T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN HASTALARDA CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARI

DUYGU İŞLEK

HALK SAĞLIĞI YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2015

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970040

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN HASTALARDA CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARI

HALK SAĞLIĞI YÜKSEK LİSANS TEZİ

DUYGU İŞLEK

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Bülent KILIÇ

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970040

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Yüksek Lisans programı öğrencisi Duygu İŞLEK, **'Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne Başvuran Hastalarda Cepten Sağlık Harcamaları'** konulu Yüksek Lisans tezini 21.04.2015 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Prof. Dr. Bülent KILIÇ
BAŞKAN
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. O. Alparslan ERGÖR
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Belgin ÜNAL
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Hatice ŞİMŞEK KESKİN
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yücel DEMİRAL
YEDEK ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Semih ŞEMİN
YEDEK ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER **Sayfa No**

İÇİNDEKİLER …….. i
TABLO DİZİNİ …….. ii
ŞEKİL DİZİNİ …….. iii
KISALTMALAR …….. iv
TEŞEKKÜR …….. v
ÖZET …….. 1
ABSTRACT …….. 3
1.GİRİŞ VE AMAÇ …….. 4
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi …….. 4
1.2.Araştırmanın Amacı …….. 5
1.3.Araştırmanın Hipotezleri …….. 6
2. GENEL BİLGİLER …….. 7
3.GEREÇ VE YÖNTEM …….. 13
3.1.Araştırmanın Tipi …….. 13
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı …….. 13
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi …….. 13
3.4.Çalışma Materyali …….. 14
3.5.Araştırmanın Değişkenleri …….. 14
3.6.Veri Toplama Araçları …….. 18
3.7.Araştırma Planı …….. 18
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi …….. 19
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları …….. 20
3.10.Etik Kurul Onayı …….. 21
4.BULGULAR …….. 22
5.TARTIŞMA …….. 39
6.SONUÇ VE ÖNERİLER …….. 47
7.KAYNAKLAR …….. 49
8.EKLER …….. 53

TABLOLAR DİZİNİ

			Sayfa No
Tablo 1	Araştırma örneğinde ulaşılan, katılımı reddeden, ulaşılamayan ve araştırma dışı kalanların oranı	.....	14
Tablo 2	Araştırma grubunun cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, mesleksel sınıf ve öğrenim durumuna göre dağılımı	.....	23
Tablo 3	Araştırma grubundaki kişilerin ilaç, tetkik, muayene için yaptıkları sağlık harcaması tutarları	.....	24
Tablo 4	Araştırma grubunda tanıya göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları	.....	25
Tablo 5	Araştırma grubunda cinsiyete göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları	.....	27
Tablo 6	Araştırma grubunda yaş gruplarına göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları	.....	28
Tablo 7	Araştırma grubunda medeni duruma göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları	.....	29
Tablo 8	Araştırma grubundaki kişilerin mesleksel sınıfına göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları	.....	30
Tablo 9	Araştırma grubundaki kişilerin öğrenim durumuna göre kişi başına cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları	.....	31
Tablo 10	Araştırma grubundaki kişilerin sağlık güvencesi varlığına göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları	.....	32
Tablo 11	Araştırma grubundaki kişilerin özel sağlık sigortası varlığına göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları	.....	33
Tablo 12	Araştırma grubundaki kişilerin cepten ödedikleri tutarı karşılamada kullandıkları kaynağa göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları	.....	34
Tablo 13	Araştırma grubundaki kişilerin eşdeğer hane halkı gelir gruplarına göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları	.....	35
Tablo 14	Araştırma grubunda tanı, meslek ve gelire göre cepten sağlık harcamaları	.....	37
Tablo 15	Bağımsız değişkenlere göre araştırma grubunun eşdeğer gelir ortalamaları	.....	38

ŞEKİLLER DİZİNİ **Sayfa No**

Şekil 1	Araştırmanın Zaman Çizelgesi	…….	19
Şekil 2	Toplam cepten sağlık harcamalarının ilaç, tetkik ve muayene harcamalarına göre dağılımı	…….	26
Şekil 3	Araştırma grubunun toplam sağlık harcamaları dağılımı	…….	36

KISALTMALAR

DEÜ	……	Dokuz Eylül Üniversitesi
OoP	……	Out-of-pocket
SGK	……	Sosyal Güvenlik Kurumu
GSS	……	Genel Sağlık Sigortası
OECD	……	Organisation for Economic Co-operation and Development
ABD	……	Amerika Birleşik Devletleri
DALY	……	Diability Adjusted Life Years
YLD	……	Years Lived with Disability
GA	……	Güven Aralığı

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı Yüksek Lisans tezimde emeği geçen danışman hocam Prof. Dr. Bülent Kılıç'a, Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Berna Binnur Akdede'ye, tezin veri toplama aşamasında psikiyatri polikliniğinde görevli olan Araş. Gör. Dr. Emre Mısır'a, Araş. Gör. Dr. Berkant Sağır'a, Araş. Gör. Dr. Saygın Demir'e, asistanlık ve yüksek lisans eğitimim süresince bana kattıkları bilgi birikimleri ve emekleri için Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma ve dostlukları için tüm asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne Başvuran Hastalarda Cepten Sağlık Harcamaları

Duygu İşlek

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,duyguislek@hotmail.com

Amaç: Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne Temmuz 2014 tarihinde başvuran hastaların bu başvuru nedeniyle yaptıkları cepten sağlık harcamalarının ve etki eden etmenlerin saptanmasıdır.

Yöntem: Kesitsel tipte olan çalışmanın araştırma grubunu Temmuz 2014'te DEÜ Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran 'Psikoz, Bipolar Affektif Bozukluk ve Anksiyete' tanılı hastaların tümü oluşturmaktadır. Bağımlı değişken psikiyatrik hastalık nedeniyle reçete, tetkik ve muayene için yapılan cepten harcamalar; bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, mesleksel sınıf, sağlık güvencesi, özel sağlık sigortası, eşdeğer gelir ve maliyeti karşılamada kullanılan kaynaktır. İstatistiksel analizlerde t testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Kolmogorov Smirnov, Korelasyon, Lineer Regresyon, Varyans Analizi ve Lojistik Regresyon kullanılmıştır.

Bulgular: Yüz doksan bir hasta ile görüşülmüştür. Hastaların tamamı cepten harcama yapmıştır. Kişi başına düşen ortalama cepten sağlık harcaması bir aylık dönem için 14.1 TL'dir. Cepten yapılan harcamalar ortalama olarak muayeneler için 6.0 TL ilaç için 4.7 TL, tetkik için 3.4 TL'dir. Hastaların yaptıkları toplam cepten sağlık harcamalarının en büyük kısmını (%43) muayene, ikinci sırada ilaç (%33) ve sonuncu olarak tetkik harcama tutarları (%24) oluşturmaktadır. Kişilerin yaptıkları cepten sağlık harcamaları ortalamalarında kişilerin psikiyatrik tanılarına göre anlamlı fark saptanmıştır. Ayrıca sağlık güvencesi olmayan ve sağlık harcamalarını borç ile karşılayan kişilerde yapılan cepten sağlık harcamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Cepten harcamalarda muayene ve ilaç harcamaları ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle psikiyatri hastalarında muayene ve ilaç katkı payı

uygulaması yeniden düzenlenmelidir. Ayrıca bu hastalarda herkese tam bir sağlık güvencesi sağlanmalı ve bu grupta cepten harcamalar konusunda ileriye dönük izlem çalışmaları yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Cepten sağlık harcaması, sağlık güvencesi, sigorta, psikiyatri hastaları

SUMMARY

Out-Of-Pocket Health Expenditures Of Psychiatry Patients in Dokuz Eylul University Hospital

Duygu İşlek

Dokuz Eylul University Medical Faculty, Department of Public Health duyguislek@hotmail.com

Introduction: The aim of this study is to define the out-of-pocket (OoP) health expenditures and its determinants among psychiatric patients in Dokuz Eylul University (DEU) Hospital in Turkey.

Method: The study group of this cross-sectional study are the patients who admitted to the DEU Psychiatry Clinic during June 2014 with the diagnosis of 'psycosis, bipolar disorder and anxiety'. Dependent variable is OoP payments for prescription, diagnostic tests and examinations. Independent variables are age, gender, marrital status, education level, occupational class, health insurance, private insurance, income and the source for paying the costs. Students t test, Mann Whitney U test, Kolmogrov Smirnov, Correlation, Linear Regression, Analysis of Variance, and Logistic Regression is used for statistical analysis.

