

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NE  
AKUT KORONER SENDROM NEDENİYLE  
YATAN HASTALARDA KATASTROFİK SAĞLIK  
HARCAMALARI VE BUNA ETKİ EDEN  
ETKENLER**

**Dr. DURAN ADA**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR-2015**

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NE  
AKUT KORONER SENDROM NEDENİYLE  
YATAN HASTALARDA KATASTROFİK SAĞLIK  
HARCAMALARI VE BUNA ETKİ EDEN  
ETKENLER**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. DURAN ADA**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ**

**Prof. Dr. BÜLENT KILIÇ**

Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi Koordinasyon Birimi  
tarafından 2015.KB.SAĞ.024 numaralı proje olarak desteklenmiştir.

<b>İÇİNDEKİLER</b>	
<b>TABLO DİZİNİ</b>	<b>iii</b>
<b>SEKİL DİZİNİ</b>	<b>iv</b>
<b>KISALTMALAR</b>	<b>v</b>
<b>TESEKKÜR</b>	<b>vi</b>
<b>ÖZET</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>1 GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>5</b>
1.1 GİRİŞ	5
1.2 AMAÇ	7
<b>2 GENEL BİLGİLER</b>	<b>8</b>
2.1 TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ	8
2.2 TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI	8
2.3 CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARI	12
2.4 KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI	14
2.5 AKUT KORONER SENDROM	17
2.6 AKUT KORONER SENDROM VE KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI	17
<b>3 YÖNTEM</b>	<b>19</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	19
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ	19
3.3. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ	19
3.4. ARAŞTIRMANIN PLANI VE TAKVİMİ	19
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ	20
3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	21
3.6.1. KANTİTATİF YÖNTEM DEĞİŞKENLERİ	21
3.6.1.1. BAĞIMLI DEĞİŞKENLER	21
3.6.1.2. BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	21
3.6.2. KALİTATİF YÖNTEM DEĞİŞKENLERİ	23
3.7. ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ	23
3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	23
3.8.1. KANTİTATİF VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	23

3.8.2. KALİTATİF VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	24
<b>3.9. ULAŞAMAMA NEDENLERİ</b>	<b>24</b>
<b>3.10. ÇÖZÜMLEME</b>	<b>24</b>
<b>3.11. ETİK KURUL ONAYI</b>	<b>26</b>
<b>3.12. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ</b>	<b>26</b>
<b>4 BULGULAR</b>	<b>27</b>
<b>4.1. KANTİTATİF BULGULAR</b>	<b>27</b>
<b>4.2. KALİTATİF BULGULAR</b>	<b>42</b>
<b>5 TARTIŞMA</b>	<b>63</b>
<b>5.1 CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARI VE KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI</b>	<b>63</b>
<b>5.2 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER</b>	<b>66</b>
<b>5.3 PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİ VE ETİK</b>	<b>68</b>
<b>5.4 ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	<b>70</b>
<b>5.5 HASTA VE HEKİM İLİŞKİLERİ</b>	<b>70</b>
<b>5.6 SAĞLIK REFORMLARI</b>	<b>71</b>
<b>5.7. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI</b>	<b>75</b>
<b>6 SONUC VE ÖNERİLER</b>	<b>77</b>
<b>6.1. SONUÇLAR</b>	<b>77</b>
<b>6.2. ÖNERİLER</b>	<b>77</b>
<b>7 KAYNAKLAR</b>	<b>79</b>
<b>8 EKLER</b>	<b>83</b>
<b>8.1. VERİ TOPLAMA FORMU</b>	<b>83</b>
8.1.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE HASTALIK BİLGİSİ VERİ TOPLAMA FORMU	83
8.1.2. SAĞLIK HARCAMALARI VERİ TOPLAMA FORMU	87
8.1.3. KALİTATİF VERİLER İÇİN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU	89
<b>8.2. ETİK KURUL ONAY FORMU</b>	<b>92</b>
<b>8.3. EK ANALİZLER</b>	<b>93</b>
<b>8.4. KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR VE KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI LİTERATÜR ÖZETİ</b>	<b>95</b>

## TABLO DİZİNİ

Tablo 2.1. Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Paranın Dağılımı (2012)	11
Tablo 2.2. Eşdeğer fert başına toplam harcamaya göre %20’lik dilimler bazında sağlık harcamaları oranları (%)	15
Tablo 2.3. Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı (%)	15
Tablo. 2.4. Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hanelerin Yöntem Farklılıklarına Göre Hesaplanması	16
Tablo 4.1. AKS nedeniyle yatan hastaların sosyodemografik özellikleri	27
Tablo 4.2. AKS nedeniyle yatan hastaların sağlık güvenceleri	28
Tablo 4.3. AKS nedeniyle yatan hastaların başvuru zamanındaki sağlık öyküsü	28
Tablo 4.4. AKS nedeniyle yatan hastaların hastane başvuru ve ödeme yöntemi özellikleri	29
Tablo 4.5. AKS nedeniyle yatan hastaların ön tanı ve tedavi özellikleri	29
Tablo 4.6. AKS nedeniyle yatan hastaların yaş, evde yaşayan kişi, hastanede yatış süresi ve gelir özellikleri	30
Tablo 4.7. AKS nedeniyle yatan hastaların yaptıkları sağlık harcamalarının tanımlayıcı bulguları	34
Tablo 4.8. AKS nedeniyle yatan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yapılan toplam cepten sağlık harcamaları (₺)	35
Tablo 4.9. AKS nedeniyle yatan hastaların sağlık ve hastane başvuru özelliklerine göre yapılan toplam cepten sağlık harcamaları (₺)	36
Tablo 4.10. AKS nedeniyle yatan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yapılan katastrofik sağlık harcamaları	37
Tablo 4.11. AKS nedeniyle yatan hastaların mesleki sınıf özelliklerine göre yapılan katastrofik sağlık harcamaları	38
Tablo 4.12. AKS nedeniyle yatan hastaların sağlık ve hastane başvuru özelliklerine göre yapılan katastrofik sağlık harcamaları	39
Tablo 4.13. AKS’de KSH’nin Yoksulluk Oluşturma Kapasitesi (SGP \$)	40
Tablo 4.14. AKS’de KSH’yi Belirleyen Etkenler: Lojistik Regresyon Analizi, Model 1	40
Tablo 4.15. AKS’de KSH’yi Belirleyen Etkenler: Lojistik Regresyon Analizi, Model 2	41
Tablo 4.16. Kalitatif Bulgularda Ortaya Çıkan Kodların Kişi ve Tekrar Sayıları	40
Tablo 5.1. Kalitatif Bulgulara Göre Cepten Sağlık Harcamalarının Nedenleri	72

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 2.1. OECD Ülkelerinde GSYİH içinde Sağlık Harcamaları, 2013	9
Şekil 2.2. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, Türkiye	10
Şekil 2.3. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD\$, Türkiye	11
Şekil 2.4. Yıllara Göre Kişi Başı Yapılan Cepten Sağlık Harcamaları, SGP ABD\$, Türkiye	13
Şekil 2.5. Yıllara Göre Kişi Başı Yapılan Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Yapılan Sağlık harcamaları İçindeki Oranı, (%), Türkiye	14
Şekil 3.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	19
Şekil 3.2. Derinlemesine görüşme için örnek seçimi	20
Şekil 3.3. Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Ekim-Aralık 2014 USD Döviz Satış Fiyatı	25
Şekil 4.1. Eşdeğer hane halkına göre kişi başı aylık gelir dağılımı ( ₺)	31
Şekil 4.2. Toplam cepten sağlık harcamasının dağılımı ( ₺)	31
Şekil 4.3. Eşdeğer hane halkına göre kişi başı aylık gelir ve cepten sağlık harcamaları ( ₺)	32
Şekil 4.4. Eşdeğer Hane Halkına Göre Gelir içindeki Toplam Cepten Sağlık Harcamaları (%)	32
Şekil 4.5. Toplam cepten sağlık harcamalarının dağılımı (%)	33
Şekil 4.6. Yöneticiler, Doktorlar ve Hastalara Göre Sık Tekrarlanan Kodlar	42
Şekil 5.1. Kalitatif Bulgulara Göre Sağlık Reformunun Cepten Sağlık Harcamaları ile İlişkisi	73

## **KISALTMALAR**

- ABD: Amerika Birleşik Devletleri  
AKS: Akut Koroner Sendrom  
CABG: Coronary Artery Bypass Graft Surgery  
CSH: Cepten Sağlık Harcamaları  
DEÜ: Dokuz Eylül Üniversitesi  
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü  
GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla  
ICD: International Classification of Diseases  
KKH: Koroner Kalp Hastalığı  
KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
KSH: Katastrofik Sağlık Harcamaları  
MI: Miyokard Enfarktüs  
MDÖ: Mesai dışı ödeme  
OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development  
PTCA: Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty  
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu  
SGP: Satın alma gücü paritesi  
SPSS: Statistical Package for Social Science  
SUT: Sağlık Uygulama Tebliği  
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu  
USD: United States Dollar

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin her aşamasında yanımda olan, bir fikrin tez olarak planlanmasına cesaretlendiren, tez sürecinde bilgi ve deneyimi ile hep en doğruyu aramama yönlendiren danışmanım Prof. Dr. Bülent KILIÇ'a çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi birikimi ile her zaman öğreten ve farklı bakış açıları kazandıran tüm halk sağlığı anabilim dalı öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Tezin veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen başta Prof. Dr. Özer BADAĞ olmak üzere tüm kardiyoloji anabilim dalı çalışanlarına teşekkür ederim.

Araştırmanın özellikle kalitatif bölümünde görüşmeler yaptığım hastane yöneticileri, kardiyoloji anabilim dalı öğretim üyeleri ile araştırma görevlilerine ve hastalara, açık olarak düşüncelerini paylaştıkları için teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca deneyimleri ile her zaman yol gösteren Uzm. Dr. Deniz Utku ALTUN'a, Yard. Doç. Dr. Kaan SÖZMEN'e, Uzm. Dr. Mestan EMEK'e ve birlikte öğrenmekten mutluluk duyduğum tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Varlıkları ile beni var eden sevgili aileme çok teşekkür ederim.

Duran ADA



# **DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NE AKUT KORONER SENDROM NEDENİYLE YATAN HASTALARDA KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI VE BUNA ETKİ EDEN ETKENLER**

## **ÖZET**

### **Giriş ve Amaç**

Cepten Sağlık Harcamaları (CSH) ve Katastrofik Sağlık Harcamaları (KSH) göstergeleri hastaları hastalığın mali etkilerine karşı izlemede kullanılan önemli araçlardır. Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversite Hastanesine Ekim-Aralık 2014 tarihleri arasında başvuran hastalarda Akut Koroner Sendrom (AKS) ön tanısıyla tanı ve tedavi süreci başlatılan hastaların yaptıkları cepten sağlık harcamaları ve katastrofik sağlık harcamalarının belirlenmesi ve bunlara etki eden etkenlerin saptanmasıdır.

### **Yöntem**

Çalışma kantitatif ve kalitatif olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada üniversite hastanesine Ekim-Aralık 2014 tarihleri arasında AKS nedeniyle yatan hastalara iki ayrı telefon görüşmesi yoluyla ulaşılmıştır. İlk görüşme hasta taburcu olduktan sonraki üç gün içinde ve ikinci görüşme ise tedavi altına alındığı tarihten 1 ay sonra yapılmıştır. İkinci aşamada araştırmanın kalitatif verileri toplanmıştır. Derinlemesine görüşmeler sağlık hizmet sunucularından (3 öğretim üyesi, 3 araştırma görevlisi doktor), hastane yöneticilerinden (3 kişi) ve hastalardan (3 KSH yapmış, 3 KSH yapmamış) olmak üzere toplam 15 kişiyle görüşülerek elde edilmiştir. Görüşmeler Ocak-Mart 2015 tarihlerinde yapılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri CSH ve KSH varlığıdır. CSH, hastanın AKS nedeniyle şikayetinin başladığı andan bir ay içerisinde yapmış olduğu cepten harcamalardır. KSH varlığı ise CSH'nın eşdeğer hane halkına göre kişi başı aylık gelirinin %10 eşik değerini aşmasıdır. Niceliksel analizlerde SPSS 15.0 programı kullanılmıştır. Kalitatif analizler için tüm görüşmeler araştırmacı tarafından metne çevrilmiş, okunarak kodlanmış ve içerik (content) analiz yöntemi ile değerlendirilmiştir. Araştırma için etik kurul onayı ve resmi izinler alınmıştır.

### **Bulgular**

Araştırma döneminde AKS ön tanısıyla yatırılan 208 kişiden %83.2'sine (173 kişi) ulaşılmıştır. Hastaların %10.1'i (21 kişi) çalışmaya katılmayı reddederken, %6.7'sine (14 kişi) ulaşılabilmiştir. Ortalama CSH 201 ₺ olup, AKS hastalarının %59.0'ında CSH ve %23.1'inde

KSH saptanmıştır. Toplam CSH'nın %58'ini SGK tarafından ödenmeyen tıbbi malzemeler oluştururken (ortalama 115.9 ₺), ikinci sırada toplam CSH'nın %15'ini oluşturan öğretim üyesi fark ücreti (özel muayene) gelmektedir (ortalama 30.7 ₺). Ayrıca hastaların %40'ı eczanede herhangi bir nedenle cepten harcama yaptıklarını belirtmişlerdir (ortalama 16.5₺). Gelir grupları arasında gelir düzeyi azaldıkça KSH yapma oranı anlamlı olarak artmaktadır (p:0.036). Mesleki sınıf açısından ise kendi hesabına çalışanlar ve işverenler grubundan kaynaklanan (%41 KSH yapma oranı) anlamlı farklılık vardır (p:0.013). Ayrıca cerrahi tedavi önerilenlerin (%54), önerilmeyen gruba (%20) göre ve cepten sağlık harcamasını borç olarak yapan hastaların (%88), ödemesini aylık geliriyle yapan hastalara (%12) göre KSH yapma olasılığı anlamlı olarak fazladır (sırasıyla p:0.006 ve p:0.0001). Cinsiyet, yaş grubu, eğitim düzeyi, sağlık güvencesinin türüne göre KSH yapma arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05). Araştırmanın kalitatif bölümünde SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu), SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) ve sağlık sistemi her üç grup (doktorlar, hastalar ve yöneticiler) için de benzer ölçüde ön plana çıkmaktadır. Üniversite hastanesi sorunları ve etik sorunlar konuları hastane yöneticilerinin daha fazla değindiği konulardır. Performansa dayalı ödeme sistemi ise hastane yöneticileri ve doktorlar tarafından en sık vurgulanan ortak konu olarak saptanmıştır. Hastane yöneticilerinin harcamalara etkisi doktorlar tarafından ön plana çıkartılırken, doktorların etkisi ise hastalar tarafından vurgulanan konudur. Özel sağlık hizmetleri ve hastaların beklentileri konuları ise hastalar ve doktorlar tarafından sık vurgulanan ortak konudur. Kalitatif analizler sonucunda ortaya çıkan ortak tema sağlık reformları (Sağlıkta Dönüşüm Programı) olmuştur.

## **Sonuç**

SGK uygulamaları üniversite hastanesine başvuran AKS hastalarını CSH ve KSH açısından yeterince korumamaktadır. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı performansa dayalı ödeme, SUT gibi yeni oluşturduğu yapılar üzerinden ve etik sorunlar ve sağlıkta özelleştirme gibi yeniden dönüştürdüğü bazı yapılar üzerinden CSH/KSH'yı artırdığı dikkati çekmektedir. CSH/KSH'nın azaltılması için reformların bu negatif özellikleri tekrar ele alınmalı, düzeltilmeli, SGK'nın AKS hastalarına yönelik geri ödeme kapsamı genişletilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Cepten sağlık harcamaları, Katastrofik Sağlık Harcamaları, Akut Koroner Sendrom, Sosyal Güvenlik Kurumu, Kalitatif Çalışma.

# **CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURES IN ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS AT DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY HOSPITAL AND AFFECTING FACTORS**

## **ABSTRACT**

### **Introduction and Aim:**

Out-of-pocket Health Expenditures (OOPs) and Catastrophic Health Expenditures (CHE) indicators are important indicators against financial effects of the illness. The aim of this study is to determine CHE and OOPs in the patients applied to Dokuz Eylül University Hospital between October-December 2014 owing to Acute Coronary Syndrome (ACS) pre-diagnosis and whose treatment had been initiated and also identify affecting factors.

### **Method :**

The study is composed of two phases as quantitative and qualitative. In the first phase, patients hospitalized due to ACS at the Dokuz Eylül University hospital involved between October-December 2014 were reached through telephone calls. The first interview was carried out in the first three days following patient's discharge and the second one was performed one month later, the date when treatment of patients had been commenced. Qualitative data were collected in the second phase of the research. In-depth interviews were obtained by contacting a total of 15 individuals including health care providers (3 lecturers, 3 residents), hospital executive managers (3) and patients (3 with CHE, 3 without CHE). Interviews were performed between January-March 2015. Dependent variables of the research are OOPs and CHE variables. OOPs is expenses that patient spends within one month when his/her complaint due to ACS has initiated. CHE means that if it is 10% exceed of threshold value of monthly income for per person compared to equivalent household income. SPSS 15.0 programme was used in quantitative analyses. All interviews were transcribed to texts for qualitative analyses, than codes and sub-codes were created by reading and analysed by the content analysis method. Ethics committee approval and official permissions were obtained for the research.

### **Findings:**

Of 208 individuals hospitalized with ACS pre-diagnosis, 83.2% (173) were reached in research period. While 10.1% (21 individuals) denied participating in the study, 6.7% (14 persons) could not be reached. The mean OOPs was 201 ₺. Fifty-nine percent of ACS patients had OOPs while CHE was determined in 23.1%. While unpaid medical equipment by Social Security Institution (SSI) accounted for 58% of a total of OOPs (mean 115.9 ₺), in the

second line contribution fee of academic staff examinations (private examination) forming 15% of OOPs (mean 30.7 ₺). In addition, 40% of patients had OOPs at the pharmacy (mean 16.5 ₺). When the income gets lower, CHE rate increases significantly ( $p:0.036$ ). With regard to occupational class, there was a significant difference between self-employed&employer and the other groups (CHE rate 41%) ( $p:0.013$ ). Moreover, CHE rate was significantly higher for those recommended to have surgical treatment (54%) compared to those not recommended (20%) and those doing OOPs in return for loan (88%) compared to those doing the payment with their monthly income (12%) (respectively,  $p:0.006$  and  $p:0.0001$ ). There was no significant difference statistically in terms of CHE rate according to sex, age group, education level, social security type ( $p>0.05$ ).

In the qualitative part of the research, SSI, medical practices regulations and health system came into prominence for three groups (doctors, patients and managers) at similar levels. University hospital problems and ethical issues were mostly mentioned by hospital executive managers. Payment system based on performance was determined to be as common issue, mostly mentioned by hospital executives and doctors. The effect on expenditures by hospital executives was brought to the fore by doctors while the effect of doctors was emphasized by patients. Private health services and patients' expectations, however, were most commonly highlighted issue by both patients and doctors. As a result of qualitative analyses, the main theme emerged was health reforms (Transformation Programme in Health).

**Result:**

SSI applications do not sufficiently protect patients applying to university hospital with ACS in terms of OOPs and CHE. It draws attention that health transformation programme increases OOPs and CHE and creates new terms and concepts such as payment based on performance, medical practices regulations, ethical issues and privatization in health. The negative characteristics of these reforms should be retackle, corrected to reduce OOPs/CHE and repayment cover should be extended by SSI for patients with ACS.

**Keywords :** Out-of-pocket expenditures, Catastrophic Health Expenditures, Acute Coronary Syndrome, Social Security Institution, Qualitative study.

## 1 GİRİŞ VE AMAC

### 1.1 Giriş

Sağlık hizmetleri diğer piyasa ürünlerinden farklı olarak ertelenemez bir ihtiyaçtır. Bireyler sağlık harcamaları nedeniyle gelirlerinden daha fazlasını sağlığa ayırmak zorunda kalabilir, birikimlerini harcama, varlıklarını satma ve borçlanmalarına neden olabilir. Bireyleri bu yıkıcı harcamalardan korumak üzere sağlık finansmanı devreye girer. Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmetlerindeki maliyetleri karşılamak için paranın toplanmasından kullanılmasına kadar geçen süreçtir (1). Finansal koruma hastalığın mali sonuçlarından bireyleri koruma olarak tanımlanabilir (2). Finansal koruma, pek çok ölçüte bakılarak ölçülebilir; bunlardan en yaygın olanları şunlardır: Cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, gelir sınıflarına göre cepten yapılan sağlık harcamasının ev halkının tüketimi (bazen gıda dışı tüketim) içindeki payı ve katastrofik sağlık harcamaları yüzünden yoksulluğa düşen ev halkı yüzdesi (3).

Katastrofik sağlık harcamaları, cepten yapılan sağlık harcamalarının belli bir dönemde toplam ev halkı gelirinin ya da harcamasının belli bir yüzdesini aşmasıdır (4). Hane halkı geliri için fikir birliğine varılmış bir eşik değer yoktur. Eski çalışmalarda ev halkı gelirinin %5 ile %20 arası değerler kullanılmıştır (5). Literatürde hangi eşik değer kullanılması gerektiği konusunda fikir birliği yoktur. Ancak çoğunlukla %10 eşik değer olarak kullanılmaktadır (6). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre ise KSH, ev halkının zorunlu gıda harcaması çıkarıldıktan sonra kalan gelir ya da tüketim harcamasının (ödeme kapasitesinin) %40 ve üzeri cepten sağlık harcaması olarak tanımlamıştır (7, 8). Eşik değer olarak belirtilen %40 ise ülkenin sağlık politikasına göre değişebilir. Bu kapsamda CSH'yi paya koyduğumuzda paydada gelir, tüketim harcaması ya da ödeme kapasitesi yer alabilir (9).

Tüketim harcamalarına ilişkin tüm değişkenler bir aylık olarak dönüştürülür. Bir hafta, iki hafta, üç ay, bir yıl olarak toplanmış veriler ise bir aya göre düzeltilir (8). Bunun yanında tüketim harcamasına göre yapılan çalışmaların biasa neden olabileceğini bildiren yazarlar da vardır (10).

KSH'nin izlenmesinin önemi şudur: CSH'nin hane halkı harcamaları içindeki payının artması ve sağlık kaybı nedeniyle gelir kaybı da yaşanılabilirdiği için hanehalklarının yoksullaşmasına ve yoksulların da daha da yoksullaşmasına yol açabilmesidir. “*Cepten harcamaların yol açtığı yoksullaşma durumu, ‘tıbbi yoksulluk tuzağı’ olarak adlandırılmakta ve cepten*

*harcamalar dünyanın birçok ülkesinde bireyleri ve hanehalklarını yoksulluğa iten başlıca sebepler arasında kabul edilmektedir'' (4).*

Dünya genelinde 5.6 milyar insan düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır ve sağlık harcamalarının yarısından fazlasını cepten harcamalar ile karşılamaktadır (2). Gelişmiş ülkelerde sağlık finansmanı da gelişmiş olduğundan KSH de düşüktür. Bu ülkeler arasında Yunanistan, Portekiz, İsviçre ve ABD'de katastrofik sağlık harcamaları %0.5'ten yüksektir. Katastrofik sağlık harcamalarının %0.5'ten küçük olduğu az gelişmiş ülkeler Cibuti ve Namibya'dır.

Katastrofik sağlık harcamalarının yüksek olduğu ülkeler ikiye ayrılır. Azerbaycan, Ukrayna, Vietnam, Kamboçya gibi dönüşümün olduğu ülkeler ve Latin Amerika ülkeleri. Katastrofik sağlık harcamalarının en düşük olduğu ülkeler ise Çek Cumhuriyeti'nde %0.00, Fransa'da %0.01, Almanya'da %0.03, Birleşik Krallık'ta %0.04'tür. Yüksek gelirli ülkelerde katastrofik sağlık harcamalarına karşı koruma açısından sigorta ya da vergi ile finansman arasında anlamlı bir fark yoktur (5). Bu ülkelerde özel sağlık sigortasının payı oldukça düşüktür. Cepten sağlık harcamalarının oranı da %10'dan daha azdır (2).

Türkiye'de Sulku'nun 2002-2003 Hane halkı sağlık harcamaları araştırması verilerini kullanarak, toplam gelire göre yaptığı çalışmada, KSH'nin eşik değeri %10 kabul edildiğinde %19, eşik değeri %20 kabul edildiğinde %14 bulunmuştur (10). Yardım'ın hane halkı bütçe araştırması verilerini kullanarak yaptığı ve eşik değer olarak ise ödeme kapasitesinin %40'ını kullandığı çalışmada, 2003 yılından sonra katastrofik sağlık harcamalarının Türkiye'de azalan bir eğim içerisine girdiğini göstermiştir. Katastrofik sağlık harcamaları 2003 yılı için %0.75, 2006 yılı için %0.59, 2009 yılı için %0.48 olarak bulmuştur (2). Yine Özgen'in 2004-2010 hane halkı bütçe araştırması verilerini kullandığı ve hem tüketim harcamalarını hem de ödeme kapasitesine göre farklı eşik değerlere göre çözümlene yaptığı çalışmasında, toplam tüketim harcamalarının %40'dan fazlasını cepten sağlık harcamaları oluşturan ev halkı yüzdesi %0.3 ile %0.5 arasında gerçekleşmiştir. Ancak 2010 yılında 2004 yılına göre %25'lik bir artış görülmektedir (9). Sağlık harcamaları için hane halkı bütçe araştırmalarıyla yapılan çalışmalar, sağlık odaklı yapılan araştırmalara göre her zaman düşük çıkar. Hane halkı bütçe araştırmaları sağlık harcamalarıyla ilgili detaylı bilgi vermez (2, 9).

KSH ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, temel olarak iki gruba ayrılabilir. Birincisi, hane halkı bütçe araştırmaları yada özel çalışmalarla ülkelerdeki toplum düzeyindeki KSH ile

ilgili çalışmalardır. İkincisi ise kronik hastalığa sahip kişiler, yaşlı bireyler gibi KSH için belirlenmiş risk grupları ya da bir hastalığa yönelik KSH'nın belirlenmesine yönelik çalışmalar olarak gruplandırılabilir. Türkiye'de hane halkı bütçe araştırma verileri kullanılarak yapılmış birçok KSH ile ilgili çalışma vardır. Ancak bir hastalık ya da risk grubu için yeterli düzeyde çalışma yoktur.

## **1.2 Amaç**

Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi (DE) Hastanesi'ne 1 Ekim 2014 - 31 Aralık 2014 tarihleri arasında başvuran hastalarda Akut Koroner Sendrom (AKS) n tanısıyla tanı ve tedavi süreci başlatılan 18 yaş ve üzeri hastaların, yaptıkları cepten sağlık harcamalarının, katastrofik sağlık harcamalarının ve bunlara etki eden etkenlerin saptanmasıdır.

## **2 GENEL BİLGİLER**

### **2.1 Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi**

Türkiye’de ilk kez sosyal sigortaların kurulması 1936 yılında 3008 sayılı İş Kanununda öngörülmüştür. Ancak sigorta ile ilgili gelişme 1945 yılında 4772 Sayılı İş kazaları, Meslek Hastalıkları ve Aanalık Sigortaları Kanunu ve 4792 Sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu ile olmuştur. Yine 1965 tarihinde düzenlenen 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu’nun kurulması gerçekleşmiştir. Devlet memurları için sosyal güvenlik 1949’da 5434 Yasa’yla kurulan T.C. Emekli Sandığı ile sağlanmıştır. Bir diğer kurum, 1971 yılında 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Kanunu ile Bağ-Kur kurulmuştur ve işverene bağlı olmadan bağımsız çalışanları çatısı altına toplamıştır. Bunun yanında 1984 yılında çıkan 2926 Sayılı Yasa’yla, tarımda bağımsız çalışanlar da zorunlu sigortalı olarak Bağ-Kur kapsamına alınmıştır. Sosyal güvencesinde olmayanlar için sağlık giderlerinin karşılanması amacıyla 18.06.1992 tarih ve 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılması Hakkında Kanun düzenlenmiştir (11).

1982 Anayasası’nın 56. maddesinde devletin yurttaşların sağlığını korumak ve geliştirmek ödevinden bahsedilmektedir ve bunu gerçekleştirmek amacıyla da kamu sağlık kurumlarını tek elde toplama, özel ve kamu kurumlarından yararlanma ve genel sağlık sigortasının kurulabilmesi hükümlerini içermektedir (12). Anayasa’nın ilan edilmesinden sonra farklı hükümetler zamanında genel sağlık sigortasının kurulması sık sık gündeme gelmiş ancak başarılı olunamamıştır (13). Sağlık reformlarının ya da bir diğer adıyla sağlıkta dönüşüm programınının 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlamasıyla sosyal güvenlik yapısı da değişime uğramıştır. 2006 yılında 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Türkiye’de sosyal güvenlik yapısı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) altında tek elde toplanmıştır (14–16).

### **2.2 Türkiye’de Sağlık Harcamaları**

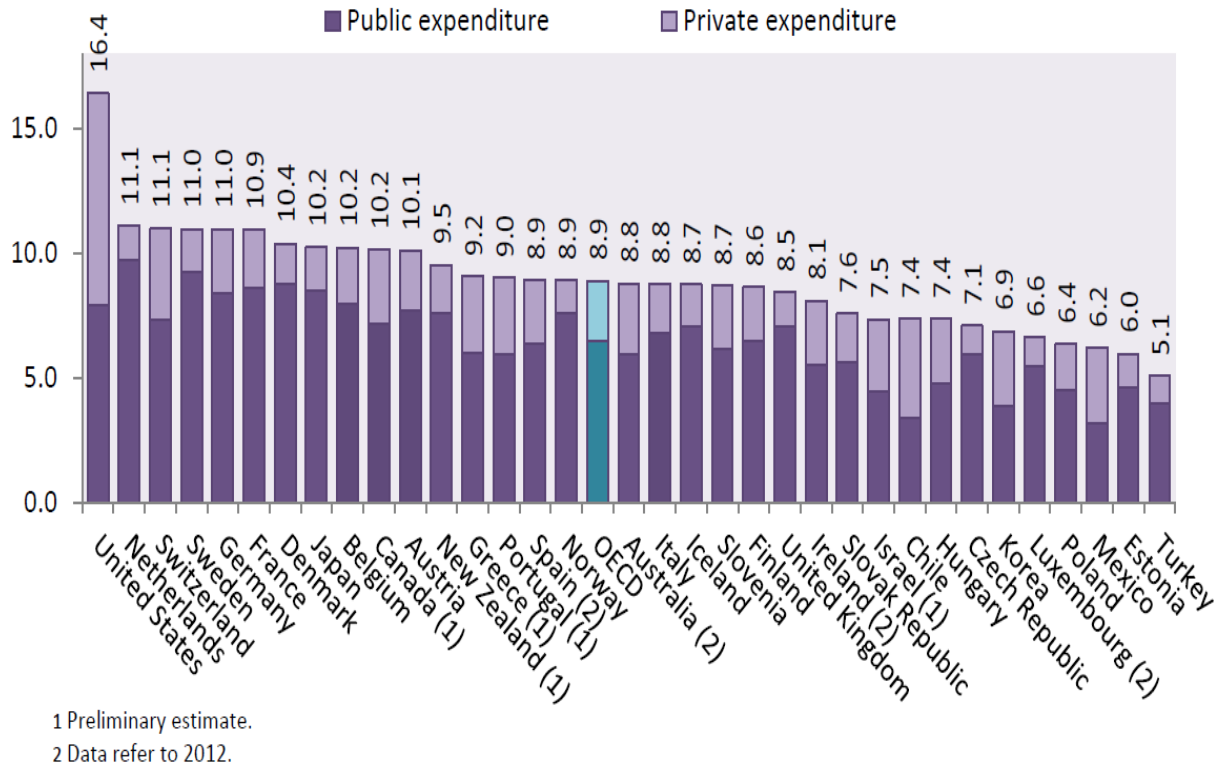
Sağlık harcamalarını değerlendirirken yalnız miktarını dikkate almak yeterli değildir. Bunun yanında verimlilik, hakkaniyet gibi konuların da ele alınması sağlık politikaları için daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Türkiye GSYİH’nin (Gayri safi yurt içi hasıla) yaklaşık %5-6’sını sağlığa ayırmaktadır. Bu tutarın uygun olduğunu değerlendirmek güçtür. Bunun yanında Türkiye’de sağlık kaynaklarının uygun kullanılmadığını belirten bir takım bulgular



da vardır. Hastane harcamalarının önemli bir kısmının ayaktan bakım harcamalarına ayrılması, sevk zincirinin olmaması, aşırı antibiyotik tüketilmesi örnek olarak verilebilir. Sağlık harcamalarının ne kadar olması gerektiği konusu yanıtı kolay olmayan bir sorudur. “Mevcut epidemiyolojik göstergeler, sosyal destek, sağlık girdilerinin tahsis ve teknik verimliliği, fiyat düzeyleri ve sınırlı kaynakların alternatif kullanım alanlarının bulunması gibi faktörlerin hepsi sağlık sektörüne harcanması gereken doğru harcama miktarını etkilemektedir” (17). Türkiye’de sağlık harcamaları planlanırken meclis çatısı altında onaylanana bütçe yaklaşımı (global bütçe) uygulanmaktadır (18).

