

İLAÇLARIN YENİDEN SINIFLANDIRILMASI (II): EKONOMİK AÇIDAN

Giriş

Bu bölümde, eczacıların ilaç teminindeki büyüyen rolü konusunda, sağlık ekonomisinin etkileri değerlendirilmektedir. Ekonomi bilimlerinde, odakta üç kavram bulunur: "bulunabilirlik", "tercih" ve "maliyet". Kaynak "bulduğumuzda", onu nasıl kullanacağımız konusunda bir "tercih" yaparız ve yaptığımız tercihin bir maliyeti vardır. Bu nedenle, sağlık alanında kaynakların nasıl kullanılacağına karar veren merciler, en etkin tedavi yöntemlerini mümkün olan en uygun maliyetle temin etmeye çalışır. İlaçların yeniden sınıflandırılması kavramı açısından bakıldığında, ilacın temini için en etkin yöntemin hangisi olduğuna karar verilmeyle çalışılmaktadır. Bu kararın alınmasında ekonomik bilimler yardımcı olabilir. Ekonomik bilimler bu yardımı, ilaç teminindeki farklı yöntemleri mali açıdan yarar zarar oranlarını ölçmek ve değerlendirmek suretiyle yapar. Ekonomik bilimler, toplumun tedavi yardımı kaynaklarının ne şekilde kullanılmasına karar verilirken başvurulan bir araçtır.

İlaçların Yeniden Sınıflandırılmasında Yarar ve Maliyet Belirlemesi

Bir kaynağı belirli bir şekilde kullanmaya karar verdiğimizde, onu diğer şekillerde kullanmanın sağlayacağı yararlardan feragat etmiş oluruz. Sağlık alanında sisteme yapılan herhangi bir müdahale için "fırsat maliyeti", bu kaynağı en iyi alternatif yöntemle kullanılmamanın neden olacağı maliyet olarak tanımlanır. Eğer bir kaynağın bir diğer en iyi kullanımı varsa, o halde bir fırsat maliyeti de vardır. Fırsat maliyeti kavramı bünyesinde feda etmeyi de barındırır; ekonomide, bir şeyin eğer uğruna başka bir şey feda ediliyorsa değeri vardır.

Maliyet bu tanımla ile alındığında, ekonomik bir değerlendirmenin "maliyet" kanadında yer alan ürünlerin alternatif bir kullanımı mümkün olan "kaynaklar" olduğunu görürüz. Sıklıkla, maliyet (ve yararlar), ekonomik değerlendirmelerde yanlış sınıflandırılır. Örnek olarak, anksiyete, çoğu zaman bir "maliyet", harcamalarda kesinti yapılması ise "yarar" olarak değerlendirilir. Anksiyete, başka bir biçimde kullanımı mümkün olan bir kaynak olmaması itibarıyla, bir "fırsat maliyeti" de değildir. Bununla birlikte, anksiyete, sağlık üzerinde olumsuz etkisi olan bir durumdur ve bir değerlendirmenin "yarar" hanesinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Benzer biçimde "harcamalarda yapılan kesintiler" de olumsuz maliyetlerdir ve maliyet hanesinde değerlendirilmelidir.

1990'ların başına kadar, sağlık ekonomisi, sağlık giderleri üzerinde yoğunlaşmıştı. (Williams, 1985; EuroQol, 1990; Kind ve ark., 1994) 90'lı yıllar boyunca, bazı sağlık ekonomistleri sağlıktaki ilgili sonuçlarda yarar değerlendirilmesi yapılmasını gerektiğini vurguladı. Bunun yanı sıra; sağlık sisteminde, sigorta işlemleri, hasta bilgilerinin onaylanması, hastaların yol giderleri, muayene için bekledikleri süre, sağlık personeline zaman açısından maliyetleri gibi, doğrudan tedaviyle ilgili olmamakla birlikte, sağlık sisteminin bir parçası olan unsurların da üzerinde durulması gerektiği belirtildi.

