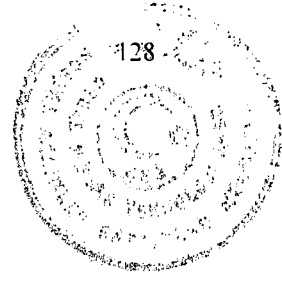
İstanbul genelinde faaliyet gösteren hastanelerin 21'sinde (14'ü kamu, 7'u özel) görev yapan 161 hekimle temas sağlanmıştır. 49 hekim yoğun çalışma temposu ve anket doldurmaktan sıkıldıklarını belirtmesi nedeniyle anket uygulamasına katılmayı reddetmişlerdir. Sonuç olarak anket çalışması 112 hekimle gerçekleştirilmiştir.

6.1.2.7. Araştırmanın Kısıtlamaları

Çalışmanın en önemli kısıtlaması, ülkemizde hekimlerin yoğun çalışma tempoları nedeniyle anket çalışmalarına ilgi göstermemesidir. Bununla beraber hekimler, elektronik posta yoluyla anket çalışmalarına da düşük ilgi göstermektedirler. Ayrıca Türkiye genelinde yapılacak bir çalışmanın hem maliyeti, hem de zamansal boyutu dikkate alındığında, çalışmanın kapsamı Türkiye genelinden İstanbul geneline değiştirilmiştir.

Bilindiği gibi Türkiye'de uygulanmakta olan Sağlık sistemi (zorunlu hizmet uygulaması) atama (görevlendirme) şeklinde olması nedeniyle, uygulama çalışması yapılan hekimlerin de Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde görev yapmış olmaları sistemin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bundan dolayı çalışmada örnekleme oluşturan hekimlerin tüm Türkiye'yi temsil edebilme yeteneğini arttırdığı düşünülmektedir.

Bir diğer kısıtlama da, hekimlerin çalışma programlarının yoğunluğudur. Özellikle kamu hastanelerinde hekimler günde yaklaşık olarak 40-80 hastaya hizmet vermeleridir. Bu koşullar nedeniyle hekimlerin anket uygulamalarına katılma istek ve zamanlarını azalttığı görülmektedir.



6.2. Verilerin Analizi

6.2.1. Veri Analizinde Kullanılan Yöntemler

Veriler anketler aracılığıyla toplanmıştır. Anket içerisindeki değişkenler İstatistiksel Analiz Programı “ SPSS 7.5 for Windows ” kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz için, frekanslar dağılımları, t-test’leri ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Bu bölümde gerekli görülen değişkenlerin frekans dağılımları ve histogramları sunulmuştur.

6.2.2. Analiz Bulguları

6.2.2.1. Çalışmada Kullanılan Değişkenlere Ait Frekans Dağılımları

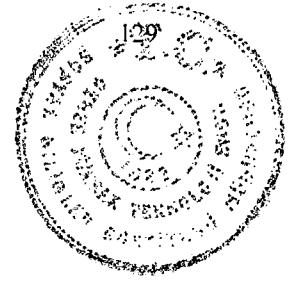
Bu bölümde, gerekli görülen değişkenlerin frekans dağılımları analizi yapılan bazı değişkenlerin histogramları sunulmuştur.

Çizelge 6.1. Hekimlerin Cinsiyet Bilgileri Çizelgesi

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Bayan	50	44,6	44,6	44,6
Bay	62	55,4	55,4	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.1.’de görüldüğü gibi; örnekleme oluşturan hekimlerin % 55,4’ü erkek, %44,6’sı ise bayanlar olmuştur.

Çizelge 6.2. Hekimlerin Yaş Bilgileri Çizelgesi



	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
23-31 arası	47	42,0	42,0	42,0
32-40 arası	55	49,1	49,1	91,1
41-49 arası	10	8,9	8,9	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.2.'de görüldüğü gibi: katılan hekimlerin % 42'si 23-31 yaşları arasında, % 49,1'inin 32-40 yaşları arasında, % 8,9'unun 41-49 yaşları arasındadır.

Çizelge 6.3. Hekimlerin Mesleki Tecrübe Bilgileri Çizelgesi

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
0-5 Yıl	30	26,8	26,8	26,8
6-10 Yıl	31	27,7	27,7	54,5
11-15 Yıl	38	33,9	33,9	88,4
16-20 Yıl	4	3,6	3,6	92,0
21 Yıl ve daha çok	9	8,0	8,0	100
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.3.'e bakıldığında; anket uygulamasına katılan hekimlerin % 26,8'inin mesleki deneyimlerinin 0 ile 5 yıl arasında olduğu, % 27,7'sinin mesleki deneyimlerinin 6 ile 10 yıl arasında olduğu, % 33,9'unun mesleki deneyimlerinin 11 ile 15 yıl arasında olduğu, % 3,6'sının mesleki deneyimlerinin 16 ile 20 arasında olduğu, % 8'inin mesleki deneyimlerinin 21 yıldan daha fazla olduğu görülmektedir.

Çizelge 6.4. Hekimlerin İşyeri Bilgileri Çizelgesi

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Özel Hastaneler	13	11,6	11,6	11,6
Kamu Hastaneleri	99	88,4	88,4	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.4.'te görüldüğü gibi; çalışmaya katılan hekimlerin % 88'4'ü kamu hastanelerinde, % 11,6'sı özel hastanelerde görev yapmaktadırlar.

Çizelge 6.5. Hekimlerin Uzmanlık Bilgileri Çizelgesi

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Pratisyen	75	67,0	67,0	67,0
Uzman Jinekolog	25	22,3	22,3	89,3
Uzman Dermatolog	9	8,0	8,0	97,3
Uzman Dahiliye	3	2,7	2,7	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Örneklem anket uygulanacak hekimlerin seçiminde kullanılan yöntem uygun olarak oluşturulmuştur. Zira çizelge 6.5.'e bakıldığında; örneklemin % 67'si pratisyenlerden, % 22,3'ü jinekologlardan, % 8'i dermatologlardan ve % 3'ü ise dahiliye uzmanlarından oluşmaktadır.

Çizelge 6.6. Hekimlerin Medeni Durum Çizelgesi

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Bekar	40	35,7	35,7	35,7
Evli	72	64,3	64,3	100
Toplam	112	100,0	100,0	

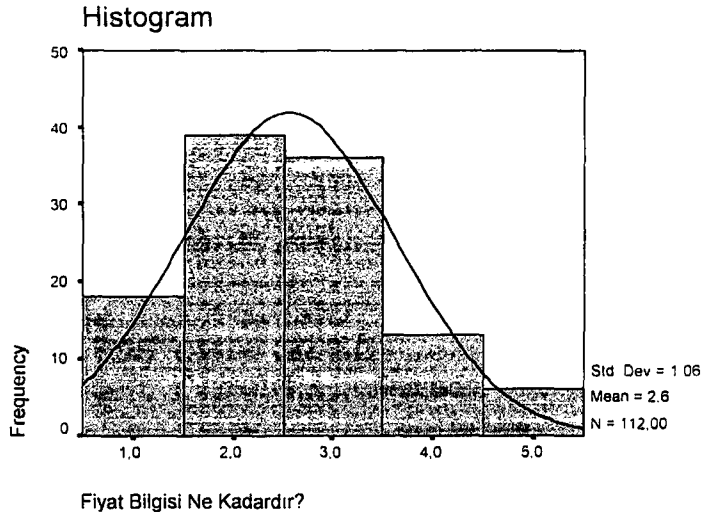
Çizelge 6.6.'ya bakıldığında; katılan hekimlerin % 64,3'ünün evli, % 35,7'sinin ise bekar olduğu görülmektedir.

Çizelge 6.7. Hekimlerin Fiyat Bilgisi Düzeyi

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Çok zayıftır	18	16,1	16,1	16,1
Az düzeydedir	39	34,8	34,8	50,9
Vasat düzeydedir	36	32,1	32,1	83,0
İyi düzeydedir	13	11,6	11,6	94,6
Çok iyi düzeydedir	6	5,4	5,4	100
Toplam	112	100	100	

Çizelge 6.7.'ye bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 5,4'ünün ilaç fiyatları hakkındaki bilgi seviyeleri çok yüksektir. % 11,6'sının ilaç fiyatı bilgileri yüksek seviyededir. % 32,1'inin vasat, % 34,8'inin düşük seviyede, % 16,1'inin ise çok zayıf olduğu görülmektedir.

Çizelge 6.8. Hekimlerin Fiyat Bilgisi Düzeyi Histogramı



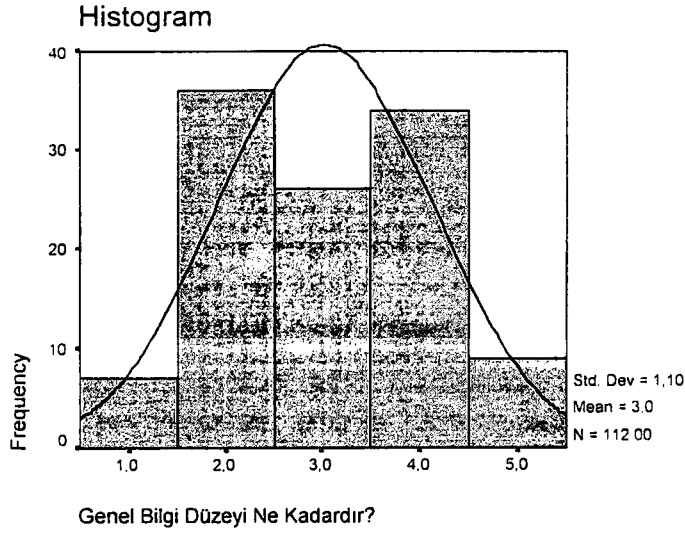
Çizelge 6.9. Hekimlerin Genel Bilgi Düzeyi

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Çok zayıftır	7	6,3	6,3	6,3
Az düzeydedir	36	32,1	32,1	38,4
Vasat düzeydedir	26	23,2	23,2	61,6
İyi düzeydedir	34	30,4	30,4	92,0
Çok iyi düzeydedir	9	8,0	8,0	100
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.9.'a bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 8'inin seçilen ilaç grubundaki ilaçlar hakkındaki genel bilgi seviyeleri çok yüksektir. % 30,4'ünün ilaçlar hakkındaki genel bilgileri yüksek seviyededir. % 23,2'sinin vasat, % 32,1'inin düşük seviyede, % 6,3'ünün ise çok zayıf olduğu görülmektedir.



Çizelge 6.10. Hekimlerin Genel Bilgi Düzeyleri Histogramı



Çizelge 6.11. Bir ilacı reçeteye yazarken bilgilerinizin ne kadarını meslektaşlarınızdan elde edersiniz?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç birini	4	3,6	3,6	3,6
Çok azını	27	24,1	24,1	27,7
Kısmen	52	46,4	46,4	74,1
Genellikle	24	21,4	21,4	95,5
Tüm bilgilerimi	5	4,5	4,5	100,00
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.11'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 4,5'i seçilen ilaç grubu hakkındaki tüm bilgilerini meslektaşlarından elde ettikleri, % 21,4'ü ilaçlar hakkında bilgilerini genellikle meslektaşlarından elde ettikleri, % 46,4'ü ilaçlar hakkında bilgilerini kısmen meslektaşlarından elde ettikleri, % 24,1'i ilaçlar hakkında bilgilerini çok azını meslektaşlarından elde ettikleri görülmektedir.

Katılanların sadece % 6.3'ünün ilaçlar hakkındaki bilgilerinin hiçbirini meslektaşlarından elde etmedikleri görülmektedir.



Çizelge 6.12. Bir ilacı reçeteye yazarken bilgilerinizin ne kadarını klinik deneyimlerinizden elde edersiniz

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Çok azını	9	8,0	8,0	8,0
Kısmen	14	12,5	12,5	20,5
Genellikle	58	51,8	51,8	72,3
Tüm bilgilerimi	31	27,7	27,7	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.12.'ye bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 27.7'si seçilen ilaç grubu içindeki sekiz adet ilaç hakkındaki tüm bilgilerini klinik deneyimlerinden elde ettikleri, % 51.8'i ilaçlar hakkında bilgilerini genellikle klinik deneyimlerinden elde ettikleri, % 12.5'i ilaçlar hakkında bilgilerini kısmen klinik deneyimlerinden elde ettikleri, % 8'i ilaçlar hakkında bilgilerinin çok azını klinik deneyimlerinden elde ettikleri görülmektedir.

Çizelge 6.13. Bir ilacı reçeteye yazarken bilgilerinizin ne kadarını üretici firma faaliyetlerinden elde edersiniz?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç birini	9	8,0	8,0	8,0
Çok azını	10	8,9	8,9	16,9
Kısmen	52	46,4	46,4	63,3
Genellikle	23	20,5	20,5	83,8
Tüm bilgilerimi	18	16,1	16,1	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	



Çizelge 6.13.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 16.1'i seçilen ilaç grubu içindeki sekiz adet ilaç hakkındaki tüm bilgilerini üretici firma faaliyetlerinden elde ettikleri, % 20.5'i ilaçlar hakkında bilgilerini genellikle üretici firma faaliyetlerinden elde ettikleri, % 46.4'ü ilaçlar hakkında bilgilerini kısmen üretici firma faaliyetlerinden elde ettikleri, % 8.9'u ilaçlar hakkındaki bilgilerinin çok azını üretici firma faaliyetlerinden elde ettikleri görülmektedir. Katılanların sadece % 8'inin ilaçlar hakkındaki bilgilerinin hiçbirini üretici firma faaliyetlerinden elde etmedikleri görülmektedir.

Çizelge 6.14. Bir ilacı reçeteye yazarken bilgilerinizin ne kadarını sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı listelerden elde edersiniz?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç birini	36	32,1	32,1	32,1
Çok azını	27	24,1	24,1	56,2
Kısmen	9	8,0	8,0	64,2
Genellikle	22	19,6	19,6	83,8
Tüm bilgilerimi	18	16,1	16,1	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.14.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 16.1'i seçilen ilaç grubu içindeki sekiz adet ilaç hakkındaki tüm bilgilerini sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinden elde ettikleri, % 19.6'sı ilaçlar hakkında bilgilerini genellikle sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinden elde ettikleri, % 8'i ilaçlar hakkında bilgilerini kısmen sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinden elde ettikleri, % 24.1'i ilaçlar hakkında bilgilerinin çok azını sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinden elde ettikleri görülmektedir. Katılanların % 32.1'inin ilaçlar hakkındaki bilgilerinin hiçbirini sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinden elde etmedikleri görülmektedir.

Çizelge 6.15. Bir ilacı reçeteye yazarken bilgilerinizin ne kadarını numunelerden elde edersiniz?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç birini	18	16,1	16,1	16,1
Çok azını	30	26,8	26,8	42,9
Kısmen	33	29,5	29,5	72,4
Genellikle	31	27,7	27,7	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.15.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 27.7'si seçilen ilaç grubu içindeki sekiz adet ilaç hakkındaki genellikle numunelerden elde ettikleri, % 29.5'i ilaçlar hakkında bilgilerini numunelerden kısmen elde ettikleri, % 26.8'i ilaçlar hakkında bilgilerinin çok azını numunelerden elde ettikleri görülmektedir. Katılanların % 16.1'inin ilaçlar hakkındaki bilgilerinin hiçbirini numunelerden elde etmedikleri görülmektedir.

Çizelge 6.16. Bir ilacı reçeteye yazarken bilgilerinizin ne kadarını seminer/kongre/konferanslardan elde edersiniz?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç birini	5	4,5	4,5	4,5
Çok azını	18	16,1	16,1	20,6
Kısmen	27	24,1	24,1	44,7
Genellikle	53	47,3	47,3	92,0
Tüm bilgilerimi	9	8,0	8,0	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

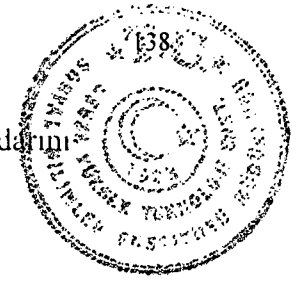


Çizelge 6.16.'ya bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 8'i seçilen ilaç grubu içindeki sekiz adet ilaç hakkındaki tüm bilgilerini seminer/kongre/konferanslardan elde ettikleri, % 47.3'ü ilaçlar hakkında bilgilerini genellikle seminer/kongre/konferanslardan elde ettikleri, % 24.1'i ilaçlar hakkında bilgilerini kısmen seminer/kongre/konferanslardan elde ettikleri, % 16.1'i ilaçlar hakkında bilgilerinin çok azını seminer/kongre/konferanslardan elde ettikleri görülmektedir. Katılanların sadece % 4.5'inin ilaçlar hakkındaki bilgilerinin hiçbirini seminer/kongre/konferanslardan elde etmedikleri görülmektedir.

Çizelge 6.17. Bir ilacı reçeteye yazarken bilgilerinizin ne kadarını literatür ve makalelerden elde edersiniz?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç birini	18	16,1	16,1	16,1
Çok azını	14	12,5	12,5	28,6
Kısmen	29	25,9	25,9	54,5
Genellikle	31	27,7	27,7	82,2
Tüm bilgilerimi	20	17,9	17,9	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.17.'ye bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 17.9'u seçilen ilaç grubu içindeki sekiz adet ilaç hakkındaki tüm bilgilerini literatür ve makalelerden elde ettikleri, % 27.7'si ilaçlar hakkında bilgilerini genellikle literatür ve makalelerden elde ettikleri, % 25.9'u ilaçlar hakkında bilgilerini kısmen literatür ve makalelerden elde ettikleri, % 12.5'i ilaçlar hakkında bilgilerinin çok azını literatür ve makalelerden elde ettikleri görülmektedir. Katılanların % 16.1'i ilaçlar hakkındaki bilgilerinin hiçbirini literatür ve makalelerden elde etmedikleri görülmektedir.