Şekil 2.1’e bakıldığında 2013 yılı için OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı görülmektedir. Türkiye GSYİH’nin yalnızca %5.1’ini sağlığa ayırması nedeniyle OECD ülkeleri içinde son sırada yer almaktadır. Bunun yanında diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında, kamu harcamasının sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturması nedeniyle görünümü olumlu bulunabilir.

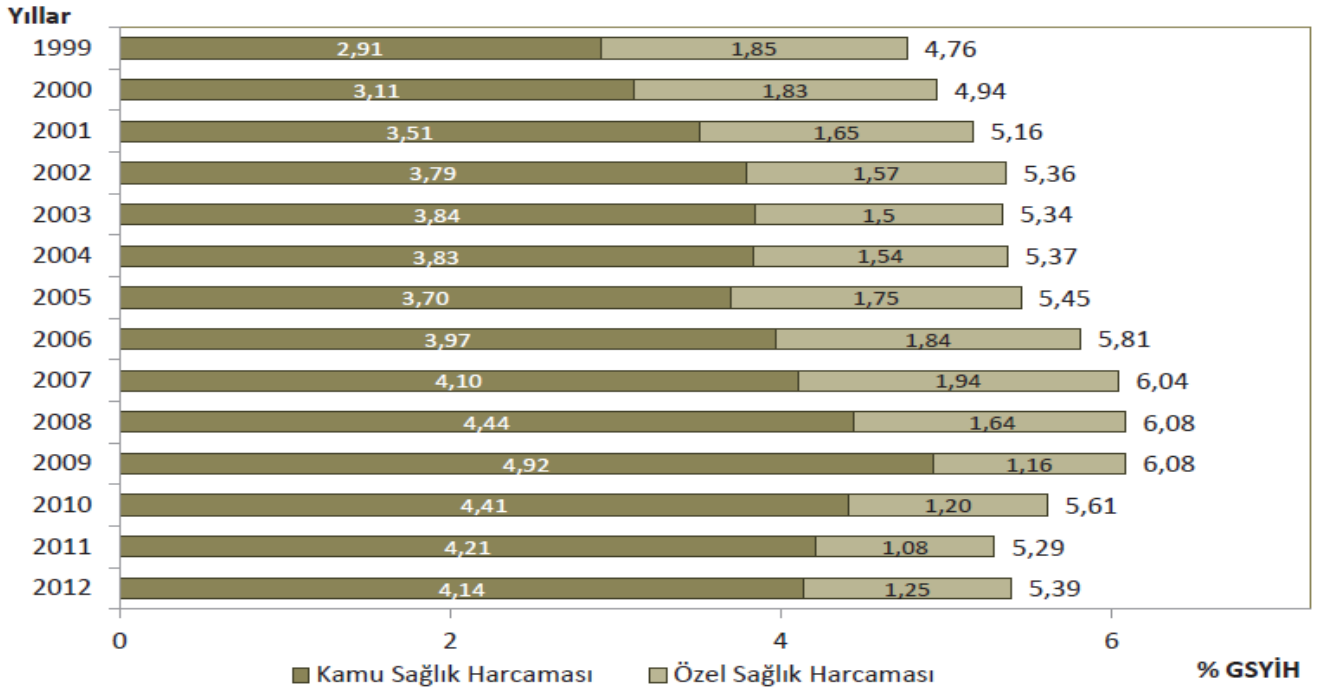
**Şekil 2.1. OECD Ülkelerinde GSYİH içinde Sağlık Harcamaları, 2013**



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2015 (19)

Şekil 2.2’de 1999-2012 yılları arasında Türkiye’de kamu ve özel sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı görülmektedir. Kamu sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı 2009 yılına kadar sürekli bir artış içerisindeyken, 2010 yılından bu yana ise devamlı bir azalış içerisindeydir. Diğer yandan özel sağlık harcamalarının GSYİH içindeki değişimi için bir trend bildirmek güçtür. 1999-2004 yılları arasında azalma, 2005-2007 yılları arasında artma vardır. 2008 sonrasında %1.0 ile %1.2 arasında değişmektedir.

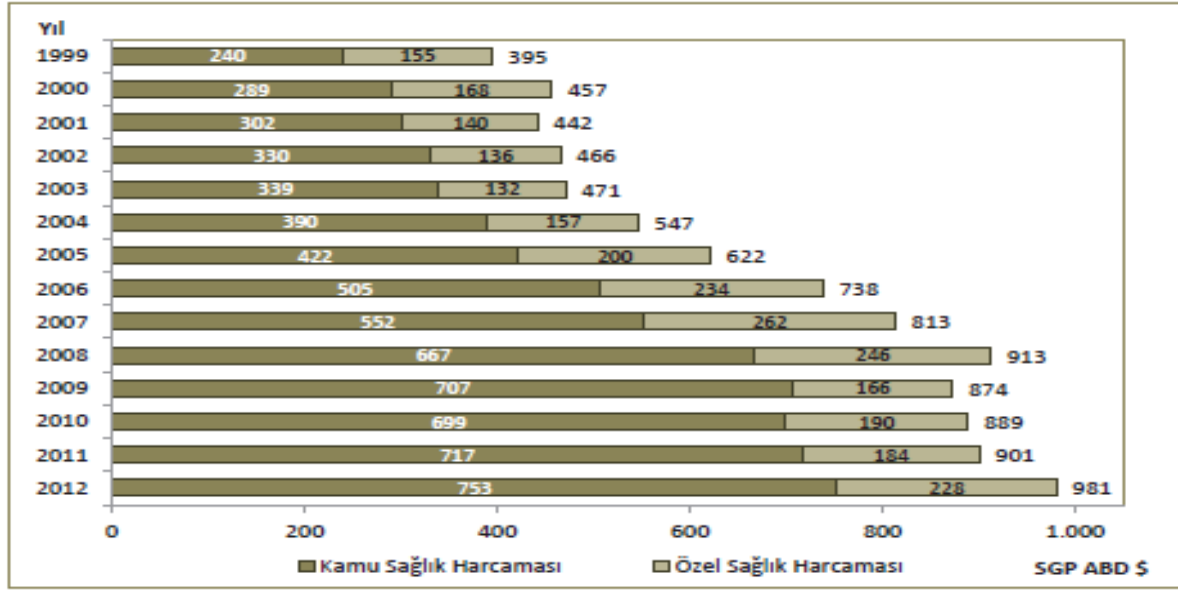
**Şekil 2.2. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye**



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 (20)

Şekil 2.3’te Türkiye’de yıllara göre kişi başı düşen kamu ve özel sağlık harcaması SGP (satın alma gücü paritesi) ABD doları olarak gösterilmiştir. Buna göre 1999-2012 yılları arasında kişi başına düşen kamu sağlık harcaması devamlı bir artış içerisindeydir. Kişi başına düşen özel sağlık harcaması ise 2003-2007 arasında devamlı bir artış içerisindeyken, 2008-2012 yılları arasında ise önce azalmış daha sonra yeniden artışa geçmiştir.

Şekil 2.3. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$, Türkiye



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 (20)

Tablo 2.1. Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Paranın Dağılımı (2012)

PARANIN GELDİĞİ YER			PARANIN GİTTİĞİ YER		
	Milyar TL	%		Milyar TL	%
SGK	44.1	57.7	SB hastaneleri	24.4	32.0
Genel bütçe	14.5	19.0	Üniversite hastaneleri	5.2	6.9
Diğer Kamu	0.2	0.3	1. Basamak	6.6	8.7
			Diğer kamu	0.9	1.2
<b>Toplam kamu</b>	<b>58.8</b>	<b>77.0</b>	<b>Toplam kamu</b>	<b>37.1</b>	<b>49.0</b>
Cepten harcama	11.7	15.4	İlaç/firma/Eczane	22.3	29.0
Özel sek. yatırımı	3.8	4.9	Özel hastaneler	16.8	21.8
Özel sigorta primi	2.1	2.7	Özel sigortalar	0.2	0.3
<b>Toplam özel</b>	<b>17.6</b>	<b>23.0</b>	<b>Toplam özel</b>	<b>39.3</b>	<b>51.0</b>
<b>Toplam sağlık harcaması</b>	<b>76.4</b>	<b>100.0</b>	<b>Toplam sağlık harcaması</b>	<b>76.4</b>	<b>100.0</b>

Kaynak: Kılıç B. Sağlık Finansmanı (2003-2012) (21)

Tablo 2.1’de 2012 yılı için sağlık harcamalarında kullanılan paranın kaynağı ve harcandığı alanlar görülmektedir. Buna göre Sağlık harcamaları için kullanılan paranın önemli bir kısmını (%77) kamu kaynakları oluşturmakta ve en önemli kaynak da SGK olarak görülmektedir. En önemli özel harcama kaynağını ise cepten harcamalar oluşturmaktadır. Ancak kaynağın tersine paranın harcandığı en önemli pay özel kurumlara aittir. Sağlık Bakanlığı hastaneleri harcamaların %32’sini alarak ilk sırada gelirken, ilaç (%29) ve özel

hastane (%22) harcamaları bunu takip etmektedir. Birinci basamak sağlık harcamaları toplam harcamaların yalnızca %8.7'sini oluşturmaktadır.

Kılıç'a göre Türkiye'de son 10 yılda sağlık harcamalarının 3 kat artışının arkasındaki temel nedenler şunlardır: Sağlık kurumlarına yapılan başvuruların ve sağlıkta tüketimin artması, özel sağlık kuruluşlarının sayılarının artması, sağlık hizmetlerindeki aşırı fiyat artışları ve performansa dayalı ödeme sistemidir (21). Bunun yanında ekonomik kalkınma için önemli bir araç olan beşeri sermaye gittikçe daha önemli bir duruma gelmektedir. Sağlık harcamalarının daha fazla gerçekleştirilmesi ülkelerin kalkınmasına da yol açmaktadır. Akar'ın çalışmasında, Türkiye'de sağlık harcamaları ile GSYİH arasında kısa dönemli bir ilişki söz konusu değilken, uzun dönemde GSYİH'yi olumlu etkilemektedir. Ancak Türkiye'de nüfus artışı ve nüfusun da yaşlanması dikkate alındığında sağlık harcamalarındaki artış yetersiz bulunmaktadır (22).

### **2.3 Cepten Sağlık Harcamaları**

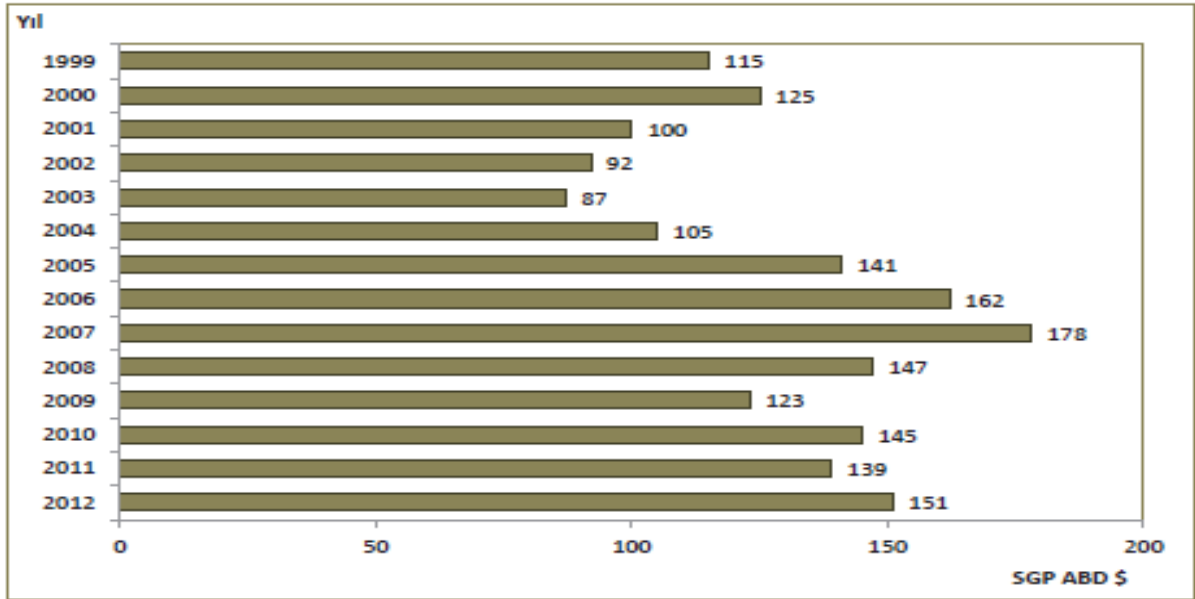
Özgen'in yaptığı tanıma göre "*cepten sağlık harcaması, hane halklarının aldıkları sağlıkla ilgili mal veya hizmetler için hizmet sunuculara doğrudan yaptıkları ve herhangi bir kişi veya kurum tarafından kısmen veya tamamen kendilerine geri ödenmeyen harcamalardır*" (4). Ancak cepten yapılan sağlık harcamalarını iyi tanımlamak oldukça zordur. Hekim ücreti, laboratuvar hizmetleri, tanı testleri, ilaç, hastane harcamaları cepten yapılan sağlık harcamaları olarak tanımlanabilir. Alternatif tıp gibi sağlık hizmetleri ile ilgili olan harcamalar da sağlık harcamalarına katılabilir. Ulaşım, beslenme gibi harcamalar sağlık harcaması olarak sayılmamalıdır. Bu ücretler, formal ya da informal ödeme olabilir. Sigortadan alınan geri ödemeler ev halkı harcamaları olarak sayılmamaktadır (5, 8, 23).

Özgen'in CEEHN (*Central and Eastern European Health Network*) Raporu'ndan ve Belli'den aktardığına göre "*Formal cepten ödemeler, yasalar veya düzenlemelerle kişinin sağlık hizmeti aldığı anda yapmak zorunda olduğu ödemelerdir. Informal cepten ödemeler, sağlık güvencesi kapsamında olan kişiler tarafından yasal olarak tanımlanan ödemenin dışında hizmet sunuculara (kişi veya kurum) yapılan ödemeler olarak tanımlanmaktadır*" (24). Buna göre katkı payları formal ödemeler olarak sayılırken, bıçak parası gibi ödemeler informal ödemeler kapsamında sayılmaktadır.

Sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyet, her hane halkının finansmana katkısının hastalık riskinden çok ödeme gücüne göre dağıtılması ve böylece herkes için finansal korunma sağlanmasıdır. Dikey hakkaniyet, gelir düzeyi yüksek olanların daha fazla finansmana katkı yapması iken, yatay hakkaniyet ise gelir düzeyleri benzer olanların benzer katkıyı yapmasıdır. Cepten harcamalarda hakkaniyetin sağlanması için hem yatay hakkaniyetin hem de dikey hakkaniyetin sağlanması gerekir. Cepten harcamalar dikey hakkaniyeti en az sağlayan finansman yöntemidir (25).

Şekil 2.4'te Türkiye'de kişi başı yapılan cepten sağlık harcamaları görülmektedir. Buna göre 2003-2007 arasında CSH devamlı bir artış içerisinde yaklaşık 2 kat artarken, 2007 yılından itibaren önemli ölçüde azalarak 2010 yılı itibariyle yatay bir seyir izlemektedir.

**Şekil 2.4. Yıllara Göre Kişi Başı Yapılan Cepten Sağlık Harcamaları, SGP ABD \$, Türkiye**

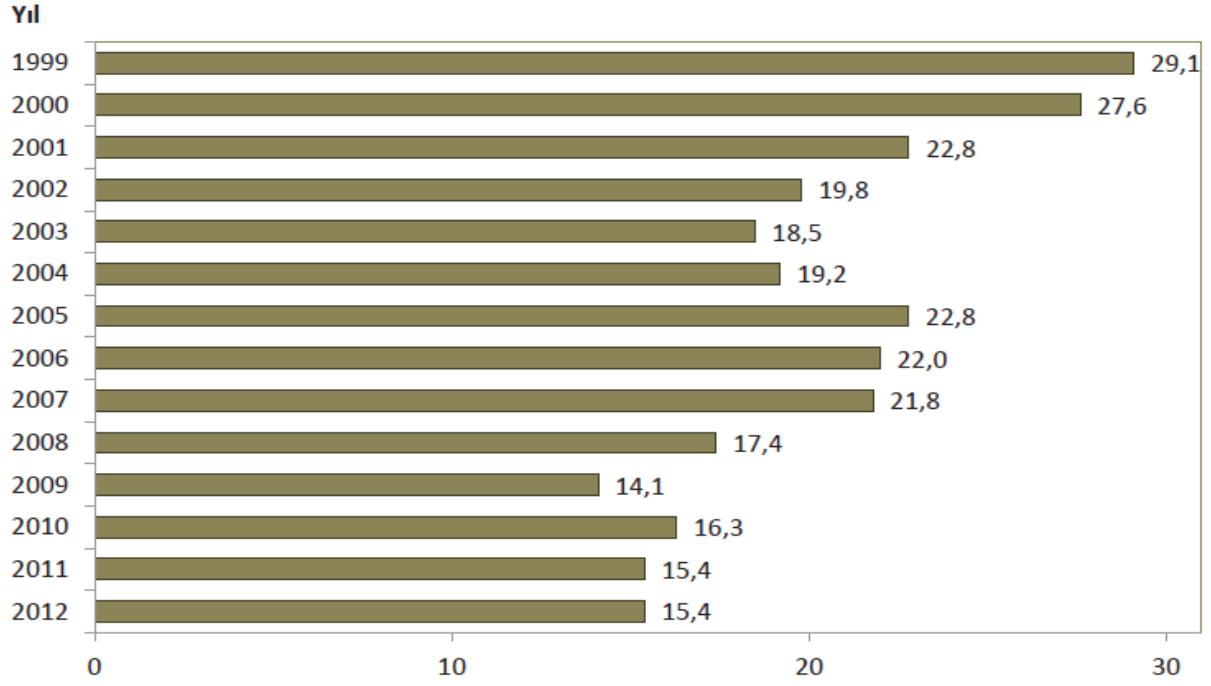


Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 (20)

Xu'nun 59 ülke verisi ile yaptığı çalışmada, toplam sağlık harcamaları içindeki CSH payı ile KSH arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Toplam sağlık harcamaları içindeki CSH payındaki %1'lik bir artış KSH'ye uğrayan ev halkında %2.2'lik artış ile ilişkilidir. Toplam sağlık harcamaları içinde CSH'nin oranı %15'ten az olduğunda KSH de az olacaktır (5).

Şekil 2.5'te Türkiye'de kişi başı düşen CSH'nın toplam sağlık harcamaları içindeki oranı görülmektedir. Buna göre CSH 2005-2007 yılları arasında yüksek seyretse de önemli ölçüde azalmıştır. Sonuçta 2009 yılı itibariyle de Xu'nun KSH'nın düşük tutulması için önerdiği CSH'nın %15'ler düzeyinde tutulması gerektiği önerisine yaklaşılmıştır (5).

**Şekil 2.5. Yıllara Göre Kişi Başı Yapılan Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Yapılan Sağlık harcamaları İçindeki Oranı, (%), Türkiye**



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 (20)

#### 2.4 Katastrofik Sağlık Harcamaları

Tokatlıoğlu'na göre KSH ile ilgili çalışmalara öncülük eden iki temel çalışma vardır (26). Bunlardan birincisi Wagstaff ve Van Doorslaer'in Vietnam için yaptığı 1993-1998 yılları arasını değerlendirdiği çalışmadır. Bu çalışmada eşik değer olarak, CSH'nın toplam harcama içindeki pay için %15, CSH'nın gelir içindeki pay için %40 olarak belirlenmiştir (27). Bir diğer çalışma da, Xu'nun 59 ülke verisiyle yaptığı çalışmadır. Burada ise eşik değer ödeme kapasitesinin %40'ı olarak kullanılmıştır (5). Türkiye'de yapılmış ilk KSH ile ilgili çalışma ise Yardım'ın çalışmasıdır. Bu çalışmada ise ödeme kapasitesinin %40'ı eşik değer olarak kullanılmıştır (28).

Tablo 2.2'de 2002-2013 yılları için eşdeğer fert başına toplam harcamaya göre %20'lik dilimler bazında KSH oranları yer almaktadır. Farklı yıl ve sağlık gelir düzeylerine göre

bakıldığında, kişi başına KSH oranları %1.1. ile %2.9 arasında değişmektedir. En düşük harcama grubu olan 1. %20'lik grup için 2002-2004 ve 2011-2013 yılları incelendiğinde KSH oranlarının arttığı görülmektedir. En yüksek harcama grubu olan 5. %20'lik grup için 2002-2004 ve 2011-2013 yılları incelendiğinde sağlık harcama oranlarının azaldığı görülmektedir. Ayrıca 2008 yılı incelendiğinde sağlık harcama oranları her harcama grubu için değerlendirildiğinde, görece olarak diğer yıllara göre en düşük harcama oranlarına sahiptir. Burada 2009 yılından itibaren farklı ad ve şekillerde katkı paylarının getirilmeye başlandığı dikkate alınmalıdır.

**Tablo 2.2. Eşdeğer fert başına toplam harcamaya göre %20'lik dilimler bazında katastrofik sağlık harcama oranları (%)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Türkiye</b>	2.2	1.8	2.0	2.0	2.0	2.1	1.7	1.9	2.1	1.9	1.7	2.1
<b>1. %20</b>	1.5	1.1	1.5	1.6	1.4	1.7	1.4	1.7	2.0	1.8	1.6	2.1
<b>2. %20</b>	2.0	1.5	1.9	2.0	1.9	1.8	1.4	1.8	1.9	1.7	1.6	1.9
<b>3. %20</b>	2.6	1.7	2.0	1.7	1.8	1.7	1.5	1.8	1.9	1.8	1.6	2.0
<b>4. %20</b>	2.0	2.0	2.1	2.1	2.2	2.1	1.9	1.7	2.0	1.9	1.9	2.0
<b>5. %20</b>	2.7	2.7	2.7	2.7	2.6	2.9	2.2	2.2	2.5	2.1	2.0	2.4

Kaynak: TÜİK. Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamaları 2014 (29)

Tablo 2.3'te 2002-2013 yılları arasında TÜİK'in yapmış olduğu hane halkı bütçe araştırma verileri kullanarak Türkiye, kırsal, kent için katastrofik sağlık harcama oranları görülmektedir. Hane oranlarına göre bakıldığında KSH'nın son yıllarda önemli ölçüde azalmış olduğu görülmektedir. Kent için, 2011-2013 yılları incelendiğinde KSH artmaktadır. Ayrıca Tokathoğlu, Türkiye'de KSH'nın yıllar itibariyle yoksulluk oluşturmak yerine var olan yoksulluğu derinleştirdiğini belirtmektedir (26).

**Tablo 2.3. Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı (%)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Türkiye</b>	0.81	0.75	0.84	0.64	0.59	0.68	0.36	0.48	0.37	0.17	0.14	0.22
<b>Kent</b>	0.60	0.53	0.72	0.60	0.36	0.48	0.33	0.27	0.27	0.12	0.14	0.19
<b>Kırsal</b>	1.14	1.13	1.06	0.71	1.00	1.21	0.42	0.99	0.63	0.29	0.13	0.31

Kaynak: TÜİK. Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamaları 2014 (29)

Tablo 2.4'te 2003-2011 yılları arasında Türkiye'de hane halkı bütçe araştırmalarına göre KSH hem tüketim harcamalarına göre hem de ödeme kapasitesine göre hesaplanmıştır. Buna göre yıllara göre sağlık harcaması yapan hane halkı oranı artmaktadır. KSH, 2008 yılına kadar belirgin olarak azalma olduğu görölmektedir. Ancak tüketim harcaması için %5 eşik değer kabul edildiğinde 2008 yılı sonrası KSH artmaktadır.

**Tablo. 2.4. Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hanelerin Yöntem Farklılıklarına Göre Hesaplanması**

Yıllar	Tüketim Harcamasına Göre			Ödeme Kapasitesine Göre	Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı (%)
	≥ %5	≥ %10	≥ %20		
2003	9.8	4.7	1.5	0.6	31
2004	10.8	5.4	1.9	0.8	46
2005	10.8	5.4	1.7	0.6	51
2006	10.9	5.3	1.6	0.6	53
2007	10.5	5.0	1.7	0.5	51
2008	8.7	4.0	1.2	0.5	54
2009	9.8	4.0	1.4	0.6	59
2010	11.6	4.2	1.2	0.4	64
2011	10.3	3.5	1.0	0.3	64

**Kaynak: Yereli AB. Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler (6)**

Yereli'ye göre 2008 yılına kadar azalmanın unsurları incelendiğinde, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması ve SSK kapsamındaki hastaların devlet hastanelerinden de hizmet almaya başlaması, üniversite hastanesine sevk zorunluluğunun kaldırılmasıyla ilişkilendirilebilir. Ek olarak sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması da hizmet erişimini kolaylaştırması nedeniyle cepten yapılan harcamaların azalmasında etken olmuş olabilir. Yine küresel ekonomik kriz nedeniyle hanelerin krizle başa çıkma mekanizması olarak sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma davranışını göstermesi de sağlık harcamalarının azalmasında etkin olmuş olabilir (6). Bu süreç içerisinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulmasının da cepten sağlık harcamalarının azaltılmasında etkisi vardır (26). Bundan farklı olarak Aran ve Hentschel'in çalışmasında, Türkiye'de yeşil kart uygulamasının 2003-2008 yılları arasında sağlık hizmetlerinde eşitlik ve



finansal koruma üzerindeki etkilerinin değerlendirildiği çalışmada, yeşil kart uygulamasının haneleri sağlık harcamalarının olumsuz etkisinden koruduğu saptanmıştır (30).

## **2.5 Akut Koroner Sendrom**

Akut Koroner Sendrom (AKS), myonekroz kanıtı olan ya da olmayan akut miyokard iskemisinin tanısal ve patofizyolojik bir sürecidir. Kararsız anjina, non-ST-segment yükselmeli miyokard infarktüsü (MI) ve ST segment yükselmeli miyokard infarktüsünü kapsamaktadır (31).

Türkiye hastalık yükü çalışmasına göre iskemik kalp hastalıkları tüm ölümler dikkate alındığında %21.7'lik pay ile en sık ölüme neden olan hastalıktır. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalite yükü, erkeklerde %29, kadınlarda %31 ile birinci sıradadır. Toplam hastalık yükünün %19.3'ü kardiyovasküler hastalıklara bağlıdır(32). Türkiye'de 2008 yılı Koroner Kalp Hastalıkları (KKH) mortalite hızı erkekler için yüz binde 365.7, kadınlar için yüz binde 324.5'dir (33). Türkiye'de kalp damar hastalıkları ile ilgili araştırmaların sistematik olarak değerlendirildiği bir çalışmada, 30 yaş üstü KKH prevalansı toplamda %5.2 ile 10.9, erkekte %7.5 ile %17.4, kadında ise %1.7 ile %8.3 arasında değiştiği saptanmıştır (34).

Altun 2011 yılında Manisa ili Merkez ilçesinde yaşam boyu ilk kez Akut MI geçirmiş olma insidans hızını 0 yaş grubu dışındaki tüm yaş grupları için yüz binde 56.0 olarak bulmuştur (35). Türkiye'de bir çalışmada, bir üniversite hastanesinde 2007-2010 yılları arasında acil servise yapılmış olan başvurular incelendiğinde, olguların %38.2'si (230 kişi) kararsız anjina, %31.6'sı (190 kişi) ST yükselmeli MI ve %30.2'si (182 kişi) ST yükselmesiz MI olduğu saptanmıştır (36).

## **2.6 Akut Koroner Sendrom ve Katastrofik Sağlık Harcamaları**

Koroner kalp hastalığının doğrudan ve dolaylı maliyetleri karşılaştırıldığında, Birleşik Krallık ve Kanada'da hastalığın dolaylı maliyetleri doğrudan maliyetin 3 katından fazla iken, İsviçre ve ABD'de her iki maliyet birbirine yakındır. İsveç ve Almanya'da ise doğrudan maliyetler dolaylı maliyetlerden fazladır (37).

Hajizadeh'in İran'da 2003 yılı sağlık hizmetleri kullanımı araştırma verilerini kullanarak yaptığı çalışmada, hastane harcamaları değerlendirilmiştir. Katılımcılara son 12 aydaki hastane harcamalarını 0'dan 100'e kadar puanlandırmaları istenmiştir. '0' harcama yapılmadı,

'100' gelir, birikim, borçlanma yolu ile harcamayı karşıladığı anlamında değerlendirilmiştir. Cepten harcamalar için katılımcıların %40'ı hastane harcamalarının gelirlerinin %50'sinden az olduğunu, %20'si harcama tutarının gelirlerinin %50-100 arasında olduğunu, %15'i tüm aylık geliri ve birikimini de harcadığını, %25'i ise gelir ve birikimin yanında borçlanma ile hastane harcamalarını karşıladıklarını belirtmişlerdir (38). Liu'nun İngiltere'de yaptığı koroner kalp hastalığının hastalık maliyetinin değerlendirildiği çalışmada, hastalığın doğrudan bakım (önleme, tedavi, rehabilitasyon) maliyetleri arasında en yüksek maliyeti hastanede yatan hasta maliyeti oluşturmaktadır (37).