Findings: One hundred and ninety one patients were interviewed. The mean OoP payment per month was 14.1 TL. Mean Oop payment for examination was 6.0 TL, for prescription 4.7 TL, for laboratory 3.4 TL. Total OoP payments were highly consisted of examination payments (43%), second medicine (33%) and last laboratory payments (24%). There was significant difference in OoP payments according to diagnosis. OoP payments of people without health insurance and people who used debit for payments were significantly higher than others.

Conclusion: It can be seen that examination and medicine payments are important for OoP payments. Therefore, these payments should be cancelled. In addition all the pschiatric patients should be covered with total health insurance and further follow up studies should be conducted for these patients.

Key words: Out-of-pocket payment, health expenditures, health insurance, psychiatric patients

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bireyler yaşamları boyunca gelir kayıplarına uğramalarına yol açabilecek bazı sosyal risklerle karşılaşabilir. Sosyal güvenlik, kişilerin karşı karşıya kalmış oldukları bu tip sosyal riskler nedeniyle geliştirilen bir uygulamadır ve "mesleki, fizyolojik ve sosyo-ekonomik riskten ötürü geliri veya kazancı sürekli ya da geçici olarak kesilmiş kimselerin geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını karşılayan bir sistem" olarak tanımlanır [1]. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde geçen "her şahsın, gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır'' maddesi sosyal güvenliğin tanımına uygundur [2]. Sosyal güvenlik, kişileri mesleki, fizyolojik ve sosyo-ekonomik riskler dolayısıyla karşı karşıya kaldıkları tehlikelere ve zararlara karşı korumayı hedeflemektedir.

Bu bağlamda sigorta, insanların yaşamlarında karşılaşacakları zarar ve masrafa neden olan olayların sosyal ve ekonomik sonuçlarından kendilerini korumak için önceden tedbir alma ihtiyaçlarından doğmuştur [3]. Kişilerin karşılaşabilecekleri riskler içerisinde önceden tahmin edilebilir nitelikte olmayan ve genellikle ciddi sonuçları olan riskler hastalıklar ve kazalardır. Hastalıklar nedeniyle doğan sağlık hizmeti ihtiyacı ve maddi bedeli önceden belirlenebilir nitelikte değildir. Bu nedenle sağlık hizmetleri kullanımı bireyler ve ev halkları üzerinde öngörülemeyecek finansal yük yaratabilmektedir [4, 5]. Sağlık ve sağlık hizmetlerinin niteliği gereği çoğu zaman bu finansal yük bireylerin karşılayabileceği boyutların çok üzerinde olup üçüncü tarafın müdahalesi olmadığı takdirde kişinin gerçek sağlık hizmeti ihtiyacından daha az hizmet alması ile sonuçlanabilir [6, 7]. Tüm bu gerekçelerle birçok ülkede zorunlu sosyal sağlık sigortası ihtiyacı doğmuştur.

Ülkemizde bireylerin sosyal sağlık sigortası Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü tarafından sağlanmakta iken 20.05.2006 tarihli 5502 sayılı Kanunla bu kurumlar aynı çatı altında toplanarak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanlığı kurulmuştur [8]. Bu sistem ile tüm kurumlar birleştirilmiş ve kişiler 'Genel Sağlık Sigortası' (GSS) adı altında sağlık harcamaları için sigortalanmışlardır.

Genel Sağlık Sigortası sisteminde alınan sağlık hizmetinin finansmanının bir kısmı da bireyler ve ev halkları tarafından daha çok katkı payı ödemeleriyle yani cepten ödemelerle karşılanmaktadır. Bu kategorideki ödemeler, bireylerin herhangi bir mal ve hizmeti satın alması durumunda bir geri ödeme kurumu ya da devlet tarafından ödenmeyen ve ceplerinden doğrudan yaptıkları ödemelerdir [3]. Başka bir tanımla ifade edilirse, cepten sağlık harcaması, birey tarafından yapılan doğrudan sağlık harcamaları ve katkı paylarının toplamıdır [4]. Doğrudan ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri ihtiyacı bir sağlık güvencesi programı tarafından karşılanmadığı durumlarda, hizmet bedeli için yapılan ödemelerdir. Katkı payı ise, bir sağlık güvencesi programı kapsamında olan bireylerin aldıkları sağlıkla ilgili mal veya hizmet bedelinin sabit bir miktarı için yaptıkları ödemedir [9] [4]. Cepten sağlık harcamalarına yeme-içme, ulaşım ve diğer dolaylı ödemeler katılmamaktadır. Ev halkı gelirinden karşılanan bu ödemeler yoksulluğa neden olabilmekte ya da gereksinim duyulduğu halde sağlık hizmetine ulaşmaya engel oluşturabilmektedir [7].

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 1 ve 2 No'lu Psikoz, Bipolar Affektif Bozukluk ve Anksiyete Polikliniği'ne 1-31 Temmuz 2014 tarihleri arasında başvuran hastaların araştırma esnasındaki başvurularında psikiyatrik hastalıkları nedeniyle yaptıkları cepten sağlık harcamalarının belirlenmesi ve bu harcamalara etki eden etmenlerin saptanmasıdır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

i) Psikiyatrik hastalığı nedeni ile sağlık hizmeti almak için başvuran kişinin yapacağı cepten sağlık harcaması ile sağlık güvencesi olup olmaması arasında ilişki vardır.

ii) Psikiyatrik hastalığı nedeni ile sağlık hizmeti almak için başvuran kişinin yapacağı cepten sağlık harcaması ile psikiyatrik hastalık tanısı arasında ilişki vardır.

iii) Psikiyatrik hastalığı nedeni ile sağlık hizmeti almak için başvuran kişinin cepten sağlık harcamalarını karşılamak için kullanacağı kaynak ile yaptığı cepten sağlık harcaması miktarı arasında ilişki vardır.

iv) Psikiyatrik hastalığı nedeni ile sağlık hizmeti almak için başvuran kişinin yapacağı cepten sağlık harcaması ile kişinin mesleksel sosyal sınıfı ve aylık geliri arasında ilişki vardır.

v) Psikiyatrik hastalığı nedeni ile sağlık hizmeti almak için başvuran kişinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile yaptığı cepten sağlık harcaması arasında ilişki vardır

2. GENEL BİLGİLER

Dünyada Cepten Sağlık Harcamaları

Tüm dünyada sağlık harcamaları giderek artmaktadır. OECD ülkelerinde, kişi başı sağlık harcamaları 2000-2009 döneminde, her yıl yaklaşık %4 oranında artış göstermiştir. Avrupa dışındaki ülkelerde sağlık harcamaları, özellikle Kanada ve ABD'de, artış hızı azalsa bile, artmaya devam etmektedir. Yapılan cepten harcamalar bazı ülkelerde sağlık hizmetlerine erişiminin önünde engeller oluşturmaktadır. OECD ülke verilerine göre ortalama olarak, sağlık harcamalarının %20'si doğrudan hastalar tarafından ödenmektedir. Bu oran Hollanda'da ve Fransa'da %10'un altındayken Şili, Kore ve Meksika'da %35'in üzerine kadar çıkabilmektedir [10].

Dünya çapında 86 ülkede yapılmış 108 araştırmanın sonuçlarının incelenmesi sonucu ev halklarının yaklaşık %13'ünün ev halkı gelirinin %20'sini aşan yüksek düzeyde sağlık harcamalarına maruz kaldığı ve bazı ülkelerde hane halklarının %5'inin bu nedenle yoksullukla karşı karşıya kaldığı bulunmuştur [11]. Bu nedenle politika üretenler için birey ve hane halklarını sağlık harcamaları nedeniyle yoksulluktan korumak uzun dönemdir üzerinde durulan önemli bir sorundur [12] [11].

Türkiye'de Cepten Sağlık Harcamaları

Cepten Sağlık Harcamaları Türkiye'de 2001-2012 yılları arasında 2.8 Milyar TL'den 11.7 Milyar TL'ye yükselerek 5 kat artış göstermiştir [13] [14]. Ayrıca ev halklarının yaptığı aylık ortalama cepten sağlık harcamaları değerlendirildiğinde 2003 yılında 17.1 TL'den 2009 yılında 21.1 TL'ye yükseldiği saptanmıştır [15]. Bu miktar yıllık harcama olarak hesaplandığında kişi başı 253 TL'dir. Ancak cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı, sağlık harcamalarındaki hızlı artış nedeniyle 2002 yılında %19.8 iken 2012 yılında %15.4'e düşmüştür [16].