Çizelge 6.18. Bir ilacı reçeteye yazarken bilgilerinizin ne kadarını reklamlardan elde edersiniz?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç birini	40	35,7	35,7	35,7
Çok azını	37	33,0	33,0	68,7
Kısmen	35	31,3	31,3	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.18.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 31.3'ü seçilen ilaç grubu içindeki sekiz adet ilaç hakkındaki kısmen reklamlardan elde ettikleri, % 33'ü ilaçlar hakkında bilgilerinin çok azını reklamlardan elde ettikleri görülmektedir. Katılanların % 35.7'si ilaçlar hakkındaki bilgilerinin hiçbirini reklamlardan elde etmedikleri görülmektedir.

Çizelge 6.19. Bir ilacı reçeteye yazarken bilgilerinizin ne kadarını diğer bilgi kaynaklarından elde edersiniz?

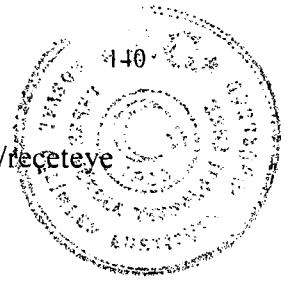
	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç birini	48	42,9	42,9	42,9
Çok azını	19	17,0	17,0	59,9
Kısmen	27	24,1	24,1	84,0
Genellikle	16	14,3	14,3	98,3
Tüm bilgilerimi	2	1,8	1,8	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.19.'a bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 1.8'i seçilen ilaç grubu içindeki sekiz adet ilaç hakkındaki tüm bilgilerini diğer bilgi kaynaklarından elde ettikleri, % 14.3'ü ilaçlar hakkında bilgilerini genellikle diğer bilgi kaynaklarından elde ettikleri, % 24.1'i ilaçlar hakkında bilgilerini kısmen diğer bilgi kaynaklarından elde ettikleri, % 17'si ilaçlar hakkında bilgilerinin çok azını diğer bilgi kaynaklarından elde ettikleri görülmektedir. Katılanların % 42.9'u ilaçlar hakkındaki bilgilerinin hiçbirini diğer bilgi kaynaklarından elde etmedikleri görülmektedir.

Çizelge 6.20. Uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken meslektaş tavsiyeleri kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	18	16,1	16,1	16,1
Etkili değildir	9	8,0	8,0	24,1
Bazen etkiler	19	17,0	17,0	41,1
Etkiler	52	46,4	46,4	87,5
Çok etkiler	14	12,5	12,5	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.20.'ye bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 12.5'i uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada meslektaş tavsiyelerinin çok etkili olduğunu, % 46.4'ü etkili olduğunu, % 17'si bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 24.1'i ise uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada meslektaş tavsiyelerinin etkili olmadığını belirtmişlerdir.



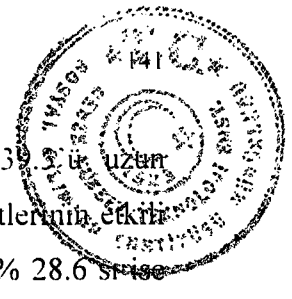
Çizelge 6.21. Uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken klinik deneyimleriniz kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	5	4,5	4,5	4,5
Etkili değildir	5	4,5	4,5	9,0
Bazen etkiler	1	,9	,9	9,9
Etkiler	31	27,7	27,7	37,6
Çok etkiler	70	62,5	62,5	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.21.'ye bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 62.5'i uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada klinik deneyimlerinin çok etkili olduğunu, % 27.7'si etkili olduğunu, % 0.9'u bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 9'u ise uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada klinik deneyimlerinin etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.22. Uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken üretici firma faaliyetleri kararınızı ne derece etkiler

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	18	16,1	16,1	16,1
Etkili değildir	14	12,5	12,5	28,6
Bazen etkiler	36	32,1	32,1	60,7
Etkiler	44	39,3	39,3	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	



Çizelge 6.22.'ye bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 39.3'ü uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada üretici firma faaliyetlerinin etkili olduğunu, % 32.1'i bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 28.6'sı ise uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada üretici firma faaliyetlerinin etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.23. Uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazarken sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listeleri kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	17	15,2	15,2	15,2
Etkili değildir	5	4,5	4,5	19,7
Bazen etkiler	5	4,5	4,5	24,2
Etkiler	58	51,8	51,8	76,0
Çok etkiler	27	24,1	24,1	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.23.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 24.1'i uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada sosyal güvence kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin çok etkili olduğunu, % 51.8'i etkili olduğunu, % 4.5'i bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 19.6'sı ise uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada sosyal güvence kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin etkili olmadığını belirtmişlerdir.

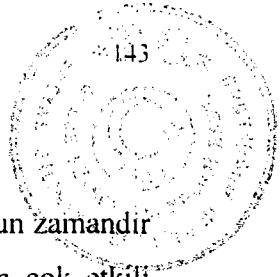
Çizelge 6.24. Uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken ilaç numuneleri kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	18	16,1	16,1	16,1
Etkili değildir	27	24,1	24,1	40,2
Bazen etkiler	37	33,0	33,0	73,2
Etkiler	30	26,8	26,8	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.24.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 26,8'i uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada ilaç numunelerinin etkili olduğunu, % 33'ü bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 40,2'si ise uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada ilaç numunelerinin etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.25. Uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken seminer/kongre/konferans kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	9	8,0	8,0	8,0
Etkili değildir	5	4,5	4,5	12,5
Bazen etkiler	10	8,9	8,9	21,4
Etkiler	61	54,5	54,5	75,9
Çok etkiler	27	24,1	24,1	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

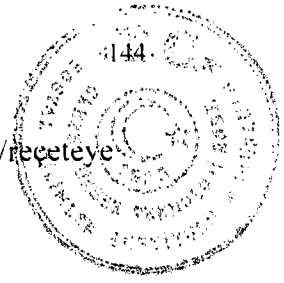


Çizelge 6.25.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 24.1'i uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada seminer/kongre/konferansların çok etkili olduğunu, % 54.5'i etkili olduğunu, % 8.9'u bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 12.5'i ise uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada seminer/kongre/konferansların etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.26. Uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken literatür ve makaleler kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	14	12,5	12,5	12,5
Etkili değildir	5	4,5	4,5	17,0
Bazen etkiler	5	4,5	4,5	21,5
Etkiler	61	54,5	54,5	76,0
Çok etkiler	27	24,1	24,1	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.26.'ya bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 24.1'i uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada literatür ve makalelerin çok etkili olduğunu, % 54.5'i etkili olduğunu, % 4.5'i bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 17'si ise uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada literatür ve makalelerin etkili olmadığını belirtmişlerdir.



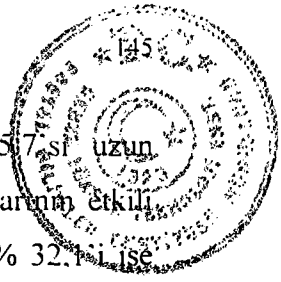
Çizelge 6.27. Uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken reklamlar kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	35	31,3	31,3	31,3
Etkili değildir	19	17,0	17,0	48,3
Bazen etkiler	40	35,7	35,7	84,0
Etkiler	18	16,1	16,1	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.27.'ye bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 16.1'i uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada reklamların etkili olduğunu. % 35.7'si bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 48.2'si ise uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada reklamların etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.28. Uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken diğer bilgi kaynakları kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	31	27,7	27,7	27,7
Etkili değildir	5	4,5	4,5	32,2
Bazen etkiler	36	32,1	32,1	64,3
Etkiler	40	35,7	35,7	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	



Çizelge 6.28.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 35,7'si uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada diğer bilgi kaynaklarının etkili olduğunu, % 32,1'i bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 32,1'i ise uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazmada diğer bilgi kaynaklarının etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.29. Piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken meslektaş tavsiyeleri kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	14	12,5	12,5	12,5
Etkili değildir	2	1,8	1,8	14,3
Bazen etkiler	39	34,8	34,8	49,1
Etkiler	39	34,8	34,8	83,9
Çok etkiler	18	16,1	16,1	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.29.'a bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 16,1'i piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada meslektaş tavsiyelerinin çok etkili olduğunu, % 34,8'i etkili olduğunu, % 34,8'i bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 14,3'ü ise piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada meslektaş tavsiyelerinin etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.30. Piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken klinik deneyimler kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	5	4,5	4,5	4,5
Etkili değildir	1	,9	,9	5,4
Bazen etkiler	5	4,5	4,5	9,9
Etkiler	44	39,3	39,3	49,2
Çok etkiler	57	50,9	50,9	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.30.'a bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 50,9'u piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada klinik deneyimlerin çok etkili olduğunu, % 39,3'ü etkili olduğunu, % 4,5'i bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 5,4'ü ise piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada klinik deneyimlerin etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.31. Piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken üretici firma faaliyetleri kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	14	12,5	12,5	12,5
Etkili değildir	9	8,0	8,0	20,5
Bazen etkiler	57	50,9	50,9	71,4
Etkiler	18	16,1	16,1	87,5
Çok etkiler	14	12,5	12,5	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.31.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 12,5'i piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada üretici firma faaliyetlerinin çok etkili olduğunu, % 16,1'i etkili olduğunu, % 50,9'u bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 20,5'i ise piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada üretici firma faaliyetlerinin etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.32. Piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazarken sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listeleri kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	13	11,6	11,6	11,6
Etkili değildir	1	,9	,9	12,5
Bazen etkiler	18	16,1	16,1	28,6
Etkiler	58	51,8	51,8	80,4
Çok etkiler	22	19,6	19,6	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.32.'ye bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 19,6'sı piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin çok etkili olduğunu, % 51,8'si etkili olduğunu, % 16,1'i bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 12,5'i ise piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin etkili olmadığını belirtmişlerdir.



Çizelge 6.33. Piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken ilaç numuneleri kararınızı ne kadar etkiler?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	27	24,1	24,1	24,1
Etkili değildir	9	8,0	8,0	32,1
Bazen etkiler	39	34,8	34,8	66,9
Etkiler	23	20,5	20,5	87,4
Çok etkiler	14	12,5	12,5	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.33.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 12,5'i piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada ilaç numunelerinin çok etkili olduğunu, % 20,5'i etkili olduğunu, % 34,8'i bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 32,2'i ise piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada ilaç numunelerinin etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.34. Piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken seminer/kongre/konferans kararınızı ne derece etkiler?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Etkili değildir	1	,9	,9	,9
Bazen etkiler	18	16,1	16,1	17,0
Etkiler	57	50,9	50,9	67,9
Çok etkiler	36	32,1	32,1	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	



Çizelge 6.34.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 32,1'i piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada seminer/kongre/konferansların çok etkili olduğunu, % 50,9'u etkili olduğunu, % 16,1'i bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 0,9'i ise piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada seminer/kongre/konferansların etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.35. Piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken literatür makaleler kararınızı ne derece etkiler?

	Frekansı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	9	8,0	8,0	8,0
Etkili değildir	1	,9	,9	8,9
Bazen etkiler	18	16,1	16,1	25,0
Etkiler	57	50,9	50,9	75,9
Çok etkiler	27	24,1	24,1	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.35.'e bakıldığında; ankete katılan hekimlerin %24,1'i piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada literatür ve makalelerin çok etkili olduğunu, % 50,9'u etkili olduğunu, % 16,1'i bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 8,9'i ise piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada literatür ve makalelerin etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.36. Piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken reklamlar kararınızı ne derece etkiler?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	27	24,1	24,1	24,1
Etkili değildir	27	24,1	24,1	48,2
Bazen etkiler	40	35,7	35,7	83,9
Etkiler	18	16,1	16,1	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.36.'ya bakıldığında; ankete katılan hekimlerin %16,1'i piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada reklamların etkili olduğunu, % 35,7'si bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 48,2'si ise piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada reklamların etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 6.37. Piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken diğer bilgi kaynakları kararınızı ne derece etkiler?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç etkili değildir	22	19,6	19,6	19,6
Etkili değildir	14	12,5	12,5	32,1
Bazen etkiler	45	40,2	40,2	72,3
Etkiler	26	23,2	23,2	95,5
Çok etkiler	5	4,5	4,5	100,0
Toplam	112	100,0	100,0	

Çizelge 6.37.'ye bakıldığında; ankete katılan hekimlerin % 4,5'i piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada literatür ve makalelerin çok etkili olduğunu, % 23,2'i etkili olduğunu, % 40,2'si bazen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılanların % 32,1'i ise piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazmada literatür ve makalelerin etkili olmadığını belirtmişlerdir.

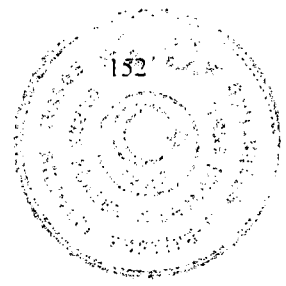
6.2.2.2. T-Test'lerinin Değerlendirilmesi

Uygulanan anketle hekimlerin bilgi kaynaklarının reçete yazma davranışına etkilerini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için aşağıdaki değişkenler ölçülmeye çalışılmıştır.

- Bilgi kaynaklarının, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi,
- Uzun zamandır piyasada olan bir ilacı reçeteye yazarken/tavsiye ederken bilgi kaynaklarının hekimin kararına etkililik algıları,
- Piyasaya yeni çıkmış bir ilacı reçeteye yazarken/tavsiye ederken bilgi kaynaklarının hekimin kararına etkililik algıları,

Her üç değişkenin temsil ettiği alt değişkenler şunlardır,

- Meslektaş Tavsiyeleri
- Klinik Deneyimler
- Üretici Firma Faaliyetleri
- Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Yayınladığı İlaç Listeleri
- İlaç Numuneleri
- Konferans/Kongre/Seminerler
- Yayınlanan Literatür ve Makaleler
- Ürüne Ait Reklamlar



- Diğer Bilgi Kaynakları (Eczaneler, Kataloglar vb.)

Yukarıda bahsedilen üç ana grubu temsil eden değişkenlerin aralarındaki anlamlı farklılıkları ortaya çıkarmak için T-test'leri uygulanmıştır. Bilindiği üzere T-test'leri, değişkenlerin farklılıklarını ve bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını sınamak için kullanılmaktadır.

Bu kapsamda ilk olarak, “bilgi kaynaklarının, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkenleri ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken bilgi kaynaklarının hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenleri arasındaki farklılıklar sınanmıştır. Yani hekimlerin, bir ilacı reçeteye yazarken/tavsiye ederken bilgi kaynaklarının karar verme davranışlarına etkililik algısı ile fiili karar vermedeki (reçete yazmadaki) davranış farklılığın ortaya çıkarılmasına çalışılmıştır. Ayrıca bu farklılığın anlamlı olup olmadığı da yine T-test'ler ile sınanmıştır.

6.2.2.2.1. Hipotezlerin Test Edilmesi

Hipotez 11 (H11) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, meslektaş tavsiyelerin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.38. İkili Örneklerin İstatistikleri – Meslektaş (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PİYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
MESLEKTAŞLARIN ETKİLİLİK ALGISI	3,3125	112	1,2666	0,1197
MESLEKTAŞLARIN GERÇEK ETKİSİ	2,9911	112	0,8853	8,356E-02

Çizelge 6.39. İkili Örnekler Korelasyonu – Meslektaş (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PİYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
MESLEKTAŞLARIN ETKİLİLİK ALGISI- MESLEKTAŞLARIN GERÇEK ETKİSİ	112	-0,118	0,215

Çizelge 6.40. İkili Örnekler Testi – Meslektaş (Eski)

	ÇİFT FARKLILIKLARI							P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
MESLESKİ- MESLEKTAŞ	0.3214	1.6287	0.1539	1.648E-02	0.6264	2.089	111	0.039

“Bir bilgi kaynağı olarak meslektaş tavsiyelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada meslektaş tavsiyelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.38. incelendiğinde. “bilgi kaynağı olarak meslektaş tavsiyelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 2.9911; “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada meslektaş tavsiyelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenin ortalamasının 3.3125 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında kayda değer bir sayısal fark bulunmaktadır.

Çizelge 6.39. incelendiğinde, korelasyon değerinin -0,118, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.215 (bu şartlarda 0,05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.40.’a bakıldığında: “t” değerinin 2,089, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,039 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülebilir. “P anlamlılık olasılığı” değerinin de 0.05’ten küçük olduğu görülmektedir. Zira elde edilen “p anlamlılık olasılığı” değeri; 0.05’ten küçüktür ve test edilen her iki değişkenin arasında var olan farklılığının anlamlı olduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen “bilgi kaynağı olarak meslektaş tavsiyelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada meslektaş tavsiyelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken meslektaşlarından algıladığından/düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

Hipotez 12 (H12) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, klinik deneyimlerin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.41. İkili Örnekler İstatistikleri – Deneyimler (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PİYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
DENEYİMLERİN ETKİLİLİK ALGISI-	4,3929	112	1,0342	9,772E-02
DENEYİMLERİN GERÇEK ETKİSİ	3,9911	112	0,8542	8,071E-02

Çizelge 6.42. İkili Örnekler Korelasyonu – Deneyimler (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PİYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
DENEYİMLERİN ETKİLİLİK ALGISI-	112	0,106	0,266
DENEYİMLERİN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.43. İkili Örnekler Testi – Deneyimler (Eski)

	ÇİFT FARKLILIKLARI							P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
DENEESKİ- DENEYİM	0,4018	1,2696	0,1200	0,1641	0,6395	3,349	111	0,001

“Bir bilgi kaynağı olarak klinik deneyimlerin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi “değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada klinik deneyimlerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.41. incelendiğinde, “bilgi kaynağı olarak klinik deneyimleri, bir ilacı reçeteye

yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi" değişkeninin ortalamasının 3.9911: "uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada klinik deneyimlerin hekimlerin kararına etkililik algıları" değişkeninin ortalamasının 4.3929 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında kayda değer bir sayısal farkın bulunduğu görülmektedir.