Daivadanam'ın Hindistan'ın Kerala bölgesinde 6 hastaneden 210 AKS hastası ile yaptığı ve eşik değer olarak ödeme kapasitesinin %40'ının kabul edildiği çalışmada, hastaların %84'ü tedavi döneminde KSH yapmıştır (39). Alam'ın çalışması 2002-2003 DSÖ verilerinden yararlanarak Bangladeş, Nepal, Sri Lanka ve Hindistan'dan toplam 33761 hane halkını içermektedir. Anjinadan etkilenen hane halkı ile eşleştirilmiş hane halklarının 4 haftalık sağlık harcamaları değerlendirilmiştir. Katastrofik sağlık harcaması için eşik değer toplam harcamanın %20'si ya da ödeme kapasitesinin %40'ını eşik değer kabul edildiğinde her iki yöntemle de Hindistan, Nepal ve Srilanka için anjina olan hane halklarında, eşleştirildikleri hane halklarına göre anlamlı olarak KSH saptanmıştır (40). Huffman'ın çalışmasında Arjantin, Çin, Hindistan ve Tanzanya'dan kardiyovasküler hastalığı olan 1657 kişi hastane tabanlı olarak 15 ay izlenmiştir. Yıllık ödeme kapasitesinin %40 ve üzerinin katastrofik sağlık harcaması olarak kabul edildiği çalışmada, KSH Çin, Hindistan ve Tanzanya'da %50'nin üzerinde bulunmuştur (41).

### **3 YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, kantitatif ve kalitatif olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Kantitatif bölüm kesitseldir. Kalitatif bölüm derinlemesine görüşmelere dayalıdır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri**

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Servisi ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Süresi**

Araştırma konusu, Şubat 2014'te belirlenmiştir. Literatür taraması ve tez önerisinin hazırlanmasından sonra Haziran 2014'te Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda tez öneri sunumu kabul edilmiştir. Eylül 2014'te Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na yapılan başvuru süreci tamamlanmış ve araştırma etik kurul onayını almıştır. Ekim-Aralık 2014 tarihleri arasında kantitatif verilerin toplanması, Ocak-Mart 2015 tarihinde kalitatif verilerin toplanması tamamlanmıştır. Veri çözümleme Şubat 2015'ten Nisan 2015'e kadar sürmüştür. Tez, Mayıs 2015-Ağustos 2015 arasında yazılmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Planı ve Takvimi**

**Şekil 3.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi**

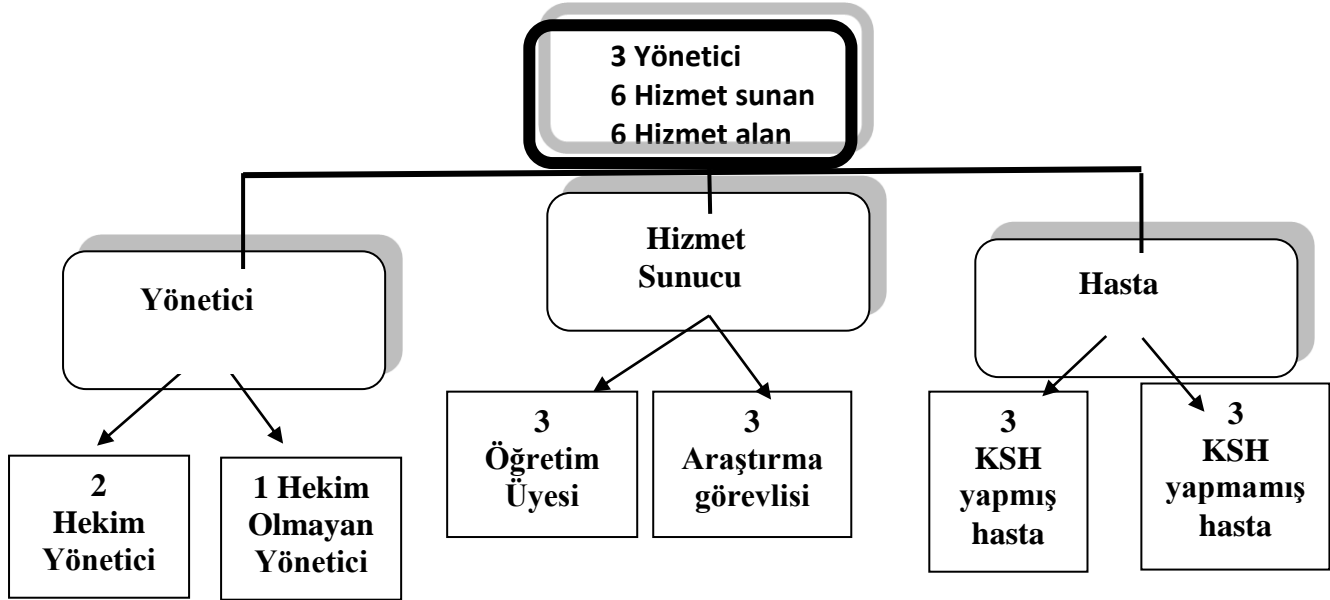
	2014												2015											
	O	Ş	M	N	M	H	T	A	E	E	K	A	O	Ş	M	N	M	H	T	A	E	E	K	A
<b>Konu belirleme</b>																								
<b>Literatür tarama</b>																								
<b>Tez önerisi sunumu</b>																								
<b>Ön çalışma</b>																								
<b>Etik kurul başvurusu</b>																								
<b>Verilerin toplanması</b>																								
<b>Çözümleme</b>																								
<b>Yazım</b>																								
<b>Tez savunma</b>																								

### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnek Büyüklüğü

Araştırmanın kantitatif bölümü için araştırmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde Ekim-Aralık 2014 tarihleri arasında AKS ön tanısı nedeniyle kardiyoloji servisine ya da koroner yoğun bakım servisine yatırılan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örnek seçilmemiş olup belirtilen süre içerisinde ilgili bölümlere AKS ön tanısıyla yatırılan tüm hastalar araştırmaya alınmıştır.

Araştırmanın kalitatif bölümü için araştırmanın evrenini, AKS ön tanısıyla hizmet alanlar, sağlık hizmetini sunanlar ve sağlık yöneticileri oluşturmaktadır. Araştırmada yan tutmayı en aza indirmek için triangulasyon (3 açılı değerlendirme) yapılarak hizmeti sunanlar, hizmeti kullananlar ve hastane yöneticileriyle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Sağlık hizmeti sunanlar iki ana gruptan oluşmaktadır: DEÜ Kardiyoloji AD öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri. Sağlık hizmeti alanlar da araştırmanın kantitatif verileri değerlendirilerek iki gruba ayrılmıştır: AKS ön tanısı sonrası KSH yapmış olan ve KSH yapmamış olan hastalar. Benzer şekilde hastane yöneticileri de hekim olanlar ve hekim olmayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır.

Şekil 3.2. Derinlemesine görüşme için örnek seçimi



### 3.6. Araştırmanın Değişkenleri

#### 3.6.1. Kantitatif Yöntem Değişkenleri

##### 3.6.1.1. Bağımlı Değişkenler

*Toplam cepten sağlık harcaması:* Hastanın AKS nedeniyle şikayetinin başladığı andan bir ay içerisinde yapmış olduğu sağlık harcamaları toplamıdır. Bunlar: çağrı yolu ile sağlık hizmeti alma, ambulans ile sevk, muayene, ilaç, tıbbi malzeme, tetkik, tıbbi uygulamalar ve çarşaf, temizlik ürünü gibi hastane otelcilik hizmetleridir.

*Katastrofik sağlık harcamasının varlığı:* AKS nedeniyle bir ay boyunca yapılan toplam cepten sağlık harcamaları tutarı, eşdeğer hane halkına göre kişi başı aylık gelirinin %10 eşik değerine eşit ya da daha fazla ise katastrofik sağlık harcaması olduğu yönünde değerlendirilmiştir.

##### 3.6.1.2. Bağımsız Değişkenler

*Cinsiyet:* Erkek ve kadın olarak kategorik değişkendir.

*Yaş:* Sürekli değişkendir.

*Medeni durum:* Medeni durum, 5 grup altında toplanmıştır. Evli, eşi ölmüş, boşanmış ya da eşi ile ayrı yaşıyor ve bekar.

*Öğrenim durumu:* Hastaların en son bitirdikleri okul sorulmuştur. Beş grupta değerlendirilmiştir. Bir okulu bitirmedim, ilkokul, ilköğretim okulu ya da orta okul, lise ve dengi okul, üniversite.

*Sağlık güvencesi:* Hastaların sağlık güvenceleri sorulmuştur. Emekli sandığı, SSK, bağkur, yeşil kart ya da primi kamu tarafından ödenen kişi, özel sağlık sigortası, sağlık güvencesi yok, diğer.

*Tamamlayıcı sağlık sigortası:* Sosyal sigortanın üzerine özel sağlık sigortası varlığı kategorik değişken olarak tanımlanmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortası var ve tamamlayıcı sağlık sigortası yok.

*Mesleki sınıf:* Şimşek'in Boratav'ın kentsel bölge için belirlediği sınıflama ve Belek'in sınıflamasından yararlanarak oluşturduğu sınıf kullanılmıştır (42). Buna göre: Birinci grup; işsizler, çalışmayanlar ve düzensiz işlerde çalışanlardan, ikinci grup; mavi yakalı işçilerle niteliksiz hizmet işçilerinden, üçüncü grup; beyaz yakalılarla yüksek nitelikli çalışanlar, dördüncü grup; kendi hesabına çalışanlardan, beşinci grup; işverenlerden oluşmaktadır.

*Yaşanılan yer:* Yılın 6 ayından daha uzun süre yaşamını geçirdiği yerleşim birimi sorulmuştur. İzmir merkez ilçelerinden biri, İzmir ilçe merkezi, İzmir'in köy ya da kasabası ve İzmir dışı il merkezi, İzmir dışı ilçe merkezi, İzmir dışı köy ya da kasaba.

*Evdeki toplam kişi sayısı:* Hastanın yaşadığı evde yaşayan kişi sayısı ve bakmakla yükümlü olunan il dışı öğrenimini yapan kişi sayısının toplamı.

*Eşdeğer ev halkı büyüklüğü:* Evdeki toplam kişi sayısının 0.56 üstel işlem sonucu (8).

*Toplam aylık ev halkı geliri:* Evde yaşayan kişilerin aylık, üç aylık gibi maaşı, kiralık konut, dükkan, arsa gelirlerinin bir aya karşılık gelen tutarları, kişi, vakıf ya da kamudan sağlanan yardımlar.

*Eşdeğer hane halkına göre kişi başı aylık gelir:* Toplam aylık ev halkı gelirin, eşdeğer ev halkı büyüklüğüne bölünmesi ile ortaya çıkan sonuç.

*Kronik hastalık varlığı:* Koroner arter hastalığı dışında düzenli olarak ilaç kullanılan ya da kullanılması gereken ancak hasta tarafından kullanılmayan hekim tarafından tanı konulmuş hastalık. Hipertansiyon, diyabet, inme, KOAH, malign özellik gösterebilen kanser, kronik böbrek yetmezliği, diğer.

*Koroner arter hastalığı öyküsü:* Hastanın AKS nedeni ile başvurmadan önceki koroner arter hastalığı öyküsü. Bide fazla girişim öyküsü olan hastanın en invaziv olan öyküsü hastalık öyküsü olarak değerlendirilmiştir. Hastalık öyküsü yok, İskemik kalp hastalığı nedeniyle ilaç kullanım öyküsü varlığı, anjio öyküsü, PTCA (balon) öyküsü, koroner arterde stent öyküsü, CABG (Bypass) öyküsü.

*Sağlık kurumuna başvuru zamanı:* Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne ilk başvuru zamanı. Hafta içi 08:00-17:00 saatleri arası, hafta içi 17:01-07:59 saatleri arası, hafta sonu ya da resmi tatil.

*Şikayet başlangıcı ile sağlık kurumuna başvuru arası zaman:* Hastanın sağlığının kötüye gittiğini tanımladığı zamandan ilk profesyonel sağlık hizmetlerine başvuru zamanı arası geçen süre. Şikayetin başladığı andan 4 saate kadar geçen süre, 4 saatten 12 saate kadar geçen süre, 12 saat ve üzerinde bir süre.

*Ön tanı:* Hekim tarafından ön tanı olarak düşünülen ve tanı ve tedavi süreci başlatılan AKS. Kararsız anjina, ST segment yükselmeli miyokard infarktüsü, non-ST segment yükselmeli miyokard infarktüsü.

*Koroner yoğun bakımda yatış süresi:* Hastanın birime kabul edildiği gün birinci gün sayılmıştır, doğrudan birimden taburcu olursa taburculuk günü hesaba katılmıştır, başka bir birime ya da servise alınması durumunda çıkış günü hesaba alınmamıştır.

*Kardiyoloji servisinde yatış süresi:* Hastanın birime kabul edildiği gün birinci gün sayılmıştır, doğrudan birimden taburcu olursa taburculuk günü hesaba katılmıştır, başka bir birime sevki durumunda çıkış günü hesaba alınmamıştır.

*Yapılan tedavi ya da girişim:* Sadece ilaç tedavisi verildi, anjio yaptılar ama balon ya da stent takmadılar, balon yaptılar, stent taktılar.

*Tedavinin sonuçlanma durumu:* Taburcu oldu, Ameliyat (CABG) önerildi, exitus, tedaviyi reddetti.

*Maliyeti karşılama kullanılan kaynak:* Cepten sağlık harcamaları için yapılan ödemenin nasıl gerçekleştirildiği soruldu. Aylık gelir ile, mevduat, fon, altın gibi finansal birikim ile, aile desteği, belediye yardımı gibi geri ödemesiz yardımlarla, yakınlardan borç ile, banka kredisi gibi faizli borçlanma ile.

### 3.6.2. Kalitatif Yöntem Değişkenleri

Cepten sağlık harcamalarını oluşturan kalemler

Cepten sağlık harcamalarının aile üzerine etkileri

Sağlık çalışanlarının etkisi

Hastane yönetiminin etkisi

Sağlık Bakanlığının etkisi

SGK'nın etkisi

Performansa dayalı ödeme sistemi

Hastane tercihi

Hastanın beklentileri

Hastanın duyguları

### **3.7. Araştırmadan Dışlama Ölçütleri**

Araştırmadan dışlama ölçütü yoktur.

### **3.8. Veri Toplama Yöntemi**

#### 3.8.1. Kantitatif Veri Toplama Yöntemi

Araştırma için, hastanın sosyodemografik özelliklerini, hastane başvuru özelliklerini ve cepten sağlık harcamalarını içeren bir veri toplama formu oluşturuldu (bkz Ek-8.1.1 ve Ek-8.1.2). Oluşturulan formun hasta ve yakınları tarafından anlaşılabilirliğini değerlendiren bir ön çalışma, DEÜ Hastanesi Kardiyoloji Servisi'nde yapıldı. Araştırma döneminde, bir önceki gün kardiyoloji servisi ya da koroner yoğun bakım servisine yatan tüm hastaların hasta notları (epikriz), hastane kayıt programı (PROBEL) aracılığıyla AKS açısından araştırmacı tarafından değerlendirildi. Tanı kodları (ICD 10) yerine, epikrizlerin değerlendirilmesinin nedeni, tanı kodlarının yanlış olabileceği durumları ortadan kaldırmaktır.

AKS ön tanısı nedeniyle hastaneye yatan hastaların ismi, TC kimlik numarası, ön tanısı ve hastaneye yatış tarihi önceden hazırlanmış olan kayıt formuna kaydedildi. Hastanın telefon numarası ise hastanın hastaneden çıkışı yapılmadan kardiyoloji servisi sekreterliği aracılığıyla elde edildi. Yine hastanın hastaneden çıkışının izlenmesi, hastane kayıt programı aracılığıyla gerçekleştirildi. Hastanın hastaneden çıkışının yapılmasından sonraki ilk 3 gün içinde sekreterlik aracılığıyla elde edilmiş telefon numarasına ulaşıldı. Sekreterlik aracılığıyla elde edilmiş numaralar, hastanın kendisine ya da yakınına (eş, çocuk) aitti. Her bir telefon görüşmesi yaklaşık 10-15 dakika sürdü. Her bir telefon görüşmesi 11:00 ile 19:00 arasında yapıldı. Cerrahi tedavi önerilen hasta ya da yakınına ayrıca hastaneye yatışından bir ay sonra yeniden ulaşıldı ve cerrahi tedavi olma durumu ve CSH soruldu. Üç kez farklı gün ve saatte elde edilmiş olan numaralardan hastaya ya da yakınına ulaşılamamışsa “ulaşılamadı” olarak not düşüldü (14 kişi, %7). Hasta ya da yakını telefon görüşmesinde araştırmayı reddetmişse ya da CSH'ye ya da gelirine ait bilgiyi paylaşmayı reddetmişse “reddetti” olarak not düşüldü (21 kişi, %10).

### 3.8.2. Kalitatif Veri Toplama Yöntemi

Araştırma öncesinde, her bir çalışılacak grup için (hizmet alanlar, hizmet sunanlar ve hastane yöneticileri) yarı yapılandırılmış üç ayrı form oluşturuldu (bkz Ek-8.1.3). Derinlemesine görüşmeler hastanın yattığı sırada hem sağlık sorununun ciddiyeti nedeniyle hem de servis ortamının uygun olmaması nedeniyle özellikle yapılmadı. Görüşülecek kişi ile taburcu olduktan sonra görüşebileceği yerde (evi, işyeri, kafeterya, DEÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı vb) görüşme yapıldı. Görüşme öncesinde ses kaydı yapılabilmesi için izin alındı. Ses kayıt izni vermeyen kişiler için görüşme araştırmacı tarafından not alınarak görüşme kaydı ile gerçekleştirildi (2 kişi). Her bir görüşme 20 dakika ile 1 saat 10 dakika arasında sürdü.

### **3.9. Hastaya Ulaşamama Nedenleri**

Hastane kayıtlarındaki numaraların eksik ya da yanlış olması nedeniyle 14 hastaya (%7) ulaşılamadı. Hasta serviste yatarken güncel olan telefon numaralarına ulaşılması için her ne kadar emek harcansa da hastanın hastaneden çıkışı yapıldıktan sonra telefon numarası değişmiş olabilir veya kayıtlara hasta yakınları tarafından özellikle yanlış numara verilmiş olabilir.

### **3.10. Çözümleme**

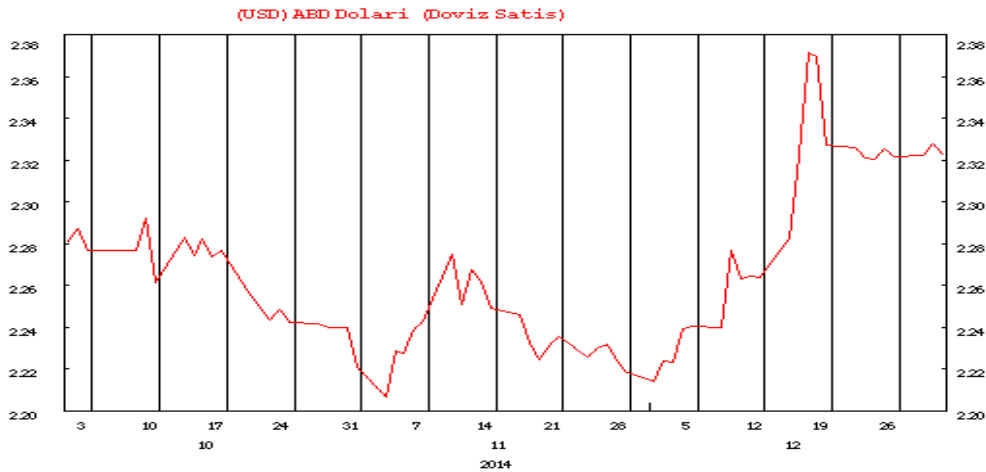
Kantitatif veri çözümlemesinde, tanımlayıcı bulgular için sayımla belirtilen değişkenler sayı ve yüzdelerle, ölçümle belirlenen değişkenler, ortalama, ortanca, en düşük değer ve en yüksek



değerle belirtilmiştir. Ölçümle belirtilen değişkenlerin dağılım özelliği Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisini değerlendirmede sayımla belirtilen kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için eğimin değerlendirilmesi amacıyla eğitimde ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçümle belirtilen değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisini değerlendirmede, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis varyans çözümlemesi kullanılmıştır. Gelir gruplarına göre yapılan cepten sağlık harcamalarında, eğimin değerlendirilmesi için ayrıca Jonckheere-Terpstra Testi kullanılmıştır. KSH'nin oluşmasına birden çok değişkenin etkisini birlikte değerlendirmede lojistik regresyon analizi kullanılmıştır (43). KSH'nin yoksulluğa etkisini değerlendirirken TÜİK'in hesaplaması kullanılmıştır. Araştırmada TÜİK 2014 yılı için veri belirtmediği için 2013 yılı verileri kullanılmıştır. TÜİK 1 ABD \$'nın SGP'ye göre karşılığını 2013 yılı için 1.10 ₺ olarak hesaplamıştır (44).

Niceliksel çözümlemede SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır (45). Araştırmada tanımlayıcı bulguların sunumunda değişkenlerin ₺ karşılığı Amerikan Doları olarak belirtilirken kantitatif verilerin toplandığı döneme ait kur fiyatlarına göre 1 Amerikan Doları, 2.3 ₺ olarak hesaplanmıştır.

### Şekil 3.3. Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Ekim-Aralık 2014 USD Döviz Satış Fiyatı (46)



Kalitatif veri çözümlemesinde, derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Kalitatif analizler için tüm görüşmeler araştırmacı tarafından önce metne çevrilmiş, daha sonra iki kez

okunarak kodlanmış ve içerik değerlendirmesi (*content analiz*) yöntemi ile ana kodlar ve alt kodlar belirlenerek değerlendirilmiştir (47).

### **3.11. Etik Kurul Onayı**

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.09.2014 tarih ve 2014/30-32 karar numarası ile araştırma etik kurul tarafından incelenmiş ve etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir (bkz Ek-8.2).

### **3.12. Araştırmanın Bütçesi**

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi Koordinasyon Birimi tarafından 2015.KB.SAĞ.024 numaralı proje olarak desteklenmiştir. Araştırmanın toplam bütçesi 11,900 ₺'dir. Bu bütçe bir adet ses kayıt cihazı, iki adet masa üstü bilgisayar ve tez çalışmasının sonuçlarının sunulması için kongre katılım harcamalarından oluşmaktadır.

## **4. BULGULAR**

### **4.1. Kantitatif Bulgular**

Kantitatif verilerin toplandığı 1 Ekim-31 Aralık 2014 tarihleri arasında DEÜ Kardiyoloji Servisi ya da Koroner Yoğun Bakım Servisi'ne AKS ön tanısıyla toplam 208 kişi yatırılmıştır. Hastaların %83.2'sine (173 kişi) ulaşılmıştır. Hastaların %10.1'i (21 kişi) çalışmaya katılmayı reddederken, %6.7'sine (14 kişi) telefonla 3 kez aranmalarına karşın ulaşılamamıştır.

**Tablo 4.1. AKS nedeniyle yatan hastaların sosyodemografik özellikleri**

<b>n:173</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	117	67.6
Kadın	56	32.4
<b>Medeni durum</b>		
Evli	135	78.0
Eşi ölmüş	25	14.5
Boşanmış / eşi ile ayrı yaşıyor	8	4.6
Bekar	5	2.9
<b>Öğrenim düzeyi</b>		
Üniversite	25	14.5
Lise ve dengi okul	36	20.8
Ortaokul yada ilköğretim okulu	23	13.3
İlkokul	67	38.7
Bir okulu bitirmedim	22	12.7
<b>Mesleki sınıf</b>		
Çiftçi	16	9.2
İşsiz, çalışmayan ya da düzensiz işlerde çalışan	18	10.4
Mavi yakalı işçi, niteliksiz hizmet işçisi	54	31.2
Beyaz yakalı ya da yüksek nitelikli çalışan	53	30.6
Kendi hesabına çalışan	25	14.5
İşveren	7	4.1
<b>Yaşadığı yer</b>		
İzmir il merkezi	99	57.2
İzmir ilçe merkezi	41	23.7
İzmir köy	21	12.1
İzmir dışı il merkezi	8	4.6
İzmir dışı ilçe merkezi	2	1.2
İzmir dışı köy	2	1.2

Tablo 4.1'de AKS nedeniyle yatan hastaların sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Hastaların %67.6'sı erkek ve %78.0'ı evlidir. Hastalar, öğrenim düzeyini en çok ilkokul (%38.7) olarak belirtirken, herhangi bir okul bitirmediğini söyleyenler %12.7'dir. Hastalar, mesleki sınıf olarak, en sık mavi yakalı işçilerden (%31.2) oluşmaktadır. Hastalar en sık İzmir il merkezinden (%57.2) gelmektedir.

**Tablo 4.2. AKS nedeniyle yatan hastaların sağlık güvenceleri**

<b>n:173</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Sağlık güvencesi</b>		
SSK	89	51.4
Emekli Sandığı	46	26.6
Bağkur	26	15.0
Yeşil Kart / primimi devlet ödüyor	11	6.4
Sağlık güvencesi yok	1	0.6
<b>Tamamlayıcı sağlık sigortası</b>		
Var	3	1.7
Yok	170	98.3

Tablo 4.2’de AKS nedeniyle yatan hastaların sağlık güvenceleri görülmektedir. Hastaların, %99.4’ünün herhangi bir sağlık güvencesi vardır. Hastalar, sağlık güvence olarak en sık SSK’ya sahip olduklarını belirtirken, devlet tarafından sağlanan olanaklarla sağlık hizmetlerine ulaştıklarını söyleyenler %6.4 olmuştur.

**Tablo 4.3. AKS nedeniyle yatan hastaların başvuru zamanındaki sağlık öyküsü**

<b>n:173</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Koroner arter hastalığı dışında tanı almış hastalık öyküsü</b>		
Hipertansiyon	83	48.0
Diyabet	73	27.2
KOAH	19	11.0
KBY	8	4.6
Kanser	6	3.5
İnme	5	2.9
Diğer hastalıklar	33	19.1
Başka Hastalık Tanısı Yok	53	30.7
<b>Koroner arter hastalığı öyküsü</b>		
Yok	111	64.2
Stent Öyküsü Var	24	13.9
CABG Öyküsü Var	17	9.7
Anjio Öyküsü Var	15	8.7
Balon Öyküsü Var	4	2.3
İlaç Kullanıyor	2	1.2

Tablo 4.3’te AKS nedeniyle yatan hastaların hastaneye yatırılmadan önceki sağlık öyküleri yer almaktadır. Hastaların %30.6’sında koroner arter hastalığı dışı tanı almış bir kronik hastalık öyküsü yoktur. Tanı alınan hastalıklar içinde, en sık hipertansiyon, ikinci sırada ise

diabetes mellitus vardır (sırasıyla %48.0 ve %27.2). Hastaların KAH öyküsü sorgulandığında, hastaların %64.2'sinin önceden tanı almış bir KAH öyküsü yoktur.

**Tablo 4.4. AKS nedeniyle yatan hastaların hastane başvuru ve ödeme yöntemi özellikleri**

<b>n:173</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>DEÜ Hastanesi başvuru zamanı</b>		
Hafta içi 08:00-17:00 saatleri arası	51	29.4
Hafta içi 17:01-07:59 saatleri arası	61	35.3
Hafta sonu yada resmi tatil	61	35.3
<b>İlk sağlık hizmetlerine başvuru süresi</b>		
4 saatten az	133	76.9
4 - 12 saat arası	13	7.5
12 saat ve üzeri	27	15.6
<b>Ödemenin gerçekleşme şekli</b>		
Aylık gelir	147	85.0
Geri ödemesiz yardımlar	17	9.8
Yakınlardan borç	7	4.0
Finansal birikim	2	1.2

Tablo 4.4'te AKS nedeniyle yatan hastaların hastane başvuru ve ödeme yöntemi özellikleri görülmektedir. Hastaların, hastaneye başvuru zamanı için aralarında belirgin fark yoktur. Hastalar, ilk sağlık başvurusunu %76.9 dört saatten az bir sürede gerçekleştirmişlerdir. Yapılan cepten sağlık harcamalarını %85.0 oranında aylık gelirleri ile yapmışlardır.

**Tablo 4.5. AKS nedeniyle yatan hastaların ön tanı ve tedavi özellikleri**

<b>n:173</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Ön tanı</b>		
ST MI	75	43.4
Non ST MI	63	36.4
Kararsız anjina	35	20.2
<b>DEU Hastanesi'nde yapılan girişim</b>		
Stent	89	51.4
Anjio	62	35.8
Sadece ilaç tedavisi	12	6.9
Balon	10	5.8
<b>Tedavi sonucu</b>		
Taburcu	151	87.3
CABG önerildi	13	7.5
Eksitus	4	2.3
Tedaviyi reddetti	5	2.9

Tablo 4.5'de AKS nedeniyle yatan hastaların ön tanı ve tedavi özellikleri görülmektedir. Hastalar hastaneye en sık ST MI ön tanısıyla yatırılmıştır. Hastaların, tedavisi en sık stent ile sonuçlanırken, %7.5'ine CABG önerilmiştir.

Tablo 4.6. AKS nedeniyle yatan hastaların yaş, evde yaşayan kişi, hastanede yatış süresi ve gelir özellikleri görülmektedir. AKS nedeniyle yatırılan hastalar arasında en küçük yaşa sahip kişi 25 yaşındadır. Hastalar arasında en düşük gelire sahip kişinin aylık geliri ve eşdeğer hane halkı büyüklüğüne göre kişi başı aylık geliri 200 ₺'dir.

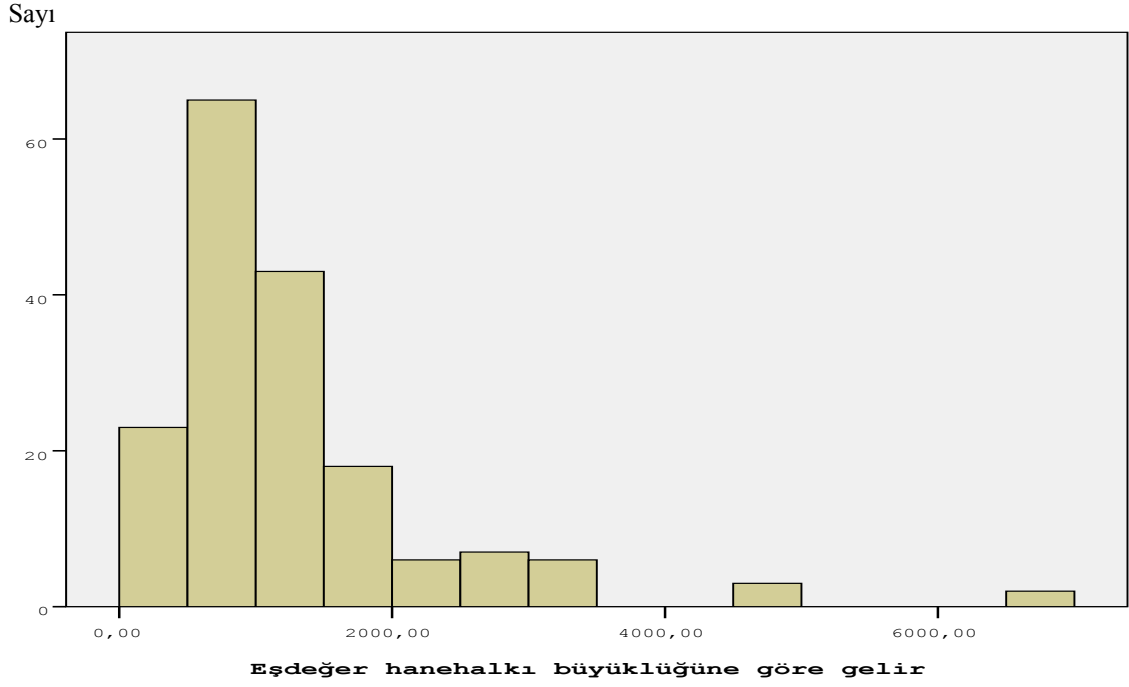
**Tablo 4.6. AKS nedeniyle yatan hastaların yaş, evde yaşayan kişi, hastanede yatış süresi ve gelir özellikleri**

<b>n:173</b>	<b>Ortalama ± St.Hata</b>	<b>Ortanca</b>	<b>En Düşük Değer</b>	<b>En Yüksek Değer</b>
Yaş	61.87 ± 1.03	61	25	93
Evde yaşayan kişi sayısı	3.10 ± 0.12	3	1	9
Yoğun bakım kalış süresi (gün)	2.70 ± 0.15	3	0	11
Servis kalış süresi (gün)	2.13 ± 0.19	2	0	15
Aylık gelir (₺)	2203.16 ± 147.37	1500	200	15000
Hane halkı büyüklüğüne göre kişi başı aylık gelir (₺)	1237.15 ± 78.54	920.19	200	6901

Şekil 4.1'de eşdeğer hane halkına göre kişi başı aylık gelir dağılımı görülmektedir. Buna göre hastaların gelir düzeyi dar bir aralığa sıkışmış olarak görülmekte ve en sık gelir aralığı 500-1000₺ olarak saptanmıştır.