Kronik Hastalıklar ve Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, bir başka deyişle kronik hastalıklar, tüm dünyada en önemli hastalık yüküdür. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalık nedenli ölümler artmaktadır. 1990 yılında ölümlerin %40'ı gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşirken bu oran 2008 yılında %80'e yükselmiştir [17]. Dünyada her yıl 36 milyon kişi bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölmektedir ve 29 milyon ölüm düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedenli söz konusu ölümlerin 9 milyondan fazlası 60 yaş altında gerçekleşmektedir ve bu erken ölümlerin %90'ı da yine düşük ve orta gelirli ülkelerde olmaktadır [18-22]. Kardiyovasküler hastalıklar ve akıl sağlığı hastalıklarının maliyetinin önümüzdeki yirmi yıl içerisinde 21 trilyon dolara varacağı tahmin edilmektedir [23]. Bulaşıcı olmayan hastalıklar yüksek düzeyde yeti yitimine göre uyarlanmış yaşam yılı kaybına neden olmakla birlikte, özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde bu kaybın artması beklenmektedir. 2030 yılında bulaşıcı olmayan hastalık nedenli ölümlerin orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre yaklaşık 8 kat fazla olacağı öngörülmektedir [24].

Bulaşıcı olmayan hastalıklar yoksullukla yakından ilişkilidir. Özellikle düşük sosyoekonomik koşullar altında yaşayan dezavantajlı gruplarda sağlık hizmetlerine ulaşım kısıtlı olduğundan bulaşıcı olmayan hastalık sıklığı ve ölümler daha sık görülmektedir. Ev halkları bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle sağlık hizmeti almak için yüksek sağlık harcamaları yapmaya zorlanmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların uzun ve pahalı tedavi gerektiren yüksek maliyeti ya da ev halkının geçimini sağlayan aile reisinin bu hastalıklar nedeniyle erken ölümü her yıl milyonlarca insanı yoksulluğa sürüklemektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin maliyetin sağlık güvencesi ile karşılanması yüksek gelirli ülkelerde düşük gelirli ülkelere göre yaklaşık dört kat daha fazladır. Sağlık güvencesi kapsamı yeterli olmayan ülkeler bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik evrensel korunma ve tedavi yöntemlerine ulaşmada yetersiz kalmaktadır [25] [26].

Psikiyatrik hastalıklar bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli bir grubunu oluşturmaktadır. Dünyada 450 milyondan fazla kişinin psikiyatrik hastalığı olduğu tahmin edilmektedir [27]. Mental ve nörolojik hastalıkların 2004 yılında küresel hastalık yükünün %13'ünü oluşturduğu bulunmuştur. Depresyon tek başına %4.3'lük küresel hastalık yükü oluşturmaktadır. Özellikle kadınlar için depresyon, %11'lik yeti yitimi ile geçirilen yıl kaybı ile tek başına en çok yeti yitimi yapan hastalıklardan biridir [28] [29]. Küresel Hastalık Yükü çalışmasına göre 1990 ve 2010 yıllarında majör depresyon en çok yeti yitimi yapan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almıştır [21]. Yeti yitimine göre uyarlanmış yaşam yılı kaybına göre ise unipolar depresyon %3.8'lik DALY (Disability Adjusted Life Year) ile üçüncü sırada yer almaktadır [21]. Nöropsikiyatrik hastalıklar Avrupa'da, kardiyovasküler hastalıklar (%26.6) ve kanserlerden (%15.4) sonra %15.2'lik DALY kaybı ile en çok yaşam yılı kaybı yapan hastalıklar arasında üçüncü sıradadır. Yeti yitimi ile geçen yıllar (YLD) değerlendirildiğinde ise unipolar depresyon tek başına %11'lik YLD ile Avrupa'da yeti yitimine neden olan kronik durumlar arasında birinci sırada yer almaktadır. Anksiyete Bozuklukları ise yüzde dört YLD ile altıncı sıradadır. Psikoz %1.8 ile 15. sırada, bipolar bozukluk %1.6 ile 17. sırada yer almaktadır [21, 24, 30]. İki bin otuz yılında unipolar depresyonun HIV ve iskemik kalp hastalığı ile birlikte küresel hastalık yükünde ilk üç sırada olacağı tahmin edilmektedir [23]. Psikiyatrik hastalığı olan kişilerde yeti yitimi ve mortalite oranları yüksektir. Depresyon ve şizofreni hastalarında %40-60 oranında erken ölüm görülebilmektedir. Psikiyatrik hastalıkların kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve HIV ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, depresyonun kalp krizi ve diyabet riskini arttırdığına dair kanıtlar vardır [29]. Psikiyatrik hastalıklar ayrıca önemli ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda dünya genelinde 2011-2030 yılları arasında psikiyatrik hastalıklar nedeniyle ekonomik kaybın 16.3 milyon ABD doları olacağı tahmin edilmektedir [28] [31].

Türkiye'de Psikiyatrik Hastalık Epidemiyolojisi

Ülkemizde psikiyatrik hastalıklara yönelik 1960'lara gelinceye dek yalnızca kurum içi kayıtlara dayalı çalışmalar yapıldığı, alan araştırmalarının ise 1960'lardan sonra başladığı görülmektedir. 1975'lerden sonra ise genel olarak psikiyatrik bozukluklar epidemiyolojisi üzerine yöntemi güvenilir, standart tanı ölçek ve ölçütlerinin kullanıldığı araştırmalar yapılmıştır. Türkiye'de il, bölge veya ülke düzeyinde geniş ölçekli çalışmalar ise 1990 sonrası dönemde gerçekleştirilmiştir [32] [33]. 1996 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda herhangi bir ruhsal bozukluk yaygınlığı %17.2 olarak bildirilmiş, alkol bağımlılığı dışında tüm bozuklukların yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur [33, 34]. 2004 yılında, Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'nda ise kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir [35]. Cinsiyete göre yeti yitimi ile yaşanan yıllara (YLD) sebep olan ilk 20 neden arasında erkeklerde beş psikiyatrik hastalığın, kadınlarda dört psikiyatrik hastalığın (birinci sırada unipolar depresyon olmak üzere) yer aldığı saptanmıştır [35]. Son olarak 2012 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre 15 yaş ve üzeri nüfusta akıl hastalığı sıklığı %11.7 bulunmuştur. Depresif bozukluk sıklığı %9.3, somatizasyon bozukluğu sıklığı %5.0, panik bozukluk sıklığı %1.6 bulunmuştur [36].

Psikiyatrik Hastalıklarda Cepten Harcamalar

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir hastalık yükü oluşturan psikiyatrik hastalıkların tanı koyma süreci uzundur, çok sayıda başvuru ve düzenli kontrol muayenesi gereklidir. Dolayısıyla psikiyatrik hastalıklar birey ve ailelere önemli finansal yük getirmektedir. Buna rağmen birçok ülkede akıl sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçe yoktur ya da sınırlıdır. Yüz doksan bir ülkenin akıl sağlığı hizmetlerine ayırdığı bütçenin araştırıldığı bir çalışmada ülkelerin %32'sinde akıl sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçe olmadığı saptanmıştır. Söz konusu 191 ülkenin