Tablo 4.1 İlaçların Yeniden Sınıflandırılmasının Olası Maliyet ve Yararları	
Kaynak kullanımı/harcamalar	Topluma yararları
Ulusal Sağlık Hizmetleri	Sağlık sisteminde değişim
Personel giderleri	
Sarf malzemeleri	
Hastalar ve aileleri	Diğer sağlık-dışı unsurlar
İlaç maliyetinde değişim	Bilginin değeri
Seyahat giderlerinde değişim	Sağlık sigortasının değeri
Diğer fiiller (seyahat,hekim beklemesi ve muayene) için geçen sürenin kısalması	
Süreç bakımından yararlar	
Seyahat için harcanan zamanın kazanımı	
Hekimi bekleme sırasında harcanan zamanın kazanımı	
Tercih edilen sağlık personelinin görünümünün değeri	

Tablo4.1 ile, reçete ile satılabilen ilaçların OTC kapsamına alınmasının olası yararları ve maliyeti sunulmuştur.

Harcamaları tanımlamak ve ölçmek

Personel giderleri, sağlık sisteminin herhangi bir basamağında görevli kişilerin para ve zaman harcamasıdır. İlaçların yeniden sınıflandırılması açısından bakıldığında, bu, doktorların, hemşirelerin, eczacıların ve yardımcı eczacıların zamanı olabilir. Ancak, çalışma süresi alternatif bir yol ile kullandığı takdirde, personelin çalışma süresi fırsat maliyeti olarak değerlendirilebilir. Bir ilacın reçete kapsamından çıkarılması halinde, reçeteyi yazan doktorlar açısından maaşlarına yansıtılabilecek bir zaman kazanımı söz konusu olacaktır. İlaç reçetesiz olarak doğrudan eczaneden temin edilebil-

mesinden eczacının karı ise, ilacın satışından elde edeceği karıdır. Böylelikle, ilacın hasta tarafından doğrudan eczaneden temininin, Ulusal Sağlık Hizmetleri açısından ek bir gıdere yol açması söz konusu değildir. Böylelikle, daha çok ilacın OTC kapsamına alınması ile USH personel giderleri azalacaktır.

Sarf malzemeleri, hastanın tedavisi için kullanılan her türlü ilaç, sıhhi malzemeler ve türlendirir. Reçete ile satışı zorunlu ilaçların OTC kapsamına alınması ile, devlet ilaç bedelini ödemek zorunda kalmayacak ve böylelikle ilaç giderleri düşecektir.

Toplumu etkileyecek bir değişim söz konusu olduğunda, hastaların ve hasta yakınlarının durumunun da hesaba katılması gerekmektedir. İlaçların OTC kapsamına alınarak doğrudan eczaneden temininin mümkün hale gelmesi ile, hastalar, seyahat ve muayene masrafı yapmayacak; muayene için hekim beklemek ile zaman kaybetmeyecektir. Bununla birlikte, aynı ilacı reçete ile alacak olurlarsa, hastaların yalnızca bir kısmı reçete masrafı ödemek durumundadır. Muayene ve reçete yazdırma giderlerinden muaf olan, ve önerilen ilacın bedeli, reçete yazdırma bedelinden yüksek olan kişiler için, ilacı doğrudan eczaneden almak daha maliyetli olacaktır. Bu kişiler, hekime muayene olmak için harcayacakları zaman ve yapacakları masrafa dayalı olarak, ilaçlarını hekimden temin etmeyi sürdürülebilir.

Duruma eczacı açısından bakıldığında, yeni düzenleme ile, doğrudan ilaç satışı ile eczacıların geliri yükselecektir. Eczacının hastaya daha pahalı ilaçları ve ilaçların büyük ambalaj formlarını önermesi de söz konusu olabilir.

Yararları tanımlamak ve ölçmek

Eczacıların, teşhis koyma eğitimi almamış olması itibarıyla, ilaçların OTC satışına izin verilmesinin hasta sağlığını tehlikeye sokacağı endişesi gündeme gelmektedir. Mevcut durumda, eczacılar yalnızca hafif hastalıklar için tedavi önerisinde bulunmaktadır. Bu tür tedavilerin yan etkileri ve ortaya

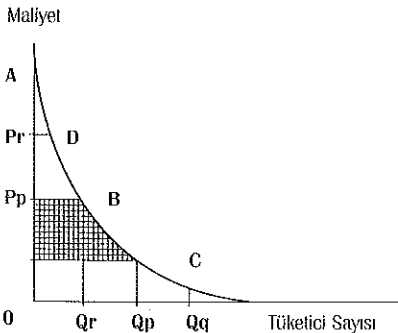
çıkması olası sorunlar ise sınırlıdır. Bu nedenle, Devletin izlediği politika, sadece, bu hafif hastalıklar için kullanılan ilaçların OTC kapsamına alınması şeklindedir. Ancak, gelecekte, daha geniş bir ilaç grubunun OTC kapsamına alınabilmesi için, eczacıların teşhis koyma ve tedavi alanında daha fazla eğitilmesi gündeme gelmektedir. Eczacının yeterli bilgi ve deneyime sahip olması durumunda, tedavi önerisinde bulunmasının bir sakıncası olmayacaktır.