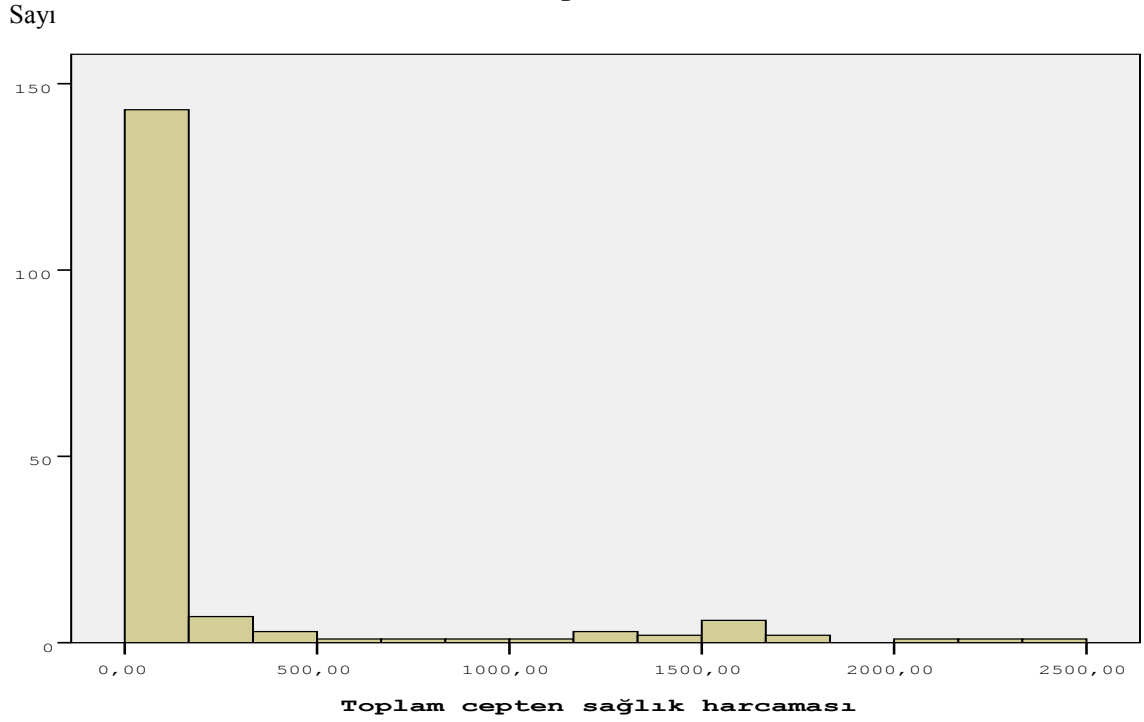
Şekil 4.2'de toplam cepten sağlık harcamasının dağılımı görülmektedir. Buna göre harcamaların önemli bir kısmı 500₺ altında gerçekleşmiştir. Ek olarak 1500₺ düzeyinde ikinci bir yükselme görülmektedir.

**Şekil 4.1. Eşdeğer hane halkına göre kişi başı aylık gelir dağılımı ( ₺)**

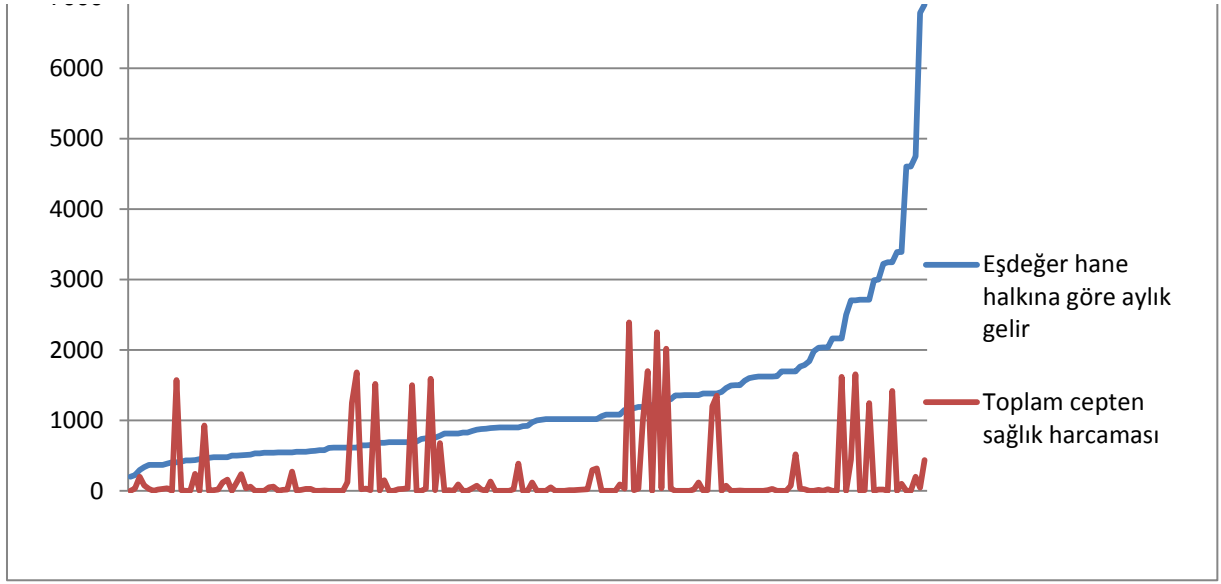


**Şekil 4.2. Toplam cepten sağlık harcamasının dağılımı ( ₺)**

Histogram

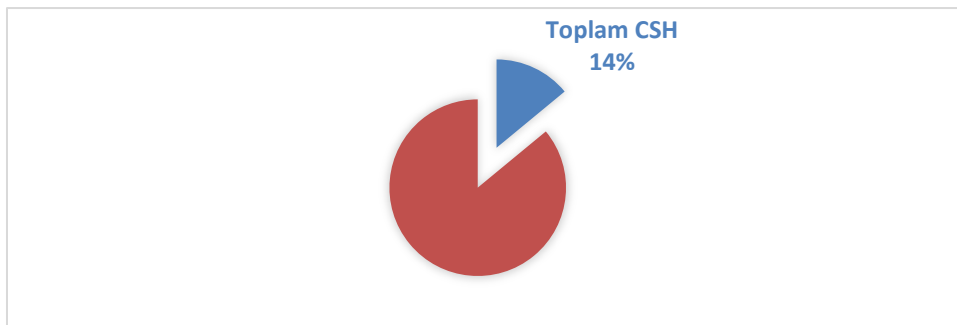


**Şekil 4.3. Eşdeğer hane halkına göre kişi başı aylık gelir ve toplam cepten sağlık harcamaları (₺)**



Şekil 4.3'te eşdeğer hane halkına göre kişi başı aylık gelir en düşük gelirden en yüksek gelire doğru sıralanmış şekilde görülmektedir. Gelir sırasına göre ise hastanın yaptığı toplam cepten sağlık harcaması birlikte verilmiştir. Buna göre gelir ve CSH arasında bir ilişki görülmemektedir. Grafikte düşük ve orta gelirli hastaların gelirinin üstünde CSH yapan hastaların varlığı dikkati çekmektedir.

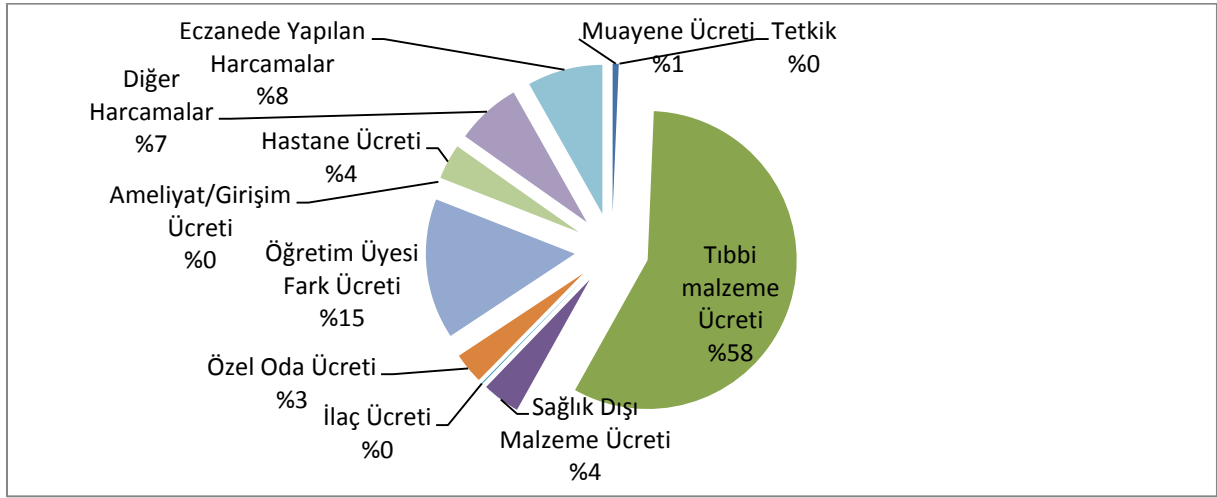
**Şekil 4.4. Eşdeğer Hane Halkına Göre Gelir içindeki Toplam Cepten Sağlık Harcamaları (%)**



Şekil 4.4'te eşdeğer hane halkına göre gelir içindeki toplam CSH oranı %14 olarak görülmektedir.



**Şekil 4.5. Toplam cepten sağlık harcamalarının dağılımı (%)**



Şekil 4.5'te toplam yapılan CSH'nin dağılımı pasta grafik ile verilmiştir. Cepten sağlık harcamalarının en önemli kısmını %58'lik pay ile tıbbi malzeme ücreti oluşturmaktadır. Bunu %15'lik pay ile hastanın öncelikli sorumluluğunu öğretim üyesinin yüklenmesi durumunda ödenen öğretim üyesi fark ücreti oluşturmaktadır. Eczanede gerçekleşen ilaç ödemeleri ise toplam harcamaların ancak %8'ini oluşturmaktadır.

Tablo 4.7'de AKS nedeniyle yatan hastaların yaptıkları sağlık harcamalarının tanımlayıcı bulguları verilmiştir. CSH yapan hasta oranı %59 iken, KSH yapan hasta oranı %23'tür. En yüksek ortalamaya sahip harcama başlığı 115.87 ₺ ile tıbbi malzeme ücreti olurken, ikinci sırada öğretim üyesi fark ücreti gelmektedir. Hastaların %40'ının (en sık harcama) eczanede yaptığı ilaç harcamaların ortalaması 16.49 ₺'dir. Hastalar, tetkik ve ameliyathane/girişim ücreti adı altında bir ücret vermediklerini söylemişlerdir. Hastalardan yalnız 2 kişi muayene ücretini verdiğini belirtirken, öğretim üyesi fark ücreti veren kişi sayısı 8'dir.

**Tablo 4.7. AKS nedeniyle yatan hastaların yaptıkları sağlık harcamalarının tanımlayıcı bulguları**

n:173	Ortalama ± St. Hata ₺ (USD)	Ortanca Değer ₺ (USD)	En Yüksek Değer ₺ (USD)	Harcamayı Yapan Kişi	
				n	%
Tıbbi malzeme ücreti	115.87 ± 29.29 (50.38\$)	0	1650.0 (717.39\$)	19	10.99
Öğretim üyesi fark ücreti	30.75 ± 13.06 (13.37\$)	0	1589.17 (690.94\$)	8	4.62
Eczane harcamaları (ilaç)	16.49 ± 3.09 (7.17\$)	0	270.0 (117.39\$)	69	39.88
Sağlık dışı malzeme ücreti	8.31 ± 2.14 (3.61\$)	0	225.0 (97.83\$)	26	15.03
Hastane ücreti	7.72 ± 5.62 (3.36\$)	0	895.0 (389.13\$)	3	1.73
Özel oda ücreti	6.79 ± 3.08 (2.95\$)	0	435 (189.13\$)	8	4.62
Muayene ücreti	1.34 ± 0.94 (0.58\$)	0	119.0 (51.74\$)	2	1.16
Hastanede İlaç ücreti	0.23 ± 0.14 (0.10\$)	0	17.0 (7.39\$)	3	1.73
Diğer harcamalar*	14.22 ± 13.05 (6.18\$)	0	978.26 (2250\$)	3	1.73
Toplam cepten sağlık harcaması	201.71 ± 36.92 (87.70\$)	10.0 (4.4\$)	2390.0 (1039.13\$)	102	58.96
KSH**	816.62±114.97 (355.05\$)	477.5 (207.6\$)	2390.0 (1039.13\$)	40	23.12

\*Hediye, nakit para, bağış gibi veri formunda tanımlanmamış harcama

\*\*Ortalama, ortanca ve en yüksek değer bulguları sadece KSH yapanlar arasından verilmiştir

\*\*\* Araştırmada ameliyat ücreti ve tetkik ücreti başlığı altında cepten harcama saptanmamıştır

Tablo 4.8’de AKS nedeniyle yatan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yapılan toplam cepten sağlık harcamaları verilmiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sağlık güvencesinin türü, mesleki sınıf, yaşadığı yer ve eşdeğer hane halkına göre kişi başı gelir grubu arasında, gruplar arasında toplam cepten sağlık harcamaları arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Yine gelir grupları arasında yapılan toplam cepten sağlık harcamaları için eğim değerlendirildiğinde sonuç anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8. AKS nedeniyle yatan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yapılan toplam cepten sağlık harcamaları (₺)**

<b>n:173</b>	<b>Sayı</b>	<b>Ortanca</b>	<b>p değeri</b>
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	117	7.0	0.052*
Kadın	56	24.0	
<b>Yaş</b>			
0-64 yaş	102	10.3	0.974*
65 yaş ve üzeri	71	10.0	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	135	10.0	0.242*
Evli değil	38	18.0	
<b>Eğitim</b>			
Lise ve üzeri	61	8.0	0.498*
Ortaokul ve altı	112	15.0	
<b>Sağlık güvencesi</b>			
Emekli sandığı	46	4.0	0.253**
SSK	89	11.0	
Bağkur	26	33.5	
Yeşil kart/Primini devlet ödüyor	11	15.0	
<b>Mesleki sınıf</b>			
İşsiz / çalışmayan / düzensiz işler / çiftçi	34	22.5	0.066**
Mavi yakalı işçi / niteliksiz hizmet işçisi	54	5.8	
Beyaz yakalı / yüksek nitelikli çalışan	53	9.0	
Kendi hesabına çalışan / İşveren	32	42.5	
<b>Nerede yaşıyor</b>			
İl merkezi	107	7.0	0.112*
İlçe / köy	66	20.0	
<b>Eşdeğer hane halkına göre kişi başı gelir grubu</b>			
Düşük gelir grubu	56	16.5	0.537**
Orta gelir grubu	59	10.0	
Yüksek gelir grubu	58	6.0	

\* Mann-Whitney U Testi

\*\* Kruskal-Wallis Varyans Çözümlemesi

\*\*\*Jonckheere-Terpstra Testi

Tablo 4.9’da AKS nedeniyle yatan hastaların sağlık ve hastane başvuru özelliklerine göre yapılan toplam cepten sağlık harcamaları verilmiştir. Koroner arter hastalığı dışında tanı almış hastalık öyküsü, DEÜ Hastanesi başvuru zamanı, ilk sağlık hizmetlerine başvuru süresi için oluşturulan gruplar arasında yapılan toplam cepten sağlık harcamaları arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Koroner arter hastalığı öyküsü olmayanlarda yapılan toplam cepten sağlık harcamaları, koroner arter hastalığı öyküsü olanlara göre daha yüksektir. Koroner arter hastalığı öyküsü olanlarla olmayanlar arasında, yapılan toplam cepten sağlık harcamaları arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ). CABG önerilen hastalar ile taburcu olan hastalar arasında yapılan toplam cepten sağlık harcamaları arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Sağlık

harcaması ödemesini, aylık geliri ile yapan hastalar ile diğer yöntemler ile yapan hastalar arasında yapılan toplam cepten sağlık harcamaları arasındaki fark anlamlıdır (p<0.05).

**Tablo 4.9. AKS nedeniyle yatan hastaların sağlık ve hastane başvuru özelliklerine göre yapılan toplam cepten sağlık harcamaları (₺)**

<b>n:173</b>	<b>Sayı</b>	<b>Ortanca</b>	<b>p değeri</b>
<b>Koroner arter hastalığı dışında tanı almış hastalık öyküsü</b>			
Var	120	10.5	0.966*
Yok	53	8.5	
<b>Koroner arter hastalığı öyküsü</b>			
Var	62	1.5	<b>0.034*</b>
Yok	111	17.0	
<b>DEÜ hastanesi başvuru zamanı</b>			
Hafta içi 08:00-17:00 saatleri arası	51	8.0	0.602**
Hafta içi 17:01-07:59 saatleri arası	61	10.0	
Hafta sonu yada resmi tatil	61	16.0	
<b>İlk sağlık hizmetlerine başvuru süresi</b>			
4 saatten az	133	9.5	0.832*
4 saat ve üzeri	40	15.0	
<b>Ön tanı</b>			
Kararsız anjina	35	7.0	0.719**
Non-ST MI	63	10.0	
ST MI	75	16.0	
<b>Tedavi sonucu</b>			
Taburcu	151	8.5	<b>0.004*</b>
CABG	13	122.0	
<b>Ödemenin gerçekleşme şekli</b>			
Aylık gelir	147	5.0	<b>0.000*</b>
Diğer	26	962.5	

\* Mann-Whitney U Testi

\*\* Kruskal-Wallis Varyans Çözümlemesi.

Tablo 4.10'da AKS nedeniyle yatan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yapılan KSH verilmiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sağlık güvencesinin türü, yaşadığı yer için gruplar arasında katastrofik sağlık harcaması yapma olasılığı arasında anlamlı fark yoktur (p>0.05). Ancak eşdeğer hane halkına göre kişi başı gelir grubu için gelir grubu arttıkça KSH'nın anlamlı olarak azaldığı görülmektedir (p<0.05).

**Tablo 4.10. AKS nedeniyle yatan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yapılan katastrofik sağlık harcamaları**

n:173	KSH Var		KSH Yok		Toplam		p* değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Cinsiyet</b>							
Erkek	25	21.4	92	78.6	117	100.0	0.429
Kadın	15	26.8	41	73.2	56	100.0	
<b>Yaş</b>							
0-64 yaş	25	24.5	77	75.5	102	100.0	0.604
65 yaş ve üzeri	15	21.1	56	78.9	71	100.0	
<b>Medeni</b>							
Evli	30	22.2	105	77.8	135	100.0	0.597
Evli değil	10	26.3	28	73.7	38	100.0	
<b>Eğitim</b>							
Lise ve üzeri	10	16.4	51	83.6	61	100.0	0.121
Ortaokul ve altı	30	26.8	82	73.2	112	100.0	
<b>Nerede yaşıyor</b>							
İl merkezi	24	22.4	83	77.6	107	100.0	0.784
İlçe / köy	16	24.2	50	75.8	66	100.0	
<b>Sağlık güvencesi</b>							
Emekli sandığı	9	19.6	37	80.4	46	100.0	0.192
SSK	17	19.1	72	80.9	89	100.0	
Bağkur	10	38.5	16	61.5	26	100.0	
Yeşil kart/Primini devlet ödüyor	3	27.3	8	72.7	11	100.0	
<b>Eşdeğer hane halkına göre kişi başı gelir grubu</b>							
Düşük gelir grubu	18	32.1	38	67.9	56	100.0	0.036**
Orta gelir grubu	13	20.6	46	79.4	59	100.0	
Yüksek gelir grubu	9	16.3	49	83.7	58	100.0	

\* ki-kare testi,

\*\*Eğimde ki-kare testi

Tablo 4.11’de AKS nedeniyle yatan hastaların mesleki sınıf özelliklerine göre yapılan katastrofik sağlık harcamaları verilmiştir. Mesleki sınıf için, gruplar arasında katastrofik sağlık harcaması yapma olasılığı arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Bulunan fark kendi hesabına çalışan/işveren grubundan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 4.11. AKS nedeniyle yatan hastaların mesleki sınıf özelliklerine göre yapılan katastrofik sağlık harcamaları**

n:173	KSH Var		KSH Yok		Toplam		p* değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Mesleki sınıf</b>							
İşsiz, çalışmayan ya da düzensiz işlerde çalışan / çiftçi	10	29.4	24	70.6	34	100.0	<b>0.013</b>
Mavi yakalı işçi, niteliksiz hizmet işçisi	6	11.1	48	88.9	54	100.0	
Beyaz yakalı ya da yüksek nitelikli çalışan	11	20.8	42	79.2	53	100.0	
Kendi hesabına çalışan / İşveren	13	40.6	19	59.4	32	100.0	

\* ki-kare testi

Tablo 4.12’de AKS nedeniyle yatan hastaların sağlık ve hastane başvuru özelliklerine göre yapılan KSH verilmiştir. Koroner arter hastalığı dışında tanı almış hastalık öyküsü, koroner arter hastalığı öyküsü, DEÜ hastanesi’ne başvuru zamanı, ilk sağlık hizmetlerine başvuru süresi ve ön tanı için oluşturulan gruplar arasında KSH yapma olasılığı arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ). CABG önerilenlerin, taburcu olanlara göre KSH yapma olasılığı anlamlı olarak yüksektir ( $p<0.05$ ). Sağlık harcaması ödemesini, diğer ödeme yöntemleri ile yapan hastalar, ödemesini aylık gelire yapan hastalara göre KSH yapma olasılığı anlamlı olarak fazladır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.12. AKS nedeniyle yatan hastaların sağlık ve hastane başvuru özelliklerine göre yapılan katastrofik sağlık harcamaları**

n:173	KSH Var		KSH Yok		Toplam		p* değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Koroner arter hastalığı dışında tanı almış hastalık öyküsü</b>							
Var	28	23.3	92	76.7	120	100.0	0.921
Yok	12	22.6	41	77.4	53	100.0	
<b>Koroner arter hastalığı öyküsü</b>							
Var	13	21.0	49	79.0	62	100.0	0.616
Yok	27	24.3	84	75.7	121	100.0	
<b>DEÜ Hastanesi başvuru zamanı</b>							
Hafta içi 08:00-17:00 saatleri arası	11	21.6	40	78.4	51	100.0	0.774
Hafta içi 17:01-07:59 saatleri arası	13	21.3	48	78.7	61	100.0	
Hafta sonu yada resmi tatil	16	26.2	45	73.7	61	100.0	
<b>İlk sağlık hizmetlerine başvuru süresi</b>							
4 saatten az	30	22.6	103	77.4	133	100.0	0.748
4 saat ve üzeri	10	25.0	30	75.0	40	100.0	
<b>Ön tanı</b>							
Kararsız anjina	7	20.0	28	80.0	35	100.0	0.825
Non-ST MI	16	25.4	47	74.6	63	100.0	
ST MI	17	22.7	58	77.3	75	100.0	
<b>Tedavi sonucu</b>							
Taburcu	31	20.5	120	79.5	151	100.0	<b>0.006</b>
CABG	7	53.8	6	46.2	13	100.0	
<b>Ödemenin gerçekleşme şekli</b>							
Aylık gelir	17	11.6	130	88.4	147	100.0	<b>0.000</b>
Diğer	23	88.5	3	11.5	26	100.0	

\* ki-kare testi

Tablo 4.13’de AKS nedeniyle tedavi alan hastalarda yaptıkları CSH sonrasında yoksullaşma oranları görülmektedir. Buna göre sağlık başvuru öncesinde hiçbir hasta yoksul değilken, CSH sonrasında hastaların %8’inin geliri SGP’ye göre kişi başı günlük 4.30 \$ altında kalmıştır ve hastaların %8’i yoksullaşmıştır.

**Tablo 4.13. AKS’de KSH’nin Yoksulluk Oluşturma Kapasitesi (SGP \$)**

	<b>Kişi Başı Günlük 1 \$ Altı (n:12)</b>	<b>Kişi Başı Günlük 2.15 \$ Altı (n:12)</b>	<b>Kişi Başı Günlük 4.30 \$ Altı (n:14)</b>
<b>Harcama öncesi yoksulluk oranı (%)</b>	0	0	0
<b>Harcama sonrası yoksulluk oranı (%)</b>	6.93	6.93	8.09

**Tablo 4.14. AKS’de KSH’yi Belirleyen Etkenler: Lojistik Regresyon Analizi, Model 1**

	<b>n</b>	<b>β</b>	<b>OR</b>	<b>%95 GA</b>	<b>p</b>
<b>Sabit Değer</b>	164	-1.877			0.007
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	110		1.00		
Kadın	54	0.156	1.17	0.49-2.81	0.727
<b>Kalp Hastalığı Öyküsü</b>					
Kalp Hastalığı Öyküsü Yok	107		1.00		
Kalp Hastalığı Öyküsü Var	57	-0.101	0.90	0.39-2.12	0.816
<b>Gelir Grubu</b>					
Düşük Gelir	53		1.00		
Orta Gelir	57	0.966	2.63	0.83-8.31	0.100
Yüksek Gelir	54	0.264	1.30	0.46-3.68	0.619
<b>Mesleksel Sınıf</b>					
İşsiz/çiftçi	31		1.00		
Mavi Yakalı İşçi	53	-0.742	0.48	0.14-1.62	0.236
Beyaz Yakalı İşçi	50	0.139	1.15	0.32-4.17	0.832
Kendi Hesabına Çalışan/ İşveren	30	1.049	2.85	0.83-9.79	0.095
<b>Hastalık Sonucu</b>					
Taburcu oldu	151		1.00		
CABG önerildi	13	1.248	<b>3.48</b>	<b>1.01-12.09</b>	<b>0.049</b>
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0.169</b>				

Tablo 4.14’te KSH’yi belirleyen etkenleri açıklayan “*enter*” seçeneğiyle bir model oluşturulmuştur. Bu modele alınan değişkenler CSH veya KSH için tek değişkenli analizlerde



p değeri 0.10'dan küçük bulunmuş olan değişkenlerdir. Buna göre çok değişkenli analizde sadece CABG önerilen hastalar anlamlı olarak KSH yapmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.15. AKS'de KSH'yi Belirleyen Etkenler: Lojistik Regresyon Analizi, Model 2**

	<b>n</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>OR</b>	<b>%95 GA</b>	<b>p</b>
<b>Sabit Değer</b>	164	-1.041			0.011
<b>Mesleki Sınıf</b>					
İşsiz/çiftçi	31		1.00		
Mavi Yakalı İşçi	53	-1.056	0.35	0.11-1.12	0.076
Beyaz Yakalı İşçi	50	-0.518	0.60	0.21-1.72	0.339
Kendi Hesabına Çalışan/ İşveren	30	0.602	1.83	0.62-5.39	0.276
<b>Hastalık Sonucu</b>					
Taburcu oldu	151		1.00		
CABG önerildi	13	1.303	<b>3.68</b>	<b>1.10-12.34</b>	<b>0.035</b>
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0.141</b>				

Tablo 4.15'de, tablo 4.13'te KSH'yi belirleyen etkenleri açıklayan model "*Backward LR*" seçeneği ile analiz edilmiştir. Modelden sırasıyla kalp hastalığı öyküsü, cinsiyet, gelir grubu çıkmıştır. Son modele göre çok değişkenli analizde yine sadece CABG önerilen hastalar anlamlı olarak KSH yapmıştır ( $p<0.05$ ).

## 4.2. Kalitatif Bulgular

Araştırmanın kalitatif bölümünde, 9 ana kod saptanmıştır. Bu kodlardan 6'sı araştırma öncesinde hazırlanmış, yarı yapılandırılmış formda belirlenen kodlardır. Bunlar:

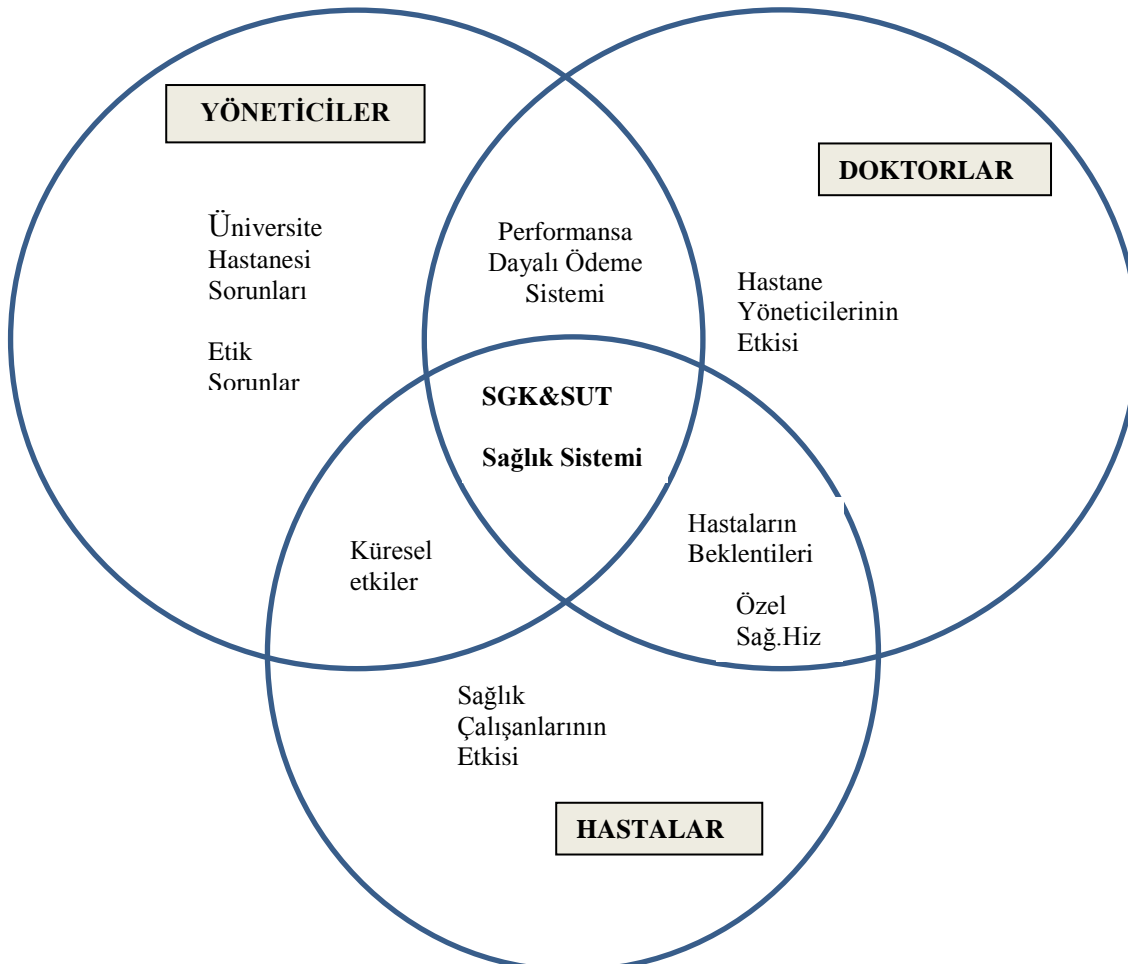
*SGK&SUT, Sağlık sistemi, Performansa dayalı ödeme sistemi, Hastaların beklentileri, Sağlık çalışanlarının etkisi ve Hastane yöneticilerinin etkisidir.*

Araştırmanın çözümleme aşamasında ortaya çıkan yeni kodlar ise:

*Üniversite hastanesi, Etik sorunlar ve Özel sağlık hizmetleridir.*

Hastane yöneticilerinin, hizmet sunucularının ve hastaların olmak üzere; her üç grubun da sahip olduğu kodlarda benzerlik ve farklılıklar vardır. Benzerlik SGK ve SUT ile sağlık sistemi kodlarında olmuştur. Bu kodlar her üç grup için de benzer ölçüde ön plana çıkmıştır. Üniversite hastanesi ve etik konular konusu en sık hastane yöneticileri tarafından belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının etkisi konusu en sık hastalar tarafından dile getirilmiştir. Hastane yöneticilerinin etkisi konusu ise en sık hizmet sunucuları tarafından vurgulanan konudur. Performansa dayalı ödeme sistemi, hizmet sunucularının ve hastane yöneticilerinin benzer sıklıkta değindiği konudur. Özel sağlık hizmetleri ve hastaların beklentileri konusu ise hizmet sunucularının ve hastaların benzer sıklıkta değindiği konudur. Ayrıca bir alt kod olan küresel etkiler konusu yöneticiler ve hastalar içi ortak olan bir alt kodtur (bakınız Şekil 4.6).