Çizelge 6.42. incelendiğinde, korelasyon değerinin 0,106, "p anlamlılık olasılığı" değerinin 0.266 (bu şartlarda 0,05'ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.42.'ye bakıldığında: "t" değerinin 3,349, "p anlamlılık olasılığı" değerinin 0,001 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, "t" değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. "P anlamlılık olasılığı" değerinin de 0.05'ten küçük olduğu görülmektedir. Elde edilen bu "p anlamlılık olasılığı" değeri; test edilen her iki değişkenin arasında var olan farklılığının anlamlı olduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen "bilgi kaynağı olarak klinik deneyimlerin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi" değişkeni ile "uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada klinik deneyimlerin hekimlerin kararına etkililik algıları" değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken klinik deneyimlerinden, algıladığından/düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

Hipotez 13 (H13) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, üretici firma faaliyetlerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi: bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.44. İkili Örnekler İstatistikleri – Üretici (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PİYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
ÜRET. FİR. FAAL.NİN ETKİLİLİK ALGISI	2,9464	112	1,0809	0,1021
ÜRET. FİR. FAAL.NİN GERÇEK ETKİSİ	3,2768	112	1,0922	0,1032

Çizelge 6.45. İkili Örnekler Korelasyonu – Üretici (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PIYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
ÜRET. FİR. FAAL.NİN ETKİLİLİK ALGISI	112	0,112	0,240
ÜRET. FİR. FAAL.NİN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.46. İkili Örnekler Testi – Üretici (Eski)

	ÇİFT FARKLILIKLARI							P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
ÜRETESKİ- ÜRETİCİ	-0.3304	1.4481	0.1368	-0.6015	-5.92E-02	-2.41	111	0.017

“Bilgi kaynağı olarak üretici firma faaliyetlerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada üretici firma faaliyetlerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.44. incelendiğinde, “bilgi kaynağı olarak üretici firma faaliyetlerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 3,2768; “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada üretici firma faaliyetlerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenin ortalamasının 2,9464 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında kayda değer bir sayısal fark olduğu görülmektedir.

Çizelge 6.45. incelendiğinde; korelasyon değerinin 0,112, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,240 (bu şartlarda 0,05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.46.’ye bakıldığında: “t” değerinin – 2,2414, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,017 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “P anlamlılık olasılığı” değerinin de 0.05’ten küçük olduğu görülmektedir. Elde edilen “p anlamlılık olasılığı” değeri test edilen her iki değişkenin arasında var olan farklılığının anlamlı olduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen bu iki değişken: “bilgi kaynağı olarak üretici firma faaliyetlerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada üretici firma faaliyetlerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken üretici firma faaliyetlerinden, algıladığından/düşündüğünden daha fazla etkilenmektedir.

Hipotez 14 (H14) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.47. İkili Örnekler İstatistikleri – Sos.Güv.Kur. (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PIYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
SOS.GÜV.KUR.NIN ETKİLİLİK ALGISI	3,6518	112	1,3132	0,1241
SOS.GÜV.KUR.NIN GERÇEK ETKİSİ	2,6339	112	1,5007	0,1418

Çizelge 6.48. İkili Örnekler Korelasyonu – Sos.Güv.Kur. (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PIYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
SOS.GÜV.KUR.NIN ETKİLİLİK ALGISI	112	0,076	0,423
SOS.GÜV.KUR.NIN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.49. İkili Örnekler Testi – Sos.Güv.Kur. (Eski)

	ÇİFT FARKLILIKLARI							P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
SOSYESKİ- SOSGÜV	1,0179	1,9171	0,1812	0,6589	1,3768	5,619	111	0,000

“Bilgi kaynağı olarak sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi “

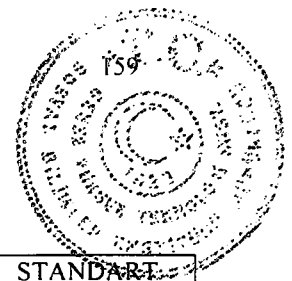


değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.47. incelendiğinde, “bilgi kaynağı olarak sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 2,6339; “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeninin ortalamasının 3,6518 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında önemli bir sayısal fark bulunmaktadır.

Çizelge 6.48. incelendiğinde; korelasyon değerinin 0,076. “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,423 (bu şartlarda 0,05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.49.’ye bakıldığında: “t” değerinin 5,619, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,000 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “P anlamlılık olasılığı” değerinin de 0,05’ten küçük olduğu görülmektedir. Zira elde edilen “p anlamlılık olasılığı” değeri; 0,05’ten küçüktür ve test edilen her iki değişkenin arasında var olan farklılığının anlamlı olduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen “bilgi kaynağı olarak sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinden, algıladığından/düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

Hipotez 15 (H15) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, ilaç numunelerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.



Çizelge 6.50. İkili Örnekler İstatistikleri – Numuneler (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PİYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
NUMUNELERİN ETKİLİLİK ALGISI-	2.7054	112	1.0366	9.795E-02
NUMUNELERİN GERÇEK ETKİSİ	2.6875	112	1.0486	9.909E-02

Çizelge 6.51. İkili Örnekler Korelasyonu – Numuneler (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PİYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
NUMUNELERİN ETKİLİLİK ALGISI-	112	0,055	0,562
NUMUNELERİN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.52. İkili Örnekler Testi – Numuneler (Eski)

	ÇİFT FARKLILIKLARI					t	df	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
NUMUESKİ- NUMUNE	1.786E- 02	1.4331	0.1354	-0.2505	0.2862	0.132	111	0.895

“Bilgi kaynağı olarak ilaç numunelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada ilaç numunelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.50. incelendiğinde, “bilgi kaynağı olarak ilaç numunelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 2,6875; “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada ilaç numunelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenin ortalamasının 2,7054 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında önemli bir sayısal fark bulunmadığı görülmektedir.

Çizelge 6.51. incelendiğinde; korelasyon değerinin 0,055, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,562 (bu şartlarda 0,05’ten küçük olması istenir) olduğu

görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.52.'ye bakıldığında: "t" değerinin 0,132, "p anlamlılık olasılığı" değerinin 0,895 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, "t" değerinin yeteri kadar büyük olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca "p anlamlılık olasılığı" değerinin de 0,05'ten büyük olduğu görülmektedir. Bu nedenle test edilen her iki değişkenin arasında anlamlı bir farklılıktan bulunduğunu söyleyemeyiz. Hipotez kabul edilir.

İncelenen "bilgi kaynağı olarak ilaç numunelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi değişkeni" ile "uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada ilaç numunelerinin hekimlerin kararına etkililik algılarının kararına etkililik algıları" arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken ilaç numunelerinden, algıladığı/düşündüğü oranda etkilenmektedir.

Hipotez 16 (H16) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, seminer/kongre/konferansların hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi: bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.53. İkili Örnekler İstatistikleri – Tıbbi Toplantılar (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PIYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
TOPLANTILARIN ETKİLİLİK ALGISI	3,8214	112	1,1005	0,1040
TOPLANTILARIN GERÇEK ETKİSİ	3,3839	112	0,9977	9,427E-02

Çizelge 6.54. İkili Örnekler Korelasyonu – Tıbbi Toplantılar (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PIYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
TOPLANTILARIN ETKİLİLİK ALGISI	112	0,038	0,688
TOPLANTILARIN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.55. İkili Örnekler Testi – Tıbbi Toplantılar (Eski)

	ÇİFT FARKLILIKLARI							P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
TOPLESKİ- TOPLANTI	0.4375	1.4568	0.1377	0.1647	0.7103	3.178	111	0.002

“Bilgi kaynağı olarak seminer/kongre/konferansların, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada seminer/kongre/konferansların hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.53. incelendiğinde, “bilgi kaynağı olarak seminer/kongre/konferansların, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 3,3839; “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada seminer/kongre/konferansların hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeninin ortalamasının 3,8214 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında kayda değer bir sayısal fark bulunmaktadır.

Çizelge 6.54. incelendiğinde; korelasyon değerinin 0.038, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.688 (bu şartlarda 0,05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.55.’ye bakıldığında; “t” değerinin 3.178, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.002 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “P anlamlılık olasılığı” değerinin de 0.05’ten küçük olduğu görülmektedir. Çünkü elde edilen “p anlamlılık olasılığı” değeri; 0.05’ten küçüktür ve test edilen her iki değişkenin arasında var olan farklılığının anlamlı olduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen “bilgi kaynağı olarak seminer/kongre/konferansların, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada seminer/kongre/konferansların hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir fark

bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken seminer/kongre/konferanslardan, algıladığından/düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

Hipotez 17 (H17) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, literatür ve makalelerin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi: bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.56. İkili Örnekler İstatistikleri – Literatür ve Makaleler (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PIYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
LİTERATÜRÜN ETKİLİLİK ALGISI-	3,7321	112	1,2374	0,1169
LİTERATÜRÜN GERÇEK ETKİSİ	3,1875	112	1,3188	0,1246

Çizelge 6.57. İkili Örnekler Korelasyonu – Literatür ve Makaleler (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PIYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
LİTERATÜRÜN ETKİLİLİK ALGISI-	112	0,097	0,307
LİTERATÜRÜN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.58. İkili Örnekler Testi – Literatür ve Makaleler (Eski)

	ÇİFT FARKLILIKLARI							P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
LİTEESKİ- LİTERATÜR	0.5446	1.7184	0.1624	0.2229	0.8664	3.354	111	0.001

“Bilgi kaynağı olarak literatür ve makalelerin, bir ilacı reçeteye yazmada/ tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada literatür ve makalelerin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.56. incelendiğinde, “bilgi kaynağı olarak literatür ve makalelerin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 3,1875; “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada

literatür ve makalelerin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenin ortalamasının 3.7321 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında kayda değer bir sayısal fark bulunmaktadır.

Çizelge 6.57. incelendiğinde: korelasyon değerinin 0,097, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,307 (bu şartlarda 0,05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.58.’ye bakıldığında; “t” değerinin 3,354, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,001 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “P anlamlılık olasılığı” değerinin de 0,05’ten küçük olduğu görülmektedir. Çünkü elde edilen “p anlamlılık olasılığı” değeri; 0,05’ten küçüktür ve test edilen her iki değişkenin arasında var olan farklılığının anlamlı olduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen “bilgi kaynağı olarak literatür ve makalelerin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada literatür ve makalelerin hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken literatür ve makalelerden, algıladığından/ düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

Hipotez 18 (H18) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, reklamların hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi: bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.59. İkili Örnekler İstatistikleri – Reklamlar (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PIYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
REKLAMLARIN ETKİLİLİK ALGISI	2,3661	112	1,0905	0,1030
REKLAMLARIN GERÇEK ETKİSİ	1,9554	112	0,8208	7,756E-02

Çizelge 6.60. İkili Örnekler Korelasyonu – Reklamlar (Eski)

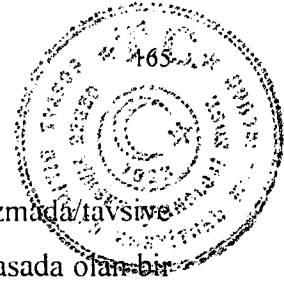
(UZUN ZAMANDIR PİYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
REKLAMLARIN ETKİLİLİK ALGISI- REKLAMLARIN GERÇEK ETKİSİ	112	0.250	0.008

Çizelge 6.61. İkili Örnekler Testi – Reklamlar (Eski)

	ÇİFT FARKLILIKLARI							P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
REKLESKİ- REKLAM	0.4107	1.1897	0.1124	0.1880	0.6335	3.654	111	0.000

“Bilgi kaynağı olarak reklamların, bir ilacı reçeteye yazmada/ tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada reklamların hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.59. incelendiğinde, “bilgi kaynağı olarak reklamların, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 1.9554; “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada reklamların hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeninin ortalamasının 2.3661 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında kayda değer bir sayısal fark bulunmaktadır.

Çizelge 4.60. incelendiğinde; korelasyon değerinin 0,250, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.008 (bu şartlarda 0.05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Korelasyon değerinin küçük olması nedeniyle iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğundan söz edemeyiz. Çizelge 6.61.’e bakıldığında; “t” değerinin 3,654, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,000 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “p anlamlılık olasılığı” değerinin de 0.05’ten küçük olduğu görülmektedir. Çünkü elde edilen “p anlamlılık olasılığı” değeri; 0,05’ten küçüktür ve test edilen her iki değişkenin arasında var olan farklılığının anlamlı olduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.



İncelenen “bilgi kaynağı olarak reklamların, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada reklamların hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken reklamlardan, algıladığından/düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

Hipotez 19 (H19) : Uzun zamandır piyasada bulunan ilaçlar için, diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.) hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.62. İkili Örnekler İstatistikleri – Diğer (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PİYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
DIĞ. BİL. KAYN.NIN ETKİLİLİK ALGISI	2,7589	112	1,2099	0,1143
DIĞ. BİL. KAYN.NIN GERÇEK ETKİSİ	2,1518	112	1,1795	0,1115

Çizelge 6.63. İkili Örnekler Korelasyonu – Diğer (Eski)

(UZUN ZAMANDIR PİYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
DIĞ. BİL. KAYN.NIN ETKİLİLİK ALGISI	112	0.070	0.463
DIĞ. BİL. KAYN.NIN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.64. İkili Örnekler Testi – Diğer (Eski)

	ÇİFT FARKLILIKLARI					t	df	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
DİĞEESKİ- DİGBLKAY	0,6071	1,6294	0,1540	0,3020	0,6122	3,943	111	0,000

“Bilgi kaynağı olarak diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.), bir ilacı reçeteye yazmada/ tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.) hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.62. incelendiğinde, “bilgi kaynağı olarak diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.), bir ilacı reçeteye yazmada/ tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 2.1518; “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.) hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeninin ortalamasının 2,7589 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında kayda değer bir sayısal fark bulunmaktadır.

Çizelge 6.63. incelendiğinde; korelasyon değerinin 0,070, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,463 (bu şartlarda 0,05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.64.’e bakıldığında; “t” değerinin 3,943, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,000 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “P anlamlılık olasılığı” değerinin de 0.05’ten küçük olduğu görülmektedir. Çünkü elde edilen “p anlamlılık olasılığı” değeri; 0.05’ten küçüktür ve test edilen her iki değişkenin arasında var olan farklılığının anlamlı olduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen “bilgi kaynağı olarak diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.), bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.) hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken diğer bilgi kaynaklarından (eczaneler, kataloglar vb.), algıladığından/düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

Hipotez 21 (H21) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, meslektaş tavsiyelerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.65. İkili Örnekler İstatistikleri – Meslektaşlar (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
MESLEKTAŞLARIN ETKİLİLİK ALGISI	3,4018	112	1,1660	0,1102
MESLEKTAŞLARIN GERÇEK ETKİSİ	2,9911	112	0,8853	8,356E-02

Çizelge 6.66. İkili Örnekler Korelasyonu – Meslektaşlar (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
MESLEKTAŞLARIN ETKİLİLİK ALGISI- MESLEKTAŞLARIN GERÇEK ETKİSİ	112	-0,101	0,288

Çizelge 6.67. İkili Örnekler Testi – Meslektaşlar (Yeni)

	ÇİFT FARKLILIKLARI					t	df	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
MESLYENİ-MESLEKTAŞ	0.4107	1.5337	0.1449	0.1235	0.6979	2.834	111	0.005

“Bilgi kaynağı olarak meslektaş tavsiyelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/ tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada meslektaş tavsiyelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.65. incelendiğinde; “bilgi kaynağı olarak meslektaş tavsiyelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 2,9911; “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada meslektaş tavsiyelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeninin ortalamasının 3,4018 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında kayda değer bir sayısal fark bulunmaktadır.



Çizelge 6.66. incelendiğinde; korelasyon değerinin -0.101, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.288 (bu şartlarda 0.05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.67.’ye bakıldığında: “t” değerinin 2.834, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.005 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “p anlamlılık olasılığı” değerinin de 0.05’ten küçük olduğu görülmektedir. Çünkü elde edilen “p anlamlılık olasılığı” değeri; 0,05’ten küçüktür ve test edilen her iki değişkenin arasında var olan farklılığının anlamlı olduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen “bilgi kaynağı olarak meslektaş tavsiyelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada meslektaş tavsiyelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken meslektaş tavsiyelerinden, algıladığından/ düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

Hipotez 22 (H22) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, klinik deneyimlerin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

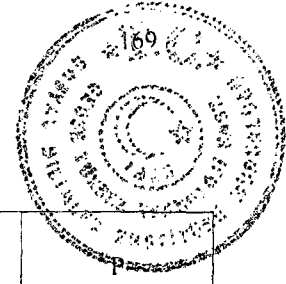
Çizelge 6.68. İkili Örnekler İstatistikleri – Deneyimler (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
DENEYİMLERİN ETKİLİLİK ALGISI	4.3125	112	0.9495	8.972E-02
DENEYİMLERİN GERÇEK ETKİSİ	3.9911	112	0.8542	8.071E-02

Çizelge 6.69. İkili Örnekler Korelasyonu – Deneyimler (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
DENEYİMLERİN ETKİLİLİK ALGISI-	112	-0,008	0,936
DENEYİMLERİN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.70. İkili Örnekler Testi – Deneyimler (Yeni)



	ÇİFT FARKLILIKLARI					t	df	ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
DENEYENİ-DENEYİM	0.3214	1.6287	0.1539	8.139E-02	0.5615	2.653	111	0.009

“Bilgi kaynağı olarak klinik deneyimlerin, bir ilacı reçeteye yazmada/ tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada klinik deneyimlerin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.68. incelendiğinde: “bilgi kaynağı olarak klinik deneyimlerin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 3,9911; “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada klinik deneyimlerin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeninin ortalamasının 4,3125 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında kayda değer bir sayısal fark bulunmaktadır.