Diğer yandan, bu düzenleme ile, hastaların tedavi olmak üzere, seyahat, hekimi bekleme, muayene olma süreci içerisindeki zamanı kazanacak olmalarının, olumlu sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir.

Harcama İsteği (Hİ)

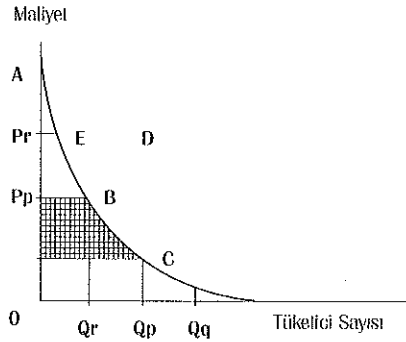
Ekonomik açıdan harcama isteğine göre, bir mal/hizmetin bireye yararı, bireyin o mal/hizmet için harcamayı istedikleri azami değer ile ölçülür. Bir bireyin bir mal/hizmeti almak için gözden çıkardığı azami tutar, o mal/hizmetten sağlayacağı yarar/memnuniyet açısından belirleyicidir. İlaç açısından bakıldığında, Şekil 4.1'deki gibi bir talep şeması oluşturulabilir. Şemanın mantığı, bir ürünün fiyatı düşükse, talep artacak, bu durumda talep edilen ilaç miktarı yükselecektir. Bir ilaç için maliyet P_p , talep Q_p olarak ele alınsa, Q_p için toplam Hİ, talep eğrisi altında kalan alan olan ABQ_p0 ve toplam maliyet P_pBQ_p0 alanıdır.

Şekil 4.1 İlaçlar için Arz Talep Şeması



İlaç maliyeti P_q 'ya düşerse, talep Q_q 'ya yükselir ve bu durumda toplam harcama isteği ACQ_q0 , toplam maliyet P_qCQ_q0 ve net yarar ise ACP_q olacaktır. İlaç fiyatının düşürülmesinden sağlanacak net yarar P_pBCP_q altındaki tarafta alanıdır. Benzer biçimde, eğer maliyet P_r 'ye yükselirse, talep Q_r 'ye düşer ve toplam harcama isteği ADQ_r0 , ve toplam maliyet P_rDQ_r0 ve net yarar ADP_r olur. Fiyat artışından kaynaklanacak yarar kaybı P_rDBP_p altındaki tarafta alanıdır.

Şekil 4.2'de, bu verilerin, ilaçların OTC kapsamına alınması ile sağlanacak yararların hesaplanmasında nasıl kullanılabileceğini göstermektedir.



Burada, USH harcamaları durumu karışık hale getirmektedir. Bu harcamaların etkileri, hastaların ilaç giderlerini azaltılmak yönünde olabileceği gibi yükseltmek yönünde de olabilecektir. Burada, ilaç giderlerinin azaltılmış olduğu varsayılmıştır.

Şekil 4.2'de P_p reçete ile satılan ilacın zaman ve tedavi giderleri ile birlikte hastaya maliyetidir. P_s , reçete ile satılan ilacın, Devlete maliyeti (etken madde gideri, eczacıya ödenen temin giderleri ve hekimlerin harcadığı zamanın değeri) ve hasta açısından zaman ve seyahat giderleri üzerinden hesaplanmak suretiyle kamu maliyetidir. Bu hesaplama, geri dönüşü olan bir harcama olan reçete giderini kapsamamaktadır. (hastadan Devlete transfer edilen) Devlet tarafından, ilacın

hastaya maliyetinin düşürülmesinden kastımız, Pp'nin Ps'den düşük olmasıdır. İlacın reçete ile satışında, dağıtımı yapılan miktar QP ve toplam yarar ABQp0 dir. Tüketici açısından toplam maliyet PpBQp0 olmakla birlikte, ilacın kamuya maliyeti daha yüksek olup, PsDQp0 dir. Böylelikle kamunun net yararı (ABQp0 - PsDQp0) veya (AEPs - BDE) dir.