### Şekil 4.6. Hastane Yöneticileri, Doktorlar ve Hastalara Göre Sık Tekrarlanan Kodlar



Tablo 4.13 kalitatif araştırma sonucu ortaya çıkan kodların kaç kişi tarafından kaç kez tekrar edildiğini göstermektedir. Buna göre hem en sık tekrar eden kişi hem de en sık tekrar sayısına sahip olmasıyla ödenmeyen tıbbi malzemeler konusu en önemli bulgudur. Bunu Sağlık Bakanlığının yanlış politikaları, özel sağlık hizmetlerinin cepten harcamalara neden olduğu ve SGK kapsamının yetersizliği konuları izlemektedir. Ancak bazı konular toplam içinde daha az önemli bir konu gibi görülmesine rağmen bir grupta yoğunlaşması nedeniyle ayrı bir öneme sahiptir. Bu durum bulgular ve tartışmada belirtilmiştir.

**Tablo 4.16. Kalitatif Bulgularda Ortaya Çıkan Kodların Kişi ve Tekrar Sayıları**

<b>ANA KOD</b>	<b>ALT KOD</b>	<b>Kişi SAYISI (n:15)</b>	<b>TEKRAR SAYISI</b>
<b>SGK ve SUT</b>	Ödenmeyen tıbbi malzeme	13	33
	SGK hizmet kapsayıcılığının yetersizliği	11	17
	Fiyat listesi yetersizliği	6	11
	Hastanenin borçlanması	6	10
	Ödenmeyen ilaç	5	12
	SUT-literatür uyumsuzluğu	5	9
	Hizmet kalitesinde düşme	5	7
	Bürokratik yapı sorunları/Tekelci yapı	5	5
	Prim ödüyorum	4	9
	Üniversiteye ait kurumsal kesintiler	3	3
	Hizmet Sunamama	3	3

<b>SAĞLIK SİSTEMİ</b>	Sağlık bakanlığı yanlış politikaları/Revizyon	13	18
	Birinci basamak cepten sağlık harcamalarını azaltır	5	8
	Sık mevzuat değişiklikleri/İhale/Yargı kararları	4	7
	Sağlıkta dönüşüm programı yararları	4	7
	Sağlığa bütüncül bakış	4	5
	Maaşların düşüklüğü ve kalite	3	4
	Politik baskılar/Küresel etkiler	2	5
	Birinci basamak ve kalite	2	4
<b>PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİ</b>	Hizmet kalitesini olumsuz etkiliyor	6	8
	Çalışana yararlı değil/Kaldırılmalı	5	9
	Gereksiz tetkik/Ameliyat	3	4
<b>ÜNİVERSİTE HASTANESİ</b>	Öğretim Üyesi/ MDÖ (Mesai dışı ödeme) uygulamaları	8	15
	İnsan gücü yetersizliği/Eğitim	6	8
	Akademik yapı sağlık sistemi uyumsuzluğu	4	9
	Farklı SUT ödeme listesi olmaması	4	5
	Teknoloji yenileme, cihaz farklılığı	4	5
<b>HASTALARIN BEKLENTİLERİ</b>	Hekim tercihi CSH'yi arttırıyor	9	17
	Sosyoekonomik durum	8	17
	Malzeme tercihinin sunulması	8	13
	Kalite ve konfor beklentisi	8	11
	Hızlı randevu, zaman	8	11
	Sağlığa verilen önem	5	8
	Tedaviye uyumsuz hasta	3	4

	Akılcı ilaç kullanımı	2	3	
<b>SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ETKİSİ</b>	Sağlık çalışanlarının CSH'ye etkisi var	Hasta-hekim etkileşimi, aydınlatılmış onam ve güven	8	22
		Farklı tedavi seçeneklerinin olması		
		Reçete/ Rapor yanlılığı		
	Tanışık olma			
	Sağlık çalışanlarının CSH'ye etkisi yok	8	10	
<b>HASTANE YÖNETİCİLERİNİN ETKİSİ</b>	Özel oda gibi seçenekler	4	6	
	CSH'yi değiştirir	2	3	
	Tanışık olma	1	2	
<b>ETİK KONULAR</b>	Maaşların düşüklüğü ve yol açtığı etik Sorunlar	5	7	
	Hizmet sunamama	3	3	
	Gereksiz tetkik/Ameliyat	1	2	
<b>ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	CSH artışı	12	24	
	Etik sorunlar	3	3	

#### 4.2.1. SGK ve SUT

SUT bağlamında “ödenmeyen malzemeler” konusu hem yöneticiler hem hizmeti sunanlar hem de hastalar tarafından büyük bir önemle dile getirilmiştir. Ayrıca bu konu yöneticiler ve doktorlarla görüşmeler sırasında en çok tekrar eden bulgu olmuştur. Örneğin:

*“SUT dediğimiz sağlık uygulama tebliğinde karşılanmayacağı yazıyorsa ve bu da gerekliyse bunu kişilere aldırıyoruz. Bu da yüzde doksan malzemedir”.*

##### **Yönetici**

*“... İdrar sondası ihtiyacı olan hastalarda benign prostat hiperplazisi olması nedeniyle normal sondaları hastalara takamadığımız olabiliyor. Bu durumlarda hastalara dışarıdan foley sondası gibi malzemeler aldırabiliyoruz”.*

##### **Hizmet sunucu**

Bu konuya ek olarak hastalarda ayrıca “ödenmeyen ilaç” konusu da gündeme gelmektedir ve bu konu hastalar için en çok tekrar eden bulgu olmuştur. Örneğin:

*“Hastaneye borcum nedeniyle ilaçlarımı hemen alamadım. Çevrem olmasa, eşim dostum olmasa ilaçlarımı hiç alamazdım. Eş dost yarım reklam ilaçlarından topladı. (Hasta ilaç firmalarının dağıttığı azaltılmış numuneleri kastediyor/Araştırmacı notu) İlacımı alamadıktan sonra hastanedeki tedavi ne işe yarar”.*

**Hasta, 55 yaşında, Erkek, KSH var**

Hizmet sunucuları için “SGK’nın hizmet kapsayıcılığının yetersiz olması” konusu çok önemli bir konudur. Ayrıca bu konu hizmet sunucuları için SGK içinde en sık tekrarlayan konudur. Örneğin:

*“Bana göre, sağlık sistemi, bütün vatandaşların bütün yaptığı sağlık harcamalarını kapsamaması gerekiyor. Yani kapsamadığı bir şeyin olmaması gerekir. Bu kişiye bağlı özel oda seçimi gibi bir hadise değil sonuçta. Kişide bunu kullanmak daha faydalıysa devletin de onu karşılaması gerekir”.*

**Hizmet sunucu**

Bu konu hastalar için de önemli olarak görülmekteyken, hastane yöneticileri için daha az vurgulanan bir konudur. Örneğin:

*“Devlet nasıl olur? İşte sosyal devlet ilkesini gösterecek. İnsanların sağlığının, güvenliğinin ... eğitiminin içini doldurarak devlet olunuyor. Yoksa bütün bunlara karışmayarak, her şeyi özele ... havale ederek devlet olunmuyor”.*

**Hasta, 54 yaşında, Erkek, KSH yok**

SGK için “fiyat listesi yetersizliği” konusu hastane yöneticileri için çok önemli bir konudur. Örneğin aşağıdaki alıntıda hasta, geri ödeme fiyatlarını düşürerek, zam yapmayarak ya da paket kapsamını genişletmesine rağmen fiyatlarını değiştirmeyerek sürecin olumsuz gittiğini anlatıyor:

“Sağlık bakanlığı hizmet başına ödemeyi seçti. Model bir süre işledi. Ancak ödemeleri küçülterek özellikle üniversite hastanelerini sistem işlemez hale getirdi”.

### **Yönetici**

Bunun yanında hizmet sunucuları için de bu konu önemli bir konudur. Örneğin:

“... kullanılması o hasta için icap eden ve faydalı bir cihazı ... gerekçesi olmaksızın ... kullanılması engellendi ya da fiyatları çok dip seviyelere çekilerek pasif olarak engellendi ... Böyle bir durumda bu da hastanın cepten sağlık harcamalarını arttırabilir. Çünkü eğer devlet vermiyorsa birçok hasta ben kendi cebimden vereyim bunu yapalım diyebiliyor”.

### **Hizmet sunucu**

Hastalar için “sağlık için prim ödüyorum” konusu çok önemli ve SGK konuları içinde en sık tekrarladıkları konudur. Örneğin:

“Prim ödüyor muyum bu SGK’ya? Evet ödüyorum. Peki sen bana neden ilacımı vermiyorsun? Neden ilacımı dışarıdan almaya mecbur ediyorsun? Tedavi için yazılmışsa doktor bir şey bilmiyor da sen mi biliyorsun”.

### **Hasta, 43 yaşında, Erkek, KSH yok**

Tıbbi uygulama ya da malzemelerin SUT’ta yer alan ödeme koşulları ile tedavi klavuzlarında önerilen uygulama yöntemleri arasında tutarsızlıkların yer aldığı “SUT-literatür uyumsuzluğu” konusu hizmet sunucuları için çok önemle dile getirilen ve “ödenmeyen malzemelerden sonraki en önemli SGK konusudur. Örneğin:

“... Biliyorsunuz hepimiz literatür takip ediyoruz. Bir çok yeni endikasyonlar oluyor.... Bu doğrultuda sen tedavini yapmak istiyorsun fakat SGK onun fiyatlandırmasını yapmıyor. Mesala eskiden kolestrolün bilmem şu kadarın üstünde olursa kolestrol ilacının parasını veririm diyordu. Klavuzlar onun çok daha düşüğünden itibaren başlanmasını öneriyor... Reçete yazıyoruz ama reçeteyi SGK ödemiyor... Hastaya ‘Bak bu bilimsel olarak sana gerekli, sen bunu kendin al’ diyoruz. Alırsa alıyor, almazsa da almıyor yani”.

### **Hizmet sunucu**

Ayrıca bu konu hastalar tarafından da dile getirilmiştir. Örneğin:

*“Tedavi için kullanılan bir ilacı mutlaka ödemesi lazım. Mesala şu an bir vitamini ödemiyor. Doktoru gerek görüyor ki yazıyor. Madem doktoru gerek görüyor sen niye ödemiyorsun”.*  
**Hasta, 43 yaşında, Erkek, KSH yok**

SUT nedeniyle “hastanenin borçlanması” konusu yöneticiler tarafından çok önem verilen konudur. Ayrıca hizmet sunucuları da bu konuya orta düzeyde önem vermektedir. Örneğin:

*“Bütçeyi daraltmasının net sonucu şudur: kamuda özellikli sağlık hizmeti üretmekle görevlendirilmiş bu rolü yıllardır üstlenen, sağlık hizmetini, kaliteli sağlık eğitim hizmetini veren üniversite hastanelerinin bütçelerini daraltıyor. 2003 yılından bu yana uygulanan politikalarla gelinen nokta, üniversite hastanelerinin çoğu batık durumda ve 2 yıl, 3 yıl ödeme vadeleri var. Yaklaşık piyasaya 3 milyar borcu olduğunu düşünüyorum üniversite hastanelerinin. Bu şu demektir: Yeni teknoloji yatırımları yapamamak, kaliteli insan gücü yetiştirememek, kaliteli sahaya insan gücü, yardımcı sağlık personeli yetiştirememek, sağlıkta yeni teknolojileri ülkeye getirememek”.*

#### **Yönetici**

Hastane yöneticileri için “üniversiteye ait kurumsal kesintiler” konusu çok önemli bir konudur. Örneğin:

*“Üniversite bazında yaptığımız harcamaların geri ödemesi belli kesinti oranlarına uğruyor... Biz bunun örneğini yaşadık. 60 bin liralık bir protez malzemesiydi örnekleme düştü... Bunun cezası çarpyı 20 oldu. Bizim kesinti oranımız Dokuz Eylül olarak oldukça düşük fakat bunun için mevcut çalışma mevzuat kurallarına göre hareket etme tek başına yeterli değil Türkiye gerçeği var”.*

#### **Yönetici**

Hastane yöneticilerine göre SUT geri ödemeleri nedeniyle yürütülen sağlık hizmetlerinde “hizmet kalitesinde düşme” konusu çok önemlidir. Örneğin:

*“Mesela sütür. Şu ana kadar ödeniyordu devlet tarafından. Artık bunu pakete aldı... Ama DEU Hastanesi'nin yıllık 1.5 milyon sadece sütür maliyeti var... Paketin içine dahil ettim diyor. Ama paket fiyatım değişmedi... Ben sütür yine almak zorundayım. Ne yapacağız*



*makarayla mı diyeceğiz... Bu üniversite hastanelerinin en başta kalitesini düşürüyor. Çünkü biz de ucuza gitmeye çalışıyoruz''.*

### **Yönetici**

“Hizmet kalitesinde düşme” konusu hizmet sunucuları ve hastalar tarafından da dile getirilmiştir. Örneğin aşağıdaki hizmet sunucusunun alıntısında eskiden tanı için kullanılan daha iyi yöntemin şu an yapılamadığını vurguluyor:

*“... Eskiden bunu firma veriyordu, hastane karşılıyordu biz de o işlemi tamamlıyorduk. Fakat hastane SUT fiyatları düştüğü için o malzemeyi alamıyor. Alamayınca biz onu, o işlemi yapamıyoruz. Artık o bizim hastanın kliniğine göre, ... başka kriterlere göre değerlendiriyoruz. Kendimiz onu evet takalım ya da takmayalım diye bir karar veriyoruz''.*

### **Hizmet sunucu**

*“Sağlık için ben onu (sağlık primi) mecburen ödüyorum. Sen de onu karşıla be. Eşimin dişlerinin hepsi döküldü, yaptıramıyorum. İmkanım yok. Porselen şu kadar bilmem ne biodent bu kadar. Biodent zaten 1 ay 1.5 ay geçti mi Allah versin kokusundan durulmuyor, rengi zaten hemen sararıyor. Sakız çiğneyemiyorsunuz. Benim ağzında porselen dişle gezen adamdan neyim eksik''.*

### **Hasta, 43 yaşında, Erkek, KSH yok**

SUT nedeniyle bazı özel durumlarda “hizmet sunamama” konusu hastane yöneticileri ve hizmet sunucuları tarafından az da olsa gündeme getirilen bir konudur. Örneğin:

*“...SGK fiyatları her yıl %10 daha aşağı çekerek her yıl düşürme gibi bir politika izlemeye başladı... SUT fiyatları da bu fiyatların altında olunca zarar etmemek için biz bu sefer hastalara ... 'kullanmıyoruz' diyebiliyoruz... Mesela, ..bir kalp kapağına medikal firma tarafından 30 bin lira bir fiyat biçildiğinde bunu almakta zorlanıyorsunuz. Bu durumda özel hastanelere ya da sağlık bakanlığı hastanelerine gönderebiliyorsunuz. Bu da hastanın cebinden fazladan para çıkması demektir''.*

### **Yönetici**

Hem hastane yöneticileri, hem hizmet sunucuları hem de hastalar için “SGK’nın tekelci yapısı ve bürokratik sorunlar” konusu yoğun olarak olmasa da üzerinde durdukları bir konudur. Örneğin:

*“Sizin geri ödemeleriniz düşük. Maddi olarak eliniz kolunuz bağlanmış... SGK tek hizmet alıcısı. Bu haliyle tekelci bir yaklaşım var. Siz kamu hastanesisiniz ve devletçi bir yapı var. Ama öbür taraftan bakıyorsunuz özel sektörle rekabet ediyorsunuz. Siz kamu ihale kanununa tabiisiniz özel sektör böyle bir şeye tabii değil”.*

**Yönetici**

#### **4.2.2. Sağlık Sistemi**

Sağlık sistemi bağlamında “sağlık bakanlığı yanlış politikaları” konusu hem hastane yöneticileri, hem hizmet sunucuları hem de hastalar için çok önemli bir konudur. Her üç grup için de bu konu, sağlık sistemi teması altında en sık tekrarlayan konudur. Örneğin:

*“Cepten sağlık harcamalarını azaltmak istiyorsanız: hekim sayısını arttıracaksınız, hastane sayısını arttıracaksınız, yatırımları arttıracaksınız. Sağlıkta bunun tek yolu da ulusal bütçeden ayıracağınız katkı payının değiştirilmesiyle olur. Yüzde 5’ler düzeyinde giden sağlık harcamalarını, % 8’lere, %9’lara çıkarırsanız bu iş çok rahat çözülür”.*

**Yönetici**

*“Sadece hastane yatışlarında değil, bir kurumda muayene olduğu zaman da hasta reçetesinde katkı payı vermek zorunda. Birçok insan için verilen bu katkılar oldukça önemli miktarlar... Ancak paran varsa iyi bir sağlık hizmeti alabilirsin”.*

**Hizmet sunucu**

*“Bütün her şey sağlık politikalarından geliyor... Bir dönem devlet hastanelerinden özel hastanelere, özel sağlık kurumlarına insanları yönlendirdi. İşte ‘fark alınmıyor’ diye bir sürü gerekçe sayıldı. Şimdi oraların her birinden dünya kadar fark alıyorlar. Bunu uygulayan kimdir? Sağlık Bakanlığıdır”.*

**Hasta, 54 yaşında, Erkek, KSH yok**

Hizmet sunucular için “birinci basamak sağlık hizmetlerinin cepten sağlık harcamalarını azaltması” konusu çok önemlidir. Örneğin:

*“Hasta büyükşehirlerde perişan olacağına, eğer gerçek bir aile hekimliği yapılıyorsa o bölgede, hem maddi hem manevi yönden, hastalar ve devlet açısından olumlu olarak geri dönmesi lazım, aile hekimliği hizmetinin”.*

**Hizmet sunucu**

Ayrıca hastalar içinde bu az da olsa değinilmiş bir konudur. Örneğin:

*“Aile hekimlerine 5 ile 20 dakika arası bir muayene süresi verirsiniz insanlar gelir... Ona göre aile hekimliklerini çoğaltırsınız. Nereye gider önce aile hekimine gider”.*

**Hasta, 54 yaşında, Erkek, KSH yok**

Hizmet sunucuları için “birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalite sorunu” önemli bir konudur. Örneğin:

*“Birinci basamak sağlık hizmetleri çok iyi çalışmadığı için sağlık harcamalarının 3. Basamakta çok fazla olduğunu düşünüyorum”.*

**Hizmet sunucu**

“Sık mevzuat değişikliği ve yargı kararları” konusu hastane yöneticileri için çok önemli bir konudur. Bunun yanında hizmet sunucuları ve hastalar da bu konuya değinmiştir. Örneğin:

*“Geri ödeme, bu ülkenin en kaotik konularından biri. Sürekli bu konuda mevzuat değişiyor... Bu konuda mevzuat o kadar çok hareketli ki hekimlerimizin hekim kimliklerinin yanında sonuçta hayatlarını idame ettirmesi gereken, gelir elde etmesi gereken, aile bakması gereken insanlar”.*

**Yönetici**

Sağlık sistemi için “sağlıkta dönüşüm programlarının yararları” konusu, hastalar için önemlidir. Bunun yanında hastane yöneticileri de az da olsa konuya değinmiştir. Örneğin:

*“Ben çok memnunum... Eskiden 20 sene evvel böyle değildi maalesef. Ama bu son 10 senedir, 12 senedir sağlık konusunda baya çok şükür ilerledi, genişledi. Sağlık personelimiz olsun herkes insanlarımıza çok güzel bakıyor”.*

***Hasta, 59 yaşında, Erkek, KSH yok***

Hizmet sunucuları için “maaşların düşüklüğü ve sağlık hizmetlerinin kalitesi ilişkisi” önemli bir konudur. Örneğin:

*“Öğretim üyesi yaptığı işin karşılığını kalem başı performans usulü değil de genel olarak alsaydı, hem işin kalitesi artar hem sağlık harcamaları azalır”.*

***Hizmet sunucusu***

Hastalara göre “sağlığa bütüncül bakış” sağlık sistemi içerisinde önemli bir konudur. Ayrıca hizmet sunucuları da bu konuya değinmiştir. Örneğin:

*“Önce toplumu bilinçlendirmeli. Gıdaları denetlemeli... İnsanlara işte beyaz ekmek kısıtlanacak, tuz azaltılacak falan dediler ama hiç bir şey olduğu yok”.*

***Hasta, 66 yaşında, Erkek, KSH var***

Sağlık sistemi için “küresel etkiler” konusu hastane yöneticileri ve doktorlar kadar hastalar için de önemli konulardır. Örneğin:

*“Teknoloji yaygınlaştı, global bir dünya oldu... Yabancı bilim adamları gidip geliyorlar, konferanslar veriyorlar. Bizimkiler gidip geliyorlar, öğrenip geliyorlar bilmedikleri konuları. Yani artık bir bütün oldu dünya. Eskiden sınırlar çok katıydı”.*

***Hasta, 66 yaşında, Erkek, KSH var***

#### **4.2.3. Performansa Dayalı Ödeme Sistemi**

Performansa dayalı ödeme sistemi bağlamında “sağlık çalışanlarına yararlı olmadığı ve kaldırılması gerektiği” konusu, hastane yöneticileri ve hizmet sunucuları için önemli görülen bir konudur. Örneğin:

*“Bu maalesef hekimlikten öte insanların bilgisayar başında oturup gelir ve giderlerini bir finansal analist gibi hesaplamalarına dönüyor. En acı tablo da bu. Bütün hekimlerimizin şikayet ettiği tablo da şu an bu”.*

#### **Yönetici**

*“Mesela havuzda bir para birikiyor... Geliri de gideri de burada toplanıyor... Hasta maliyetliyse, yapılan işlem maliyetliyse benim payım hastanın sağlık harcamasına gidiyor... Hastadan para kazanamıyorsunuz o zaman. Hastanın zaten sağlık bakımını olumlu etkiliyor ki bu işlemi yapıyoruz ama beni negatif yönde etkiliyor”.*

#### **Hizmet sunucu**

Performansa dayalı ödeme sistemi için “hizmet kalitesini olumsuz etkiliyor” konusu, hastane yöneticileri ve hizmet sunucuları için önemli görülen bir konudur. Örneğin:

*“En basit örneği, performans sisteminde kullanılan ilaç ve tıbbi malzemeler bir gider olarak yansıtılabiliyor... Hekim, A markasıyla yaptığı zaman bu ameliyatı kara geçiyor. B markasıyla yaptığı zaman aynı vakayı zararda. A markasını tercih edebiliyor”.*

#### **Yönetici**

*“Performans sistemi, tamamen senin hastayı değerlendirmeni, çalışmanı şekillendirmeni etkileyen bir şey ve bence bu doğru değil... Performans sistemi olmazsa... İnsanlar işini daha iyi yapmış olacak. İşini daha iyi yaptığı zaman da daha az sorun çıkacak. Bu da daha az sağlık harcaması demek”.*

#### **Hizmet sunucu**

Performansa dayalı ödeme sistemi için “gereksiz tetkik ve ameliyatların yapılması” konusu hastane yöneticileri ve hizmet sunucularının az da olsa önemli gördükleri konudur. Örneğin:

*“Bu sistem bizim iş yoğunluğumuzu arttırıyor... Kısıtlı zamanda daha fazla tetkike ve daha fazla belki de gereksiz işleme yönlendiriyor. Bu bir gerçek”.*

#### **Hizmet sunucu**

#### **4.2.4. Üniversite Hastanesi**

“Öğretim üyesi MDÖ uygulamaları” hastane yöneticileri için çok önemli bir konudur. Örneğin:

*“Devletin ödemiş olduğu ödeme üzerinden öğretim üyesini hasta bakmaya zorlayamazsınız. Hasta bakmak, akademik kadronun zorunlu bir gereği değildir... Ancak tatmin edici ücret karşılığında hastanın tanı ve tedavisini üstlenmesini ilave olarak üstlenebilir”.*

### **Yönetici**

Hizmet sunucuları ve hastalar için de önemli bir konudur. Örneğin:

*“... Tabi zaman içerisinde işler evriliyor. Performans, ilk başlarda öğretim üyesinin para kazanma yoluyla zaman içerisinde yeniden MDÖ’ler ortaya çıktı”.*

### **Hizmet sunucu**

*“Benim operasyonumu, hoca yapmasa, asistanlardan biri yapsa ve aynı şekilde ucuz malzeme kullanılırsa, o zaman tekrarlar geliyor, ölümler oluyor. Yani işte bu ekmekle zeytin yiyip sık sık acıkmak gibi”.*

### **Hasta, 66 yaşında, Erkek, KSH var**

Üniversite hastanesi için “akademik yapı ve sağlık sistemi uyumsuzluğu” hastane yöneticileri için çok önemlidir. Bu konu aynı zamanda hastane yöneticileri için üniversite hastanesi ana kodunda en sık tekrar eden konudur. Örneğin:

*“Tabi bizim sevk yeteneğimiz olsa biz de bu maliyetleri düşürebiliriz... Bütün onkolojik hastaları, bütün kalp damar cerrahi hastalarını, kardiyojinin özellikli bütün hastalarını sevk edersem, benim de hasta birim maliyetim çok düşük olur. Peki o zaman soru şu: kaliteli hizmeti kim üretecek? Veyahut tıp eğitimini kim yapacak? ... O zaman bunu tartışmak lazım. Yani hastaların birim maliyeti üzerinden üniversiteleri eleştirmek çok kolay. Ama elmayla armudu karşılaştırmak, bilimin dışında bir iştir”.*

### **Yönetici**

Üniversite hastaneleri için “insan gücü yetersizliği” konusu hem hastane yöneticileri, hem hizmet sunucuları hem de hastalar için orta düzeyde önemli bir konudur. Örneğin:

*“Her iki dakikada bir hasta akıyor... Şaşırılmışlar, ne yapacaklarını... O kadar çok hasta akıyor ki, her bir hastaya istediği gibi davranamıyorlar... Hasta özele gitmek zorunda kalıyor. Parası da daha maliyetli oluyor”.*

**Hasta, 76 yaşında, Kadın, KSH var**

*“Şu an çok ciddi bir hemşire açığımız var. İstifa ve emekli sayısı ...örneğin 100 kişiyken bize 2 kişilik kadro veriyorlar... Yoğun bakım yatağı kapattı hastane. Çünkü hemşire yok...”.*

**Yönetici**

*“Asistan sayısı az ve iş yükü de fazla olduğundan dolayı asistanların her aşamada zaten bu sağlık harcamalarını... arttırdığını düşünüyorum. Çünkü bazı... aslında yaptığımız hatalarla harcamayı daha fazla arttırıyoruz”.*

**Hizmet sunucu**

Üniversite hastaneleri için “farklı SUT ödeme listesinin olmaması” konusu hastane yöneticileri için önemli bir konudur. Ayrıca hizmet sunucuları da bu konuyu dile getirmişlerdir. Örneğin:

*“Burada en azından... deneyimli ellerde bir işlem yapılıyor. Bunun bir farkı olmalı zaten. Devlet hastanelerinde yapılan işlemle, burada yapılan işlemin farkı oluyor. Kalite anlamında da farkı oluyor, yapan kişi anlamında da farkı oluyor. Geri ödeme sistemlerinin arttırılması lazım”.*

**Hizmet sunucu**

#### **4.2.5. Hastaların Beklentileri**

Hastalara göre “hastaların sosyoekonomik düzeyi” ve ödenmeyen malzeme konusu çok önem verdikleri bir konudur. Ayrıca bu konu, hastalar için en sık tekrar edilen konudur. Örneğin:

*“Ertesi gün bir hasta geldi anjio için... İki damarı tıkanmış daha önceden yine gelmiş. Aynı şekilde ona da sordular ‘hangi stent takılsın’ diye. Hasta ‘Ben veremem, normal olan takılsın’ dedi”.*

**Hasta, 66 yaşında, Erkek, KSH var**

Bu konu hizmet sunucularının da önem verdikleri bir konudur. Örneğin:

*“İki farklı ürün vardır bir işi yapabilecek. Bir tanesi daha konforlu daha güvenli ya da daha kalitelidir. Bir diğeri eşdeğer olarak katalog üzerinde görünür ancak hekim onun o kalitede olduğuna ikna olmaz. ‘Sana devlet şunu karşılıyor ama bana sorarsan, hekimlik görüşüme şu daha iyidir’ diyebilir. Hasta da belki parası mukabilinde onu tercih edebilir”.*

### **Hizmet sunucu**

Hizmet sunucularına göre “hekim tercihinin cepten sağlık harcamalarını arttırması” konusu çok önemlidir. Ayrıca bu konu, hizmet sunucuları için en sık tekrar eden hastaların etkisi konusudur. Hastalar için de bu konu önem verdikleri bir konudur. Örneğin:

*“Hastanın tedavi eden doktoru seçme hakkı var. O yüzden tedavisi konusunda inandığı hocayı bazen tercih ediyor... Devletin izin verdiği ölçüde muayene ücreti vs vererek onun takibine geçebiliyor”.*

### **Hizmet sunucu**

Hastalara göre “malzeme tercihinin sunulması” konusu çok önemlidir. Örneğin:

*“Ya vereceksiniz bunu tedavi olmak için, yahut oturacaksınız devletin imkanları dahilinde olacaksınız. Doktor bana böyle bir teklifle gelmeseydi, ben yerliyi taktıracaktım. Ne yaptım? Gereken neyse imkanlarımdan kıstım bir defada ödedim”.*

### **Hasta, 76 yaşında, Kadın, KSH var**

Hizmet sunucularının da üzerinde önemle durdukları bir konudur. Örneğin:

*“KAG (Araştırmacı notu:Koroner anjiyografi) işlemi esnasında hastaların seçmek zorunda kaldıkları, bence sağlık sisteminin bir açığıdır bu, ilaçlı stent ilaçsız stent mevzuu hastalarda can sıkıcı düzeye ulaşabiliyor”.*

### **Hizmet sunucu**

Hizmet sunucularına göre “hastaların kalite ve konfor beklentisi” çok önemlidir. Bunun yanında hastane yöneticilerinin ve hastaların da önem verdiği konudur. Örneğin:



*“Özel hastaneden daha iyi sağlık hizmeti aldığını düşünen hastalar çok. Genel sağlık hizmeti açısından değil, medikal olarak uygulanan tedavi, uygulanan girişim, verilen ilaçlar vs. Bununla ilgili özel hastanede daha iyi bakıldığını, hizmet aldığını düşünen hasta bence çok”.*

***Hizmet sunucu***

Hizmet sunucularına göre “sağlık hizmetlerine hızlı ulaşma isteği” çok önemli bir konudur. Örneğin:

*“Özel katta olursam bakımım daha iyi olur, tetkikler daha hızlı gerçekleşir, özel katta olayım, paramı vereyim en azından işim erken olsun, düşüncesinde olan hastalar var”.*

***Hizmet sunucu***

Hastane yöneticileri için de önemli görülen bir konudur. Örneğin:

*“Özellikle sosyoekonomik düzeyi daha yüksek olan, daha kaliteli, daha hızlı hizmet almak isteyen insanlar, genellikle cepten ödemeyi tercih ediyorlar”.*

***Yönetici***

Ancak hastalar buna daha az değinmişlerdir. Örneğin:

*“Param olsaydı bu 1500 lirayı kabul ederdim. Farkeden fazladan bir şey yok. Ama bazıları hastaneden eve doktorlarla görüşüyorlar”.*

***Hasta, 59 yaşında, Erkek, KSH yok***

Hastalara göre “sağlığa verilen önem” konusu çok önemli ve sık tekrarlayan bir konudur. Örneğin:

*“Evvvela para önemli değil sağlığım önemli... Çünkü para her zaman bulunur ama sağlığını kaybettiğiniz zaman, onu yerine koymanız çok zor... Onun için bir defa yaptırıp en iyisini yaptırmayı düşünürüm”.*

***Hasta, 76 yaşında, Kadın, KSH var***

Hem hizmet sunucuları için hem de hastalar için “tedaviye uyumsuz hasta” konusu az da olsa önem verdikleri bir konudur. Örneğin:

*“Doktor yazıyor, üç gün kullanıyor, ondan sonra atıyor çekmeceye... Ben iyileştim diyor... 10 gün sonra hastalığı tekrarlıyor. Bir daha gidiyor alıyor”.*

**Hasta, 66 yaşında, Erkek, KSH var**

*“Bazen uyumsuz hastalar olabiliyor... Balon-stent uygulanmış bir hasta kendisine önerilmiş antiplatelet ajanları dirençli şekilde kullanmıyorsa, tekrardan AKS ile gelebiliyor. Bu ekstra bir maliyet midir? Evet. Tedaviye uyumsuz, aşırı ajite, hastalığını kabullenmemiş hastalarda bu durumu görebiliyoruz”.*

**Hizmet sunucu**

Hastalara göre “akılcı ilaç kullanımı” konusu az da olsa önem verdikleri bir diğer konudur. Örneğin:

*“Kulaktan dolma kendi bildiği ilaçları alıyorlar. Sonuçta evlerde kullanılmayan bir sürü ilaç var. Bu da... ister istemez israfa neden oluyor”.*

**Hasta, 54 yaşında, Erkek, KSH yok**

#### **4.2.6. Sağlık Çalışanlarının Etkisi**

Hastalara göre “hasta-hekim etkileşimi, aydınlatılmış onam ve güven” konusu çok önemlidir. Bu konu, hastalar için sağlık çalışanlarının etkisi teması için en sık tekrarlayan konudur. Örneğin:

*“Standart yaklaşım olması lazım. Herkese, parası olana da olmayana da, düzgün giyinene de giyinmeyene de... aynı şekilde yaklaşılması gerekir ki farklı bir şey hissetmesin hasta da. Aksi halde ‘acaba biz para vermedik ondan mı, özel muayeneye gitmedik ondan mı’ diye düşünebilir hasta. Yani başka şeylerin girmemesi gerekir”.*

**Hasta, 54 yaşında, Erkek, KSH yok**

Ayrıca hizmet sunucuları da bu konuya az da olsa değinmişlerdir. Örneğin:

*“Kimi doktorlar, tedaviyi reddeden bir hastanın... tedavisi yarım kalmış şekilde taburcu olmaması için belki ikna etmeye çalışırken; kimisi de, hastanın seçimi diyor, olanları daha nesnel anlatıp taburculuğuna izin veriyor”.*

**Hizmet sunucu**

Bazı hastalara göre ise “sağlık çalışanlarının CSH’ye etkisi yoktur”. Örneğin:

*“Çalışanlar benim gibi ekmeğinin peşinde gariban insanlar, doğru dürüst çay bile içemiyorlardı. Onların etkisi olmaz. Ne yapacaklarını şaşırıyorlardı”.*

***Hasta, 55 yaşında, Erkek, KSH var***

Ayrıca bu konu hizmet sunucularının da önem verdikleri bir konudur. Örneğin:

*“Bu noktada hekimler, hemşireler olarak hepimiz hastaya en az maliyet getirecek şekilde işlemler yapmaya çalışıyoruz. En az ve en uygun şekilde tedavi etmeye çalışıyoruz. Kimsenin ek bir maliyet çıksın diye ek işlemler yaptığı durum söz konusu değil, olamaz da zaten. Etik yaklaşım içerisinde mümkün değil böyle bir şey”.*

***Hizmet sunucu***

Hizmet sunucularına göre “reçete ve rapor yanlışlıkları” az da olsa önemli gördükleri bir konudur. Örneğin:

*“Bazen doktor kaynaklı reçetelerde hatalar olabiliyor... Yanlış bir reçete yazıldığı zaman ya da rapor edildiği zaman hasta bunu kendi cebinden almak zorunda kalabiliyor”.*

***Hizmet sunucu***

Hem hizmet sunuculara göre hem de hastalara göre “farklı tedavi seçeneklerinin olması” az da olsa önemli görülen bir konudur. Örneğin:

*“SGK ucuz ilaçları bazen ödemiyor, pahalı ilaçları ödemiyor diye bir şey yok. Öğretim üyesi tedavi planı düzenlemesinde bunu mutlaka etkileyebilir”.*

***Hasta, 43 yaşında, Erkek, KSH yok***

*“Yani bazı yaklaşımlar oluyor, farklı doktorların farklı yaklaşımları olabiliyor... Temelde aynı ama yaklaşımı farklı olduğu için farklı tetkik istenebiliyor. Tedavide farklı şeyler, stratejiler kullanılıyor. O yüzden harcama da değişiyor”.*

***Hizmet sunucu***

Hastalara göre “tanışık olma” konusu az da olsa önemli bir konudur. Örneğin:

*“Ahabap ilişkisi hala sağlık sistemimizde devam ediyor. Yanında bir sağlık çalışanıyla gelip, orada bekleyen bir sürü hastayı bertaraf ettiren kendi hastasını muayene ettiren sağlık personelimiz var. Hastanenin temizlikçisi bile doktoru taniyorsa gelip diğerlerinin hakkını ellerinden alabiliyor”.*

**Hasta, 43 yaşında, Erkek, KSH yok**

#### **4.2.7. Hastane Yönetiminin Etkisi**

Hizmet sunucularına göre “stokta bulundurulmama sorunu” çok önemlidir. Bu konu hizmet sunucuları için hastane yönetiminin etkisi teması için en sık tekrarlayan konudur. Örneğin:

*“Mesela spesifik bir betablokör ajan ya da antiaritmik ajan eğer hastanede varsa... bunu hastaya yazdığımız zaman raporla birlikte alabilir hasta. Ama ilaç hastaneyi bırakın Türkiye’de bile olmuyor. Yurt dışından getirtmek zorunda kalıyoruz. Bu hasta için ekstradan cepten maliyet oluşturabiliyor”.*

**Hizmet sunucu**

Hizmet sunucularına göre “hastanede özel seçeneklerin oluşturulması” konusu çok önemlidir. Örneğin:

*“Hastane yönetiminin... daha çok para akışı sağlamak istemesi CSH’yı arttırıyor olabilir... Odalardan para kazanmak adına servisteki 6 kişilik odayı kapatıp özel 2 kişilik oda yapıyor. Bu hastane yönetiminin planlı bir programı olabilir... Odaları düzelttiler ve özel oda kategorisine sokup, oradan hastalardan ücret alıyorlar”.*

**Hizmet sunucu**

Hastalara göre “hastane yönetimi CSH’leri değiştirebilir” konusu az da olsa önemlidir. Örneğin:

*“Özel bir hastaneye gitmiş olsaydım sağlık harcamam mutlaka artardı. Diğer bir taraftan devlet hastanelerinde de hastaneden hastaneye değişiyor. Değişmesinin sebebi de o hastanenin yönetimi”.*

**Hasta, 43 yaşında, Erkek, KSH yok**

#### **4.2.8. Etik Sorunlar**

Etik konular içinde, “maaşların düşük olması ve yol açtığı etik sorunlar” konusu, hastane yöneticileri için çok önemli bir konudur. Örneğin:

*“Plastik cerrahideki bir hekimimiz 8 saat kol dikti. Bunu işlem olarak ona geri dönüşü 180 lira. Bu hakkaniyetli mi? Dolayısıyla yine kişisel olarak ahlak ve erdeme dönecek olursak kişiler bu sefer emeklerini alma noktasında farklı noktalara gidebilirler. Bu sadece hekim düzeyinde değil”.*

#### **Yönetici**

Ayrıca bu konu az da olsa hizmet sunucuları ve hastalar için önemli bir konudur. Örneğin:

*“Hekim, hakettiği parayı, sorumluluğu olan şeyi yaptığı vakit devletten karşılayabiliyorsa hiç kimse bunu hastaya yansıtmayı düşünmez. Ama eğer devletten hakedişini alamadığı durumda bunu almak için başka yollar arayabilir”.*

#### **Hizmet sunucu**

*“Maalesef bazı hemşirelerin, doktorların veya bazı hasta bakıcılarının dışarıdaki eczanelerle anlaşmalı olduğunu ve bunu birçok defa başkalarından da duydum... Maaşlar konusunda da biraz daha arttırılarak o tür şeylerden men edilmesi lazım... Maaşların arttırılarak yan ve gayri meşru yollara yönlendirmelerini önlemek lazım”.*

#### **Hasta, 43 yaşında, Erkek, KSH yok**

Hastane yöneticileri için “gereksiz tetkik ve ameliyatların yapılması” konusu etik olarak az da olsa önemli görülen bir konudur. Örneğin:

*“Hekimlerin sağlık hizmetleri sunarken elde edecekleri gelir, hizmetle çok da ilişkili olmamalı diye düşünüyorum... Çünkü basit ameliyatlar çok yapılıyor ya da onu almasam da olur ama alırsam şu kadar puan var gibi durumlar olabiliyor... Tüccarlığa zorluyor bu sistem maalesef”.*

#### **Yönetici**

“Hizmet sunamama” konusu, hastane yöneticileri ve hizmet sunucuları için etik konular teması için az da olsa önemli görülen bir konudur. Örneğin:

*“Mesela hekim ameliyatı yapabilir zaman da ayırır ama zarar. Diyor ki, başka hekime git. Çünkü bu ameliyat, bu paket zararda bir paket. Benim döner sermayemi etkiliyor, diye düşünerek geçiştirebilir”.*

**Yönetici**

#### **4.2.9. Özel Sağlık Kuruluşları**

Hem hastalar için hem de hizmet sunucuları için “özel sağlık kuruluşlarının CSH’leri arttırması” konusu çok önemli ve çok sık tekrar eden konudur. Ayrıca hastane yöneticileri için de bu konu önemli görülmektedir.

*“Özel o lüks hastanelere gittiğinizde cennet bahçesinde gibisiniz. Seni alıyorlar, yanına birini takıyorlar, gezdiriyorlar da faturalar orda ağır oluyor”.*

**Hasta, 66 yaşında, Erkek, KSH var**

*“Genel olarak ben sağlık sisteminin özelleştiğini düşünüyorum. Devlet hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde bu tam olarak gerçekleşmemiş olsa da yavaş yavaş buna eğilim var. Özel hastanelerde tamamen bu şekilde zaten. Yani bir şirket gibi yönetiliyor tamamen... Kar etme amaçlı kurulmuş herhangi bir şey olabilir. Süpermarkette olabilir, özel hastane de olabilir”.*

**Hizmet sunucu**

“Özel sağlık kuruluşlarının etik sorunlara yol açması” konusu hem hastalar için hem de hastane yöneticileri için az da olsa üzerinde durulan bir konudur.

*“Ben özel hastanelere güvenmiyorum... Ablasyon için sormaya gittim... Dedim ki ablasyon için geldim, ablasyon yapılıp yapılmadığını öğreneceğim. Beni kaydetti. Muayene kaydı yaptı. 70-80 lira bir para aldı. Girdim doktor beyin yanına... ‘Yok’ dedi. ‘Biz yapmıyoruz’ dedi. O zaman dedim beni niye aldınız... Sistemi kurmuşlar, kumpas... Yukarıda da bir hastane var orda da öyle yakaladı mı bırakmıyorlarmış. Her gün 3 kez 5 kez tahlil, görüntü bilmem ne. Fatura böyle kardeşim”.*

**Hasta, 66 yaşında, Erkek, KSH var**

## **5 TARTISMA**

### **5.1 Cepten Sağlık Harcamaları ve Katastrofik Sağlık Harcamaları**

Bu çalışmanın en önemli bulgusu AKS nedeniyle yatan hastaların %59'unun CSH ve %23'ünün KSH yapmış olmasındır. Türkiye'de hane halkı btce araştırma verilerinin kullanıldığı bir çalışmada CSH yapan hane oranı 2004 yılında %47 (48), 2011 yılında %64 (6), 2015 yılında %82 olarak saptanmıştır (49). Yine bir niversite hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuranlar üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise CSH yapma oranı %100 olarak saptanmıştır (50). Bu nedenle bu araştırmadaki %59'luk CSH oranı ilk bakışta beklenen düzeyin altında bulunabilir. Ancak bu oranın düşük olmasına bazı gerekçeler sunulabilir. AKS n tanılı hastaların acil servis üzerinden yatışları yapıldığı için katkı payı alınmamaktadır. Reçete düzenlenirken kronik hastalık raporu ile düzenlendiğinden eşdeğer ilaç kullananlara ek ödeme çıkmamaktadır. Hastaların bir kısmının önceden de koroner arter hastası olması nedeniyle mevcut ilaçlarının olması nedeniyle her zaman reçete düzenlenmemektedir. Ayrıca hastaların bir kısmının emekli olması nedeniyle ilaç katkı payları olsa bile ek ödemelerin maaşlarından kesilmesi nedeniyle kesilen tutarı bilmedikleri için araştırmada ek demeler elde edilememiştir.

Araştırmanın ikinci önemli bulgusu AKS nedeniyle hastaların %23'ünde KSH yaptığı saptanmış olmasındır. Bu oran, hane halkı btce araştırmasının sonuçlarıyla (%0.2 - %1.0) karşılaştırıldığında oldukça yüksektir (29). Bu oranın yüksek olmasının başlıca nedeni bu çalışmanın AKS nedeniyle hastanede yatan hastalarda gerçekleştirilmiş olmasındır. AKS ya da kardiyovasküler hastalıklar ile KSH arasındaki ilişkileri inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu araştırmaların ortak özelliği düşük gelirli ülkelerde yapılmış olmasındır. AKS ile KSH arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, Hindistan'da hastaların %84' (dolaylı harcamalar da alınmış) KSH yaptığı bildirilmiştir (39). Anjinadan etkilenen hane halklarında yapılmış bir diğer çalışmada KSH sıklığı Bangladeş'te %39, Hindistan'da %33, Nepal'de %21, Sri Lanka'da %22 olarak bildirilmiştir (40). Hastanede kardiyovasküler hastalık nedeniyle tedavi görenler arasında yapılan çalışmada ise Çin, Hindistan ve Tanzanya'da hastaların %50'den fazlası KSH yapmıştır (41). Bu nedenle aslında bu araştırmada bulunan sonuç, literatür bulgularıyla karşılaştırıldığında dünya örneklerinden az değildir. Ancak söz konusu ülkeler düşük gelirli ve sağlık güvencesinin gelişmiş olmadığı ülkelerdir. Bu kapsamda Türkiye'de sağlık reformlarının niversite hastanesinde AKS hastalarında KSH için koruyucu olduğunu söylemek güçtür.

Araştırmada, cepten sağlık harcamalarının dağılımına bakıldığında %58 ile tıbbi malzemeler en önemli kalem olmaktadır. Kantitatif bulgulara benzer sonuca kalitatif bulgularda da ulaşılmıştır. SUT bağlamında ödenmeyen malzemeler konusu her üç grup (doktorlar, hastalar, yöneticiler) için de büyük önemle dile getirilmiştir. Tıbbi malzemeler için yapılan ödemeler de temel olarak iki kalemden oluşmaktadır. Bunlardan en önemlisi ilaçlı stent gibi SUT kapsamına alınmayan malzemeler nedeniyle cepten yapılmış ödemelerdir. Yine sosyal güvenlik kapsamında olmakla birlikte daha kaliteli ya da üstün özellikli bazı malzemenin hasta ya da çalışan tarafından tercih edilmesi de önemli bir harcama kalemi olarak öne çıkmaktadır. Nitekim özellikle hastaların ve hizmet sunucularının önemle durduğu bir diğer konu da malzeme tercihinin CSH'yi arttırdığı konusudur. Bunun dışında hizmet sunucularına göre hastanede bulunmayan malzemeler için de dış kurumlardan aldırılan malzemeler az da olsa harcama nedeni olabilmektedir.

Bir diğer önemli harcama kalemi %15 ile öğretim üyesi fark ücretidir. Bu ödeme hastanın girişiminin öğretim üyesi tarafından yapılmasını istemesi durumunda verilen fark ücretidir. Yani buna bir diğer ifade ile hekim tercihi kaynaklı ödeme de denilebilir. Ancak toplam CSH içindeki payı düşünüldüğünde bu oran az bulunabilir. AKS'nin yine acil bakı gerektiren bir durum olması nedeniyle hekim tercihi olanaklarının az olması ve acil servis başvurularında katkı paylarının olmaması bu ödemenin düşük çıkmasına neden olabilir. Bu araştırmadan farklı olarak İşlek'in çalışmasında psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda hekim nedenli ödemelerin oranı toplam CSH içinde %24'tür(50). Kılıç'ın çalışmasında ise hekim nedenli harcamalar %6.2 olarak saptanmıştır (13). Benzer şekilde kalitatif bulgularda da hekim tercihinin CSH'yi artırıyor olduğu bulgusu hizmet sunucuları için en sık tekrar eden konudur. Ancak bu çalışmanın üniversite hastanesinde yapılmış olması öğretim üyesi fark ücretine yol açmış olması açısından özellikle dikkate alınmalıdır.

Eczanede yapılan harcamalar temel olarak iki kalemden oluşur. Bunlardan birisi ilaç katkı payı diğeri ise muayene katkı payı ödemeleridir. AKS acil olarak müdahale edilmesi gereken bir hastalık olması nedeniyle muayene katkı payı ödemesi yoktur. Bunun yanında AKS nedeniyle yatan hastalara düzenlenen ilaçlar kronik hastalık raporu düzenlemesiyle birlikte yazıldığı için ilaç ödemelerini azaltan bir başka etkidir. Ancak bu çalışmanın kalitatif bölümünde kantitatif verilerin karşıtı bir bulgu açığa çıkmıştır. Ödenmeyen ilaçlar konusu ilaçlar için yapılan cepten ödemelerin bu kadar yüksek olmamasına karşın hastalar için en çok tekrar eden bulgu olmuştur. Hastaların bu konuya çok fazla değinmesinin nedeni önceki katkı



payı ödeme deneyimleri olabilir. Buna en önemli gerekçe de ek bir hastalığı olan hasta oranının %70 olmasıdır. Nitekim ilaç katkı payı ödemeleri birçok araştırmada yüksek oranlarda saptanmıştır. Kılıç'ın sağlık reformları öncesinde yaptığı çalışmada, toplam cepten sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları oranı %45 ile en sık yapılan harcamadır (13). Sulku'nun sağlık reformları öncesinde hanehalkı bütçe araştırması sonuçlarıyla yaptığı çalışmada da CSH'nin ilk sırasında %39 ile ilaç harcamaları gelmektedir(10). Yine İşlek'in psikiyatri hastalarındaki çalışmasında da toplam CSH içinde en yüksek pay %43 ile ilaç harcamalarına aittir (50).

Araştırmada informal ödemeler oldukça az saptanmıştır. Örneğin informal ödeme olarak tanımlanan hediye alma hiçbir hasta tarafından tanımlanmamıştır. Elden doğrudan verilen nakit para ise sadece bir kişi tarafından bakımını üstlenen bir çalışana minnettarlık ödemesi olarak yapıldığı şeklinde belirtilmiştir. Bu araştırmadaki en önemli informal ödeme kaynağı ise tıbbi olmayan malzeme alımlarıdır. Bu da en çok doğrudan tıbbi bakım ürünü olmamakla birlikte hasta alt bezi gibi destek ürünler için harcanan kalemlerdir. Hastaların %4'ü sağlık dışı malzeme ücreti harcaması yapmıştır. Ancak SGK tarafından karşılanmadığı için formal sayılan tıbbi malzeme ücreti ile hastanede bulunmadığı için dışarıdan temin edilen informal ödeme sayılan tıbbi malzeme ücretini ayırt edemediğimizden, tıbbi malzemeler için ödenen informal ödeme oranı hakkında net bilgi edinilememiştir.

Tıbbi malzemeler için ödenen tutarın önemli bir kısmı geri ödeme kapsamına girmeyen ilaçlı stent nedeniyle formal ödemedir. Yine informal ödeme olarak sayılabilecek hastanede bulunmadığı için dışarıdan temin edilen ilaç ödemeleri oranı sadece %1.7 ile çok düşük düzeyde kalmıştır. Tatar'ın Türkiye'de sağlık reformu öncesi yaptığı çalışmada, cepten sağlık harcamalarının %25'inin informal ödemeler kapsamında olduğunu saptamıştır. İnfomal ödemelerin de %71.6'sını nakit para, %27.5'ini aynı yardımlar ve %0.9'unu hediyeler oluşturmaktadır (51). Bu kapsamda sağlık reformunun cepten sağlık harcamalarının azaltılmasının yanında informal ödemeleri de azalttığı söylenebilir. İnfomal ödemelerin bu kadar dramatik azalmasının bir nedeni de informal ödemelerin katkı payları getirilerek formal biçime dönüştürülmesidir. Ancak Çevik'in kalitatif çalışmasında hizmet kullananlar, her sağlık başvurusunda katkı payı alınmasından yakınmışlar ve bu durumun sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini engelleyen bir sorun olarak tanımlamışlardır (52). Kalitatif bulgulara bakıldığında da özellikle nakit para ve hediye ödemelerinin olmaması görülmektedir. Özellikle hastalar açısından sağlık çalışanlarının CSH'ye etkisi yoktur konusunun ön plana

çıkmasıyla bu tutarlı bir bulgu olarak araştırmada saptanmıştır. Burada da vurgulanan nokta çalışanların etik bir tutum göstermesi ve sadece içine odaklandıklarıdır. Bunun yanında yine kalitatif bulgular değerlendirildiğinde informal ödemeler olarak sayılan özellikle tıbbi malzeme ve ilaç ödemeleri için, stokta bulundurulamama sorunu öncelikle hizmet sunucuları için ön plana çıkmış bir konudur. Burada vurgulanan nokta ise ürünün piyasada o dönem bulunamaması ve ihale süreçleri nedeniyle olan aksamalardır. Yine bu da araştırmanın her iki parçası için tutarlı sayılabilir bir bulgusudur.

## **5.2 Sosyodemografik özellikler**

Bu araştırmada kırsal veya kentsel alanda yaşamakla CSH ve KSH arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bunun bir nedeni Türkiye’de 2003- 2013 yılları arasında KSH için kır kent arasındaki makasın önemli ölçüde azalmış olması olabilir (29). Buna sağlık reformları ile öncelikle yeşil kartlı kişi sayısının arttırılması, 2012 yılından bu yana da tüm toplumun zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınması aradaki farkın kapanmasına da etkin olmuş olabilir (30, 53). Başka çalışmalarda özellikle iki önemli sosyodemografik gösterge CSH ya da KSH ile ilgili olarak ön plana çıkmaktadır. Bunlardan birincisi kırsal alanda yaşamaktır. Çalışmalarda kırsal alanda yaşamak hem CSH için hem de KSH için çoğunlukla risk faktörü olarak görülmektedir (38, 41). Kırsal alanda CSH’nın risk oluşturmasının ana nedeni sağlık güvencesinin yokluğudur.

CSH ve KSH için önemli bir diğer sosyodemografik özellik ise gelir düzeyidir. Araştırmada gelir düzeyi için gelir düzeyi arttıkça KSH yapma oranı anlamlı olarak azalmaktadır. Ancak hizmet sunucularına ve hastalara göre ekonomik durum ile CSH arasında bir ilişki vardır. Buna göre; gelir durumu iyi olanların CSH yapma olasılıkları daha çok olabilmektedir. Ayrıca geliri yüksek olmamasına rağmen diğer giderlerinden kısıtlamaya giderek de daha nitelikli hizmet için CSH yapabilmektedirler. Ancak farklı araştırmalara bakıldığında kalitatif bulguların aksine kantitatif bulguyla paralel olarak gelir durumu düşük olanlar daha çok CSH ve KSH yapmaktadır (38, 39, 41, 54). Bunun yanında Hindistan’da bir çalışmada kardiyovasküler hastalığa sahip olan yüksek gelirli hastalar en yüksek harcamayı yapan gelir grubu olarak saptanmıştır (55). Bu araştırmada gelir dışında diğer tüm sosyodemografik değişkenler ile CSH ve KSH arasında anlamlı ilişkilerin saptanmamasının temel nedeni sağlık güvencesinin yaygınlaştırılmasıdır. Böylece Xu’nun KSH’yı azaltabilmek amacıyla CSH için önerdiği, CSH’nın toplam sağlık harcamaları içindeki payı %15’ler düzeyinde tutulabilmiştir (5).

Araştırmada hastaların %99.4'ü sağlık güvencesinin olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık güvencelerinin alt türüne bakıldığında ise hem CSH için hem de KSH için sağlık güvenceleri için aralarında anlamlı fark yoktur. Her ne kadar sağlık güvenceleri farklı adlarda tanımlansa da SGK başlığında birleştirildiği için aynı sağlık güvencesi kapsamına sahiplerdir. Dolayısıyla herkesin sağlık güvencesi vardır ancak sağlık finansmanı hastaları hastalıkların mali yüküne karşı koruyamamıştır. Benzer şekilde Smith-Spangler'in çalışmasında, diyabet hastalarında sağlık güvencesine sahip olmak KSH'ya karşı anlamlı olarak koruyucu değildir. Farklı ülkelerdeki diyabet hastalarında, benzer sağlık güvencesi sahibi olma oranı olan ülkelerde farklı oranlarda KSH oranları vardır (56). Yine orta gelirli ülkelerde sigorta ile finansman vergiyle finansmana göre KSH'ye karşı korumada daha iyidir (23). Bunun yanında yüksek gelirli ülkelerde ise KSH'ye karşı koruma açısından sigorta ile finansman ve vergi ile finansman arasında fark yoktur (23). Sağlık güvencesi sahibi olma önemli bir kavramdır. Nitekim birçok çalışmada sağlık güvencesi sahibi olma hem CSH için hem de KSH için koruyucu olarak görülmektedir (13, 38, 39, 41, 57). Ancak sağlık güvencesinin hangi ürün ya da hizmetleri karşıladığı konusu da göz önünde tutulmalıdır. Nitekim araştırmada da ameliyat önerilen hastalar taburcu olanlara göre anlamlı olarak CSH ve KSH yapmıştır. Hastalar da benzer duruma değinmiş, yıllarca sağlık güvencesi için prim ödediklerini ancak yine de sağlık harcaması yaptıklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde hem hizmet sunucuları hem de hastalara göre SGK'nın hizmet kapsayıcılığının yetersiz kaldığını belirtmişlerdir. Bunun yanında yöneticilere ve hizmet sunuculara göre SUT fiyatları da yetersiz kalabilmektedir. Fiyat listeleri hizmet sunumunu da etkilemektedir. Fiyat listelerinin düşük olması nedeniyle sunulamayan hizmet nedeniyle ve hastaların bu hizmete ulaşabilmek adına yaptıkları CSH'yı da arttıran bir etken olabilmektedir. Geri ödeme sistemi nihayetinde hastanelerin borçlanmasına neden olmakta ve özellikle üniversite hastanesi özelinde akademisyenlerin motivasyonun kırılmasına, eğitim kalitesinin bozulmasına neden olmakta, araştırma yapılmasına, sağlık teknolojisine yatırıma engel olmaktadır. Sonuçta hizmet kalitesinde düşmeye ve bazı hizmetlerin de hiç sunulmamasına neden olmaktadır. Bu durumda da hastalar hizmete ulaşmak için özel sağlık kuruluşlarına başvurmak zorunda kalabilmektedir ki bu başlı başına CSH'yı arttıran bir durumdur. Ayrıca birim fiyatlarının düşük olması nedeniyle tedarikçi firmalar da bazı ürünleri getirmeyebilmektedir. Bunun yanında hizmet sunucularına geri ödeme sistemi nedeniyle tedavi planı bilimsel yaklaşıma göre değil SGK yaklaşımına göre yapılmak zorunda kalınmaktadır. Bu da eksik tedaviler, tekrarlayan yatışlar, gelişen komplikasyonlar nedeniyle yine CSH'nın artmasına neden olabilmektedir. Her üç grup için de bu durum, SGK'nın tek hizmet alıcı kurum olarak bulunması ve ürün ve

hizmetlerin geri ödemesi için tamamen bağımsız olarak karar alıcı olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmada mesleki sınıf için CSH’de sınıflar arasında anlamlı bir fark yoktur. Ancak mesleki sınıf için gruplar arasında KSH için kendi hesabına çalışan ve işveren grubundan kaynaklanan anlamlı fark vardır. Kendi hesabına çalışan ve işveren grubunda en yüksek oranda KSH bulunmaktadır. Toplumun tamamına yakını sağlık güvencesine sahip olmasına rağmen bu grubu negatif yönde ayıran özellik mesleki sınıftan değil sağlık güvencesinin özelliğinden kaynaklanmaktadır. Bu gruptakiler primlerini doğrudan kendileri ödemek zorundadır. Sigortalı sayılanlardan 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcu bulunanlar hizmetten yararlanamamaktadır (58, 59).