%16.4'ünde akıl sağlığı hizmeti finansmanı ise cepten sağlık harcamaları ile karşılanmaktadır [37]. Düşük ve orta gelirli ülkelerde cepten sağlık harcamaları yüksek gelirli ülkelere göre daha yüksek bulunmuştur [37]. Cepten sağlık harcamaları akıl sağlığı hizmetlerine erişimi azaltmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün akıl sağlığı hizmetlerinin finansmanına yönelik verilerine göre Afrika Bölgesi'nde ülkelerin %36'sı, Güneydoğu Asya'da ülkelerin %30'u, Doğu Akdeniz'de ülkelerin %22'si, Amerika kıtasının %13'ü ve Batı Pasifik'te ülkelerin %11'i akıl sağlığı hizmeti finansmanını cepten sağlık harcamaları ile karşılamaktadır [31]. ABD'de yaklaşık 1,000 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada depresyonu olan bir grup ve depresyon dışında bir kronik hastalığı olan başka bir grup karşılaştırılmıştır. Toplam sağlık finansmanı değerlendirildiğinde, depresyonu olan yaklaşık 150 kişilik grupta, olmayan yaklaşık 810 kişiye göre cepten harcama oranı, daha yüksek bulunmuştur. Depresyonu olan grupta cepten sağlık harcamalarının tüm sağlık harcamaları içindeki oranı yaklaşık %30 olarak saptanırken, başka bir kronik hastalığı olan grupta yaklaşık %15'tir. Kronik hastalığı olan gruptan seçilen bir alt grupla, depresyonu olan grubun cepten sağlık harcamaları bir yıl için 676 ABD $ ve 682 ABD $ olarak benzer miktarda bulunmuştur. Dolayısıyla, depresyonu olmanın cepten yapılan harcama maliyetinin kronik başka bir hastalığın maliyetine çok yakın olduğu gösterilmiştir [38]. ABD'de yapılan başka bir araştırmada ise aile bireylerinden en az biri psikiyatrik problem yaşıyor ise aylık ortalama cepten sağlık harcamalarının % 37'sinin psikiyatrik hastalık nedeniyle yapıldığı ortaya konmuştur [39].

Katastrofik Sağlık Harcamaları

Hane halklarının akıl sağlığı ya da herhangi bir sağlık problemi nedeniyle cepten yapmaları gereken sağlık harcamaları bütçelerini aşıyor veya önemli bir kısmını tüketiyorsa, yaşam standartlarındaki bozulmaya yol açabilir. Bu duruma "katastrofik" (yıkıma yol açan) sağlık harcaması denilmektedir [40, 41]. Temel olarak, kişiler cepten yaptıkları sağlık harcamaları nedeni ile gıda, barınma gibi zorunlu harcamalarında kesinti yapmak zorunda kalıyorlarsa, bu tür harcamaların katastrofik

nitelik taşıdığı söylenebilmektedir [12][11]. Cepten yapılan sağlık harcaması çok yüksek olmasına rağmen eğer hane halkı gelirinin veya tüketiminin belli bir eşik değerine ulaşmıyorsa bu harcama katastrofik olarak değerlendirmez. Türkiye'de Hane Halkı Sağlık Harcamaları verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada, yapılan sağlık harcamalarının hane halkı aylık gelirinin %10'unu aşması eşik değer kabul edilmiş ve %10'u aşan harcamalar katastrofik harcama olarak tanımlanmıştır [42].

Yapılan cepten sağlık harcamalarının kişilerin yaş grubu, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleksel sınıfı, sağlık güvencesi varlığı ya da çeşidi ile ilişkili olduğuna dair yapılmış çalışmalar mevcuttur. Özellikle sağlık güvencesi olmayan kişilerde cepten sağlık harcamalarının diğer kişilere göre yüksek olduğuna dair çalışmalar vardır [15, 43, 44].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma 1-31 Temmuz 2014 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları

Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 1 ve 2 No'lu Psikoz, Bipolar Affektif Bozukluk ve Anksiyete Polikliniği'ne 1-31 Temmuz 2014 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzeri tüm hastalar oluşturmaktadır. Evrenin tamamı örneğe alınmıştır.

1-31 Temmuz 2014 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 1 ve 2 No'lu Psikoz, Bipolar Affektif Bozukluk ve Anksiyete Polikliniği'ne 341 başvuru olmuştur. Söz konusu 341 başvurudan 209 başvuruya ulaşılmıştır. Ulaşma oranı %61.2'dir. Birden fazla yapılan başvurular nedeniyle 191 hasta ile görüşülmüştür. Üç yüz kırk bir başvurudan 115'ine araştırmaya katılmayı reddetme nedeniyle anket uygulanamamıştır. Reddetme oranı %33.7'dir. Çalışmada tek araştırmacı görev aldığından ve aynı anda her iki poliklinikte hasta görüşmeleri devam ettiğinden 16 başvuruya (%4.7) ulaşılamamıştır. Anket sorularını algılamada ve/veya sorulara yanıt vermede güçlük çekecek kadar mental retardasyonu olan bir hasta araştırmadan dışlanmıştır. Bakınız Tablo 1.

Tablo 1. Araştırma örneğinde ulaşılan, katılımı reddeden, ulaşılamayan ve araştırma dışı kalanların oranı

	n	%
Ulaşılan	209	61.2
Katılımı Reddeden	115	33.7
Ulaşılamayan	16	4.7
Araştırma Dışı Bırakılan	1	0.2
Toplam	341	100.0

3.4. Çalışma Materyali:

Araştırmada çalışma materyali kullanılmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkeni psikiyatrik hastalık nedeniyle araştırma esnasındaki başvuruda yapılan cepten sağlık harcama tutarıdır.

Cepten sağlık harcama tutarı, psikoz, bipolar affektif bozukluk ya da anksiyete tanısı almış psikiyatrik hastaların bu hastalıkları nedeniyle yeme, içme, ulaşım gibi dolaylı harcamalar dışında, reçete başına yapılan cepten harcamaların, yapılan tetkikler için yapılan cepten harcamaların, poliklinik muayenesi için yapılan cepten harcamaların toplam tutarıdır. Bu tutar Türk Lirası olarak sorulmuştur. Cepten yapılan harcamaların toplam tutarı 1-31 Temmuz 2014 tarihleri arasında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Doları güncel kuru üzerinden dolara çevrilip yeniden hesaplanmıştır. 1 ABD Dolarının serbest piyasa satış fiyatı bu tarihler arasında 2.0950 TL ile 2.1320 TL arasında değişmiştir. Hesaplamalar esnasında ortalama değer olan 2.1180 TL kullanılmıştır. Lojistik regresyon modeli oluşturulurken toplam sağlık harcaması üst %25 persentile denk gelen 16 TL kesim noktası kabul edilerek ‘16 TL ve altı harcama yapanlar’ ve ‘16.1 TL ve üzeri harcama yapanlar’ olarak iki kategorili değişkene

dönüştürülmüştür. 16 TL ve altı harcama yapanlar ‘az harcama yapmış’, 16.1 TL ve üzeri harcama yapanlar ‘çok harcama yapmış’ olarak lojistik modele konmuştur.

Bağımsız Değişkenler

Yaş: Sorgulama tarihindeki bitirilmiş yaş, doğum yılı sorularak kaydedilmiştir.

Cins: ‘Erkek’ ve ‘kadın’ olarak gruplandırılmıştır.

Medeni Durum: ‘Evli’ ve ‘bekâr’ olarak gruplandırılmıştır. ‘Bekar’ tanımının içine ‘dul’ ve ‘boşanmış’ kişiler de dahil edilmiştir.

Öğrenim durumu: Mezun olunan okula göre belirlenmiştir. ‘Okur-yazar’, ‘ilkokul mezunu’, ‘ortaokul mezunu’, ‘lise mezunu’, ‘üniversite ve üzeri mezunu’ olarak gruplandırılmıştır.

Meslek: Kişinin yaşamı boyunca en uzun yaptığı iş açık uçlu soru olarak ayrıntılı sorulmuştur.

Sosyal sınıf: Bu sınıflama yapılırken Boratav’ın kentsel bölge için belirlediği sınıflama ve Belek’in sınıflamasından yararlanılmıştır [45] [46]. Bu sınıflamanın temelinde kişiler üretim araçlarına sahip olup olmamaya göre iki gruba ayrılmaktadır. Üretim araçlarına sahip olanlar başlığı altında işverenler ve kendi hesabına çalışanlar bulunmaktadır. Üretim araçlarına sahip olmayanlar ise ücretli/maaşlı olarak çalışanlardır. Bu gruplama dışında kalan işsizler (şu anda işi olmayıp iş arayanlar) ve düzensiz işlerde çalışanlar ayrı bir grup olarak kabul edilmiştir. Emekli olanların sınıfı ise emekli oldukları işlerine göre belirlenmiştir.

- **Üretim araçlarına sahip olanlar**
    - **İşverenler:** Yanında sürekli işçi çalıştıranlar olarak tanımlanmaktadır.
        - **Küçük burjuvazi/işveren:** Yanında çalışan işçi sayısı 1-2 olan işverenlerdir.
        - **Orta ve büyük burjuvazi/işveren:** Yanında çalışan işçi sayısı 3 ve daha fazla olan işverenlerdir.