OTC satışları üzerindeki kısıtlamanın kaldırılması ilacın, Potc (ilacın satış fiyatı+zaman+hastanın eczaneden temin için kat ettiği yol masrafı) fiyatı ile eczanelerden doğrudan alınabileceği anlamına gelmektedir. Şekil 4.2'de Potc nin Pp den daha düşük olduğu varsayılmıştır. Maliyetin azalması ile, talep Qotc ye yükselecektir. Bu talep kesimi, ilacı daha önce reçete ile almakta iken aynı ürünü doğrudan eczaneden almayı tercih edenlerin yanı sıra daha önce bu ürünü almamış (ya da onun yerine reçeteli veya OTC olan başka bir ürünü tercih etmiş olan) "yeni" tüketicilerden oluşmaktadır. İlacın OTC kapsamına alınması sonrasında elde edilecek kamu yararı ACQotc0, ve toplam maliyet PotcCQotc0, ve net yarar ACPotc olacaktır.

İlaçların OTC kapsamına alınmasının kamu açısından sağlayacağı kazanım, politika değişikliği öncesi ve sonrası net yarar miktarının karşılaştırılması ile görülebilir. Bu, PsDBCPotc altında kalan taralı alan ile gösterilmiştir. Burada, tüm bireylerin eşit zaman ve para harcadığı; bir hasta ilacı reçeteye yazdırmaktansa doğrudan eczaneden almanın daha avantajlı olduğunu düşünüyorsa, diğerlerinin de aynı yapıpacağı varsayılmıştır. Gerçekte, elbette kişilerin masrafları birbirinden farklı olabilecek; ve ancak, Potc nin Ppden düşük olması halinde birey ilacı doğrudan eczaneden almayı tercih edeceklerdir.

Deneyisel kanıt

İngiltere'de, OTC olarak eczaneden temin edilebilen ilaç sayısı büyük oranda artarken; eczacıların sağlık hizmetindeki rolünün değişmesi büyük yankılar uyandırmış, ancak ilaçların OTC kapsamı-

na alınması politikalarının ekonomik etkileri çok küçük oranda ele alınmıştır. (Ryan ve Bond, 1994; Fryklof, 1994; Axon, 1994; Ahlgren, 1994; Anderson, 1994; Takemasa, 1994; Gerbrandas, 1994). Bugüne kadar, ilaçların yeniden sınıflandırılmasının maliyet ve yararı üzerine yapılmış rastgele kontrollü vaka çalışması bulunmamaktadır.

Reçete ile satılabilen ilaçların OTC kapsamına alınmasının yararlarını öngörebilmek için, ekonomik talep teorisinden yararlanılmıştır. (Temin, 1983; Ryan ve Yule, 1990; Ryan ve Yule, 1992) Temin (1983), 1979 yılında ABD'de %0,5 topikal hidrokortizonun OTC kapsamına alınmasının yararlarını değerlendirmek üzere teoriyi uyarlamıştır. Çalışma, ilacın OTC kapsamına alınmasından 3 yıl sonra yapılmıştır. İlacın OTCye geçişi ile, reçeteli satışında herhangi bir artış olmadığı gözlenmiştir. Bu "yeni" pazardaki satış artışının 1980 yılı için 11,79 milyon adet, 1981 yılı için 24,12 milyon adet ve 1982 yılı için 1982 milyon adet olduğu tahmin edilmektedir. Bu adetlerin birim fiyatı OTC satışlarının gerçek değerinin satış adedine bölünmesi ile bulunmaktadır. Böylelikle 1980 yılı için 3,57\$, 1981 yılı için 2,91\$ ve 1982 yılı için 2,80\$ ortalama fiyatlarına ulaşılmıştır. ABD'de, bir ilacın maliyeti, ilacın fiyatı, muayene için ödenen ücret ve hastanın harcadığı zamanın değerinin toplanması ile hesaplanmaktadır. Temin, ilaç fiyatının reçete ile satışında ve OTC satışında aynı olduğunu varsaymış; muayene ücreti 30\$ ve tüketicinin harcadığı zamanın değeri 10\$ olarak belirlenmiştir. Lineer talep fonksiyonu kullanılarak, tüketici fazlası 1980 yılı için 236 milyon \$, $(1/2 \times 40\$ \times 11,79)$, 1981 yılı için 482 milyon \$ $(1/2 \times 40\$ \times 24,12)$ ve 1982 yılı için 560 milyon \$ $(1/2 \times 40\$ \times 28)$ olarak tahmin edilmiştir.