### **5.3 Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ve Etik**

Kalitatif bulgularda, performansa dayalı ödeme sistemi ve etik sorunlar iki ayrı başlık olarak ortaya çıkmıştır. Ancak bu iki konu, ortak kavramların geçmesi nedeniyle birlikte ele alınması daha uygundur. Hizmet sunuculara ve yöneticilere göre, performansa dayalı ödeme sistemi, çalışanlara yararlı değildir. Hem bölüm içerisinde hem de diğer bölümler arasında dayanışmayı ortadan kaldırmakta, çatışmayı ve rekabeti ortaya çıkarmakta ve iş barışını bozmaktadır. TTB’nin (Türk Tabipler Birliği) çalışmasında da hekimlere göre çalışanlar arası rekabet ve klinikler arası rekabet için sırasıyla hekimlerin %81’i ve %69’u arttığını belirtmiştir (60). Çalışanların hasta odaklı hizmet üretiminin önüne geçmektedir. Bunun yerine gelir odaklı hizmet üretimine yol açmaktadır. Çalışan, hizmet üretim sürecinde gelir takibini de yapmak zorunda kalmaktadır. Çalışan, daha çok kazanmak adına birim zamanda daha çok hizmet üretimi gerçekleştirmek zorunda kalmaktadır. Böylece de nitelikli hizmet üretiminin önüne geçilmiş olmaktadır. Nitekim, Brian’ın mali teşviklerin hekim davranışına etkisini incelediği derlemede, mali teşviklerin hasta bakım kalitesine etkisi belirsizdir (61). Werner’in çalışmasında, Amerika Birleşik Devletleri’nde *Medicaid* tabanlı performansa dayalı ödemenin uygulandığı huzurevlerinde diğer huzur evlerine göre hizmet kalitesinde etkin bir iyileşme sağlanamamıştır (62). Yine Houle’nun sistematik derlemesinde de, performansa dayalı ödeme, hizmet kalitesine etkisi büyük ölçüde belirsizdir (63). Hizmet sunucularına göre, çalışanlar düşük gelir tehdidi ile performansa zorlanmazlarsa yani eğitiminin ve emeğinin karşılığını tam alabilirlerse daha nitelikli iş üretebileceklerdir. Performans olmadan nitelikli iş ürettiklerinde, doğru girişimi, doğru zamanda ve doğru şekilde yapmalarının sonucunda da hastanın hem sağlık sistemine maliyeti azalacaktır hem de hastaların yaptıkları

CSH az olacaktır. Nitekim Ryan'ın, kaliteli hizmet sunum karşılığında finansal teşvikin hizmet sunumuna etkisinin değerlendirildiği çalışmada, düşük de olsa hizmet kalitesini anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır (64). Performansa dayalı ödeme modeli uygulanacaksa buna kaliteyi değerlendiren planlar da eşlik etmelidir (63).

Hizmet sunuculara ve yöneticilere göre, performansa dayalı ödeme sistemi ile hastayı değerlendirme süresinin az olması ve iş yükünün fazla olması nedeniyle gereksiz tetkiklere başvuru fazla olabilmekte, hatta gereksiz ameliyatlar da olabilmektedir. Ayrıca performansa dayalı ödeme sistemi ile tetkik ve ameliyatlar gelir artırma aracı olarak da kullanılabilir. Bunun dışında hizmet üretimi sağlık çalışanını ya da kurumu zarara uğratabilecekse, o işlemi yapmamayı tercih edilebilmekte ya da daha düşük nitelikli malzemeler ile işlemler gerçekleştirilebilmektedir. Türk Tabipler Birliği'nin çalışmada da hekimlerin önemli bir kısmı performansa dayalı ödeme sisteminin hasta başına muayene süresinin azaldığını, tetkik sayısının ve endikasyonsuz müdahalelerin arttığını belirtmişlerdir (sırasıyla %67.3, %63.8 ve %64.4) (60). Benzer şekilde sağlık reform alanlarından birisi olan aile hekimliğinde de performansa dahil olmayan uygulamalarda daha az izlem yapma veya performansa dahil olan izlemler için yapılmamış izlemleri yapılmış gibi gösterme eğiliminde olunabilmektedir (52). Yine Kısa'nın çalışmada izlem, aşılama gibi negatif performansın cezasından kaçınmak için hekimler bazı yanlış eylemlere başvurmak zorunda kalabilmektedir (65). Dolayısıyla performansa dayalı ödeme sisteminin zararından kaçınmak ya da daha çok fayda elde edebilmek için sağlık çalışanları hem iş yapmada hem de kayıtlarda yanlış uygulamalarda bulunabilirler.

Bir diğer öne çıkan konu da maaşların düşük olması ve yol açtığı etik konulardır. Ücretlerin düşük olması çalışanları yanlış davranışlara itebilir. Burada da iki yöntem ön plana çıkmaktadır. Birincisi hastaların vurguladığı ancak hizmet sunucularının ya da yöneticilerin değinmediği malzeme temininde komisyon almadır. Diğeri ise hizmet sunucuların ve yöneticilerin daha çok değindiği ek ücretlere başvurma şeklinde olabilir ki bu informal ödemeler olarak da tanımlanabilmektedir. Nitekim 2008 krizi sonrası sürekli ekonomik tedbirler nedeniyle kamu çalışanlarının ücretlerinde kısıtlamalara giden Yunanistan'da, sağlık çalışanları ek ödemeler için en sık başvuru yöntemi olarak ödeme yapılınca kadar tedaviyi geciktirmektedir. Yapılan araştırmada, hastalar kamu hastanelerinin kadın doğum servisinde %74 oranında informal ödeme gerçekleştirmiş ve bu ödemelerin de %56'sını hekim doğrudan istemiştir. İnfomal ödemelerin yüksek olmasının nedenlerinden biri de ücretlerin düşük

olmasıdır (66). Hizmet sunuculara, yöneticilere ve hastalara göre ücretlerin uygun düzeylere çıkartılarak sağlık çalışanlarının etik kurallara göre çalışabilme olanağı arttırılabilir.

#### **5.4 Özel Sağlık Hizmetleri**

Her üç gruba göre de özel sağlık kuruluşlarında alınan hizmet kamu hastanelerinde alınan hizmete göre CSH'yı daha çok arttırmaktadır. Bunun en temel gerekçesi, özel sağlık kuruluşlarının asıl amacının toplum hizmeti sunmak değil, kar elde etmek olmasıdır. Özel sağlık kuruluşları hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmedir. Bir diğer etken de özel hastanelere gidildiğinde katkı paylarının alınmasıdır. Nitekim Akbelen'in araştırmasında, sağlık hizmetlerinin kamu yerine özel sağlık kuruluşlarınca sunulması durumunda hastaların %69'u muayene ücretlerinin, %59'u ise ilaç fiyatlarının artacağını düşünmektedir (67). Ersoy'un, Çalışkan'ın ve Kılıç'ın araştırmalarında da özel sağlık kuruluşlarından hizmet alanlar kamu hastanelerinden hizmet alanlara göre daha çok harcama yapmışlardır (13, 46, 47). Ayrıca hastalara göre özel sağlık kuruluşlarında fazladan tetkikler istenerek işlem sayıları ve faturalar arttırılmaktadır. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada da hastaların %73'ü sağlık hizmetlerinin özel sağlık kuruluşlarınca sunulması durumunda kar elde etmek amacıyla fazladan girişim (işlem) yapılacağını düşünmektedir (67). Bundan farklı olarak hizmet sunucularına göre kamu hastanelerinde özel oda gibi seçeneklerin oluşturulması da hem bir politika olarak uygulanmakta hem de CSH'yı arttırmaktadır.

#### **5.5 Hasta ve Hekim İlişkileri**

Hekim hasta ilişkilerinin sağlık örgütlenmesinden bağımsız olarak CSH ile geleneksel bir ilişkisi vardır. Özellikle hizmet sunucularına göre hastaların kalite ve konfor beklentisi ve sağlık hizmetlerine hızlı ulaşma isteği CSH'yı arttıran temel faktördür. Ancak hastalara göre yaptıkları CSH, daha fazla özen gösterilmesini bekleme, yapılacak girişim hakkında bilgilerinin olmaması, sağlığın kaybının yeniden telafi edilememesi gibi nedenlerle sağlığa verdikleri önem ile ilişkilidir. Bunun yanında hastalara göre hekimle olan iletişimleri de çok önemlidir. Hekimden daha çok bilgilendirilme beklemekte ve hekime güven duymayı önemsemektedirler. Hastalara ve hizmet sunucularına göre tedaviye uyum göstermeyen hastalarda hastalığın tekrar etmesi, komplikasyonların gelişmesi gibi nedenlerle hem sağlık harcamaları hem de CSH artabilmektedir. Ek olarak hastalara göre hastaların bilinçsizce ilaç kullanmaları da CSH'yi arttıran bir diğer etkidir. Nitekim Akıcı'nın çalışmasında da, sağlık hizmeti alan hastaların %11,4'ü reçetelerindeki ilaçları nasıl kullanacağını bilmediğini, %45,4'ü ise hekimin ilaçlarla ilgili verdiği bilgiyi kısmen yeterli bulduğunu ya da hiç yeterli

bulmadığını saptamıştır (68). Yine Uskun'un ve Yapıcı'nın çalışmalarında da sağlık hizmetlerine başvuru öncesinde ilaç kullanımı ve reçetesiz ilaç alma davranışı sık görülmektedir (69,70). Hizmet sunucularına göre reçete ya da rapor düzenlenirken yapılan hatalar nedeniyle hastalar ilaçlarını alırken daha çok CSH'ye başvurmak zorunda kalabilmektedir. Birden fazla tedavi seçeneğinin olması da seçilen tedaviye göre yapılan CSH'yi değiştirebilir.

## **5.6 Sağlık Reformları**

Bu araştırma sonucunda ortaya çıkan konular temel olarak sağlık reformları başlığı altında toplanabilir. Bulgulara göre sağlık reformları performans dayalı ödeme, SUT gibi yeni oluşturduğu yapılar ya da kavramlar üzerinden CSH üzerine etkin olduğu gibi, dönüştürdüğü ya da etkilediği kavramlar (etik yaklaşım, özelleştirme vb) üzerinden de CSH'ye etki etmektedir. Hastalara göre sağlık reformları özellikle CSH'nin artmasına yol açtığı için olumsuz olarak nitelenmekte ancak hem hekime hem de ilaca ulaşılabilirliğin artması nedeniyle de olumlu görülmektedir. Ancak doktorlar ve hastane yöneticileri Sağlık Bakanlığının reform çalışmalarını; kamudan sağlığa ayrılan payın düşük kalması, SGK prim toplama işlevinin bozuk olması, sık sık mevzuat ve ihale sisteminin değiştirilmesi gibi nedenlerle eleştirmektedir. Ayrıca doktorlara ve yöneticilere göre maaşların düşük tutularak çalışanların performans zorlanması ve böylece hizmet niteliğinin bozulması da yanlış sağlık politikası olarak öne çıkmaktadır.

Bir diğer temel konu ise hasta ve sağlık çalışanları arasındaki etkileşimdir. Bu temel konu da Tablo 5.1'de özetlenmiştir. Bu konular ise genel olarak hasta-hekim arasındaki geleneksel ilişkilerden oluşmaktadır.

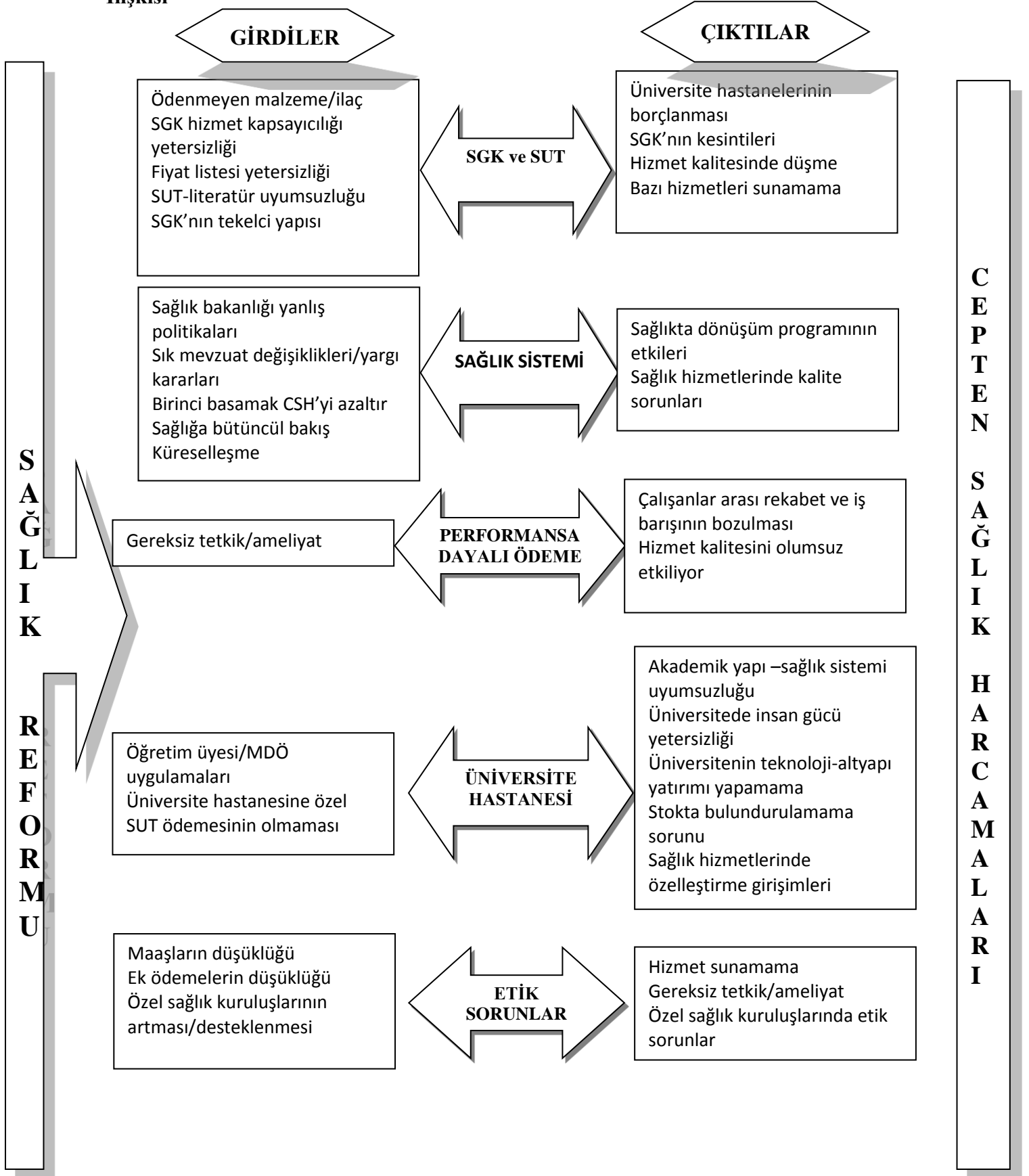
**Tablo 5.1. Kalitatif Bulgulara Göre Cepten Sağlık Harcamalarının Nedenleri**

<b>Hastalardan Kaynaklanan Nedenler</b>	<b>Sağlık Çalışanı Kaynaklı Nedenler</b>
Hastanın daha yüksek sosyoekonomik duruma sahip olması	Özel öğretim üyesi muayenesi
Kalite, konfor, hızlı randevu beklentisi	Ödenmeyen malzeme tercihi
Sağlığa verilen önem	Farklı tedavi seçeneklerinin olması
Tedaviye uyumsuzluk	Performansa dayalı ödeme sistemi
Akılcı ilaç kullanımı eksikliği	Reçete/rapor yanlışlığı

Sağlık reformları ile CSH arasındaki ilişki ise Şekil 5.1’de özetlenmiştir.



**Şekil 5.1. Kalitatif Bulgulara Göre Sağlık Reformunun Cepten Sağlık Harcamaları ile İlişkisi**



Hastalara ve hizmet sunuculara göre sağlıkla ilgili konularda koruyucu politikalara da öncelik verilmelidir. Özellikle beslenme, iş sağlığı ve çevre sağlığı konuları da sağlık politikalarıyla birlikte ele alınması gereken konulardır. Bunun yanında her üç grup da birinci basamak sağlık örgütlenmesine değinmiştir. Birinci basamak yaygın, ulaşılabilir ve nitelikli olduğunda hastalar buraları tercih edebilir. Böylece hem hastalar hizmete daha kolay ulaşabilecekler hem de üst sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları için yaptıkları CSH de daha az olacaktır. Benzer şekilde İlhan'ın ve Çağlayan'ın çalışmalarında da hastaların sağlık başvuru merkezini tercih nedeni olarak sağlık kurumunun yakın olması ve ekonomik açıdan uygun olması en önemli iki tercih nedeni olarak tanımlanmaktadır (71,72). Ancak hizmet sunucularına göre birinci basamağın en önemli sorunu kalitedir. Mevcut durumda tek işlevi ilaç yazdırma yeri olarak görülmektedir. Bunun göstergesi de polikliniklerin ve acil servislerin yoğun olmasıdır. Nitekim Ersel'e göre de birinci basamak ve ikinci basamak arasında kalmış olan acil servis başvurularını azaltmanın yolları arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlık kurumlarının alt yapı ve personel eğitimlerinin güçlendirilmesi sayılmaktadır(73). Yine Tuna'nın çalışmasında da herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadan üniversite hastanesine başvuran hastalar bu durumu, en sık nitelikli hizmet almak ve bulunduğu yerdeki sağlık hizmetlerini yetersiz görmelerini gerekçe olarak tanımlamaktadır(74). Sağlık sorunları birinci basamak da çözülmediği için de üçüncü basamakta hem toplam sağlık harcamaları hem de CSH daha çok olmaktadır.

Hastalara göre sağlıkta dönüşüm programı özellikle hem hekime hem de ilaca ulaşılabilirliğin artması nedeniyle olumlu bir gelişme olarak tanımlanmaktadır. Ancak her üç grup için de bu süreçte Sağlık Bakanlığı yanlış politikalar da üretmiştir. Araştırmanın bulgularına göre değinilen yanlış politikalardan bazıları şunlardır: Hastaların özel hastanelere yönlendirilmeleri, kamudan sağlığa ayrılan payın düşük kalması, sağlıkta araştırma merkezlerinin oluşturulmaması, katkı paylarının artırılması, sağlık alt yatırımlarının geleceğe yönelik planlanmaması, sağlık insan gücü yetiştirmede nitelik göz önünde bulundurulmadan niceliğe odaklanması, prim toplama işlevinin bozuk olması, SGK'nin geri ödemeleri kısması, birinci basamağın işlevsel duruma getirilmemesi, tam gün yasasıyla artık öğretim üyesine ulaşmak için daha çok ödeme yapılması, sık sık mevzuat ve ihale sisteminin değışmesi. Ayrıca hizmet sunucularına göre maaşların düşük tutularak çalışanların performansına zorlanması ve böylece hizmet niteliğinin bozulması da yanlış sağlık politikası olarak öne çıkmaktadır.

### **5.7. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları**

Araştırmanın güçlü yanı, KSH ile ilgili ulusal çalışmalardan elde edilen veri tabanıyla çalışmalar yapılsa da, bir hastalık özelinde ya da bir risk grubunda Türkiye için benzer çalışma yoktur. Bu çalışma AKS için CSH ve KSH'nın değerlendirildiği ilk çalışmadır. Çalışma bu yönü ile özgündür. Ulusal çalışmalar aracılığıyla kapsam elde edilebilirken, bu çalışma ile Türkiye'de en sık ölüm nedeni olan kalp ve damar hastalıklarından olan AKS için sağlık güvencesinin derinliği değerlendirilmiş olmaktadır.

Bu çalışmanın diğer bir güçlü yanı da kalitatif ve kantitatif yöntemlerin birlikte kullanılmış olmasıdır. Kalitatif yöntem ile kantitatif yöntemde elde edilemeyen birçok bulguya ulaşılmıştır. Triangülasyon yapılması nedeniyle yan tutma en aza indirilmiş ve üç farklı grubun düşüncelerine ulaşılmıştır.

Araştırmanın kısıtlılıkları, hastaya her ne kadar hastaneden ayrılışının ilk 3 günü ulaşılmaya çalışılmışsa da önemli bir hastalık geçirmiş olmaları nedeniyle giderlerini yanlış hatırlıyor olabilirler (hafıza faktörü). Yine gelir verisini kişiler düşük gösterme eğilimi içerisine girebildikleri için KSH olduğundan yüksek bulunmuş olabilir.

KSH tanımı için literatürde yöntem farklılığı vardır. Özellikle son dönemdeki araştırmalara bakıldığında KSH tanımında ödeme kapasitesine göre hesaplama daha yaygındır. Ancak bu araştırmada hastalarla sadece telefonla görüşüldüğü için aylık gıda harcaması gibi ulaşılması gereken verilere ulaşılamayacak olması nedeniyle ödeme kapasitesine göre değil aylık gelire göre tanımlama yapılmıştır. Bir diğer gerekçe de sağlık harcamalarına odaklanan araştırma düzeneği, hane halkı bütçe araştırmalarına göre sağlık harcamalarını daha iyi saptar. Sağlık harcamaları için hane halkı bütçe araştırmalarıyla yapılan çalışmalar, sağlık odaklı yapılan araştırmalara göre her zaman düşük çıkar. Hane halkı bütçe araştırmaları sağlık harcamalarıyla ilgili detaylı bilgi vermez(2,9). Yine eşdeğer hane halkı büyüklüğünü hesaplarken de farklı yöntemlerin olması nedeniyle KSH'de kullanılan yöntemle göre farklı bulunabilir.

Veri toplayan kişinin aynı kurumda çalışıyor olması hastaların, sağlık yöneticilerinin ve sağlık çalışanlarının bilgi paylaşımına açık olmalarına engel olabilir ve bu bazı verilere ulaşılmasına engel olmuş olabilir.

Bir diğer kısıtlılık hastaların yaptığı CSH'nın içinde diğer hastalıklarıyla ilgili sağlık harcamaları da yer almış olabilir ve bu harcamalar AKS nedeniyle yapılmış gibi hesaplanmış olabilir. Ayrıca hastaya olası cerrahi girişimin bir aydan daha geç bir sũrede gerçekleşme durumunda veri toplama ve hesaplamalar bir aylık sũre içinde yapıldığı için bu harcamalara ulaşılamamış ve kapsam dışı kalmış olabilir. Ayrıca üniversite hastanelerinin özel ğretim üyesi muayenesi harcaması ve kamu hastanelerinden farklı bazı uygulamalarının olması nedeniyle çalışma sonucu sadece üniversite hastaneleri için değerlendirilebilir.

Bir diğer kısıtlılık verilerin telefonda toplanması ve yũz yũze grũřme yöntemi ile yapılmaması nedeniyle oluşmuştur. Son olarak yılın belli bir döneminin (3 ay) alınmış olması nedeniyle hekim tercihi gibi özellikle tercihe bağlı olan harcamalardan kaçınma davranışı grũlmũ olabilir. Dũzenli geliri olmayan kişiler sağlık ihtiyaını ileri bir tarihe atabilir ya da daha az nitelikli tedavi yöntemlerine başvurmuş olabilir. Yoksullaşmanın hesaplamasında SGP'nin 2014 yılı için hesaplanmamış olması nedeniyle 2013 yılına göre sonuçlar belirtilmiştir. Dolayısıyla 2014 yılı enflasyon etkisi grũlmemektedir ve yoksulluk olasılıkla olduğundan dũřuk hesaplanmıştır.

## **6 SONUÇ ve ÖNERİLER**

### **6.1 Sonuçlar**

Üniversite hastanesinde AKS ile başvuran hastalar KSH'ye karşı korunamamıştır. Genel sağlık sigortası hastalara tek başına yeterli bir finansal koruma sağlayamamıştır. Bunun en önemli nedeni ise SUT uygulamaları ve SGK tarafından ödenmeyen malzemelerdir. Ayrıca yapılan tedavinin girişim düzeyi arttıkça bu korunaksız durum daha da derinleşmektedir. Bunun yanında genel sağlık sigortasının ortalama düzeyde bir mali koruma yaptığı saptanmıştır. Bu kapsamda geçmişte duyarlı grup olarak kabul edilen kırsal alanda yaşayanlar, düşük gelirli gibi grupların önemli kazanımlar elde ettikleri ve harcamalarında farklılık olmadığı söylenebilir. Ancak bu mali koruma yine de yetersizdir. Ek olarak kendi hesabına çalışanlar olasılıkla prim borcu nedeniyle yeni bir duyarlı grup olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hizmet sunucuları ve yöneticiler mevcut sağlık sisteminden memnun değildir. Performansa dayalı ödeme sistemi ve SGK geri ödemeleri nedeniyle hem kurumun bağımsız hizmet üretmesi engellenmekte hem de akademik bağımsızlık içerisinde nitelikli hizmet üretiminin önüne geçilmektedir. Hastalara bilgi asimetrisinin en yoğun olduğu alan olan sağlık hizmetlerinde seçeneklerin oluşturulması CSH'yi arttıran en önemli etkenlerden biri olmaktadır. Çünkü hastalar doğal olarak sağlığına önem vermektedir ve ölüm korkusu yaşamaktadır. Bu amaçla da daha fazla özen gösterilme olasılığı ve tedavi hakkında herhangi bir bilgilerinin olmaması nedeniyle zorunluluk olmasa bile cepten ödemeyi gerçekleştirme eğilimi içerisine girmektedir. Ayrıca beklenenin aksine sağlıkta dönüşüm nedeniyle sağlık hizmetlerinden memnuniyet AKS nedeniyle yatan hastalarda daha düşük düzeyde saptanmıştır.

### **6.2 Öneriler**

Sağlık güvencesi kapsamında geri ödemesi olmayan her hizmet ya da ürün CSH olarak ve duruma göre KSH olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle geri ödeme planı yapılırken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Geri ödeme planları yapılırken de literatürle uyumlu olacak şekilde maliyet etkililik analizleri yapılarak geri ödeme kapsamı belirlenmelidir. Hekimlerin hastalarına SGK planlarına göre değil, akademik bağımsızlık içerisinde hizmet sunması sağlanmalıdır. Yine hastalara tamamen tercih olarak malzeme ya da ürün sunumu yapılmamalıdır. Akademik bağımsızlığın önerdiği o hasta için en uygun ürün ya da hizmet ne ise onun sunulması sağlanmalıdır. Burada da geri ödeme planları ön plana çıkmaktadır.

Geri ödemelerin kurumlara tam, zamanında yapılmaması yine karşımıza CSH olarak çıkmaktadır. Geri ödemelerin hizmet sunucu kurumlara tam, zamanında ve ürün fiyatlarındaki değişimlere de duyarlı şekilde planlanması CSH'yi azaltır. Performansa dayalı ödeme sisteminin sadece niceliğe odaklanması ve toplam gelirin önemli bir kısmını oluşturabilmesi hizmet niteliğinin göz ardı edilmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle bu yöntem uygulanacaksa bile niteliğin ölçülmesi ve toplam gelirin önemli bir kısmının maaş olarak ödenmesi gerçekleştirilmelidir. Sağlık sadece tedavi olarak düşünülmemeli, sağlığı korumak ve geliştirmek için olanaklar bütüncül olarak ele alınmalıdır. Sağlığı korumak en maliyet etkili ve CSH'yi azaltan en önemli girişimdir. Bunu sağlamanın araçlarından biri de birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesidir.

Sonuç olarak SGK uygulamalarının AKS hastalarını CSH ve KSH açısından yeterince korumadığı ayrıca sağlık reformlarının performansa dayalı ödeme, SUT gibi yeni oluşturduğu yapılar üzerinden veya dönüştürdüğü etik yaklaşım ve özelleştirme yapıları üzerinden CSH/KSH'yi arttırdığı dikkati çekmektedir. CSH/KSH'nin azaltılması için reformların bu negatif özellikleri tekrar ele alınmalı, düzeltilmeli, SGK'nın AKS hastalarına yönelik tıbbi malzeme ödeme kapsamı genişletilmelidir.

## **7 KAYNAKLAR**

1. Çelik Yusuf. Sağlık Hizmetleri Finansman Hizmetleri. İçinde: Sağlık Ekonomisi. 2. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2013. s. 169–208.
2. Yardım MS, Cilingiroglu N, Yardım N. Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme. Health Policy Plan. 2014;29(2):177–92.
3. Türk Sağlık Sisteminin Performansı ve Belirleyicileri. Sağlık Sistemi İncelemeleri-Türkiye. OECD; 2008. 83-84 p. [http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687-1235059017165/OECDReviewsOfHealthSystemsTurkey\\_Ch3-tr.pdf](http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687-1235059017165/OECDReviewsOfHealthSystemsTurkey_Ch3-tr.pdf). Erişim tarihi:03.05.2013.
4. Özgen Hacer. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir? Hacet Sağlık İdaresi Derg. 2007;10(2):201–28.
5. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet Lond Engl. 2003;362(9378):111–7.
6. Yereli AB, Koktas AM, Selcuk IS. Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler. Sosyoekonomi. 2014;2.273-296.
7. Yardım MS. Sağlıkta finansal koruma. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. baskı Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012. s. 1628–33.
8. Xu Ke. Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_05\\_2-distribution\\_of\\_health\\_payments.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_05_2-distribution_of_health_payments.pdf) . Erişim tarihi:05.04.2014.
9. Özgen Narcı H, Şahin İ, Yıldırım HH. Financial catastrophe and poverty impacts of out-of-pocket health payments in Turkey. Eur J Health Econ. 2015;16(3):255–70.
10. Sulku SN, Bernard DM. Financial burden of health care expenditures: Turkey. Iran J Public Health. 2012;41(3):48–64.
11. Fişek AG, Özsuca ŞT, Şuğle MA. Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996. Ankara: Sosyal Sigortalar Kurumu Yayın No:598; 1998.
12. Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=1.5.2709&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>. Erişim tarihi: 11.08.2015.
13. Kılıç Bülent. Gölbaşı bölgesinde yaşayan bireylerin doğrudan yaptıkları sağlık harcamaları ve buna etkileyen etmenler [Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Gazi Üniversitesi; 1996.
14. 5502 Sayılı Kanun. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=1.5.5502&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>. Erişim tarihi: 11.08.2015.
15. 5510 Sayılı Kanun. [www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.doc](http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.doc). Erişim tarihi: 11.08.2015.
16. Tatar M. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Sos Güven Derg. 2011;(1):103–33.
17. Çelik Y. Türkiye’de Sağlık Harcamaları Analizi. İçinde: Sağlık Ekonomisi. 2. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2013. s. 297–312.
18. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 10. Yılı. 2013 Mali Yılı Bütçesi’nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu’na Sunumu <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/201212/SaglikBakanligiButcesi2013.pdf>. Erişim tarihi: 11.05.2015.