Çizelge 6.69. incelendiğinde: korelasyon değerinin -0,008, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,936 (bu şartlarda 0,05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.70.’e bakıldığında: “t” değerinin 2,653, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,009 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “P anlamlılık olasılığı” değerinin de 0,05’ten küçük olduğu görülmektedir. Çünkü elde edilen “p anlamlılık olasılığı” değeri; 0,05’ten küçüktür ve test edilen her iki değişkenin arasında var olan farklılığının anlamlı olduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen “bilgi kaynağı olarak klinik deneyimlerin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada klinik deneyimlerin hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken klinik deneyimlerini, algıladığından/ düşündüğünden daha az kullanmaktadır.

Hipotez 23 (H23) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için. üretici firma faaliyetlerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi: bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.71. İkili Örnekler İstatistikleri – Üretici (Yeni)

(PİYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
ÜRET. FIR. FAAL.NİN ETKİLİLİK ALGISI	3,0804	112	1,1161	0,1055
ÜRET. FIR. FAAL.NİN GERÇEK ETKİSİ	3,2768	112	1,0922	0,1032

Çizelge 6.72. İkili Örnekler Korelasyonu – Üretici (Yeni)

(PİYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
ÜRET. FIR. FAAL.NİN ETKİLİLİK ALGISI- ÜRET. FIR. FAAL.NİN GERÇEK ETKİSİ	112	0,218	0,021

Çizelge 6.73. İkili Örnekler Testi – Üretici (Yeni)

	ÇİFT FARKLILIKLARI							P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
ÜRETYENİ- ÜRETİCİ	-0.3571	17235	0.1629	-0.6798	3.44E-02	-2.19	111	0.030

“Bilgi kaynağı olarak üretici firma faaliyetlerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/ tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada üretici firma faaliyetlerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.71. incelendiğinde; “bilgi kaynağı olarak üretici firma faaliyetlerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 3,2768; “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada üretici firma faaliyetlerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeninin ortalamasının



3.0804 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında kayda değer bir sayısal fark bulunmamaktadır.

Çizelge 6.72. incelendiğinde: korelasyon değerinin 0.218. “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.021 (bu şartlarda 0.05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Test edilen iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu söyleyebiliriz. Çizelge 6.73.’e bakıldığında; “t” değerinin -1.505, sig. (2-tailed) değerinin 0.135 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olmadığı düşünülmektedir. “p anlamlılık olasılığı” değerinin de 0.05’ten büyük olduğu görülmektedir. Bu nedenle, test edilen her iki değişken arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu onaylamamaktadır. Hipotez kabul edilir.

İncelenen “bilgi kaynağı olarak üretici firma faaliyetlerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada üretici firma faaliyetlerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ayrıca aralarında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu da görülmektedir. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken üretici firma faaliyetlerinin etkisi, hekimin algıladığı oranda gerçekleşmektedir.

Hipotez 24 (H24) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.74. İkili Örnekler İstatistikleri – Sos.Güv.Kur. (Yeni)

(PİYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
SOS.GÜV.KUR.NIN ETKİLİLİK ALGISI	3,6696	112	1,1577	0,1094
SOS.GÜV.KUR.NIN GERÇEK ETKİSİ	2,6339	112	1,5007	0,1418

Çizelge 6.75. İkili Örnekler Korelasyonu – Sos.Güv.Kur. (Yeni)

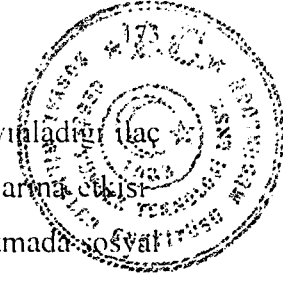
(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
SOS.GÜV.KUR.NIN ETKİLİLİK ALGISI	112	0,122	0,201
SOS.GÜV.KUR.NIN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.76. İkili Örnekler Testi – Sos.Güv.Kur. (Yeni)

	ÇİFT FARKLILIKLARI							P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
SOSYYENİ- SOSGÜV	1.0357	1.7804	0.1682	0.7023	1.3691	6.156	111	0.000

“Bilgi kaynağı olarak sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/ tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.74. incelendiğinde; “bilgi kaynağı olarak sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 2.6339; “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeninin ortalamasının 3.6696 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında önemli bir sayısal fark bulunmaktadır.

Çizelge 6.75. incelendiğinde; korelasyon değerinin 0,122, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,201 (bu şartlarda 0.05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.76.’ya bakıldığında; “t” değerinin 6,156. “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,000 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında. “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “P anlamlılık olasılığı” değerinin de 0.05’ten küçük olduğu görülmektedir. Bu değerler test edilen her iki değişken arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.



İncelenen “bilgi kaynağı olarak sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinin etkisi, hekimin algıladığından daha az gerçekleşmektedir.

Hipotez 25 (H25) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, ilaç numunelerinin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.77. İkili Örnekler İstatistikleri – Numuneler (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
NUMUNELERİN ETKİLİLİK ALGISI	2,8929	112	1,3245	0,1251
NUMUNELERİN GERÇEK ETKİSİ	2,6875	112	1,0486	9,909E-02

Çizelge 6.78. İkili Örnekler Korelasyonu – Numuneler (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
NUMUNELERİN ETKİLİLİK ALGISI			
NUMUNELERİN GERÇEK ETKİSİ	112	0,054	0,575

Çizelge 6.79. İkili Örnekler Testi – Numuneler (Yeni)

	ÇİFT FARKLILIKLARI					t	df	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
NUMUYENİ- NUMUNE	0.2054	1.6447	0.1554	-0.1026	0.5133	1.321	111	0.189

“Bilgi kaynağı olarak ilaç numunelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada ilaç numunelerinin hekimlerin kararına etkililik

algıları" değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.77. incelendiğinde: "bilgi kaynağı olarak ilaç numunelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi" değişkeninin ortalamasının 2.6875: "piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada ilaç numunelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları" değişkeninin ortalamasının 2.8929 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında önemli bir sayısal fark bulunmamaktadır.

Çizelge 6.78. incelendiğinde; korelasyon değerinin 0.054, "p anlamlılık olasılığı" değerinin 0.575 (bu şartlarda 0.05'ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.79.'a bakıldığında; "t" değerinin 1,321. "p anlamlılık olasılığı" değerinin 0.189 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, "t" değerinin yeteri kadar büyük olmadığı düşünülmektedir. "P anlamlılık olasılığı" değerinin de 0.05'ten büyük olduğu görülmektedir. Bu değerler test edilen her iki değişken arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığını göstermektedir. Hipotez kabul edilir.

İncelenen "bilgi kaynağı olarak ilaç numunelerinin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi" değişkeni ile "piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada ilaç numunelerinin hekimlerin kararına etkililik algıları" arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken ilaç numunelerinin etkisi, hekimin algıladığı düzeyde gerçekleşmektedir.

Hipotez 26 (H26) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için. seminer/kongre/konferansların hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi: bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.80. İkili Örnekler İstatistikleri – Tıbbi Toplantılar (Yeni)

(PİYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
TOPLANTILARIN ETKİLİLİK ALGISI	4,1429	112	0.7085	6.694E-02
TOPLANTILARIN GERÇEK ETKİSİ	3.3839	112	0.9977	9.427E-02

Çizelge 6.81. İkili Örnekler Korelasyonu – Tıbbi Toplantılar (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
TOPLANTILARIN ETKİLİLİK ALGISI	112	-0.002	0.985
TOPLANTILARIN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.82. İkili Örnekler Testi – Tıbbi Toplantılar (Yeni)

	ÇİFT FARKLILIKLARI							P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
TOPLYENİ- TOPLANTI	0.7589	1.2247	0.1157	0.5296	0.9882	6.558	111	0.000

“Bilgi kaynağı olarak seminer/kongre/konferansların, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada seminer/kongre/konferansların hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.80. incelendiğinde: “bilgi kaynağı olarak seminer/kongre/konferansların, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 3.3839; “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada seminer/kongre/konferansların hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeninin ortalamasının 4.1429 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında önemli bir sayısal fark bulunmamaktadır.

Çizelge 6.81. incelendiğinde: korelasyon değerinin -0.002, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.985 (bu şartlarda 0.05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.82.’ye bakıldığında; “t” değerinin 6.558, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.000 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “P anlamlılık olasılığı” değerinin de 0.05’ten küçük olduğu görülmektedir. Bu değerler test edilen her iki değişken arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğunu onaylamaktadır.. Hipotez reddedilir.



İncelenen “bilgi kaynağı olarak seminer/kongre/konferansların, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada seminer/kongre/konferansların hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken seminer/kongre/konferanslardan, algıladığından/düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

Hipotez 27 (H27) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, literatür ve makalelerin hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi: bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.83. İkili Örnekler İstatistikleri – Literatür ve Makaleler (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
LİTERATÜRÜN ETKİLİLİK ALGISI	3,8214	112	1,0672	0,1008
LİTERATÜRÜN GERÇEK ETKİSİ	3,1875	112	1,3188	0,1246

Çizelge 6.84. İkili Örnekler Korelasyonu – Literatür ve Makaleler (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
LİTERATÜRÜN ETKİLİLİK ALGISI			
LİTERATÜRÜN GERÇEK ETKİSİ	112	0,082	0,392

Çizelge 6.85. İkili Örnekler Testi – Literatür ve Makaleler (Yeni)

	ÇİFT FARKLILIKLARI					t	df	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
LİTEYENİ- LİTERATÜR	0.6339	1.6274	0.1538	0.3292	0.9387	4.122	111	0.000

“Bilgi kaynağı olarak literatür ve makalelerin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada literatür ve makalelerin hekimlerin kararına

etkililik algıları" değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.83. incelendiğinde; "bilgi kaynağı olarak literatür ve makalelerin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi" değişkeninin ortalamasının 3.1875: "piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada literatür ve makalelerin hekimlerin kararına etkililik algıları" değişkeninin ortalamasının 3.8214 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında önemli bir sayısal fark bulunmaktadır.

Çizelge 6.84. incelendiğinde; korelasyon değerinin 0.082, "p anlamlılık olasılığı" değerinin 0.392 (bu şartlarda 0.05'ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.85.'e bakıldığında; "t" değerinin 4.122, "p anlamlılık olasılığı" değerinin 0.000 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında. "t" değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. "P anlamlılık olasılığı" değerinin de 0.05'ten küçük olduğu görülmektedir. Bu değerler test edilen her iki değişken arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen "bilgi kaynağı olarak literatür ve makalelerin, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi" değişkeni ile "piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada literatür ve makalelerin hekimlerin kararına etkililik algıları" arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken literatür ve makalelerden, algıladığından/ düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

Hipotez 28 (H28) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için. reklamların hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.86. İkili Örnekler İstatistikleri – Reklamlar (Yeni)

(PİYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
REKLAMLARIN ETKİLİLİK ALGISI	2,4375	112	1,0291	9.724E-02
REKLAMLARIN GERÇEK ETKİSİ	1,9554	112	0,8208	7.756E-02

Çizelge 6.87. İkili Örnekler Korelasyonu – Reklamlar (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
REKLAMLARIN ETKİLİLİK ALGISI	112	0.162	0.088
REKLAMLARIN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.88. İkili Örnekler Testi – Reklamlar (Yeni)

	ÇİFT FARKLILIKLARI					T	df	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
REKLYENİ- REKLAM	0.4821	1.2079	0.1141	0.2560	0.7083	4.224	111	0.000

“Bilgi kaynağı olarak reklamların, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada reklamların hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.86. incelendiğinde; “bilgi kaynağı olarak reklamların, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 1.9554; “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada reklamların hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeninin ortalamasının 2.4375 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında kayda değer bir sayısal fark bulunmaktadır.

Çizelge 6.87. incelendiğinde: korelasyon değerinin 0.162, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.088 (bu şartlarda 0.05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.88.’e bakıldığında; “t” değerinin 4.224, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.000 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “P anlamlılık olasılığı” değerinin de 0.05’ten küçük olduğu görülmektedir. Bu değerler test edilen her iki değişken arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen “bilgi kaynağı olarak reklamların, bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada reklamların hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken reklamlardan, algıladığından/ düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

Hipotez 29 (H29) : Piyasaya yeni çıkmış ilaçlar için, diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.) hekimin reçete yazma kararına gerçek etkisi; bu etkiye ilişkin algılarından daha yüksektir.

Çizelge 6.89. İkili Örnekler İstatistikleri – Diğer (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	ORT.	VAKA SAYISI	STAND. SAPMA	STANDART HATA ORT.
DİĞ.BİL.KAYN.NİN ETKİLİLİK ALGISI	2.8036	112	1.1377	0.1075
DİĞ.BİL.KAYN.NİN GERÇEK ETKİSİ	2.1518	112	1.1795	0.1115

Çizelge 6.90. İkili Örnekler Korelasyonu – Diğer (Yeni)

(PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	VAKA SAYISI	KORELASYON	P ANLAMLILIK OLASILIĞI
DİĞ.BİL.KAYN.NİN ETKİLİLİK ALGISI	112	0.090	0.348
DİĞ.BİL.KAYN.NİN GERÇEK ETKİSİ			

Çizelge 6.91. İkili Örnekler Testi – Diğer (Yeni)

	ÇİFT FARKLILIKLARI							P ANLAMLILIK OLASILIĞI
	ORT.	STA. SAPMA	STA. HATA ORT.	FARKLILIĞIN %95 GÜVENİLİRLİK ARALIĞI				
				DÜŞÜK	YÜKSEK			
DİĞEYENİ- DİĞBLKAY	0.6518	1.5637	0.1478	0.3590	0.9446	4.411	111	0.000

“Bilgi kaynağı olarak diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.), bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada diğer bilgi



kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.) hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkenine t-testi uygulanmıştır. Çizelge 6.89. incelendiğinde: “bilgi kaynağı olarak diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.), bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeninin ortalamasının 2.1518; “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.) hekimlerin kararına etkililik algıları” değişkeninin ortalamasının 2.8036 olduğu görülmektedir. Her iki değişkenin ortalamaları arasında önemli bir sayısal fark bulunmaktadır.

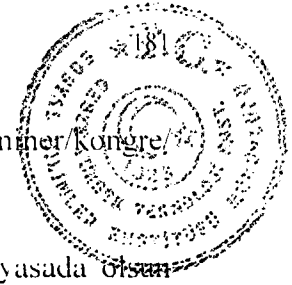
Çizelge 6.90. incelendiğinde; korelasyon değerinin 0.090, “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.348 (bu şartlarda 0.05’ten küçük olması istenir) olduğu görülmektedir. Yani test ettiğimiz iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu belirtmemiz söz konusu değildir. Çizelge 6.91.’e bakıldığında: “t” değerinin 4.411 “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.000 olduğu görülmektedir. Mevcut örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, “t” değerinin yeteri kadar büyük olduğu düşünülmektedir. “P anlamlılık olasılığı” değerinin de 0.05’ten küçük olduğu görülmektedir. Bu değerler test edilen her iki değişken arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğunu onaylamaktadır. Hipotez reddedilir.

İncelenen “bilgi kaynağı olarak diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.), bir ilacı reçeteye yazmada/tavsiye etmede hekimlerin kararlarına etkisi” değişkeni ile “piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye etmede/reçeteye yazmada diğer bilgi kaynaklarının (eczaneler, kataloglar vb.) hekimlerin kararına etkililik algıları” arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Yani hekim, herhangi bir ilacı reçeteye yazarken diğer bilgi kaynaklardan (eczaneler, kataloglar vb.), algıladığından/düşündüğünden daha az etkilenmektedir.

6.2.2.3. T-Test’lerinin Genel Değerlendirilmesi

Yapılan t-test’leri genel olarak değerlendirildiğinde,

- İlaç, ister piyasaya yeni çıkmış olsun, ister uzun zamandır piyasada olsun hekimler için ilaç seçimi kararlarında, *en çok etkilendiklerini algıladıkları*



bilgi kaynakları klinik deneyimlerdir. Bu bilgi kaynağını seminer/kongre/konferanslar ve literatür ve makaleler takip etmektedir.