Ryan ve Rule (1990) tüketici fazlası ekonomik teorisini, İngiltere'de reçete ile satışta OTC kapsamına alınan iki ilaca, loperamid ve %1 topikal hidrokortizona uyguladı. Bu uygulama için şu bilgilere ihtiyaç duyuldu: tüketicilerin ilacı reçete

ile ve OTC olarak temin giderleri (zaman ve para); her ilacın kamu maliyeti; her ilacın kapsam değişikliği öncesi ve sonrası talep miktarı.

1980-1987 yılları arasında Loperamide ve %1 topikal hidrokortizon için yazılan reçete sayılarına dair bilgi toplandı. 1983 yılında loperamid OTC kapsamına alındığında, ilacın reçeteye yazım oranının düştüğü görüldü; ve bu durum, daha önce ilacı reçeteye yazdırarak temin eden kişilerin doğrudan eczaneden temin yolunu seçmesinin sonucu olarak değerlendirildi. 1980-83 arası büyüme oranı (her yıl için %17), baz alınarak hesaplandığında, 1985 yılında 1,025 milyon; 1986 yılında 1,200 milyon ve 1987 yılında 1,403 reçetenin karşılanmış olması gerektiği belirlendi. Bu verilerin mevcut reçete sayıları ile karşılaştırılması sonucunda ise, reçete adedinin 1985 yılı için 0,280 milyon, 1986 yılı için 0,401 milyon ve 1987 yılı için 0,549 milyon adet düşmüş olduğu görüldü. Bu yıllar için yapılan OTC satışına bakıldığında ise, bu sayının 1985 için 1,361 milyon; 1986 için 1,350 milyon ve 1987 için 1,959 milyon kulu olduğu görüldü. Böylelikle, "yeni" lüketici sayısının sırasıyla 1,081 milyon; 0,949 milyon ve 1,410 milyon olduğu tahmin edilmektedir.

Topikal hidrokortizon için, ilacın OTC kapsamına alınmasını takiben 1987 yılında reçete sayısında belirgin bir değişiklik olmadı. Temin tarafından, ABD'deki kapsam değişikliğinin reçete sayısında bir değişime yol açmadığı belirlenmiş olmakla birlikte, bu durum, ilacın kapsam değişikliği üzerinde kısa bir zaman geçmiş olmasına bağlandı. 1987 yılı için 1,100 milyon kulu olan OTC satışları "yeni" bir pazar olarak değerlendirildi.

Tablo 4.2'de loperamide ve %1 topikal hidrokortizonun reçeteye yazımı ve OTC satışı ile oluşan maliyetleri gösterilmektedir. Bu bağlamda, loperamidin OTC kapsamına alınması ile sağlanan yarar 1985 yılı için 2,8 milyon pound; 1986 yılı için 2,9 milyon pound ve 1987 yılı için 4,2 milyon pounddur. (hepsi 1987 fiyatları üzerinden değerlendirilmiştir.) %1 topikal hidrokortizon içinse 1987 yılı için 2,0 milyon pound olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.2 Loperamid ve %1 topikal hidrokortizon reçete ile satış ve OTC satış maliyetleri (Pound üzerinden - 1987 fiyatları ile)

	Reçete ile	Pp	Maliyet	Potc	Ps
Loperamide 1985	2,15	5,77	1,55	2,47	6,24
Loperamide 1986	2,20	5,91	1,89	2,81	6,28
Loperamide 1987	2,40	6,02	1,97	2,89	6,61
Topikal hidrokortizon 1987	2,40	6,02	1,49	2,41	6,18