19. OECD. OECD Health Statistics 2015 <http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>. Erişim tarihi: 07.08.2015.
20. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No : SB-SAG-2014/7; 2014.
21. Kılıç B. Sağlık Finansmanı (2003-2012). İçinde: Türkiye Sağlık Raporu 2014. HASUDER. Edirne: Trakya Üniversitesi Matbaası; 2014. s. 770-81.
22. Akar S. Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yönetim ve Ekon. 2014;21(1):311-22.
23. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff Proj Hope. 2007;26(4):972-83.
24. Özgen H, Tatar M. Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler. Hacet Sağlık idaresi Derg. 2008;11(1):103-32.
25. Uğurluoğlu E, Özgen H. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. Hacet Sağlık idaresi Derg. 2008;11(2):133-60.
26. Tokatlioglu I, Tokatlioglu Y. Catastrophic Health Expenditures’ Capacity to Create Poverty in Turkey in 2002-2011. Ekon Yaklasim. 2013;24(87):1.
27. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. Health Econ. 2003;12(11):921-34.
28. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. Health Policy Amst Neth. 2010;94(1):26-33.
29. TÜİK. Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları. [http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/katastrofikSaglikHar\\_1Ekim2014.pdf](http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/katastrofikSaglikHar_1Ekim2014.pdf). Erişim tarihi: 05.05.2015.
30. Aran M, Hentschel J. Protection in Good and Bad Times? The Turkish Green Card Health Program. The World Bank Europe and Central Asia Region Human Development Department. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12024>. Erişim tarihi: 05.07.2015.
31. Saw Jacqueline, Moliterne David J. Kararsız anjina ve akut miyokard infarktüsü arasındaki farklar: Patofizyolojik ve klinik bakış. İçinde: Akut Koroner Sendromlar. 3. Baskı. Avrupa Tıp Kitapçılık; 2008.
32. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ankara; 2006.
33. Horasan GD, Gerçeklioğlu G, Sözman K, Arık H ve ark. Kalp Damar Hastalıkları Mortalitesi. Türkiye Sağlık Raporu 2012. HASUDER; s. 236-46.
34. Horasan GD, Gerçeklioğlu G, Sözman K, Arık H ve ark. Kalp Damar Hastalıkları Mortalitesi. Türkiye Sağlık Raporu 2012. HASUDER; s. 236-46.
35. Altun DU. Manisa Merkez İlçesi 2011 Yılı Akut Miyokard İnfarktüsü ve Serebrovasküler Olay İnsidansının Saptanması [Uzmanlık Tezi]. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2013.
36. Ozen M, Serinken M, Yılmaz A, Ozen S. Socio-demographic and Clinical Features of the Patients Diagnosed as Acute Coronary Syndrome Consulting the Emergency Department. Turk J Emerg Med. 2012;12(3):117-22.
37. Liu JLY, Maniadakis N, Gray A, Rayner M. The economic burden of coronary heart disease in the UK. Heart Br Card Soc. Aralık 2002;88(6):597-603.



38. Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *Int J Health Care Finance Econ.* 2011;11(4):267–85.
39. Daivadanam M, Thankappan KR, Sarma PS, Harikrishnan S. Catastrophic health expenditure & coping strategies associated with acute coronary syndrome in Kerala, India. *Indian J Med Res.* 2012;136(4):585–92.
40. Alam K, Mahal A. The economic burden of angina on households in South Asia. *BMC Public Health.* 2014;14(1):179.
41. Huffman MD, Rao KD, Pichon-Riviere A, Zhao D, Harikrishnan S, Ramaiya K, vd. A cross-sectional study of the microeconomic impact of cardiovascular disease hospitalization in four low- and middle-income countries. *PloS One.* 2011;6(6):e20821.
42. Şimşek H. Sosyal Eşitsizliklerin Koroner Kalp Hastalığı Risk Etmenlerine Etkisi [Doktora Tezi]. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2011.
43. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. Üçüncü Yazım. İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 2013.
44. TÜİK. Yoksulluk Çalışması, 2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16204>. Erişim tarihi:09.06.2013.
45. Hayran M, Hayran M. Sağlık Araştırmaları için Temel İstatistik. Ankara: Omega Araştırma; 2011.
46. TCMB. TCMB Ekim-Aralık 2014 USD Döviz Satış Fiyatı. [http://evds.tcmb.gov.tr/cgi-bin/famecgi?cgi=\\$ozetweb&DIL=TR&ARAVERIGRUP=bie\\_dkdovizgn.db](http://evds.tcmb.gov.tr/cgi-bin/famecgi?cgi=$ozetweb&DIL=TR&ARAVERIGRUP=bie_dkdovizgn.db). Erişim tarihi:09.06.2013.
47. Kümbetoğlu B. Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma. 3. Baskı. İstanbul: Bağlam Yayıncılık; 2012.
48. Ersoy S, Yaşar M, Coşkun I, Yüksel A ve ark. Balçova bölgesinde cepten sağlık harcamaları. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Ankara; 2004.
49. Çalışkan HT, Tüten MZ, Duman O, Köse S ve ark. İzmir Balçova ilçesinde cepten yapılan sağlık harcamaları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi IX. ÖÇM Sempozyumu. İzmir; 2015.
50. İşlek Duygu. Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Cepten Sağlık Harcamaları [Yüksek Lisans Tezi]. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2015.
51. Tatar M, Ozgen H, Sahin B, Belli P, Berman P. Informal payments in the health sector: a case study from Turkey. *Health Aff Proj Hope.* 2007;26(4):1029–39.
52. Çevik Celalettin. Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara göre Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012) [Doktora Tezi]. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2013.
53. Açar, A. Genel Sağlık Sigortası 01.01.2012 Tarihinden İtibaren Uygulamaya Girmiştir. <http://www.muhasibetr.com/yazarlarimiz/ahmetagar/030/>. Erişim tarihi: 03.08.2015
54. Rahman MM, Gilmour S, Saito E, Sultana P, Shibuya K. Health-related financial catastrophe, inequality and chronic illness in Bangladesh. *PloS One.* 2013;8(2):e56873.
55. Rao KD, Bhatnagar A, Murphy A. Socio-economic inequalities in the financing of cardiovascular & diabetes inpatient treatment in India. *Indian J Med Res.* 2011;133:57–63.
56. Smith-Spangler CM, Bhattacharya J, Goldhaber-Fiebert JD. Diabetes, Its Treatment, and Catastrophic Medical Spending in 35 Developing Countries. *Diabetes Care.* 2012;35(2):319–26.
57. Sözmén K, Ünal B. Determinants of out of pocket health expenditure in Turkey. 6th European Public Health Conference Brussels; 2013.

58. SGK Genelge 2012/2. Yeşil kart devri ve genel sağlık sigortası tescil işlemler [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr). Erişim tarihi: 27.07.2015.
59. SGK rehberi. Prim borcu olan Bağ-Kur'lunun eş ve çocuklarının tedavisi. <http://www.sgkrehberi.com/haber/13354>. Erişim tarihi: 27.07.2015 .
60. Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu. Hekimlerin değerlendirmesi ile performansa dayalı ödeme. Birinci Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2009.
61. Armour BS, Pitts MM, Maclean R, Cangialose C, Kishel M, Imai H, vd. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Arch Intern Med.* 2001;161(10):1261–6.
62. Werner RM, Konetzka RT, Polsky D. The effect of pay-for-performance in nursing homes: evidence from state Medicaid programs. *Health Serv Res.* 2013;48(4):1393–414.
63. Houle SKD, McAlister FA, Jackevicius CA, Chuck AW, Tsuyuki RT. Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care?: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2012;157(12):889.
64. Ryan A, Sutton M, Doran T. Does Winning a Pay-for-Performance Bonus Improve Subsequent Quality Performance? Evidence from the Hospital Quality Incentive Demonstration. *Health Serv Res.* 2014;49(2):568–87.
65. Kisa S, Kisa A. National health system steps in Turkey: concerns of family physician residents in Turkey regarding the proposed national family physician system. *Health Care Manag.* 2006;25(3):254–62.
66. Kaitelidou DC, Tsirona CS, Galanis PA, Siskou OC, Mladovsky P, Kouli EG, vd. Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy.* 2013;109(1):23–30.
67. Akbelen MM. Sağlık hizmetlerinde özelleşme ve Isparta ili üzerinde bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. [Isparta]: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2007.
68. Akıcı A , Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Dönertaş B, Alkan A. Assessment of Health Care Service in terms of Rational Use of Medicines Delivered to Patients in Primary Health Care Centres and Public Hospitals. *Turkish Family Physician.* 2015;6(1):30–9.
69. Uskun E, Uskun SB, Öztürk M, Kişioğlu AN. Sağlık Ocağına Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı. *Sted.* 2004;13(12):451–4.
70. Yapıcı G. Attitudes and behavior of drug usage in applicants to primary health care center. *Dicle Med J.* 2011;38(4):458–65.
71. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni.* 2006;25(3):33–41.
72. Çağlayan Ç, Hamzaoğlu O, Sevin E, Sondaş S. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Sağlık Ocakları Bölgelerinde Yaşayanlarda Sağlık Hizmetlerine Başvurular Etkileyen Etmenler. *Toplum Hekim Bül.* 2006;25(3):15–22.
73. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA. Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. *Turk J Emerg Med.* 2006;6(1):25–35.
74. Tuna GE, Akpınar E, Saatçi E. Bir Üniversite Hastanesine Başvuruları Etkileyen Faktörler. *Türk Aile Hek Derg.* 2006;10(3):103–7.

## **8 EKLER**

### **8.1. Veri Toplama Formu**

#### **8.1.1. Sosyodemografik Özellikler ve Hastalık Bilgisi Veri Toplama Formu**

**Anket No:**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NE AKUT KORONER SENDROM  
NEDENİYLE YATAN HASTALARDA KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI**

**Hastanın Adı Soyadı:**

**Hastanın TC Kimlik Numarası:**

**Hastanın telefon numarası:**

**Hasta yakınının Adı Soyadı:**

**Hasta yakınının telefon numarası:**

**Anket Formunun doldurulduğu tarih:**

### **SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE HASTALIK BİLGİSİ SORULARI**

**1) Cinsiyet:**            1)Erkek            2) Kadın

**2) Yaş:** .....

**3) Medeni durumu:**

1 ) Evli            2) Eşi ölmüş            3) Boşanmış ya da eşi ile ayrı            5) Bekar

**4) En son bitirdiğiniz okul hangisidir?**

1) Üniversite

2) Lise ve dengi okul

3) Orta okul / ilköğretim okulu

4) İlkokul

5) Bir okulu bitirmedim

**5) Sağlık güvencesiniz nedir?**

1) Emekli Sandığı      2) SSK      3) Bağkur      4) Yeşil kartım var / Primimi devlet ödüyor

5) Özel sağlık sigortam var      6) Sağlık güvencem yok      7) Diğer.....

**6) SSK, Emekli sandığı, bağkurunuz olmasının yanında ayrıca tamamlayıcı özel sağlık sigortanız var mı?**

1)Evet      2) Hayır

**7) Mesleğiniz nedir?** Kendiniz çalışmıyorsanız eşinizin mesleğini yazınız. Eşiniz yoksa ya da çalışmıyorsa evinizde en çok geliri bulunan kişinin mesleğini yazınız. (Emekliyseniz ya da şu an işsizseniz en son yaptığınız işi yazınız)

.....

- 1) İşsiz, çalışmayan ya da düzensiz işlerde çalışan
- 2) Mavi yakalı işçi, niteliksiz hizmet işçisi
- 3) Beyaz yakalı ya da yüksek nitelikli çalışan
- 4)Kendi hesabına çalışan
- 5) İşveren

**8) Nerede yaşıyorsunuz?** (Yılın 6 ayından daha uzun süre yaşamını geçirdiğiniz yer)

.....il merkezinde

..... ilçesinde

..... köyünde oturuyorum.

**9) Evinizde sizinle birlikte toplam kaç kişi yaşıyor?**

.....

**10) Evinizde yaşayan kişilerin toplam aylık gelirleri nedir?**

Aylık, üç aylık gibi maaşların bir aya karşılık gelen tutarları:.....

Kiralık konut, dükkan, arsa gelirlerinin bir aya karşılık gelen tutarları:.....

kişi, vakıf ya da kamudan sağlanan yardımların bir aya karşılık gelen tutarları:.....

Tanımlanmamış diğer gelirlerin bir aya karşılık gelen tutarları:.....

Toplam aylık ev halkı geliri: .....

**11) Düzenli olarak ilaç kullandığınız ya da kullanılması gereken ancak kullanmadığınız hekim tarafından tanı konulmuş AKS dışında bir hastalığınız var mı?**

a) Hastalığım yok

b) Hastalığım var (aşağıda belirtiniz)

- |                 |                            |                         |         |
|-----------------|----------------------------|-------------------------|---------|
| 1)Hipertansiyon | 2)Diyabet                  | 3) inme                 | 4) KOAH |
| 5) Kanser       | 6)Kronik böbrek yetmezliği | 7)Diğer belirtiniz..... |         |

**12) Kalp damarlarındaki darlığa bağlı kalp hastalığınız daha önceden var mıydı?**

a) Kalp hastalığım ilk kez ortaya çıktı

b) Önceden kalp hastalığım vardı (Aşağıda belirtiniz)

- 1) Kalp damarlarında darlık nedeniyle ilaç kullanıyordum
- 2) Önceden sadece anjiyo oldum
- 3) Kalp damarlarıma balon yaptılar (PTCA oldum)
- 4) Damarıma stent takmışlardı
- 5) Kalp damarlarımdan ameliyat oldum (Bypass ameliyatı oldum)

**13) Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne ilk ne zaman başvurduunuz?**

- 1)Hafta içi 08:00-17:00 saatleri arası
- 2) Hafta içi 17:01-07:59 saatleri arası
- 3) hafta sonu ya da resmi tatil

**14) Sağlığımızın kötüye gittiğini anladığımız zamandan ilk sağlık hizmetlerine başvurduğumuz zaman arasında geçen süre yaklaşık ne kadardır?**

- 1) 4 saatten az
- 2) 4 saat ve üzerinde ama 12 saatten az
- 3) 12 saat ve üzerinde bir süre

**15) Hekim tarafından ön tanı olarak düşünülmüş tanı (Hastane kayıtlarından elde edilecektir)**

- 1) Kararsız anjina
- 2) Non-ST segment yükselmeli miyokard infarktüsü
- 3) ST segment yükselmeli miyokard infarktüsü

**16) Yapılan tedavi ya da girişimler nedir?**

- 1) Sadece ilaç verildi
- 2) Normal ilaçların yanında damar açıcı ilaç da verildi
- 3) Anjio yaptılar ama balon yada stent takmadılar
- 4) Balon yaptılar
- 5) Stent taktılar

**17) Koroner yoğun bakımda kaç gün kaldınız? .....**

**18) Kardiyoloji servisinde kaç gün kaldınız? .....**

**19) Tedavi nasıl sonlandı ?**

- 1) Taburcu Oldu
- 2) Ameliyat önerildi (CABG)
- 3)Exitus
- 4) Tedaviyi reddetti

**20) Cepten sağlık harcamaları için yaptığınız ödemeyi nasıl gerçekleştirdiniz?**

- 1) Aylık gelirle
- 2) Banka hesabı (mevduat, fon, altın) gibi finansal birikimle
- 3) Geri ödemesiz yardımlarla (aile desteği, belediye yardımı, diğer kişiler gibi)
- 4) Yakınlardan borç ile (faizsiz)
- 5) Banka kredisi gibi faiz karşılığı borçlanma ile

### 8.1.2. Sağlık Harcamaları Veri Toplama Formu

Anket No:

Anket tarihi:

Hastanın Adı Soyadı:

Hastanın TC Kimlik Numarası:

Hastanın Telefon Numarası:

### DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE KARDİYOLOJİ BÖLÜMÜNDE

#### YATARKEN CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARI

HARCAMA ADI	VARSA TUTARI
Muayene ücreti	
Tahlil ücreti	
İlaçlı stent ücreti	
Tıbbi malzeme ücreti (Stent dışında)	
Sağlık dışı malzeme ücreti	
İlaç ücreti	
Özel oda ücreti	
Öğretim üyesi fark ücreti	
Hastane ücreti/hastane katkı payı	
<i><u>Hastanede yapılan Diğer Harcamalar</u></i>	

#### ECZANEDE ÖDENEN ÖDEMELER

HARCAMA ADI	VARSA TUTARI
REÇETE (toplam katkı payı tutarı)	
REÇETE Sigortanın ödemediği ilaç ücreti	

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KARDİYOLOJİ BÖLÜMÜNDEN  
TABURCU OLDUKTAN SONRA YAPILAN KALP NEDENLİ SAĞLIK  
BAŞVURUSU ÜCRETLERİ  
(KALP VE DAMAR CERRAHİSİNE DEVİR YA DA YENİDEN KARDİYOLOJİ BÖLÜMÜNE  
YATIŞTA DA BURASI DOLDURULACAK)**

Nereye başvurduunuz?.....

Şikayetiniz neydi?.....

Başvuru tarihi:.....

<b>SAĞLIK BAŞVURUSU ÜCRETLERİ</b>	
<b>HARCAMA ADI</b>	<b>VARSA TUTARI</b>
<b>Muayene ücreti</b>	
<b>Tahlil ücreti</b>	
<b>Tıbbi malzeme ücreti</b>	
<b>Sağlık dışı malzeme ücreti</b>	
<b>İlaç ücreti</b>	
<b>Ameliyat/Girişim ücreti</b>	
<b>Hastane ücreti/hastane katkı payı</b>	
<b><u>Hastanede yapılan diğer harcamalar</u></b>	
<b>REÇETİYİ ALIRKEN <u>Maaştan ya da elden alınan toplam katkı payları tutarı</u></b>	
<b>REÇETİYİ ALIRKEN <u>Sigortanın ödemediği ilaç ücreti</u></b>	



### 8.1.3. Kalitatif Veriler İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

#### Öğretim Üyesi/Asistan Derinlemesine Görüşme Soruları

- 1) Akut Koroner Sendrom (AKS) ön tanısıyla bir hasta yoğun bakıma veya servise yatırıldığında nasıl bir süreç işliyor? Kısaca tanımlayabilir misiniz?
- 2) AKS hastalarının yaptığı cepten sağlık harcamaları hakkında ne düşünüyorsunuz?  
Ne düzeydedir?  
Hangi başlıklarda daha çok olmaktadır (ilaç, doktor, tetkik vb)  
Bunun ailelerin sağlığına etkisi neler olabilir?
- 3) AKS hastalarının yaptığı cepten sağlık harcamaları hakkında Hastane Yönetiminin tutumu konusunda bize bilgi verebilir misiniz?  
Performansa dayalı ödeme veya döner sermaye uygulamaları  
Faturalama sistemi  
Malzeme temini
- 4) AKS hastalarının yaptığı cepten sağlık harcamaları hakkında Anabilim Dalının tutumu konusunda bize bilgi verebilir misiniz?  
Öğretim üyesinin yaklaşımı  
Asistan yaklaşımı  
Hemşire yaklaşımı  
Sekreteryaya yaklaşımı
- 5) AKS hastalarının yaptığı cepten sağlık harcamaları hakkında SGK'nın tutumu konusunda ne düşünüyorsunuz?
- 6) AKS hastalarında cepten sağlık harcamalarının nedenleri sizce neler olabilir?  
hastane tercihi  
hasta psikolojisi  
hekimlerin tutumu  
hastane yönetimi  
SGK politikaları  
ulusal sağlık politikası
- 7) AKS hastalarının yaptığı cepten sağlık harcamalarının azaltılmasında yapılması gereken uygulamalar sizce neler olabilir?

### **Hastane Yönetimi Derinlemesine Görüşme Soruları**

- 1) Hastane yönetiminde çalışan bir kişi olarak burada yaptığınız işi bana kısaca tanımlayabilir misiniz?
- 2) Hastanemize yatan Akut Koroner Sendrom (AKS) hastalarının yaptığı cepten sağlık harcamaları hakkında ne düşünüyorsunuz?
  - Ne düzeydedir?
  - Hangi başlıklarda daha çok olmaktadır (ilaç, doktor, tetkik vb)
  - Bunun ailelerin sağlığına etkisi neler olabilir?
- 3) AKS hastalarının yaptığı cepten sağlık harcamaları hakkında Hastane Yönetiminin tutumu konusunda bize bilgi verebilir misiniz?
  - Performansa dayalı ödeme veya döner sermaye uygulamaları
  - Faturalama sistemi
  - Malzeme temini
- 4) AKS hastalarının yaptığı cepten sağlık harcamaları hakkında Kardiyoloji Anabilim Dalının tutumu konusunda ne düşünüyorsunuz?
  - Öğretim üyesinin yaklaşımı
  - Asistan yaklaşımı
  - Hemşire yaklaşımı
  - Sekreteryaya yaklaşımı
- 5) AKS hastalarının yaptığı cepten sağlık harcamaları hakkında SGK'nın tutumu konusunda ne düşünüyorsunuz?
- 6) AKS hastalarında cepten sağlık harcamalarının nedenleri sizce neler olabilir?
  - hastane tercihi
  - hasta psikolojisi
  - hekimlerin tutumu
  - hastane yönetimi
  - SGK politikaları
  - ulusal sağlık politikası
- 7) AKS hastalarının yaptığı cepten sağlık harcamalarının azaltılmasında yapılması gereken uygulamalar sizce neler olabilir?

### **Hastalarla Derinlemesine Görüşme Soruları**

- 1) Kalp hastalığı tanısıyla hastaneye yattıktan sonra geçen süreci kısaca anlatabilir misiniz?
- 2) Yaptığınız cepten sağlık harcamaları hakkında ne düşünüyorsunuz?  
Ne düzeydedir?  
Hangi başlıklarda daha çok olmaktadır (ilaç, doktor, tetkik vb)  
Bunun ailelerin sağlığına etkisi neler olabilir?
- 3) Yaptığınız cepten sağlık harcamaları hakkında hastanenin tutumu konusunda ne düşünüyorsunuz?  
Öğretim üyesinin yaklaşımı  
Asistan yaklaşımı  
Hemşire yaklaşımı  
Hasta Bakıcı yaklaşımı  
Sekreteryaya yaklaşımı  
Hastane Başhekimliği, Yönetiminin yaklaşımı
- 4) Yaptığınız cepten sağlık harcamaları hakkında Sağlık Bakanlığının ve SGK'nın tutumu konusunda ne düşünüyorsunuz?
- 5) AKS hastalarında cepten sağlık harcamalarının nedenleri neler olabilir?  
hastane tercihi  
hasta psikolojisi  
hekimlerin tutumu  
hastane yönetimi  
SGK politikaları  
ulusal sağlık politikası
- 6) AKS hastalarının yaptığı cepten sağlık harcamalarının azaltılmasında yapılması gereken uygulamalar sizce neler olabilir?

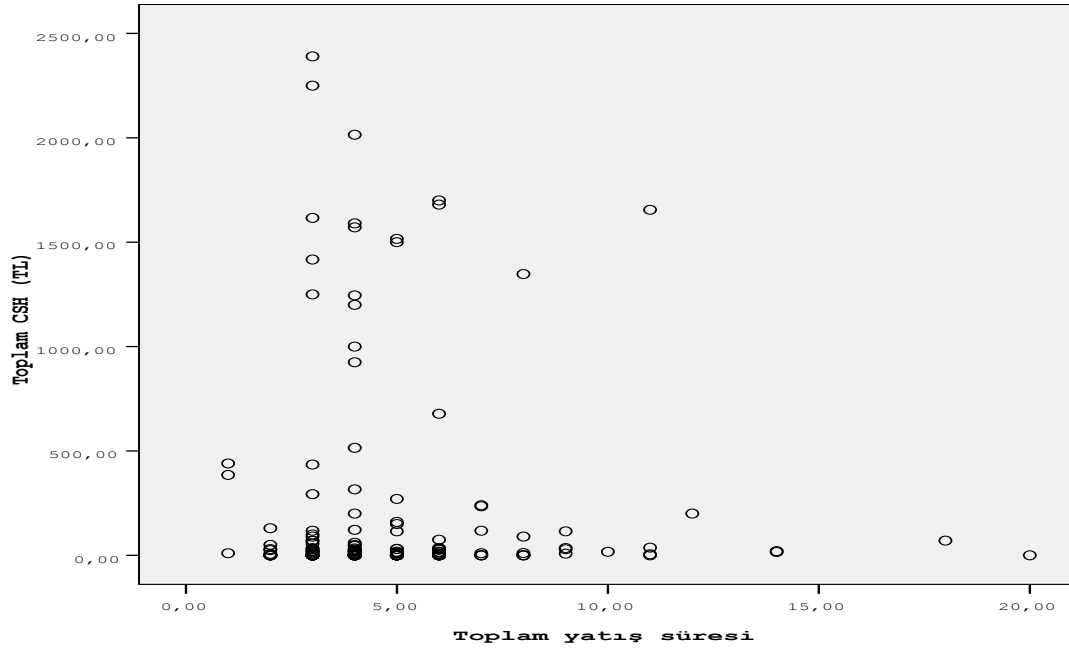
## 8.2. Etik Kurul Onay Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/30-32	Tarih: 25.09.2014
	Doç.Dr.Bülent KILIÇ'ın sorumlusu olduğu "Dokuz Eylül Üniversitesi'ne Akut Koroner Sendrom Nedeniyle Yatan Hastalarda Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Buna Etki Eden Etmenler" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
<b>ETİK KURUL ÜYELERİ</b>		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

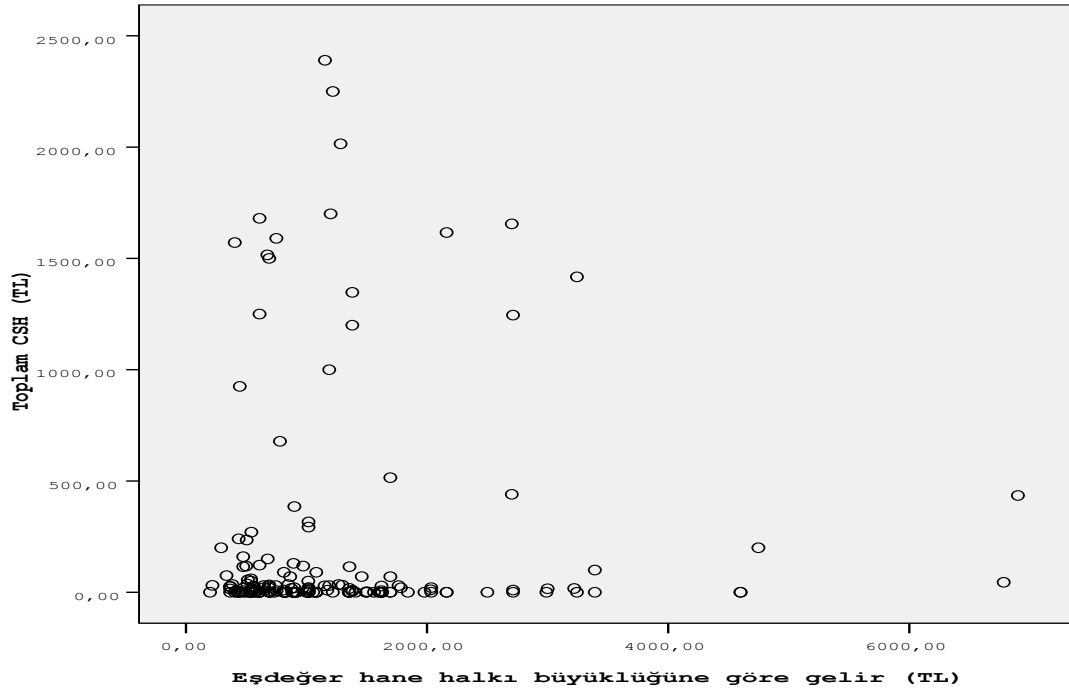
### 8.3. Ek Analizler

Şekil 1. Toplam CSH ile Hastane Toplam Yatış Süresi ile İlişkisi



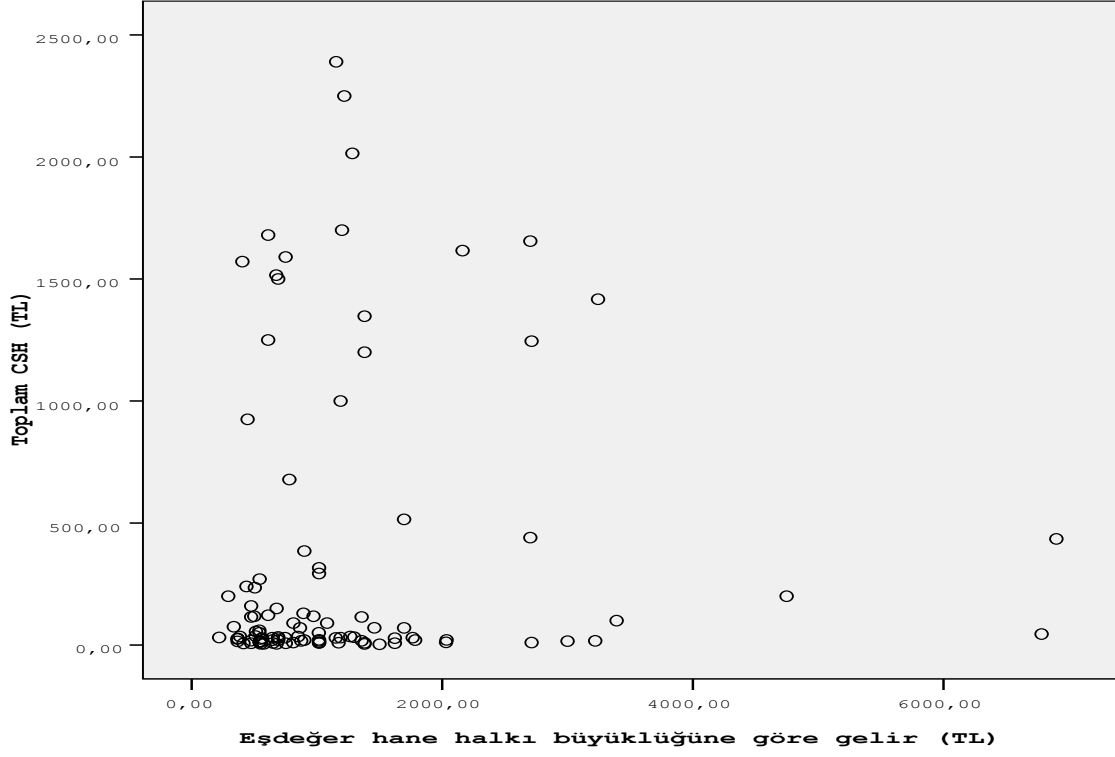
Spearman's rho: 0.079, p: 303, n:173

Şekil 2. CSH ile Eşdeğer Hane Halkı Büyüklüğüne Göre Gelir Arasındaki İlişki



Spearman's rho: -0.057, p: 0.458, n:173

**Şekil 3. CSH'si Olan Hastalarda CSH ile Eşdeğer Hane Halkı Büyüklüğüne Göre Gelir Arasındaki İlişki**



Spearman's rho:0.080, p: 0.425, n: 102

#### 8.4. Kardiyovasküler hastalıklar ve Katastrofik Sağlık Harcamaları Literatür Özeti

Yazar	Araştırma Adı	Araştırma tipi, yeri, zamanı	Örnek büyüklüğü	Önemli bulgular
Meena Daivadanam vd.	Catastrophic health expenditure & coping strategies associated with acute coronary syndrome in Kerala, India	Kesitsel 6 aylık harcamalar, Kerala, Hindistan 2008	210 AKS hastası	KSH % 84
Khurshid Alam vd.	The economic burden of angina on households in South Asia	Kesitsel World Health Survey Data veri tabanı (Bangladeş, Hindistan, Nepal, Sri Lanka) 2002-2003	Bangladeş 5,942 hanehalkı-736 eşleştirilmiş hane, Hindistan 10,692 hanehalkı 1118 eşleştirilmiş hane, Nepal 8,822 hanehalkı 597 eşleştirilmiş hane, Sri Lanka 6,805 hane halkı 320 eşleştirilmiş hane	Hindistan, Nepal ve Sri Lanka için anjina olan eşleştirilmiş hane halklarına göre anlamlı olarak KSH yapılmıştır ( $p<0.05$ ). Ancak Bangladeş için anjina olan eşleştirilmiş haneler için bulunan fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).
Mark D. Huffman vd.	A cross-sectional study of the microeconomic impact of cardiovascular disease hospitalization in four low- and middle-income countries	Kesitsel 15 aylık harcama, Arjantin, Çin, Hindistan, Tanzanya 2008-2009	Arjantin 367, Çin 290, Hindistan 500, Tanzanya 498 Kardiyovasküler hastalığa sahip olan hastalar	Çin, Hindistan ve Tanzanya'da KSH %50'den fazla