- İlaç, ister piyasaya yeni çıkmış olsun, ister uzun zamandır piyasada olsun, hekimler için ilaç seçimi kararlarında, *en çok etkilendikleri bilgi kaynakları klinik deneyimlerdir. Bu bilgi kaynağını seminer/kongre/konferanslar ve üretici firma faaliyetleri takip etmektedir.*
- İlaç piyasaya yeni çıkmış veya uzun zamandır piyasada olsa bile, hekimler meslektaş tavsiyelerinden, klinik deneyimlerden, sosyal güvenlik kuruluşlarının yayınladığı ilaç listelerinden, seminer/kongre/konferanslardan, literatür ve makalelerden, reklamlardan ve diğer bilgi kaynaklarından *algıladığından çok daha az* etkilenebilmektedirler.
- İlaç piyasaya yeni çıkmış veya uzun zamandır piyasada olsa bile, hekimler üretici firma faaliyetlerinden *algıladıklarından daha fazla* etkilenebilmektedirler.
- Hekimin reçete yazma kararlarında ilacın piyasaya yeni çıkması ile uzun zamandır piyasada bulunması arasında kayda değer bir farklılık olmadığıdır. Bu konuda sadece numunelerin ve seminer/kongre/konferansların etkililik algılarında görülmektedir. *İlacın piyasaya yeni çıkması* bu iki etkililik algısını arttırmaktadır.
- İlaç piyasaya yeni çıkmış veya uzun zamandır piyasada olsa bile, *hekimler numunelerden algıladığı oranda* etkilenebilmektedirler.

6.2.2.4. Regresyon Analizlerinin Değerlendirilmesi

6.2.2.4.1. Hipotezlerin Test Edilmesi

Hipotez 31 (H31) : “Genel Bilgi Düzeyi”: “Meslektaş Tavsiyeleri”, “Klinik Deneyimler”, “Üretici Firma Faaliyetleri”, “Sosyal Güvenlik Kuruluşları”, “İlaç Numuneleri”, “Tıbbi Toplantılar”, “Literatür ve Makaleler”, “Reklamlar” ve “Diğer Bilgi Kaynakları”nın bir fonksiyonudur.

Bileşenleri temsil eden kısaltma ve işaretler;

- Y₃₁ : Genel Bilgi Düzeyi
- X₃₁ : Meslektaş Tavsiyeleri – MESLEKTAŞ
- X₃₂ : Klinik Deneyimler – DENEYİM
- X₃₃ : Üretici Firma Faaliyetleri – ÜRETİCİ
- X₃₄ : Sosyal Güvenlik Kuruluşları – SOSGUV
- X₃₅ : İlaç Numuneleri – NUMUNE
- X₃₆ : Tıbbi Toplantılar – TOPLANTI
- X₃₇ : Literatür – LITERAT
- X₃₈ : Reklamlar – REKLAM
- X₃₉ : Diğer Bilgi Kaynakları – DIGBLKAY

Hipotez 31'in matematiksel formülü;

$$Y_{31} = B_{30} + B_{31}X_{31} + B_{32}X_{32} + B_{33}X_{33} + B_{34}X_{34} + B_{35}X_{35} + B_{36}X_{36} + B_{37}X_{37} + B_{38}X_{38} + B_{39}X_{39}$$

Uygulanan regresyon analizi sonucunda;

Çizelge 6.92. Regresyon Modeli Özeti (H31)

MODEL	R	R ²	DÜZELTİLMİŞ R ²	TAHMİNİ STA. HATA
1	0,391	0,153	0,078	1,0550

Çizelge 6.93. Anova Testi (H31)

MODEL	KARELER TOPLAMI	DF	KARE ORT.	F	P ANLAMLILIK OLASIĞI
REGRESYON	20,446	9	2,272	2,041	0,042
ARTAKALAN	113,518	102	1,113		
TOPLAM	133,964	111			

Çizelge 6.94. Katsayılar (H31)

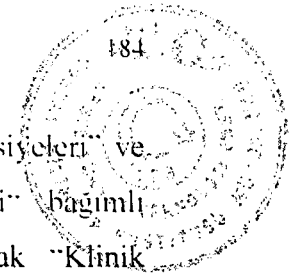
MODEL	DÜZELTİLMİŞ KATSAYILAR		DÜZELTİLMİŞ KAT-SAYILAR	P ANLAMLILIK	
	B	STA. HATA		T	OLASILIK
(SABİT)	2,457	0.800		3.073	0,003
MESLEKTAŞLARIN GERÇEK ETKİSİ	0,310	0.122	0.250	2.542	0,013
DENEYİMLERİN GERÇEK ETKİSİ	0.121	0.126	0.094	0.964	0.337
ÜRET.FİR. FAAL.NİN GERÇEK ETKİSİ	4.797E-02	0.120	0.048	0.401	0.689
SOS.GUV.KUR.NİN GERÇEK ETKİSİ	7.327E-02	0.102	0.100	0.717	0.475
NUMUNELERİN GERÇEK ETKİSİ	-0.150	0.112	-0.143	-1.344	0.182
TOPLANTILARIN GERÇEK ETKİSİ	-0,337	0.112	-0.306	-3.010	0,003
LİTERATÜRÜN GERÇEK ETKİSİ	8.308E-02	0.086	0.100	0.967	0.336
REKLAMLARIN GERÇEK ETKİSİ	0.184	0.157	0.137	1.170	0.245
DİĞER BİL. KAYN.NİN GERÇEK ETKİSİ	-0.131	0.102	-0.141	-1.284	0.202

BAĞIMLI DEĞİŞKEN : GENEL BİLGİ DÜZEYİ

Hipotez 31 ile ilgili analiz sonuçlarına bakıldığında, Çizelge 6.92'deki R^2 değerinin 0,153 olduğu görülmektedir. R^2 değerinin sıfıra daha yakın olması, bağımlı değişkenin % 15,3 oranında açıklanabildiği görülmektedir. "Genel Bilgi Düzeyi" bağımlı değişkeninin "Meslektaş Tavsiyeleri", "Klinik Deneyimler", "Üretici Firma Faaliyetleri", "Sosyal Güvenlik Kuruluşları", "İlaç Numuneleri", "Tıbbi Toplantılar", "Literatür ve Makaleler", "Reklamlar" ve "Diğer Bilgi Kaynakları" bağımsız değişkenleri ile ifade etmesi için yeterli olmadığı değerlendirilmiştir. Bu nedenle, "Genel Bilgi Düzeyi" bağımlı değişkeninin ifade edilebilmesi için hipotezdeki bağımsız değişkenlere en az bir adet daha bağımsız değişkene ihtiyaç duyulduğu değerlendirilmektedir.

Çizelge 6.93.'e baktığımızda; "p anlamlılık olasılığı" değerinin 0.042 olduğu görülmektedir. F değeri yeteri kadar büyük olmadığı halde "p anlamlılık olasılığı" değerinin 0,05'ten küçük olmasından dolayı; değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu kabul edebiliriz.

"P anlamlılık olasılığı" değeri 0,05'ten küçük olan bağımsız değişkenler, hipoteze ait formülün anlamlılık düzeyini arttırmakta ve bileşenlerimizi temsil etmektedirler. Çizelge 6.94.'teki sonuçlara bakıldığında; sadece "Meslektaş Tavsiyeleri" ve "Tıbbi Toplantılar" ile ilgili "p anlamlılık olasılığı" değeri kabul



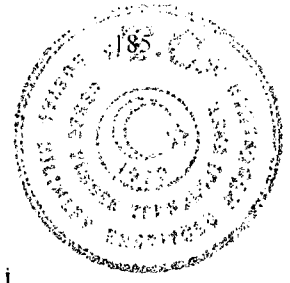
edilen değerler (0.05'ten küçük) içinde bulunmaktadır. "Meslektaş Tavsiyeleri" ve "Tıbbi Toplantılar" bağımsız değişkenlerinin "Genel Bilgi Düzeyi" bağımlı değişkeninin açıklanmasının anlamlı olduğunu göstermektedir. Ancak "Klinik Deneyimler", "Üretici Firma Faaliyetleri", "Sosyal Güvenlik Kuruluşları", "İlaç Numuneleri", "Tıbbi Toplantılar", "Literatür ve Makaleler", "Reklamlar" değişkenlerinin "p anlamlılık olasılığı" değerlerinin 0.05'ten büyük olması, "Genel Bilgi Düzeyi" bağımlı değişkeninin açıklanmasında anlamlı olmadıklarını göstermektedirler. Bu nedenle, anlamlı olmayan değişkenlerin fonksiyondan çıkartılmasına karar verilmiştir.

Yukarıdaki değerlendirmeler ışığında, "Meslektaş Tavsiyeleri" ve "Tıbbi Toplantılar" bağımsız değişkenleri ile "Genel Bilgi Düzeyi" bağımlı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir. "Meslektaş Tavsiyeleri" yoluyla elde edilen bilgiler arttıkça hekimlerin genel bilgi düzeyinin arttığı söylenebilir. Ancak burada dikkat çeken başka bir nokta görülmektedir. "Tıbbi Toplantılar" dışındaki tüm bağımsız değişkenlerin sabit tutulduğu varsayılarak, sadece "Tıbbi Toplantılar"ın değiştirildiği düşünüldüğünde; "Tıbbi Toplantılar"ın hekimlerin genel bilgi düzeylerini negatif etkilediğidir. Yani "Tıbbi Toplantılar" hekimlerin mevcut bilgileriyle çelişkiler oluşturabilmekte, hekimlerin kafalarını karıştırıcı etkiler ortaya çıkarmaktadır.

Ayrıca "Genel Bilgi Düzeyi" bağımlı değişkeninin açıklanabilmesi için, "Meslektaş Tavsiyeleri" ve "Tıbbi Toplantılar" bağımsız değişkenleri dışında en az bir bağımsız değişkene daha ihtiyaç duyulmaktadır. Sonuç olarak, Çizelge 6.94'teki "B" katsayılarını da eklendiğinde hipotezimize ait formül şu şekilde oluşur.

$$Y_{31} = 2.334 + 0.31X_{31} - 0.337X_{36} \\ (0.745) (0.122) (0.112)$$

Hipotez 32 (H32) : "Genel Bilgi Düzeyi"; uzun zamandır piyasada olan bir ilaç hakkındaki "Meslektaş Tavsiyeleri", "Klinik Deneyimler", "Üretici Firma Faaliyetleri", "Sosyal Güvenlik Kuruluşları", "İlaç Numuneleri", "Tıbbi Toplantılar", "Literatür ve Makaleler", "Reklamlar" ve "Diğer Bilgi Kaynakları"nın etkililik algılarının bir fonksiyonudur.



Bileşenleri temsil eden kısaltma ve işaretler:

- Y_{41} : Genel Bilgi Düzeyi (Bağımlı Değişken)
- X_{41} : Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algıları – MESLESKİ
- X_{42} : Klinik Deneyimlerin Etkililik Algıları – DENEESKİ
- X_{43} : Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algıları – URETESKİ
- X_{44} : Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algıları – SOSYESKİ
- X_{45} : İlaç Numunelerinin Etkililik Algıları – NUMUESKİ
- X_{46} : Tıbbi Toplantıların Etkililik Algıları – SEMİESKİ
- X_{47} : Literatür ve Makalelerin Etkililik Algıları – LITEESKİ
- X_{48} : Reklamların Etkililik Algıları – REKLESKİ
- X_{49} : Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algıları – DİGEESKİ

Hipotez 32'in matematiksel formülü;

$$Y_{41} = B_{40} + B_{41}X_{41} + B_{42}X_{42} + B_{43}X_{43} + B_{44}X_{44} + B_{45}X_{45} + B_{46}X_{46} + B_{47}X_{47} + B_{48}X_{48} + B_{49}X_{49}$$

Uygulanan regresyon analizi sonucunda:

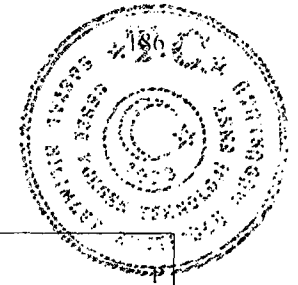
Çizelge 6.95. Regresyon Modeli Özeti (H32)

MODEL	R	R ²	DÜZELTİLMİŞ R ²	TAHMİNİ STA. HATA
1	0,250	0,062	-0,020	1,1097

Çizelge 6.96. Anova Testi (H32)

MODEL	KARELER TOPLAMI	DF	KARE ORT.	F	P ANLAMLILIK OLASIĞI
REGRESYON	8,367	9	0,930	0,755	0,658
ARTAKALAN	125,597	102	1,231		
TOPLAM	133,964	111			

Çizelge 6.97. Katsaylar (H32)



MODEL (UZUN ZAMANDIR PİYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	DÜZELTİLMİŞ KATSAYILAR		DÜZELTİLMİŞ KAT-SAYILAR	ANLAMLILIK	
	B	ST.A. HATA	BET A	F	OLASILIK
(SABİT)	3.154	0.748		4.218	0.000
MESLSEKTAŞLARIN ETKİLİLİK ALGISI	-8.16E-02	0.109	-0.094	-0.749	0.456
DENEYİMLERİN ETKİLİLİK ALGISI	-1.04E-02	0.114	-0.010	-0.091	0.927
ÜRET.FİR. FAAL.NİN ETKİLİLİK ALGISI	-0.131	0.113	-0.129	-1.165	0.247
SOS.GUV.KUR.NİN ETKİLİLİK ALGISI	-1.23E-02	0.110	-0.015	-0.112	0.911
NUMUNELERİN ETKİLİLİK ALGISI	-2.82E-02	0.141	-0.027	-0.199	0.843
TOPLANTILARIN ETKİLİLİK ALGISI	9.138E-02	0.116	0.009	0.079	0.937
LİTERATÜRÜN ETKİLİLİK ALGISI	3.931E-02	0.095	0.004	0.041	0.967
REKLAMLARIN ETKİLİLİK ALGISI	2.796E-02	0.137	0.028	0.204	0.839
DİĞ.BİL.KAYN.NİN ETKİLİLİK ALGISI	0.208	0.116	0.229	1.794	0.076

BAĞIMLI DEĞİŞKEN : GENEL BİLGİ DÜZEYİ

Hipotez 32 ile ilgili analiz sonuçlarına bakıldığında, Çizelge 6.95'teki R^2 değerinin 0,062 olduğu görülmektedir. R^2 değerinin sıfıra daha yakın olması, bağımlı değişkenin % 6,2 oranında açıklanabildiği görülmektedir. "Genel Bilgi Düzeyi" bağımlı değişkeninin "Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algıları", "Klinik Deneyimlerin Etkililik Algıları", "Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algıları", "Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algıları", "İlaç Numunelerinin Etkililik Algıları", "Tıbbi Toplantıların Etkililik Algıları", "Literatür ve Makalelerin Etkililik Algıları", "Reklamların Etkililik Algıları" ve "Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algıları" bağımsız değişkenleri ile ifade etmesi için yeterli değildir. Bu nedenle, "Genel Bilgi Düzeyi" bağımlı değişkeninin ifade edilebilmesi için mevcut bağımsız değişkenlere en az bir adet daha bağımsız değişkene ihtiyaç duyulduğu değerlendirilmektedir.

Çizelge 6.96.'ya baktığımızda; "p anlamlılık olasılığı" değerinin 0,658 olduğu görülmektedir. Ayrıca F değerinin de (0,755) çok düşük olduğu görülmektedir. Bu değerler bize değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını ifade etmektedir.

Çizelge 6.97.'teki sonuçlara bakıldığında; test edilen hiçbir bağımsız değişkenin "p anlamlılık olasılığı" değerinin kabul edilen değerler (0,05'ten küçük) içinde bulunmamasından dolayı, "Genel Bilgi Düzeyi" bağımlı değişkeninin

açıklanmasında anlamlı olmadıklarını göstermektedirler. Bu nedenle, bağımlı değişkeni ifade edebilecek bağımsız değişken bulunmadığından formül oluşturulamamıştır.

Hipotez 33 (H33) : “Genel Bilgi Düzeyi”: piyasaya yeni çıkmış bir ilaç hakkındaki “Meslektaş Tavsiyeleri”, “Klinik Deneyimler”, “Üretici Firma Faaliyetleri”, “Sosyal Güvenlik Kuruluşları”, “İlaç Numuneleri”, “Tıbbi Toplantılar”, “Literatür ve Makaleler”, “Reklamlar” ve “Diğer Bilgi Kaynakları”nın etkililik algılarının bir fonksiyonudur.