Değerlendirme ve Kapanış

Son yıllarda, reçete ile satılabilen ilaçların temin koşulları ile ilgili düzenlenmelerde bazı yunusatmalar söz konusudur. Bu bölümde, bu politikanın yararları ve maliyeti değerlendirilmeye çalışılmıştır. Reçeteye tabi ilaçların OTC kapsamının alınması, hastaların reçete yazdırmak için yol masrafı yapmasını ve zaman harcamasını sonlandıracaktır. Ulusal Sağlık Hizmetlerinin tedavi giderleri sistemi ile, hastanın ilaca ne kadar para ödediği kesin olarak belirlenmemektedir. Uygulamada, mesleki sorumluluk veya Pazar baskısı dışında bir yapının olmadığı göz önüne alındığında, eczacının tedavi önermesine dayalı bir sistemde, hastanın ilaç için daha yüksek bir bedel ödemesi söz konusu olabilecektir. Bununla birlikte, hekimlerin zamanı daha az harcanmış olacak ve Devlet ilaca daha az harcama yapacaktır. Diğer yandan, eczacıların, bazı hafif hastalıklar dışında, teşhis koymak ve reçete yazmak üzerine eğitilmemiş olduğu gerçeği birtakım endişelere neden olmaktadır. Eczacıların, bazı eğitim programları ile eğitilmesi sonrasında ise, OTC kapsamına alınacak ilaç yelpazesinin genişletilmesi gündemdedir.

OTC kapsamına alınması düşünülen bazı ilaçların ise, eczaneden doğrudan satışının uygunsuz olması olasıdır ki; bazı meslek otoriteleri, bu konudaki endişelerini dile getirmişlerdir ve gelişme-

leri yakından takip etmektedirler. Çocuklarda görülen ishal konusunda, eczacılar tarafından yapılan, semptomatik tedavi tavsiyesi, eleştirilmiştir. (Goodburn ve ark., 1991) Diğer taraftan, bu araştırma yapılırken, bir araştırmacının tavsiye almaya çalışan hasta rolü oynaması şeklindeki, gerçeklikten uzak "ajan provokatör" yöntemi de şiddetli biçimde eleştirilmiştir.

Avustralya'da, 1985 yılından bu yana salbutamol inhaler preparatları eczanelerden reçetesiz olarak temin edilebilmektedir. Bu düzenleme, ABD ve İngiltere'de, yeterli tıbbi destek bulunamamış olması nedeniyle ertelenmiştir. Avustralya için, inhalerlerini eczaneden alan hastaların yetersiz tedavi gördüğüne dair bazı kanıtlar bulunmaktadır. (Gibson ve ark., 1993) Günümüzde, astmanın tedavisine yönelik öneriler, İngiltere, ABD, Avustralya ve diğer yerlerde değişmiştir. Şöyle ki, daha önce bronkodilatörle tedavi olan pek çok hastanın, aslında reçeteye tabi olan inhale edilen steroidlerle tedavi olması gerekmektedir. Bronkodilatörlerin OTC olması ile, tedavi önerileri değiştiği zaman, eczacılar kendilerine yönelik olarak hazırlanan tedavi rehberleri ile bilgilendirilmelidir. Bu model, dispepsi için uygulanmış ve pilot çalışmada başarı sağlanmıştır.

Konu hakkında yapılmış az sayıda kanıtı dayalı çalışma bulunması, yapılması düşünülen düzenlemelerin hastalar açısından ne şekilde karşılanacağına da, sadece tahmin edilmesine ne-

den olmaktadır. Şekil 4.3'de bu konuda yapılması düşünülen, tüketiciye yönelik bir anket örneği yer almaktadır. Kişiyeye sunulan seçeneklerden hangisini tercih edeceği sorularak, tüketicinin, ilacın doğrudan eczaneden temininin tüketici açısından ne şekilde değerlendirileceği tespit edilecektir. Tüketicinin, şikayetini ifade edebildiği ve tedavi yöntemi için yönlendirici olabilecek bilgiyi açıkça verebildiği hafif rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan ilaçların OTC olarak eczanelerden doğrudan satın alınması uygun görülebilmekle birlikte; daha ağır ve karmaşık rahatsızlıkların tedavisi için kullanılan ilaçlar için bu söz konusu değildir.

Sonuç olarak, eczacının doğrudan ilaç satışına izin verilmesi suretiyle sağlık sistemindeki rolünün artırılması, gerek Ulusal Sağlık Hizmetleri gerekse bazı hastalar açısından tasarruf sağlayacağı görülmektedir. Son değerlendirmede, hafif rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan ilaçların OTC kapsamına alınması desteklenmektedir. Bununla birlikte, bu tarz ilaçların güvenli ve amacına yönelik kullanıldığından emin olunmaması halinde bazı geri dönüşler söz konusu olabilecektir.