- **Kendi hesabına çalışanlar:** Hangi meslekten olursa olsun kendi işine sahip olup, yanında işçi çalıştırmayanlar olarak tanımlanmaktadır.

- **Üretim araçlarına sahip olmayanlar**
  - **Mavi yakalı işçiler:** Fabrika, inşaat işçisi, marangozluk gibi üretim işlerinde çalışanları kapsamaktadır.
  - **Niteliksiz hizmet işçileri:** Gece bekçisi, şoför, tezgahtar, garson gibi işçileri kapsamaktadır.
  - **Beyaz yakalı çalışan:** Yüksek öğrenimli olmasına bakılmaksızın belli bir öğrenim düzeyine ya da meslek içi eğitimden kaynaklanan uzmanlaşmaya gerek duyan, yüksek nitelikliden daha az nitelik, teknik bilgi ve uygulama becerisi gerektiren işlerde çalışan hemşire, diş teknisyeni, banka memuru, öğretmen, polis, astsubay gibi ücretlileri kapsamaktadır.
  - **Yüksek nitelikli çalışanlar:** Çoğunlukla üniversite öğrenimi gerektiren hekim, avukat, mühendis gibi çalışanları kapsamaktadır [47].

Nedensel analizler için beş grup oluşturulmuştur:

- Birinci grup; çalışmayanlardan
- İkinci grup; işsizlerden veya düzensiz işlerde çalışanlardan
- Üçüncü grup; mavi yakalı işçilerle niteliksiz hizmet işçilerinden
- Dördüncü grup; beyaz yakalılarla yüksek nitelikli çalışanlar
- Beşinci grup; kendi hesabına çalışanlardan ve işverenlerden oluşmaktadır.

Kişilerin mesleksel sosyal sınıfı belirlenirken yaşamları boyunca en uzun süre yaptıkları iş dikkate alınmıştır.

Lojistik regresyon modeli oluşturulurken mesleksel sınıf iki kategorili hale dönüştürülerek ‘çalışma durumu’ şeklinde yeni bir değişken olarak modele konmuştur. Yukarıda sözü edilen birinci ve ikinci grup birleştirilerek ‘Çalışmayanlar, işsizler veya düzensiz işlerde çalışanlar’ olarak bir grup oluşturulmuştur. Yukarıda

sözü edilen üçüncü, dördüncü ve beşinci gruplar birleştirilerek 'Düzenli bir işte çalışan' olarak bir diğer grup oluşturulmuştur.

Sağlık Güvencesi: 'Var' ve 'Yok' olarak gruplandırılmıştır.

Tamamlayıcı özel sağlık sigortası: 'Var' ve 'Yok' olarak gruplandırılmıştır.

Hanenin aylık geliri: Açık uçlu soru olarak sorulmuş ve kaydedilmiştir.

Hanede yaşayan kişi sayısı: Açık uçlu soru olarak sorulmuş ve kaydedilmiştir.

Hanede yaşayan kişilerin yaş grupları: '0-14 yaş grubundaki kişi sayısı', '15-64 yaş grubundaki kişi sayısı', '65 yaş ve üzerindeki kişi sayısı' olarak gruplandırılmıştır.

'Hanenin aylık geliri', 'Hanede yaşayan kişi sayısı' ve 'Hanede yaşayan kişilerin yaş grupları' değişkenleri 'Eşdeğer hane halkı geliri' değişkeninin hesaplanmasında kullanılmıştır.

Eşdeğer Hane Halkı Geliri: Hane halkının toplam kullanılabilir geliri, hanedeki fert sayısı dikkate alınarak bireysel gelire dönüştürülmüştür. Doğru karşılaştırma yapabilmek için de eşdeğerlik ölçeği kullanılarak, her bir hane halkı büyüklüğünün kaç yetişkine eşdeğer olduğu tespit edilmektedir. Hane halkı toplam kullanılabilir geliri eşdeğer hane halkı büyüklüğüne bölünerek, o hane halkı için eşdeğer fert başına düşen gelir diğer ifadeyle eşdeğer hane halkı kullanılabilir geliri hesaplanmaktadır. Bu araştırmada, referans kişi için "1", 14 ve daha yukarı yaştaki fertler için "0,5" ve 14 yaşın altındaki fertler için ise "0,3" katsayısının kullanıldığı OECD eşdeğerlik ölçeği kullanılmıştır [48]. Nedensel analizler ve esnasında ve lojistik model oluşturulurken eşdeğer hane halkı geliri 2014 yılı Temmuz ayında asgari ücret olan 846 TL kesim noktası olarak kullanılarak '0.0-846.0 TL arası', '846.1-2,000.0 TL' arası ve '2,001.0 TL ve üzeri' olarak gruplandırılmıştır.

Maliyeti karşılamada kullanılan kaynak: Psikiyatrik hastalık nedeniyle cepten ödenen tutarın nasıl karşılandığı sorulmuş ve 'aylık gelir' ile ya da 'borç/birikim ile' olarak gruplandırılmıştır.

3.6. Veri toplama araçları:

Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerini sorgulamak üzere araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan izin alınmıştır. Poliklinikte görevli psikiyatri hekimleri araştırma hakkında bilgilendirilmiştir. Hastanın psikiyatrik muayene ve görüşmesinin ardından poliklinikte görevli psikiyatri hekimi hastayı çalışma hakkında kısaca bilgilendirmiş ve araştırmacıya yönlendirmiştir. Hasta araştırmacı tarafından ayrı bir odaya alınarak, araştırma hakkında ayrıntılı bilgilendirilerek sözlü ve yazılı onamı alındıktan sonra anket doldurulmuştur.

Araştırma esnasındaki başvuruda kendilerine ilaç yazılan kişiler bu ilaçları alabilmek için cepten ne kadar ödeme yaptıklarına dair bilgi almak üzere bir-üç gün içinde telefon ile aranmıştır. Toplamda 111 hasta ile telefonda görüşülerek kendilerinden araştırma esnasındaki başvuruları için eczaneye ne kadar cepten ilaç ödemesi yaptıkları sorulmuştur. Araştırma grubunda geriye kalan 80 hastaya (araştırma grubunun %41.9'u) başvuruları sırasında ilaç yazılmadığı için telefon edilmemiştir. Söz konusu 80 hastadan 42 kişi, muayene ücretine ek olarak hastaneye cepten tetkik ödemesi yapmışlardır. Bu kişilere kendilerine önerilen tetkik için hastaneye ne kadar ödeme yaptıkları sorularak kaydedilmiştir. Hastaların tamamından izin alınarak iletişim bilgileri kaydedilmiştir. Kişilere başvuru yaptıkları gün ulaşılamadığı durumlarda en geç üç gün içinde ulaşılmıştır. Ödemenin bizzat kişi tarafından değil bir yakını tarafından yapıldığı durumlarda ise kişinin kendisi ile değil, yakını ile görüşülmüştür.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi:

Araştırmanın konusu Ocak 2014'te seçildikten sonra Şubat-Mart-Nisan 2014 aylarında araştırmacı tarafından literatür taranmış ve araştırma planı yazılmıştır. Mayıs 2014'te Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda tez önerisi sunumu yapılmış ve tez danışmanı ile Anabilim Dalı'nın onayı alınmıştır. Ardından Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı ile görüşülmüş ve poliklinikte

araştırma izni alınmasının ardından Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'a başvurulmuştur. Haziran 2014'te Etik Kurul ve Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün onayı alınmıştır. Temmuz 2014'te araştırma verileri araştırmacı tarafından toplanmıştır. Ağustos 2014'te veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Eylül-Ekim-Kasım 2014 aylarında araştırmanın verilerinin analizi gerçekleştirildikten sonra Aralık 2014'te tez yazımına başlanmıştır. Tez yazımı Mart 2015'te tamamlanmıştır. Şekil 1'de araştırmanın zaman çizelgesi sunulmuştur.