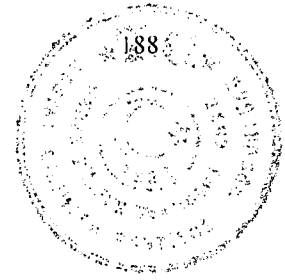
Bileşenleri temsil eden kısaltma ve işaretler;

- Y₅₁ : Genel Bilgi Düzeyi (Bağımlı Değişken)
- X₅₁ : Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algıları – MESLİYENİ
- X₅₂ : Klinik Deneyimlerin Etkililik Algıları – DENEYENİ
- X₅₃ : Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algıları – URETYENİ
- X₅₄ : Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algıları – SOSYYENİ
- X₅₅ : İlaç Numunelerinin Etkililik Algıları – NUMUYENİ
- X₅₆ : Tıbbi Toplantıların Etkililik Algıları – SEMİYENİ
- X₅₇ : Literatür ve Makalelerin Etkililik Algıları – LITEYENİ
- X₅₈ : Reklamların Etkililik Algıları – REKLESKİ
- X₅₉ : Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algıları – DIGEYENİ

Hipotez 33’in matematiksel formülü:

$$Y_{51} = B_{50} + B_{51}X_{51} + B_{52}X_{52} + B_{53}X_{53} + B_{54}X_{54} + B_{55}X_{55} + B_{56}X_{56} + B_{57}X_{57} + B_{58}X_{58} + B_{59}X_{59}$$

Uygulanan regresyon analizi sonucunda:



Çizelge 6.98. Regresyon Modeli Özeti (H33)

MODEL	R	R ²	DÜZELTİLMİŞ R ²	TAHİMİNİ STA. HATA
1	0.302	0.091	0.011	1.0924

Çizelge 6.99. Anova Testi (H33)

MODEL	KARELER TOPLAMI	DF	KARE ORT.	F	P ANLAMLILIK OLASIĞI
REGRESYON	12.236	9	1.360	1.139	0.342
ARTAKALAN	121.728	102	1.193		
TOPLAM	133.964	111			

Çizelge 6.100. Katsayılar (H33)

MODEL (PİYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	DÜZELTİLMİŞ KATSAYILAR		DÜZELTİLMİŞ KATSAYILAR	P ANLAMLILIK OLASILIK	
	B	STA. HATA	BETA	T	
(SABİT)	1.813	1.001		1.812	0.073
MESLEKTAŞLARIN ETKİLİLİK ALGISI	-0.128	0.104	-0.136	-1.226	0.223
DENEYİMLERİN ETKİLİLİK ALGISI	-3.35E-02	0.137	-0.029	-0.246	0.806
ÜRET.FIR. FAAL.NİN ETKİLİLİK ALGISI	4.366E-02	0.106	0.044	0.411	0.682
SOS.GUV.KUR.NİN ETKİLİLİK ALGISI	0.149	0.114	0.157	1.300	0.197
NUMUNELERİN ETKİLİLİK ALGISI	0.268	0.095	0.323	2.827	0.006
TOPLANTILARIN ETKİLİLİK ALGISI	0.184	0.163	0.119	1.131	0.261
LİTERATÜRÜN ETKİLİLİK ALGISI	1.90E-02	0.114	-0.018	-0.167	0.868
REKLAMLARIN ETKİLİLİK ALGISI	-0.138	0.125	-0.129	-1.110	0.270
DİĞ.BİL.KAYN.NİN ETKİLİLİK ALGISI	-9.04E-02	0.112	-0.009	-0.081	0.936

BAĞIMLI DEĞİŞKEN : GENEL BİLGİ DÜZEYİ

Hipotez 33 ile ilgili analiz sonuçlarına bakıldığında, Çizelge 6.98'teki R² değerinin 0,091 olduğu görülmektedir. R² değerinin sıfıra daha yakın olması, bağımlı değişkenin % 9.1 oranında açıklanabildiği görülmektedir. “Genel Bilgi Düzeyi” bağımlı değişkeninin “Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algıları”, “Klinik Deneyimlerin Etkililik Algıları”, “Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algıları”, “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algıları”, “İlaç Numunelerinin Etkililik Algıları”, “Tıbbi Toplantıların Etkililik Algıları”, “Literatür ve Makalelerin Etkililik Algıları”, “Reklamların Etkililik Algıları”, “Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik

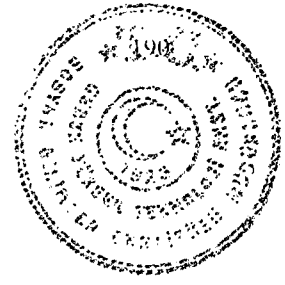


Algıları” bağımsız değişkenleri ile ifade etmesi için yeterli değildir. Bu nedenle “Genel Bilgi Düzeyi” bağımlı değişkeninin ifade edilebilmesi için mevcut bağımsız değişkenlere en az bir bağımsız değişkene daha ihtiyaç duyulduğu değerlendirilmektedir.

Çizelge 6.99.’a baktığımızda; “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.342 olduğu görülmektedir. Ayrıca F değerinin (1,139) de yeteri kadar büyük olmadığı görülmektedir. Bu değerler bize değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını ifade etmektedir.

Çizelge 6.100.’deki sonuçlara bakıldığında; sadece “İlaç Numuneleri” ile ilgili “p anlamlılık olasılığı” değeri kabul edilen değerler (0.05’ten küçük) içinde bulunmaktadır. “İlaç Numuneleri” bağımsız değişkeninin “Genel Bilgi Düzeyi” bağımlı değişkeninin açıklanmasının anlamlı olduğunu göstermektedir. Ancak “Meslektaş Tavsiyeleri”, “Klinik Deneyimler”, “Üretici Firma Faaliyetleri”, “Sosyal Güvenlik Kuruluşları”, “Tıbbi Toplantılar”, “Literatür ve Makaleler”, “Reklamlar” ve “Diğer Bilgi Kaynakları” değişkenlerinin “p anlamlılık olasılığı” değerlerinin 0.05’ten büyük olması, “Genel Bilgi Düzeyi” bağımlı değişkeninin açıklanmasında anlamlı olmadıklarını göstermektedirler. Bu nedenle, anlamlı olmayan değişkenlerin fonksiyondan çıkartılmasına karar verilmiştir. Ancak Çizelge 6.98.’deki sonuçlara göre “Genel Bilgi Düzeyi” bağımlı değişkeninin % 9,1 oranında açıklanabilmesi, Çizelge 6.99.’daki sonuçlara göre “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0.05’ten büyük olması ve F değerinin yeteri kadar büyük olmamasından dolayı, test edilen bağımsız değişkenlerin hiçbirinin “Genel Bilgi Düzeyi” bağımlı değişkeninin ifade edilmesinde anlamlı olmadıkları düşünülmektedir. Bu nedenle, bağımlı değişkeni ifade edebilecek bir formül oluşturulamamıştır.

Hipotez 34 (H34) : “Hekimin İlaç Tercihi”; **uzun zamandır piyasada olan bir ilaç** hakkındaki “Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algısı”, “Klinik Deneyimlerin Etkililik Algısı”, “Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algısı”, “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algısı”, “İlaç Numunelerinin Etkililik Algısı”, “Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı”, “Literatür ve Makalelerin Etkililik Algısı”, “Reklamların Etkililik Algısı”, “Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algısı”, “Risk Algısı” ve “Fiyat Bilgisi Düzeyi”nin bir fonksiyonudur.



Bileşenleri temsil eden kısaltma ve işaretler:

- Y_{34} : Tercih (Bağımlı Değişken)
- X_{301} : Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algıları – MESLESKİ
- X_{302} : Klinik Deneyimlerin Etkililik Algıları – DENEESKİ
- X_{303} : Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algıları – URETESKİ
- X_{304} : Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algıları – SOSYESKİ
- X_{305} : İlaç Numunelerinin Etkililik Algıları – NUMUESKİ
- X_{306} : Tıbbi Toplantıların Etkililik Algıları – SEMİESKİ
- X_{307} : Literatür ve Makalelerin Etkililik Algıları – LITEESKİ
- X_{308} : Reklamların Etkililik Algıları – REKLESKİ
- X_{309} : Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algıları – DİGEESKİ
- X_{310} : Risk Algısı - RİSKESKİ
- X_{311} : Fiyat Bilgisi Düzeyi – FİYAT

Hipotez 34'in matematiksel formülü:

$$Y_{34} = B_{34} + B_{301}X_{301} + B_{302}X_{302} + B_{303}X_{303} + B_{304}X_{304} + B_{305}X_{305} + B_{306}X_{306} + B_{307}X_{307} + B_{308}X_{308} + B_{309}X_{309} + B_{310}X_{310} + B_{311}X_{311}$$

Uygulanan regresyon analizi sonucunda:

Çizelge 6.101. Regresyon Modeli Özeti (H34)

MODEL	R	R ²	DÜZELTİLMİŞ R ²	TAHMINİ STA. HATA
1	0,656	0,430	0,367	0,7999

Çizelge 6.102. Anova Testi (H34)

MODEL	KARELER TOPLAMI	DF	KARE ORT.	F	P ANLAMLIILIK OLASIĞI
REGRESYON	48.267	11	1.360	4.388	0.000
ARTAKALAN	63.983	100	1.193	0.640	
TOPLAM	112.500	111			

Çizelge 6.103. Katsayılar (H34)

MODEL (UZUN ZAMANDIR PIYASADA BULUNAN BİR İLAÇ İÇİN)	DÜZELTİLMİŞ KATSAYILAR		DÜZELTİLMİŞ KAT-SAYILAR	P ANLAMLIILIK	
	B	STA. HATA		T	OLASIĞI
(SABİT)	2.615	0.609		4.296	0.000
FİYAT BİLGİSİ	-7.71E-02	0.076	-0.082	-1.011	0.315
RISK ALGISI	-0.167	0.112	-0.127	-1.489	0.140
MESLEKTAŞLARIN ETKİLİLİK ALGISI	0.140	0.080	0.177	1.748	0.084
DENEYİMLERİN ETKİLİLİK ALGISI	0.251	0.083	0.258	3.039	0.003
ÜRET.FİR. FAAL.NİN ETKİLİLİK ALGISI	-0.119	0.085	-0.128	-1.389	0.168
SOS.GUV.KUR.NİN ETKİLİLİK ALGISI	3.313E-02	0.082	0.043	0.405	0.686
NUMUNELERİN ETKİLİLİK ALGISI	-6.01E-02	0.107	-0.062	-0.562	0.575
TOPLANTILARIN ETKİLİLİK ALGISI	-0.218	0.085	-0.239	-2.564	0.012
LİTERATÜRÜN ETKİLİLİK ALGISI	0.150	0.070	0.185	2.146	0.034
REKLAMLARIN ETKİLİLİK ALGISI	-5.54E-02	0.100	-0.060	-0.553	0.582
DİĞ.BİL.KAYN.NİN ETKİLİLİK ALGISI	0.383	0.086	0.461	4.449	0.000

BAĞIMLI DEĞİŞKEN : TERCİH

Hipotez 34 ile ilgili analiz sonuçlarına bakıldığında, Çizelge 6.101'deki R^2 değerinin 0.430 olduğu görülmektedir. R^2 değerinin Hipotez 31,32,33'e ait R^2 değerlerine göre daha yüksek olduğu ve bağımlı değişkenin % 43.0 oranında açıklanabildiği görülmektedir. "Tercih" bağımlı değişkeninin "Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algısı", "Klinik Deneyimlerin Etkililik Algısı", "Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algısı", "Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algısı", "İlaç Numunelerinin Etkililik Algısı", "Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı", "Literatür ve Makalelerin Etkililik Algısı", "Reklamların Etkililik Algısı", "Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algısı", "Fiyat Bilgisi Düzeyi" ve "Uzun Zamandır Piyasada Olan Bir İlacın Risk Algısı" bağımsız değişkenleri ile ifade etmesi Hipotez 31,32,33'e göre daha geçerlidir. Ancak "Tercih" bağımlı değişkeninin ifade

edilebilmesi için mevcut bağımsız değişkenlere en az bir bağımsız değişken daha ilave edilebilir.



Çizelge 6.102.'ye baktığımızda: "p anlamlılık olasılığı" değerinin 0.000 olduğu görülmektedir. Ayrıca F değerinin (6.858) de yeteri kadar büyük olduğu görülmektedir. Bu değerler bize değişkenler arasında anlamlı ilişkinin var olduğunu ifade etmektedir.

Çizelge 6.103.'teki sonuçlara bakıldığında: "Klinik Deneyimlerin Etkililik Algısı", "Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı", "Literatür ve Makalelerin Etkililik Algısı" ve "Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algısı" ile ilgili "p anlamlılık olasılığı" değeri kabul edilen değerler (0.05'ten küçük) içinde bulunmaktadır. "Klinik Deneyimlerin Etkililik Algısı", "Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı", "Literatür ve Makalelerin Etkililik Algısı" ve "Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algısı" bağımsız değişkenlerinin, "Tercih" bağımlı değişkeninin açıklanması açısından anlamlı oldukları görülmektedir.

"Tercih" bağımlı değişkenini ifade edebilecek bağımsız değişkenler arasında sadece "Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı" bağımsız değişkeninin "B" değeri negatiftir. "Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı" dışındaki tüm bağımsız değişkenlerin sabit tutulduğu varsayılarak, sadece "Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı"nın değiştirildiği düşünüldüğünde: "Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı"nın hekimlerin mevcut bilgilerinde çelişkilere yol açabileceğini söyleyebiliriz.

Ancak "Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algısı", "Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algısı", "Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algısı", "İlaç Numunelerinin Etkililik Algısı", "Reklamların Etkililik Algısı", "Fiyat Bilgisi Düzeyi" ve "Uzun Zamandır Piyasada Olan Bir İlacın Risk Algısı" değişkenlerinin "p anlamlılık olasılığı" değerlerinin 0.05'ten büyük olması, "Tercih" bağımlı değişkeninin açıklanmasında anlamlı olmadıklarını görülmektedir. Bu nedenle, anlamlı olmayan değişkenlerin fonksiyondan çıkartılmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, formüle Çizelge 6.103.'teki "B" katsayıları da eklendiğinde:



$$Y_{34} = 2.615 + .251X_{302} - .218X_{306} + 0.15X_{307} - 0.383X_{309}$$

(0.609) (0.083) (0.085) (0.070) (0.086)

Hipotez 35 (H35) : “Hekimin İlaç Tercihİ”, piyasaya yeni çıkmış bir ilaç hakkındaki “Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algısı”, “Klinik Deneyimlerin Etkililik Algısı”, “Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algısı”, “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algısı”, “İlaç Numunelerinin Etkililik Algısı”, “Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı”, “Literatür ve Makalelerin Etkililik Algısı”, “Reklamların Etkililik Algısı”, “Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algısı”, “Fiyat Bilgisi Düzeyi” ve “Risk Algısı”nın bir fonksiyonudur.

Bileşenleri temsil eden kısaltma ve işaretler;

- Y₃₅ : Tercih (Bağımlı Değişken)
- X₄₀₁ : Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algıları – MESLYENİ
- X₄₀₂ : Klinik Deneyimlerin Etkililik Algıları – DENEYENİ
- X₄₀₃ : Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algıları – URETYENİ
- X₄₀₄ : Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algıları – SOSYYENİ
- X₄₀₅ : İlaç Numunelerinin Etkililik Algıları – NUMUYENİ
- X₄₀₆ : Tıbbi Toplantıların Etkililik Algıları – SEMİYENİ
- X₄₀₇ : Literatür ve Makalelerin Etkililik Algıları – LITEYENİ
- X₄₀₈ : Reklamların Etkililik Algıları – REKLYENİ
- X₄₀₉ : Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algıları – DIGEYENİ
- X₄₁₀ : Risk Algısı - RİSKYENİ
- X₄₁₁ : Fiyat Bilgisi Düzeyi - FİYAT

Hipotez 35’in matematiksel formülü;

$$Y_{35} = B_{35} + B_{401}X_{401} + B_{402}X_{402} + B_{403}X_{403} + B_{404}X_{404} + B_{405}X_{405} + B_{406}X_{406} + B_{407}X_{407} + B_{408}X_{408} + B_{409}X_{409} + B_{410}X_{410} + B_{411}X_{411}$$

Uygulanan regresyon analizi sonucunda:

Çizelge 4.104. Regresyon Modeli Özeti (H35)

MODEL	R	R ²	DÜZELTİLMİŞ R ²	TAHMİNİ STA. HATA
1	0.690	0.476	0.419	0.7668

Çizelge 4.105. Anova Testi (H35)

MODEL	KARELER TOPLAMI	DF	KARE ORT.	F	P ANLAMLILIK OLASIĞI
REGRESYON	53,445	11	4,859	8,262	0,000
ARTAKALAN	58,805	100	0,588		
TOPLAM	112,500	111			

Çizelge 4.106. Katsayılar (H35)

MODEL (PIYASAYA YENİ ÇIKMIŞ BİR İLAÇ İÇİN)	DÜZELTİLMİŞ KATSAYILAR		DÜZELTİLMİŞ KAT- SAYILAR	P ANLAMLILIK	
	B	STA. HATA		T	OLASILIK
(SABİT)	1.946	0.791		2.461	0.016
FİYAT BİLGİSİ	0.137	0.072	-0.145	1.899	0.060
RİSK ALGISI	-5.98E-02	0.092	-0.056	-0.647	0.519
MESLEKTAŞLARIN ETKİLİLİK ALGISI	-0.163	0.075	-0.189	-2.176	0.032
DENEYİMLERİN ETKİLİLİK ALGISI	0.402	0.106	0.380	3.809	0.000
ÜRETİR. FAAL.NİN ETKİLİLİK ALGISI	-0.276	0.075	-0.306	-3.682	0.000
SOS.GUV.KUR.NİN ETKİLİLİK ALGISI	0.161	0.082	0.186	1.963	0.052
NUMUNELERİN ETKİLİLİK ALGISI	-0.166	0.70	-0.218	-2.376	0.019
TOPLANTILARIN ETKİLİLİK ALGISI	0.188	0.119	0.133	1.583	0.117
LİTERATÜRÜN ETKİLİLİK ALGISI	-8.29E-02	0.081	-0.088	-1.019	0.311
REKLAMLARIN ETKİLİLİK ALGISI	0.261	0.089	0.267	2.948	0.004
DIĞ.BİL.KAYN.NİN ETKİLİLİK ALGISI	7.154E-02	0.080	0.081	0.892	0.374

BAĞIMLI DEĞİŞKEN : TERCİH

Hipotez 35 ile ilgili analiz sonuçlarına bakıldığında, Çizelge 4.104'deki R² değerinin 0.476 olduğu görülmektedir. R² değerinin Hipotez 31,32,33ve 34'e ait R² değerlerine göre daha yüksek olduğu ve bağımlı değişkenin % 47,6 oranında

açıklanabildiği görülmektedir. “Tercih” bağımlı değişkeninin: piyasaya yeni çıkmış bir ilaç için “Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algısı”, “Klinik Deneyimlerin Etkililik Algısı”, “Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algısı”, “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algısı”, “İlaç Numunelerinin Etkililik Algısı”, “Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı”, “Literatür ve Makalelerin Etkililik Algısı”, “Reklamların Etkililik Algısı”, “Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algısı”, “Fiyat Bilgisi” ve “Risk Algısı” bağımsız değişkenleri ile ifade etmesi Hipotez 31,32,33 ve 34’ e göre daha geçerlidir.

Çizelge 4.105.’e baktığımızda: “p anlamlılık olasılığı” değerinin 0,000 olduğu görülmektedir. Ayrıca F değerinin (8,262) de oldukça büyük olduğu görülmektedir. Bu değerler bize değişkenler arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu ifade etmektedir.