Şekil 4.3 İlaçların OTC Satışının Yararlılığı Konulu Bir Çalışma Örneği

Durum	Sistem A	Sistem B
İlaç sistemi	Hekim reçete yazar, ilaç eczaneden alınır	İlaç doğrudan eczanelerden alınır
Yol süresi	15 dakika	5 dakika
Bekleme süresi	15 dakika	3 dakika
Görüşme süresi	10 dakika	2 dakika
İlaç maliyeti	5 pound	2,5 pound
Hangi sistemi tercih edersiniz?	SİSTEM A	SİSTEM B

Referanslar

- Ahlgimm E D (1994). Dispensing doctors and prescribing pharmacists, the German situation. *J Soc Admin Pharm* 11: 112-15.
- Anderson L J (1994). Dispensing doctors and prescribing pharmacists in the USA. *J Soc Admin Pharm* 11: 116-20.
- Axon S R (1994). Dispensing doctors - an international perspective. *J Soc Admin Pharm* 11: 106-11.
- Bond C M, Winfield A (1993). Pharmacists' protocols. Report to the Scottish Office Home and Health Department. Department of General Practice, University of Aberdeen.
- Bond C, Matheson C, Jones J, et al. (1997). Repeat prescribing study. Final Report submitted to Scottish Office, Project No 4-024.
- Bryan S, Buxton M, Sheldon R, et al. (1998). Magnetic resonance imaging for the investigation of knee injuries: an investigation of preference. *Health Econ* 7: 595-604.
- Department of Transport (1987). Value for journey time savings and accident prevention. London: Department of Transport.
- Donaldson C, Shackley P (1997). Economic evaluation. In: Delels R, Holland W, McEwan J, et al., eds. *Oxford Textbook of Public Health*, 3rd edn. Oxford: Oxford University Press.
- Donaldson C, Shackley P, Abdalla M, et al. (1995). Willingness to pay for antenatal carrier screening for cystic fibrosis. *Health Econ* 4: 439-52.
- Edwards C, Stillman P (1987). The use of topical hydrocortisone. *Pharm J* 238: 169-74.
- Einarson T R, Bootman J L, McGhan W F, et al. (1988). Establishment and evaluation of a serum cholesterol monitoring service in a community pharmacy. *Drug Intell Clin Pharm* 22: 45-8.
- EuroQol (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16: 199-208.
- Fryklof L E (1994). Dispensing Doctors and Prescribing Pharmacists - Where is the Borderline? *J Soc Admin Pharm* 11: 105.
- Gerard K, Turnbull D, Lange M, et al. (1992). Economic evaluation of mammography screening: Information, reassurance and anxiety. Health Economics Research Unit Discussion Paper No. 01/92. Aberdeen: University of Aberdeen.
- Gibson P, Henry D, Francis L, et al. (1993). Association between availability of non-prescription beta2-agonist inhalers and undertreatment of asthma. *BMJ* 306: 1514-18.
- Goodburn E, Mattosinho S, Mongi P, et al. (1991). Management of childhood diarrhoea by pharmacists and parents: is Britain lagging behind the Third World? *BMJ* 302: 440-43.
- Gore P R, Madhavan S (1994). Consumers' preferences and willingness to pay for pharmacist counselling for non-prescription medicines. *J Clin Pharm Ther* 19: 17-25.
- Johannesson M, Fagerberg B (1992). A health economic comparison of diet and drug treatment in obese men with mild hypertension. *J Hypertens* 10: 1063-70.
- Johannesson M, Jönsson B, Borgquist L (1991). Willingness to pay for antihypertensive therapy - results of a Swedish pilot study. *Journal of Health Economics* 10: 461-74.
- Johannesson M, Johansson P-O, Kristrom B, et al. (1993). Willingness to pay for antihypertensive therapy - further results. *Journal of Health Economics* 12: 95-108.
- Kind P, Dolan P, Gudex C, et al. (1994). Practical and methodological issues in the development of the EuroQol: the York experience. *Advances in Medical Sociology* 5: 219-53.
- Mehta D K, ed. (1999). *British National Formulary 38*. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
- Mooney G (1994). What else do we want from our health services? *Soc Sci Med* 39: 151-54.
- Mooney G, Lange M (1993). Ante-natal screening: What constitutes benefit? *Soc Sci Med* 37: 873-78.