	2014												2015		
	O	Ş	M	N	M	H	T	A	E	E	K	A	O	Ş	M
Konu Seçimi															
Literatür Tarama															
Tez Öneri Sunumu Ve Etik Kurul Başvurusu															
Veri Toplama															
Bilgisayara Veri Aktarımı ve Analiz															
Yazım															

Şekil 1: Araştırmanın Zaman Çizelgesi

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi:

Toplanan veriler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Tanımlayıcı veriler kişi özelliklerine göre yüzde, frekans ve ortalamalar olarak sunulmuştur. Yapılan cepten sağlık harcamalarının hesaplanması aşamasında ortalama (mean), standart hata ve sınır değerler (range) hesaplanmıştır. İki grup arasında toplam cepten sağlık harcaması ortalamaları karşılaştırılırken parametrik test koşullarının sağlandığı durumlarda 'iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

(t testi)', parametrik koşullar sağlanamıyorsa 'Mann-Whitney U testi' kullanılmıştır. Kişilerin yaptıkları toplam cepten sağlık harcaması ortalamaları, parametrik koşullar sağlandığında bağımsız değişken sayısı ikiden fazla ise ANOVA (Analysis of Variance) ile analiz edilmiştir. Yapılan cepten sağlık harcamaları için ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları değerlendiriliyor ve parametrik koşullar sağlanmıyorsa Kruskal-Wallis Varyans Analizi yöntemi kullanılmıştır. Toplam sağlık harcamalarının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Simirnov testi ile analiz edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken olan toplam sağlık harcamasına etkisini değerlendirmek üzere Lojistik Regresyon Modeli oluşturulmuştur. Bu amaçla sürekli değişken olan toplam sağlık harcaması iki kategorili değişkene dönüştürülmüştür. Lojistik model oluşturulurken tekli analizlerde toplam sağlık harcaması ile anlamlı ilişkisi olan 'tanı grupları' ve literatürde önemli olduğu belirtilen 'meslek sınıfı', 'gelir grubu' ve 'yaş' değişkenleri modele alınmıştır. Ayrıca korelasyon, lineer regresyon analizleri de yapılmış, ancak bu analiz sonuçları verilerin normal dağılıma uymaması nedeniyle bulgularda değil eklerde verilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırmada tek araştırmacı görev almıştır ve iki poliklinikte aynı anda yapılan muayenelerden çıkan hastalar üzerinde çalışılmıştır. Bir hastaya anket uygularken diğerine ulaşılamaması araştırmanın bir kısıtlılığıdır. Ayrıca psikiyatrik hastalar üzerinde çalışıldığından reddetme oranı yüksektir. Araştırmanın bir üniversite hastanesinde ve sadece poliklinik hastaları üzerinde yapılmış olması seçime dayalı taraf tutmaya neden olmuş olabilir. Bunlara ek olarak, yapılan cepten harcama tutarı bilgileri belleğe dayalı olarak ve hasta beyanlarına göre kaydedilmiştir. Bu nedenle cepten harcama tutarları konusunda beyana dayalı eksik bilgi alınmış olabilir. Ayrıca araştırma verileri temmuz ayında toplanmış olup, psikiyatri polikliniğine yapılan başvuru sayı ve yoğunluğunun mevsimsel geçişler dolayısıyla değişmiş olabileceği göz önünde tutulmalıdır. Sadece temmuz ayında veri toplanmış olması tüm yıl boyunca yapılan cepten harcamaların tahmin edilmesine engel oluşturabilir. Ancak

bu araştırma büyük çapta, örneğin il ya da bölge düzeyinde yapılacak araştırmalar için öncülük edebilecek küçük çapta bir ön çalışma olarak planlanmıştır. Bu haliyle araştırmanın psikiyatrik hastaların cepten sağlık harcamalarının miktarı ve belirleyicileri konusunda fikir verici olacağı ön görülmüş ve amaçlanmıştır.

3.10.Etik Kurul Onayı

Çalışmanın gerçekleştirilmesinin etik açıdan uygunluğu 26.06.2014 tarih ve 2014/23-07 numarası ile Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Etik kurul onamı ekte sunulmuştur.

4. BULGULAR

Yüz doksan bir hasta ile görüşülmüş ve toplamda 209 başvuru değerlendirilmiştir. Başvuranların %65'i kadın, %35'i erkektir. Yaş ortalaması 44.2'dir. Başvuranların %46.6'sı 35-54 yaş aralığındadır. Altmış beş yaş ve üzeri kişiler araştırma grubunun %10.4'ünü oluşturmaktadır. Başvuran kişilerin %59.2'si bekârdır. Araştırma grubundaki kişiler mesleksel sınıflarına göre değerlendirildiğinde %37.6'sı çalışmayanlardır (%28.3'ü ev kadınıdır). Yüzde 30.4'ü ise beyaz yakalı ve yüksek nitelikli çalışanlardır. Yüzde 17.3'ü 'işsizler ya da düzensiz işlerde çalışanlardır. Yüzde 8.4'ü 'mavi yakalı işçiler ve niteliksiz hizmet işçileridir. Kendi hesabına çalışanlar ve işverenler ise araştırma grubunun %6.3'ünü oluşturmaktadır. Araştırma grubu öğrenim durumuna göre değerlendirildiğinde %35.7'sinin lise, %36.1'inin ise üniversite ve/veya üzeri mezunu olduğu görülmektedir. Yüzde 15.7'si ise ilkokul mezunudur. Araştırma grubunun cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, mesleksel sınıf ve öğrenim durumuna göre dağılımı Tablo-2'de görülmektedir.

Tablo 2: Araştırma grubunun cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, mesleksel sınıf ve öğrenim durumuna göre dağılımı

	Sayı	**%**
Cinsiyet		
Kadın	125	65.4
Erkek	66	34.6
Yaş grubu		
18-24	19	9.9
25-34	36	18.8
35-44	41	21.5
45-54	48	25.1
55-64	27	14.1
65-74	14	7.3
75-84	4	2.1
85-94	2	1.0
Medeni durum		
Evli	78	40.8
Bekar	113	59.2
Mesleksel Sınıf		
Çalışmayanlar	72	37.6
Beyaz Yakalılar Ve Yüksek Nitelikli Çalışanlar	58	30.4
İşsizler Ya Da Düzensiz İşlerde Çalışanlar	33	17.3
Mavi Yakalı İşçiler Ve Niteliksiz Hizmet İşçileri	16	8.4
Kendi Hesabına Çalışanlar Ve İşverenler	12	6.3
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar	5	2.6
İlkokul	30	15.7
Ortaokul	19	9.9
Lise	68	35.7
Üniversite ve/veya üstü	69	36.1
Toplam	191	100.0

Araştırma grubunda yer alan 191 kişinin tamamı (%100.0'ı) cepten sağlık harcaması yapmıştır. Kişi başına düşen ortalama cepten sağlık harcaması bir aylık dönem için 14.06 TL (6.7 $)'dir (en az 5 TL(2.9 $), en fazla 113 TL (53.8 $)). Cepten yapılan harcamalar ortalama olarak muayeneler için 6.0 TL (2.8 $), ilaç için 4.7 TL (2.2 $), tetkik için 3.4 TL (1.6 $)'dir. Bakınız Tablo 3.

Tablo 3: Araştırma grubundaki kişilerin ilaç, tetkik, muayene için yaptıkları sağlık harcaması tutarları

n=191	Ortalama Harcama Tutarı (TL) (±SE)	Dolar ($)
İlaç	4.69 (±0.62)	2.2
Tetkik	3.35 (±0.33)	1.6
Muayene	6.02 (±0.33)	2.8
Toplam	14.06 (±0.94)	6.7

SE=Standart Hata

Araştırma grubunda anksiyete hastaları toplam 44 kişidir ve araştırma grubunun (191 kişinin) %23.0'ını oluşturmaktadır. Bipolar bozukluk tanılı hastalar toplam 107 kişidir ve araştırma grubunun %56.0'ını oluşturmaktadır. Psikoz tanılı hastalar toplam 40 kişidir ve araştırma grubunun %21.0'ını oluşturmaktadır.

Tanı grupları arasında cepten ilaç harcamaları açısından anlamlı fark saptanmıştır (F=6.503, p=0.02). Psikoz hastalarının kişi başına yaptıkları ortalama cepten ilaç harcamaları anksiyete ve bipolar hastaların yaptıkları ortalama cepten ilaç harcamalarından anlamlı olarak yüksektir (sırasıyla p=0.001, p=0.033).

Tanı gruplarına göre kişi başı yapılan cepten tetkik harcamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (F=3.381, p=0.036). Bipolar hastalarının yaptıkları ortalama cepten tetkik harcamaları psikoz hastalarının yaptıkları ortalama cepten tetkik harcamalarından anlamlı olarak yüksektir (p=0.045).