Çizelge 4.106.’daki sonuçlara bakıldığında: “Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algısı”, “Klinik Deneyimlerin Etkililik Algısı”, “Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algısı”, “İlaç Numunelerinin Etkililik Algısı” ve “Reklamların Etkililik Algısı” ile ilgili “p anlamlılık olasılığı” değeri kabul edilen değerler (0,05’ten küçük) içinde bulunmaktadır. “Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algısı”, “Klinik Deneyimlerin Etkililik Algısı”, “Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algısı”, “İlaç Numunelerinin Etkililik Algısı” ve “Reklamların Etkililik Algısı” bağımsız değişkenlerinin, “Tercih” bağımlı değişkeninin açıklanması açısından anlamlı oldukları görülmektedir. Burada dikkat çeken başka bir nokta da: “Fiyat Bilgisi” ve “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algısı” değişkenlerinin söz konusu bağımsız değişkenin açıklanmasına çok az da olsa katkıda bulunmalarıdır.

Çizelge 4.106. incelendiğinde, “Tercih” bağımlı değişkenini ifade edebilen “Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algısı”, “Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algısı” ve “İlaç Numunelerinin Etkililik Algısı” bağımsız değişkenlerine ait “B” değerlerinin negatif olduğu görülmektedir. “Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algısı”, “Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algısı” ve “İlaç Numunelerinin Etkililik Algısı”nın hekimlerin tercihlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca “Fiyat Bilgisi” ve “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algısı” bağımsız değişkenlerinin “p anlamlılık olasılığı” değerlerinin kabul edilen değerlere çok yakın

bulunmasından dolayı: hekimin ilaç seçiminde çok düşük de olsa, olumlu etkililik algısı yarattığı söylenebilir.



Ancak, “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algısı”, “Tıbbi Toplantıların Etkililik Algısı”, “Literatür ve Makalelerin Etkililik Algısı”, “Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algısı”, “Fiyat Bilgisi Düzeyi” ve “Uzun Zamandır Piyasada Olan Bir İlacın Risk Algısı” değişkenlerinin “p anlamlılık olasılığı” değerlerinin 0.05’ten büyük olması, “Tercih” bağımlı değişkeninin açıklanmasında anlamlı olmadıkları görülmektedir. Bu nedenle, anlamlı olmayan değişkenlerin fonksiyondan çıkartılmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, Çizelge 4.106.’daki “B” katsayılarını da eklendiğinde hipotezimize ait formül şu şekilde oluşmaktadır.

$$Y_{35} = 1,946 - 0,163X_{401} + 0,402X_{402} - 0,276X_{403} - 0,166X_{405} + 0,261X_{408}$$

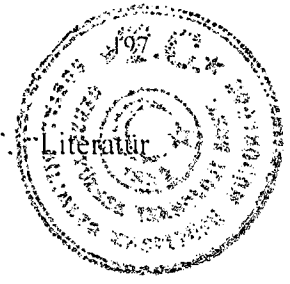
(0,791) (0,075) (0,106) (0,075) (0,070) (0,089)

4.2.2.5. Regresyon Analizlerinin Genel Değerlendirilmesi

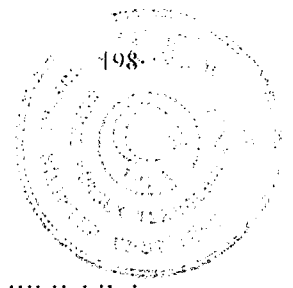
Yapılan regresyon analizlerine ait sonuçlara bakıldığında,

- Hekimlerin genel bilgi düzeylerine katkıda bulunan ve arttıran bilgi kaynakları, “Meslektaş Tavsiyeleri” ve “Seminer/Kongre/Konferanslar”dır. Hekimin genel bilgi düzeyi ile “Meslektaş Tavsiyeleri” ve “Seminer/Kongre/Konferanslar” arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ama yinede unutmamak gerekir ki, “Genel Bilgi Düzeyi” sadece bu iki değişkenle ifade edilemez.
- Hekimlerin uzun zamandır piyasada bulunan aynı etken maddeleri içeren değişik marka ilaçlar arasındaki tercihi ile “Klinik Deneyimlerin Etkililik Algıları”, “Tıbbi Toplantıların Etkililik Algıları”, “Literatür ve Makalelerin Etkililik Algıları” ve “Diğer Bilgi Kaynaklarının Etkililik Algıları” arasında anlamlı bir ilişki (pozitif veya negatif) bulunmaktadır.
- Hekimlerin uzun zamandır piyasada bulunan aynı etken maddeleri içeren değişik marka ilaçlar arasındaki tercihlerinde en sık yararlandıkları bilgi

kaynakları “Klinik Deneyimler”, “Seminer/Kongre/Konferanslar”, “Literatür” ve Makaleler” ve “Diğer Bilgi Kaynakları” olduğu görülmektedir.



- Hekimlerin yeni piyasaya çıkmış, aynı etken maddeleri içeren değişik marka ilaçlar arasındaki tercihi ile “Meslektaş Tavsiyelerinin Etkililik Algıları”, “Klinik Deneyimlerin Etkililik Algıları”, “Üretici Firma Faaliyetlerinin Etkililik Algıları”, “İlaç Numunelerinin Etkililik Algıları” ve “Reklamların Etkililik Algıları” arasında anlamlı bir ilişki (pozitif veya negatif) bulunmaktadır.
- Hekimlerin yeni piyasaya çıkmış, aynı etken maddeleri içeren değişik marka ilaçlar arasındaki tercihlerinde en sık yararlandıkları bilgi kaynakları “Meslektaş Tavsiyeleri”, “Klinik Deneyimler”, “Üretici Firma Faaliyetleri”, “İlaç Numuneleri” ve “Reklamlar” olduğu görülmektedir.
- “Fiyat Bilgisi” ve “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Etkililik Algısı”nın; hekimlerin yeni piyasaya çıkmış, aynı etken maddeleri içeren değişik marka ilaçlar arasındaki tercihlerinde tek başına doğrudan bir etkileri olmasa da, olumlu etkilere katkıda bulunduğu görülmektedir.



5. SONUÇ

Pazarlamada satın alma kararının tüketiciler adına yasal ya da özellikli bilgi birikimine sahip kişi/kurumlar tarafından verilmesi yaşamın her alanında karşımıza çıkmasına rağmen; her zaman göz ardı edilen ve önemsenmeyen bir konu başlığıdır.

Hekim de: kendi uzmanlık bilgi ve tecrübesini kullanarak toplumu oluşturan bireyler adına tıbbi gereksinimlerine, tedavilerine ilişkin kararları vermektedir. Bu satın alma kararını verirken bir tüketici temsilcisi, “Surrogate Shopper”, olarak hareket etmeye çalışmaktadır. Hastasının haklarına saygı duyarak, ona karşı sorumluluklarını unutmadan, hastasının çıkarlarını gözeterek hastasına en uygun tedaviyi tavsiye eder veya ilacı reçeteye yazar.

Hekim yukarıda bahsedilen satın alma davranışını gerçekleştirirken bu kararını bilgiye dayalı mı yoksa bazı çevresel kaynaklardan mı etkileniyor? Herhalde bu sorunun yanıtı, her zaman önemini korumaya devam ettirecektir. Yanıtı öğrenmek de pazarlama yöneticisinin en yoğun odak noktası olarak kalacaktır.

Hekimin hastası adına tedavi/ilâç seçimi davranışını gerçekleştirirken: ilâç seçimine etki eden veya etki ettiğini algıladığı bazı bilgi kaynakları bulunmaktadır. Hekim hastası adına vereceği tedavi/ilâç kararında: sık sık veya nadiren bu bilgi kaynaklarının birine veya birkaçına başvurabilir. Yaptığım araştırmada, hekimin ilâç seçimi kararına hangi bilgi kaynaklarının etki ettiğini ve etkililik algılarıyla ilgili sonuçlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda ulaşılan sonuçlar şu şekilde özetlenebilir.

Hekimlerin, hem piyasaya yeni çıkmış ilâç ürünlerinde, hem de uzun zamandır piyasada bulunan ilâç ürünlerinde en çok etkilendiklerini algıladıkları ve etkilendikleri bilgi kaynaklarının “*Klinik deneyimler*” olduğu görülmektedir. Ayrıca hekimlerin uzun zamandır piyasada bulunan aynı etken maddeleri içeren değişik marka ilâçlar arasındaki tercihlerinde en sık yararlandıkları bilgi kaynaklarının “*Klinik Deneyimler*” olduğu da araştırma sonuçlarımızdan ortaya çıkmaktadır.



İlaç piyasaya yeni çıkmış veya uzun zamandır piyasada olsa bile, hekimler “Üretici Firma Faaliyetleri”nden algıladıklarından daha fazla etkilenebilmektedirler. Bunu destekleyen bir başka bulgu da, hekimlerin piyasaya yeni çıkmış, aynı etken maddeleri içeren değişik marka ilaçlar arasındaki tercihlerinde en sık yararlandıkları bilgi kaynakları arasında “Üretici Firma Faaliyetleri”nin yer almasıdır.

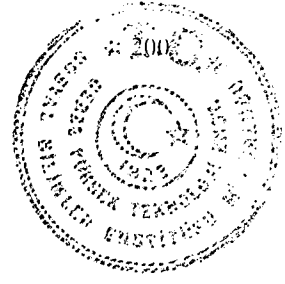
Numunelerin hekimin ilaç seçimi kararına etkisi, ilaç piyasaya yeni çıkmış veya uzun zamandır piyasada olsa bile, algılandığı oranda gerçekleşmektedir.

Araştırmanın bir diğer sonucu da, hekimin reçete yazma kararında ilacın piyasaya yeni çıkması ile uzun zamandır piyasada bulunmasının kayda değer bir etki yapmadığıdır. Bu konuda sadece numunelerin ve seminer/kongre/konferansların etkililik algılarının istisna sayılabileceğini söyleyebiliriz. Çünkü ilacın piyasaya yeni çıkmış olması bu iki etkililik algısını az da olsa arttırmaktadır.

Hekimin genel bilgi düzeylerine katkıda bulunan ve arttıran en önemli bilgi kaynakları olarak “Meslektaş Tavsiyeleri” ve “Seminer/Kongre/Konferansları” ortaya çıkmaktadır. Bu durumu, hekimlerin uzun zamandır piyasada bulunan aynı etken maddeleri içeren değişik marka ilaçlar arasındaki tercihlerinde en sık yararlandıkları bilgi kaynaklarından birinin “Seminer/Kongre/Konferanslar” olduğu bulgusu daha da pekiştirmektedir. Aynı şekilde hekimlerin yeni piyasaya çıkmış, aynı etken maddeleri içeren değişik marka ilaçlar arasındaki tercihlerinde en sık yararlandıkları bilgi kaynaklarından birinin “Meslektaş Tavsiyeleri” bulgusu da önemlidir.

İster piyasaya yeni çıkmış olsun, ister uzun zamandır piyasada olsun hekimler için ilaç seçimi kararlarında, en çok etkilendiklerini algıladıkları bilgi kaynaklarından üçüncüsü olan “Literatür ve Makaleler”, araştırmada hekimlerin en sık yararlandıkları bilgi kaynaklarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKLAR



Adams, D.; "Pharmaceutical Advertising : Education Versus Promotion" Journal of Pharmaceutical Marketing Management, Vol.7, (1992)

Akalın, Kemalettin, "İlaç ve Eczacılık, Uluslararası Anlaşmalar. Kanunlar. Yönetmelikler, Genelgeler" (1991)

Akalın, K.; "Beşeri İspençiyari Tıbbi Tanıtım Yönetmeliği" İlaç ve Eczacılık, Uluslar arası Anlaşmalar, Kanunlar, Yönetmelikler, Genelgeler, Genişletilmiş 2.Baskı (1996)

Alderson, Wroe. "Marketing Behavior and Executive Action : A Functionalist Approach to Marketing Theory" Homewood, IL: Richard D. Irvin, Inc. (1957).

Alpan, Serdar, "Alternatif İlaç Sunuşları" İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası Aylık Raporu, sayı 106. s6-7, (1999)

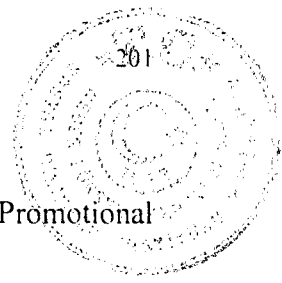
Alperstein, Neil M., Peyrat, Mark; "Consumer Awareness of Prescription Drug Advertising" Journal of Advertising Research, Vol 33 s50 (1993).

Avorn, Jerry, Somerai ,Stephen B., "Improving Drug Therapy Decisions Through Educational Outreach" The New England Journal of Medicine, Vol.308. s1457 (1983).

Baysan, Oya, "Fedakar Sektör İlaç", Kalite ve Üretim, s53-56, (Aralık 1997).

Beltramini, Richard F., Sirsi, Ajay. K.; "Physician Information Acquisition And Believability" Journal of Health Care Marketing, Vol 12 s52 (1992).

Bleidth, B.; "Marketing Activities: The Keystone of Capitalism Increasing The Availability of Prescription Drugs Through Pharmaceutical Promotion" Journal of Drug Issues. Vol 22 s122 (1992)



Bleidt, B.: "Recent Issues and Concerns About Pharmaceutical Industry Promotional Efforts". The Journal of Drug Issues Vol 22 (1992).

Braithwaite, John.; "Transnational Regulation of The Pharmaceutical Industry" Annals of The American Academy of Political And Social Science, Vol 525, (1993).

Caplow, Theodore," Market Attitudes : A Research Report Medical Field" Harward Business Review, (1952).

Caplow, Theodore, John J.Raymond, "Factors Influencing The selection of Pharmaceutical Products" Journal of Marketing, Vol 19 s18-23 (1954).

Castagnoli, W.G.; "Prospects for Pharmaceutical Promotion", Journal of Pharmaceutical Marketing Management, Vol 10 (1996).

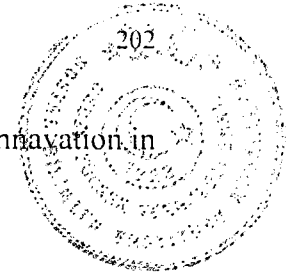
Caudill, T.S, Lurie, N.; Rich, E.C.; "The Influence of Pharmaceutical Industry Advertising On Physician Prescribing", The Journal of Drug Issues vol22. (1992).

Caudill, T.S.; Jonhson, M.S.; Rich, E.C.; Mckinney, W.P.; "Physicians, Pharmaceutical Sales Representatives, and The Cost of Prescribing.". Arch Fam Medicine, vol 5 (1996).

Coleman, James, Katz, Elihu, Menzel, Herbert, "The Diffusion of An Innovation Among Physicians" Sociometry. Vol 253, s70 (1957).

Collins, George L., "Prescription drug Advertising : A Medical View", journal of Pharmaceutical Marketing & Management. Vol.19 s22 (1986).

Denitto, E., "Research Reveals Conumers Are Savvy About Medications", Advertising Age, (14 Temmuz 1993).



Di Masi, J.A., R.W.Hansen, H.G. Grabowski, and L. Lasagna; "Cost of Innovation in the Pharmaceutical Industry" Journal of Health Economics. Vol 107. s42.

"Drug Evaluations Annual, 1995", American Medical Association, Chicago USA.

Elzinga, Kenneth G., Mills, David E.; "The Distribution And Pricing of Prescription Drugs", International Journal of The Economics of Business, Vol 4 s287 (1997).

Engel, James F., Blackwell, Roger D., Kollat, David T., "Consumer Behavior", Third Edition, The Dryden Press, Illionis, (1978) .

Erciş, Aysel, "Pazarlama, Toplum ve Sosyal Sorumluluk", Standart, Sayı 470, s51-53, (2001)

Evans, K.R.; Beltramini, R.F.; "Physician Acquisition of Prescription Drug Information." Journal of Health Care Marketing Vol6 (1986).

"Faaliyet Raporu", İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası (1998)

"Faaliyet Raporu", İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası (1999).

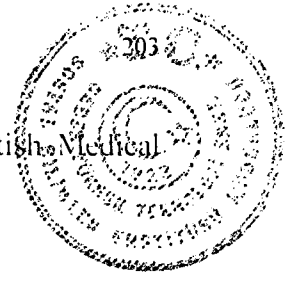
Ferber, Robert, Wales, Hugh G., "The Effectiveness of Pharmaceutical Promotion". Urbana, İL: Bureau of Economic and Business Research, (1958).

Festervand, T.A; Tucher, G.K.; "Direct-To-Consumer Promotion of Prescription Drug Products: Chronic Condition or Enduring Opportunity?" Health Marketing Quarterly, Vol7, (1990)

Flieger, Ken, "FDA Finds New Ways to Speed Treatments to Patients" FDA Consumer Special Report on New Drug Development (1995).

Genç, Fehim, "İlaç Sanayiine Acı Reçete", Paramatik, s69, (24 Mayıs 1998)

Griffith, David: "Reasons For Not Seeing Drug Representatives" British Medical Journal. s69 (1999).



Gümrükçü, Burak. Özben, Emre, "Sektör Analizi : İlaç Sektörü Hızla Büyüyor", GFC General Finans Menkul Değerler, Paramatik, (1-7 Eylül 1996).

Hemminki, Elina, "Review of Literature On The Factors Affecting Drug Prescribing", Social Science and Medicine, Vol 111 s6 (1975).

Hadsall, R.S.; Freeman, R.A.; Norwood, G.J.; "Factors Related To The Prescribing of Psychotropic Drugs By Primary Care Physicians" Social Science and Medicine, Vol 16 (October 15, 1982).