- O'Brien B, Novosel S, Torrance G, et al. (1995). Assessing the economic value of a new antidepressant. *Pharmacoeconomics* 8: 34-45.
- O'Brien B, Goeree R, Gafni A, et al. (1998). Assessing the value of a new pharmaceutical: a feasibility study of contingent valuation in managed care. *Med Care* 36: 370-84.
- Office of Population Censuses and Surveys (1982). London: HMSO.
- Propper C (1990). Contingent valuation of time spent on NHS waiting lists. *Economic Journal* 100: 193-99.
- Propper C (1995). The disutility of time spent on the United Kingdom's National Health Service waiting lists. *Journal of Human Resources* 30: 677-700.
- Ratcliffe J, Ryan M, Tucker J (1996). The costs of alternative types of routine antenatal care for low risk women: shared care vs care by general practitioners and community midwives. *Journal of Health Services Research and Policy* 1: 135-40.
- Raynes N V, Cairns V (1980). Factors contributing to the length of the general practice consultation. / *R Coll Gen Pract* 30: 496.
- Reardon G, Pathalk D S (1990). Segmenting the antihistamine market: an investigation of consumer preferences. *Journal of Health Care and Marketing* 10: 23-33.
- Ritchie J, Jacoby A, Bone M (1981). Access to primary care London: HMSO.
- Ryan M (1995). Economics and the patient's utility function: an application to Assisted Reproductive Techniques. PhD Thesis, University of Aberdeen, Aberdeen.
- Ryan M (1999). Using conjoint analysis to take account of patient preferences and go beyond health outcomes: an application to in vitro fertilisation. *Soc Sci Med* 48: 535-46.
- Ryan M, Birch S (1991). Charging for health care: evidence on the utilisation of NHS prescribed drugs. *Soc Sci Med* 33: 681-87.
- Ryan M, Bond C (1994). Dispensing physicians and prescribing pharmacists: economic considerations for the UK. *Pharmacoeconomics* 5: 8-17.
- Ryan M, Bond C M (1996). Using the economic theory of consumer surplus to estimate the benefits of dispensing doctors and prescribing pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 13(4): 178-87.
- Ryan M, Hughes J (1997). Using conjoint analysis to assess women's preferences for miscarriage management. *Health Econ* 6: 261-73.
- Ryan M, Yule B (1990). Switching drugs from prescription-only to over-the-counter availability: economic benefits in the United Kingdom. *Health Policy* 16: 233-39.
- Ryan M, Yule B (1992). Benefits from switching drugs from prescription-only to over-the-counter availability: the UK experience. In: Huttlin C, Bosanquet N, eds. *The prescription drug market: international perspectives and challenges for the future*. Holland: North Holland.
- Ryan M, McIntosh E, Shackley P (1998). Using conjoint analysis to assess consumer preferences in primary care: an application to the patient health card. *Health Expectations* 1: 117-29.
- Scottish Department Executive (1992). Report on council meeting of the Royal Pharmaceutical Society. *Pharm J* 248: 219.
- Sinclair H K, Bond C M, Silcock J, et al. (1999). The cost effectiveness of intensive pharmaceutical intervention in assisting people to stop smoking. *Int J Phar Pract* 7: 107-12.
- Takemasa F (1994). The contrasting philosophies of Eastern and Western Pharmacy: Meeting of the ways. *J Soc Adm Pharm* 11: 121-26.
- Temin P (1983). Costs and benefits of switching drugs from Rx to OTC. *Journal of Health Economics* 2: 187-205.
- van der Pol M, Cairns J (1998). Establishing patient preferences for blood transfusion support: an application of conjoint analysis. *Journal Health Services Research and Policy* 3: 70-6.
- Vick S, Scott A (1998). Agency in health care: examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship. *Journal of Health Economics* 17: 587-606.

Westcott R (1977). The length of the consultation in general practice. *J R Coll Gen Pract* 27: 552.

Williams A (1985). Economics of coronary artery bypass grafting. *BMJ* 291: 326-29.

Winfield A J, Mackintosh J M (1987). An evaluation of community pharmacists' knowledge of OTC hydrocortisone. *British Journal of Pharmaceutical Practice*, 9: 434-36, 444.