Tanı gruplarına göre kişi başı yapılan cepten muayene harcamaları arasında anlamlı fark yoktur (F=1.907, p=0.151).Araştırma grubundaki kişilerin tanıya göre

yaptığı tüm cepten sağlık harcamaları değerlendirildiğinde psikoz hastaları ortalama 17.7 TL, bipolar hastalar 14.2 TL, ve anksiyete hastaları 10.1 TL cepten sağlık harcaması yapmışlardır.

Anksiyete, bipolar ve psikoz hastalarının kişi başı yaptıkları ortalama cepten sağlık harcamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (F=3.635, p=0.028). Psikoz hastalarının yaptıkları toplam cepten sağlık harcaması ortalaması anksiyete hastalarının yaptıkları toplam cepten sağlık harcaması ortalamasından anlamlı olarak yüksektir (p=0.02). Bakınız Tablo 4.

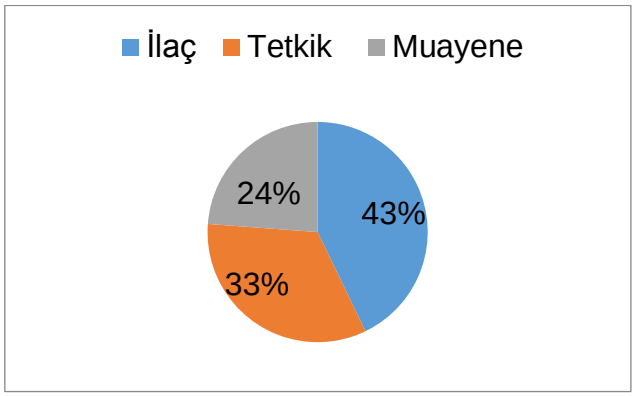
Tablo 4: Araştırma grubunda tanıya göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları

	İLAÇ		**TETKİK**		**MUAYENE**		**TOPLAM**	
Tanı	Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL) ±(SE)		Ortalama (TL) ±(SE)		Ortalama (TL) ±(SE)	
Anksiyete n:44 (%23.0)	1.86 ±(0.43)		2.84 ±(1.15)		5.45 ±(0.21)		10.15 ±(1.34)	
Bipolar n:107 (%56.0)	4.43 ±(0.76)	**p*: 0.02**	4.06 ±(0.29)	**p*: 0.03**	5.79 ±(0.35)	**p*: 0.15**	14.29 ±(1.04)	**p*: 0.02**
Psikoz n:40 (% 21.0)	8.47 ±(2.04)		2.00 ±(0.50)		7.25 ±(1.23)		17.72 ±(3.16)	
Toplam n:191 (%100)	4.69 ±(0.62)		3.35 ±(0.33)		6.02 ±(0.33)		14.29 ±(0.94)	

*ANOVA

Bazı hastalar bir ay içinde birden çok kez başvuruda bulunmuşlardır. Bir ay boyunca yapılan toplam başvuru sayısı 209'dur. Bir ay boyunca psikiyatri polikliniğine yapılan 209 başvuru değerlendirildiğinde başvuru başına ortalama cepten sağlık harcaması bir aylık dönem için 12.85 TL/6.11 $'dir (min. 5 TL/2.9 $, max.113 TL/53.8 $). Cepten yapılan harcamalar başvuru başına ortalama olarak muayeneler için 5.50 TL/2.61 $, ilaç için 4.28 TL/2.03 $, tetkik için 3.06 TL/1.45 $'dir.

Bir ay boyunca psikiyatri polikliniğine gelen hastaların yaptıkları toplam cepten sağlık harcaması 2,686 Türk Lirasıdır. Cepten yapılan bu harcama miktarının %42.8'i muayene (1,150 TL), %33.3'ü (896 TL) ilaç ve %23.8'i (640 TL) tetkik harcamasıdır. Bakınız Şekil 2.



Şekil 2. Toplam cepten sağlık harcamalarının ilaç, tetkik ve muayene harcamalarına göre dağılımı

Araştırma grubundaki 191 kişinin gelirleri toplamı 262,902.9 Türk lirasıdır. Yüz doksan bir kişinin yaptıkları toplam cepten harcama tutarı (2,686 TL), kişilerin gelirleri toplamının %1.02'sini oluşturmaktadır. Bu oran toplam aylık gelirin %10'unu aşmadığı için katastrofi saptanmamıştır.

Cepten sağlık harcamaları cinsiyete göre değerlendirildiğinde ilaç harcamaları dışında anlamlı fark saptanmamıştır. Erkeklerin yaptıkları ilaç harcamaları ortalaması (6.50 TL) kadınlarınkinden (3.73 TL) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (t: 2.10, p: 0.037). Tablo 5'te yapılan tetkik, muayene ve toplam sağlık harcamaları cinsiyete göre ayrıntılı sunulmuştur.

Tablo 5: Araştırma grubunda cinsiyete göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları

	İLAÇ		**TETKİK**		**MUAYENE**		**TOPLAM**	
Cins	Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)	
Kadın n:125 (%65.4)	3.73 ±(0.65)	**p*: 0.03**	3.56 ±(0.35)	**p*: 0.38**	5.76 ±(0.31)	**p*: 0.28**	13.05 ±(0.94)	**p*: 0.14**
Erkek n:66 (%34.6)	6.50 ±(1.32)		2.95 ±(0.68)		6.51 ±(0.76)		15.96 ±(2.06)	
Toplam n:191 (%100)	4.69 ±(0.62)		3.35 ±(0.33)		6.02 ±(0.33)		14.29 ±(0.94)	

*t testi

Yapılan cepten sağlık harcamaları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, en yüksek sağlık harcaması ortalamasının (16.36 TL) 18-24 yaş grubunda, en düşük sağlık harcaması ortalamasının ise 55-64 yaş grubunda (11.29 TL) olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde yaş grupları arasında cepten sağlık harcaması ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Bakınız Tablo 6.

Tablo 6. Araştırma grubunda yaş gruplarına göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları

	İLAÇ		**TETKİK**		**MUAYENE**		**TOPLAM**	
Yaş Grupları	Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)	
18-24 n:19 (%9.9)	6.63 ±(2.21)		2.10 ±(0.79)		7.63 ±(1.84)		16.36 ±(4.0)	
25-34 n:36 (%18.8)	5.83 ±(2.12)		2.36 ±(0.46)		6.52 ±(0.99)		14.72 ±(3.03)	
35-44 n:41 (%21.5)	5.39 ±(0.99)	**p*:**	3.29 ±(0.48)	**p*:**	5.73 ±(0.32)	**p*:**	14.41 ±(1.20)	**p*:**
45-54 n:48 (%25.1)	4.62 ±(0.40)	**0.21**	4.16 ±(1.49)	**0.26**	5.83 ±(0.40)	**0.31**	14.62 ±(1.68)	**0.52**
55-64 n:27 (%14.1)	1.29 ±(2.12)		4.44 ±(7.76)		5.55 ±(2.11)		11.29 ±(8.76)	
65+ n:20 (%10.4)	4.10 ±(1.27)		3.00 ±(0.84)		5.25 ±(0.25)		12.35 ±(1.49)	
Toplam n:191 (%100.0)	4.69 ±(0.62)		3.35 ±(0.33)		6.02 ±(0.33)		14.29 ±(0.94)	

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Medeni duruma göre cepten sağlık harcamaları ortalamaları değerlendirildiğinde bekâr kişilerin ortalama cepten sağlık harcamasının (14.48TL), evli kişilerinkinden (13.44TL) fazla olduğu görülmektedir. Ancak medeni duruma göre cepten sağlık harcamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bakınız Tablo 7.