Hansen, Flemming, "Consumer Choice Behavior : A Cognitive Theory", The Free Press, New York, (1972).

Harelik, Jim H., Presley M. Johnson, Nelson P. Rivers, Michael R. Ryan, "Pharmacist and Physician Evaluation of Drug Information Sources", American Journal of Hospital Pharmacy, Vol.32, s597 (1975).

Harrar, G., "Pills 'n' Pads No More", Forbes, (6 Haziran 1994).

Hartzema, Abraham G., Dale B. Christensen, "Nonmedical Factors Associated With The Prescribing Volume Among Family Practitioners In a HMO", Medical Care, Vol.990, s1000 (1983).

Hess, Sidney W., "Communicating With Physicians" Journal of Advertising Research, Vol 13 s8 (1974).

Hollander, Stanley C., "She 'Shops For You Or With You' : Notes On The Theory of The Consumer Purchasing Surrogate", New Essays In The Marketing Theory (1971).

Hollander, Stanley C.; Rassuli, Kathleen M.: "Shopping With Other People's Money: The Marketing Management Implications of Surrogate Mediated Consumer Decision Making" Journal of Marketing, Vol 63 s102, (1999).

Howard, Beales; Mazis, Michael B.; Salop, Steven C.; Staelin, Richard: "Consumer Search and Public Policy ", Journal of Consumer Research. vol 11.s22 (1981).

Karabulut, Muhittin, "Üretici İşletmelerde Optimum Pazarlama Bileşenlerinin Tayini ve İstanbul Bölgesindeki En Büyük Üretici İşletmelerimizde Pazarlama Faaliyeti", İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayını, s17, (1975)

Karabulut, Muhittin, "Tüketici Davranışı", İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayını, s50, (1989)

Keith, A.: "The Benefits of Pharmaceutical Promotion : An Economic And Health Perspective", Journal of Pharmaceutical Marketing Management, Vol 7, (1992)

Kendall, K.W.: Simon N, "Consumer Response to Generic/Chemically Eguivalent Drugs" Journal Of Public Polcy and Marketing, vol 10 s154 (1991)

Keskinel, Tuba. "Promotional Practices In Pharmaceutical Marketing In Turkey" Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi Kütüphanesi (1997).

Kopp, Steven W.; Sheffet, Mary Jane "The Effect Of Direct To Consumer Advertising Of Prescription Drugs On Retail Gross Margins : Empirical Evidence And Public Policy Implications" Journal Of Public Policy & Marketing. Vol 16. s270 (1997).

Kotler, Philip, "Marketing Management", Sixth Edition, (1988).

Lexchin, Joel; "Pharmaceutical Promotion In The Third World" Journal of Drug, Vol 22, s417 (1992).

Lieberman, M.B.; Montgomery, D.B., " Strategy of Market Entry : To Pioneer or Folow? ", Handbook of Business Strategy, Harold E. Glass (1990).



Lieberman, M.B.; Montgomery, D.B., "First Mover Advantages", *Strategic Marketing Journal*, Vol 9 (1998).

Matt, David A.; Shommer, Jon C. ; Doucette, William R.; Krelig, David H.: "Agency Theory, Drug Formularies, And Drug Product Selection: Implications For Public Policy" *Journal Of Public Policy and Marketing*, vol 17, s287 (1998).

Montagne, Micheal.; "Drug Advertising And Promotion: An Introduction". *Journal of Drug Issue*, Vol 22, s195 (1992)

Montagne, Micheal.; "The Promotion of Medications For Personal And Social Problems", *Journal of Drug Issues*, Vol 22, (1992).

Mossinghoff, G., "Pharmaceutical Manufacturers And Self-Regulation of Drug Advertising And Promotion", *The Journal of Drug Issues*, Vol 22 (Spring 1992).

Myers, Moven J.: "Marketing And Pharmaceutical Development" , *Journal of Drug Issues*, Vol22., (1992)

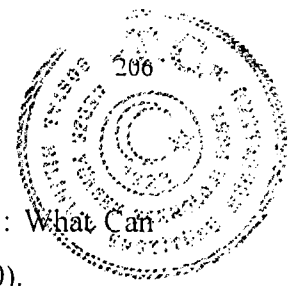
Pathak, D.S.; Escovitz, A.; Küçükarslan, S.: "Pharmaceutical Promotion: Information Or Persuasion?", *Journal of Pharmaceutical Marketing Management*, Vol 7 (1992).

Petroshius, Susan M., Titus, Phillip A.; "Physician Attitudes Toward Pharmaceutical Drug Advertising" *Journal of Advertising Research*, Vol 35 s41 (1995).

Pitt L.; Nel D.: "Pharmaceutical Promotion Tools-Their Relative Importance" *Journal of Marketing*, Vol 22 (1988).

Rigel, Alev, "Avrupa İlaçtaki Önderliğini ABD'ye Kaptırdı", *Paramatik*, s47-50 (11 Temmuz 1999)

Scherer, F.M., "Pricing, Profits And Technological Progress In The Pharmaceutical Industry " *Journal of Economic Perspectives*, Vol 7, (1993)



Schwitzer, Stuart O., "Differences In Managed Care Drug Formularies : What Can Consumers Learn?", Medical Care Research Review, Vol 57, s326, (2000).

Sheffett, Mary. Jane; Kepp, Steven W. : "Advertising Prescription Drugs To The Public : Headache Or Relief ?" Journal Of Public Policy And Marketing, Vol 9 s42, (1990)

Shoemaker, Robert W., "An Analysis of Consumer Reactions to Product Promotions", Proceedings of the American Marketing Association, Vol. 244 s8 (1979).

Short, D., "Learning From Our Mistakes" British Journal of Hospital Medicine, Vol 51 (1994).

Shoughnessy, AllenF.; Slawson Daviol C., "Pharmaceutical Representatives". BMJ : British Medical Journal, Vol 312 s1494 (1996).

Smith, M., "Future Possibilities In Pharmaceutical Promotion" The Journal of Drug Issues, Vol 22, (1992).

Solomon, Michael R., "The Missing Link : Surrogate Consumers In The Marketing Chain", Journal of Marketing, Vol. 50, s208-218, (1986).

Stolley, P.D.; Becker, M.H.; Lasagna, L.; McEvilla, J.D.; Slaane, L.M.; "The Relationship Between Physicion Characteristics and Prescribing Appropriateness" Medical Care, 10 (1972).

Tabarrok, Alexander T., "Assesing The FDA Via The Anomaly of Off-Label Drug Prescribing" Independent Review, Vol 5, (2000)

Taşkın, Erdoğan; "Yönetim Pazarlama Satış", Der Yayınları İstanbul (1990).

Terzian, Tamer V., "Direct To Consumer Prescription Drug Advertising", American Journal of Law And Medicine, Vol. 26, s255 (2000).

Türkoğlu, Faruk. “İlaçta Stratejik İttifak Dönemi”. Ekonomist. s39-42. (21 Eylül 1997)

Ülker, Mert. “ Sektör Analizi: İlaç Sektörünün İlacı Fiyatlamada”, Global Bülten. s12-20. (Ekim 1999).

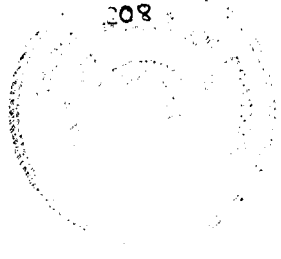
Williams, James R., Hensel, Paul J.: “Changes In Physicians’ Sources of Pharmaceutical Information : A Review And Analysis” Journal of Health Care Marketing, Vol 11. s46, (1991)

Williams, James R., Hensel, Paul J.: “Direct To Cconsumer Advertising of Prescription Drugs” Journal of Health Care Marketing, Vol 15 s35 (1995).



ÖZGEÇMİŞ

Soner ÖZBAL



Kişisel Bilgiler :

Doğum Tarih : 13 OCAK 1973
Doğum Yeri : ANKARA
Medeni Durumu : Evli

Eğitim Durumu :

1999-..... Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü
İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı (Tez aşamasında)
1991-1995 Deniz Harp Okulu- İSTANBUL
Endüstri Mühendisliği
1987-1991 Deniz Lisesi- İSTANBUL

İş Durumu :

Deniz Kuvvetleri Komutanlığı'nda subay.

Yabancı Dil Bilgisi :

İngilizce

Adres : Ethem Efendi Cad. 2.Orta Sok.No:66/33
Erenköy-İSTANBUL

Tel : 0 216 369 46 67

E mail : soner@ozbal@hotmail.com

1. Bir ilacı reçeteye yazarken ilacı üreten firmanın doktorlarca tanınmış olmasının sizin için önemi nedir?

	Çok Önemlidir	Önemlidir	Bazen Önemlidir	Önemsizdir	Hiç Önemi Yoktur
Piyasaya yeni çıkan	()	()	()	()	()
Uzun zamandır piyasada bulunan	()	()	()	()	()

2. Daha önce hiç denemediğiniz bir ilacın şu anda denemekte olduğunuz ilaçlar kadar iyi olabileceğine inanır mısınız?

	Kesinlikle İnanırım	İnanırım	Ara Sıra İnanırım	İnanmam	Kesinlikle İnanmam
	()	()	()	()	()

3. Daha önce hiç denemediğiniz bir ilacı denemedeki sakıncalar sizce ne kadardır?

	Oldukça Çok	Çok	Çok Az	Az	Hiç Yoktur
Uzun süredir piyasada olan	()	()	()	()	()
Piyasaya yeni çıkmış olan	()	()	()	()	()

4. Hastanızın reçetesine ilaç yazarken ne derece tereddüt edersiniz?

	Oldukça Çok	Çok	Bazen	Az	Hiç Etmem
İlaç piyasaya yeni çıkmışsa	()	()	()	()	()
İlaç uzun süredir piyasada olan	()	()	()	()	()

5. Bir ilaç hakkındaki bilgi düzeyinizin o ilacı reçeteye yazmanız üzerindeki etkisi nedir?

	Çok Etkili	Etkili	Bazen Etkili	Etkili Değil	Hiç Etkili Değil
	()	()	()	()	()

6. Sistemik Antifungal rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan ve içerisinde etken madde olarak **Flukonazol** bulunan ürünlerin 8 tanesi aşağıda verilmiştir. Bu ürünleri en pahalıdan en ucuza bilgileriniz dahilinde sıralayınız.

() Flucan () Zolax () Biocanol () Candidin () Lumen () Fluzole () Kandizol () Fluconal

7. Sistemik Antifungal rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan ve içerisinde etken madde olarak **Flukonazol** bulunan ürünlerin 8 tanesi aşağıda verilmiştir. Bu ürünlerin her birini ayrı ayrı değerlendirerek hastalarınızın reçetelerine yazma yoğunluğunu açıklamada belirtilen şekilde doldurunuz.

Açıklama: 3= Her zaman bu ilacı reçeteye yazarım,
2= Sık sık bu ilacı reçeteye yazarım,
1= Ara sıra bu ilacı reçeteye yazarım,
0= Hiçbir zaman bu ilacı reçeteye yazmam.

() Flucan () Zolax () Biocanol () Candidin () Lumen () Fluzole () Kandizol () Fluconal

8. Bir önceki soruda verilen ve aynı işleve sahip ilaçlar arasından seçiminizi yaparken aşağıdaki tabloda belirtilen durum/nesnelerden bilgi kaynağı olarak hangi ölçüde yararlanırsınız? **Değerlendirmenizi her bir ilaç ve her bir nesne/durum için (Bilgi Kaynağı olarak 5= ÇOK YOĞUN YARARLANIRIM, 4= YOĞUN YARARLANIRIM, 3= ARA SIRA YARARLANIRIM, 2= ÇOK NADİREN YARARLANIRIM, 1= HİÇ YARARLANMAM) şeklinde yapınız.**

	FLUCAN	ZOLAX	BIOCANOL	CANDIDIN	LUMEN	FLUZOLE	KANDIZOL	FLUCONAL
Meslektaş Tavsiyeleri								
Klinik Deneyimleriniz								
Üretici Firma Faaliyetleri (Firma Tem., Promosyon Mlz. v.b.)								
İlacın Fiyatı ve Sağ. Sig. Kur.								
İlaç numuneleri								
Konferans/Seminer/Kongreler								
Yayınlanan Literatürler ve Makaleler								
Ürüne Ait Reklamlar								
Diğer Bilgi Kaynakları (Ecz., İlacın Bulunabilirliği, Katalog)								

9. Hastalarınıza piyasaya yeni çıkmış bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken aşağıdaki bilgi kaynakları kararınızı ne derecede etkiler?

	Çok Etkili	Etkili	Bazen Etkili	Etkili Değil	Hiç Etkili Değil
Meslektaş Tavsiyeleri	()	()	()	()	()
Klinik Deneyimleriniz	()	()	()	()	()
Üretici Firma Faaliyetleri	()	()	()	()	()
(Firma Temsilcisi, Promosyon Malzemeleri v.b.)					
İlacın Fiyatı ve Sağ. Sig. Kuruluşları	()	()	()	()	()
İlaç numuneleri	()	()	()	()	()
Konferans/Seminer/Kongreler	()	()	()	()	()
Yayınlanan Literatürler ve Makaleler	()	()	()	()	()
Ürüne Ait Reklamlar	()	()	()	()	()
Diğer Bilgi Kaynakları	()	()	()	()	()
(Eczacılar, İlacın Bulunabilirliği, Kataloglar v.b.)					

10. Hastalarınıza uzun zamandır piyasada olan bir ilacı tavsiye ederken/reçeteye yazarken aşağıdaki bilgi kaynakları kararınızı nasıl etkiler?

	Çok Etkili	Etkili	Bazen Etkili	Etkili Değil	Hiç Etkili Değil
Meslektaş Tavsiyeleri	()	()	()	()	()
Klinik Deneyimleriniz	()	()	()	()	()
Üretici Firma Faaliyetleri	()	()	()	()	()
(Firma Temsilcisi, Promosyon Malzemeleri v.b.)					
İlacın Fiyatı ve Sağ. Sig. Kuruluşları	()	()	()	()	()
İlaç numuneleri	()	()	()	()	()
Konferans/Seminer/Kongreler	()	()	()	()	()
Yayınlanan Literatürler ve Makaleler	()	()	()	()	()
Ürüne Ait Reklamlar	()	()	()	()	()
Diğer Bilgi Kaynakları	()	()	()	()	()
(Eczacılar, İlacın Bulunabilirliği, Kataloglar v.b.)					

11. Aşağıdaki ilaç tanıtım faaliyetlerinden hangisi etkinlik açısından en iyi faaliyetdir.

- () İlaç numunesi
() Mümessillerle yapılan tanıtım
() Çeşitli promosyon malzemelerinin verilmesi
() Konferans.Seminer/Kongreler
() Yayınlanan Literatürler ve Makaleler
() Meslektaşlar
() Deneyimler
() İlaç Reklamları

12. Sizce ilaç firmaları aşağıda belirtilen hangi durumlarda promosyon ürünler dağıtmalıdır?

- () İlaç firmalarının kuruluş günleri
() Yılbaşı
() Konferans/Seminer/Kongreler
() Yeni ürün tanıtımı
() Diğer (Lütfen belirtiniz).....

13. Promosyon malzemesi olarak verilen aşağıda yazılı ürünler ilaç firmalarını hatırlatmakta ne kadar etkilidir?

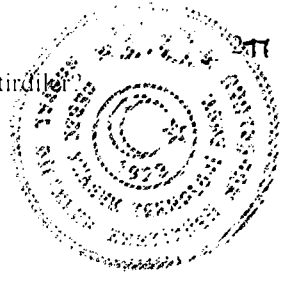
	Çok Etkili	Etkili	Vasat	Çok az Etkili	Hiç Etkili Değildir
Kişisel Ürünler	()	()	()	()	()
Masa Üstü Ürünleri	()	()	()	()	()
Masa Üstü Ürünleri Dışında Büroda Kullanılabilen Ürünler	()	()	()	()	()
Evde Kullanılabilen Ürünler	()	()	()	()	()
Otomobilde Kullanılabilen Ürünler	()	()	()	()	()
Meslekle İlgili Kullanımı Olan Fonksiyonel Ürünler	()	()	()	()	()

14. İlaç firmaları size ne sıklıkla promosyon malzemeleri veriyorlar?

Oldukça sık	Sık	Ara sıra	Oldukça seyrek	Hiçbir Zaman
()	()	()	()	()

15. Son bir yıl içinde aşağıda belirtilen hangi durumlarda ilaç firmaları size promosyon ürünleri getirdiler?

- ☐ İlaç firmalarının kuruluş günleri
☐ Yılbaşı
☐ Konferans/Seminer/Kongreler
☐ Yeni ürün tanıtımı
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz).....



16. Çalışma durumunuz

- ☐ Özel hastanede full-time
☐ Devlet hastanesinde full-time
☐ Özel hastanede part-time
☐ Devlet hastanesinde part-time
☐ Özel hastanede part-time ve bağımsız
☐ Devlet hastanesinde part-time ve bağımsız
☐ Bağımsız
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz).....

17. Kaç yıldır doktorluk yapıyorsunuz?

- ☐ 0 – 5 Yıl ☐ 6 – 10 Yıl ☐ 11 – 15 Yıl ☐ 16 – 20 Yıl ☐ 21 Yıl ve daha fazla

18. Medeni durumunuz

- ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Dul

19. Yaşınız

- ☐ 23 – 31 ☐ 32 – 40 ☐ 41 – 49 ☐ 50 – 58 ☐ 59 ve yukarı

20. Cinsiyetiniz

- ☐ Bayan ☐ Bay