Tablo 7. Araştırma grubunda medeni duruma göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları

	İLAÇ		TETKİK		MUAYENE		TOPLAM	
Medeni Durum	Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)	
Evli n:78 (%40.8)	4.08 ±(0.88)	**p*: 0.42**	3.46 ±(0.67)	**p*: 0.78**	5.89 ±(0.48)	**p*: 0.75**	13.44 ±(1.42)	**p*: 0.59**
Bekâr n:113 (%59.2)	5.10 ±(0.87)		3.27 ±(0.31)		6.10 ±(0.45)		14.48 ±(1.26)	
Toplam n:191 (%100.0)	4.69 ±(0.62)		3.35 ±(0.33)		6.02 ±(0.33)		14.29 ±(0.94)	

*t testi

Yapılan cepten sağlık harcamaları kişilerin mesleksel sınıfına göre değerlendirildiğinde en yüksek harcama ortalaması olan grubun 19.54 TL ile işsizler ya da düzensiz işlerde çalışanlar, en düşük harcama yapan grubun ise 11.31 TL ile mavi yakalı işçiler ve niteliksiz hizmet işçileri olduğu görülmektedir. Yapılan cepten sağlık harcamalarında mesleksel sınıfa göre anlamlı fark saptanmamıştır. Tablo 8'de araştırma grubundaki kişilerin mesleksel sınıfına göre yaptıkları cepten sağlık harcamaları ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 8: Araştırma grubundaki kişilerin mesleksel sınıfına göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları

	İLAÇ		TETKİK		MUAYENE		TOPLAM	
Mesleksel Sınıf	Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)	
Çalışmayanlar n:72 (%37.6)	4.04 ±(1.05)		2.43 ±(0.35)		6.52 ±(0.70)		13.00 ±(1.66)	
Beyaz yakalılar ve yüksek nitelikli çalışanlar n:58 (%30.4)	3.36 ±(0.63)		4.13 ±(0.75)		5.25 ±(0.14)		12.75 ±(1.02)	
İşsizler ya da düzensiz işlerde çalışanlar n:33 (%17.3)	8.33 ±(2.38)	**p*: 0.08**	4.39 ±(0.99)	**p*: 0.19**	6.81 ±(1.10)	**p*: 0.24**	19.54 ±(3.45)	**p*: 0.09**
Mavi yakalı işçiler ve niteliksiz hizmet işçileri n:16 (%8.4)	3.50 ±(1.10)		2.81 ±(0.78)		5.00 ±(0.0)		11.31 ±(1.31)	
Kendi hesabına çalışanlar ve işverenler n:12 (%6.3)	6.58 ±(1.81)		2.91 ±(0.96)		5.83 ±(0.56)		15.33 ±(2.09)	
Toplam n:191 (%100.0)	4.69 ±(0.62)		3.35 ±(0.33)		6.02 ±(0.33)		14.29 ±(0.94)	

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Yapılan cepten sağlık harcamaları kişilerin öğrenim durumuna göre değerlendirildiğinde en yüksek harcama ortalaması olan grubun 15.05 TL ile ortaokul mezunu olduğu, en düşük harcama yapan grubun ise 9.0 TL ile okur-yazar grubunda olduğu görülmektedir. Yapılan toplam cepten sağlık harcamalarında öğrenim durumuna göre anlamlı fark saptanmamıştır. Tablo 9'da araştırma grubundaki kişilerin öğrenim durumuna göre yaptıkları cepten sağlık harcamaları ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 9: Araştırma grubundaki kişilerin öğrenim durumuna göre kişi başına cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları

	İLAÇ		**TETKİK**		**MUAYENE**		**TOPLAM**	
Öğrenim Durumu	Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)	
Okur-yazar n:5 (%2.6)	3.0 ±(2.32)		1.0 ±(1.0)		5 ±(0.0)		9.0 ±(2.21)	
İlkokul n:30 (%15.7)	4.76 ±(2.12)		3.16 ±(1.05)		6.83 ±(1.21)		14.76 ±(3.33)	
Ortaokul n:19 (%9.9)	5.05 ±(1.57)	**p*: 0.77**	4.21 ±(0.87)	**p*: 0.28**	5.78 ±(0.42)	**p*: 0.76**	15.05 ±(2.31)	**p*: 0.52**
Lise n:68 (%35.7)	4.63 ±(0.79)		3.01 ±(0.37)		5.95 ±(0.54)		13.60 ±(1.22)	
Üniversite ve/veya üstü n:69 (%36.1)	4.73 ±(1.18)		3.69 ±(0.65)		5.86 ±(0.52)		14.30 ±(1.72)	
Toplam n:191 (%100.0)	4.69 ±(0.62)		3.35 ±(0.33)		6.02 ±(0.33)		14.29 ±(0.94)	

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Araştırma grubunun %98.4'ünün sağlık güvencesi vardır. Sağlık güvencesi olmayan %1.6'lık grubun cepten ilaç, muayene ve toplam sağlık harcaması ortalamaları sağlık güvencesi olan grubun ilaç, muayene ve toplam sağlık harcaması ortalamalarından anlamlı olarak yüksektir. Bakınız Tablo 10.

Tablo 10. Araştırma grubundaki kişilerin sağlık güvencesi varlığına göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları

	İLAÇ		**TETKİK**		**MUAYENE**		**TOPLAM**	
Sağlık Güvencesi	Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)	*test yapılamadı*	Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)	
Var n:188 (%98.4)	3.86 ±(0.39)	**p*: 0.001**	3.40 ±(0.33)		5.47 ±(0.12)	**p*: 0.001**	12.75 ±(0.56)	**p*: 0.003**
Yok n:3 (%1.6)	56.33 ±(10.83)		0		40		96.33 ±(10.83)	
Toplam n:191 (%100.0)	4.69 ±(0.62)		3.35 ±(0.33)		6.02 ±(0.33)		14.29 ±(0.94)	

*Mann Whitney U testi

Araştırma grubunun %5.2'sinin tamamlayıcı özel sağlık sigortası vardır. Özel sağlık sigortası olanların cepten sağlık harcaması ortalaması (13.90 TL) ile olmayanların cepten sağlık harcaması ortalaması (14.07 TL) arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p:0.52). Bakınız Tablo 11.

Tablo 11. Araştırma grubundaki kişilerin özel sağlık sigortası varlığına göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları

	İLAÇ		**TETKİK**		**MUAYENE**		**TOPLAM**	
Özel Sağlık Sigortası	Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)	
Var n:10 (%5.2)	1.90 ±(1.32)	**p*: 0.11**	6.0 ±(3.85)	**p*: 0.95**	6.0 ±(0.66)	**p*: 0.30**	13.90 ±(4.30	**p*: 0.52**
Yok n:181 (%94.8)	4.84 ±(0.65)		3.20 ±(0.28)		6.02 ±(0.34)		14.07 ±(0.97)	
Toplam n:191 (%100.0)	4.69 ±(0.62)		3.35 ±(0.33)		6.02 ±(0.33)		14.29 ±(0.94)	

*Mann Whitney U testi

Araştırma grubunun %89.0'ının ilaç alımında indirim sağlayan kronik hastalık raporu vardır (170 kişi). Yüzde 11'inin ise kronik hastalık raporu bulunmamaktadır (21 kişi). Başvuruları sırasında yaptıkları cepten sağlık harcamalarını kişilerin %87.4'ü aylık geliriyle karşılamıştır ancak %12.6'sı borç ya da birikimi ile karşılamıştır. Cepten sağlık harcamalarını borç ile karşılayan grubun cepten sağlık harcaması ortalaması (20.58TL) aylık geliri ile karşılayan grubun ortalamasından (13.12 TL) anlamlı olarak fazladır (p:0.04). Tablo 12'de araştırma grubundaki kişilerin cepten ödedikleri tutarı karşılamada kullandıkları kaynağa göre cepten sağlık harcamaları ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 12. Araştırma grubundaki kişilerin cepten ödedikleri tutarı karşılamada kullandıkları kaynağa göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları

	İLAÇ		TETKİK		MUAYENE		TOPLAM	
Maliyetin Kaynağı	Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)	
Aylık Gelir n:167 (%87.4)	4.11 ±(0.55)	**p*: 0.05**	3.17 ±(0.32)	**p*: 0.34**	5.83 ±(0.31)	**p*: 0.60**	13.12 ±(0.85)	**p*: 0.04**
Borç/Birikim n:24 (%12.6)	8.70 ±(3.08)		4.58 ±(1.30)		7.29 ±(1.47)		20.58 ±(4.53)	
Toplam n:191 (%100.0)	4.69 ±(0.62)		3.35 ±(0.33)		6.02 ±(0.33)		14.29 ±(0.94)	

*Mann Whitney U testi

Hanede yaşayan kişi sayısı ortalama 2.87(±1.02)'dir. Minimum 1, maksimum 7 kişidir. Araştırma grubunun hane halkı aylık gelir ortalaması 2,496 (±109,50) TL'dir. Kişilerin evlerine giren aylık gelir, evde yaşayan kişi sayısı ve yaş grupları dikkate alınarak hesaplanan eşdeğer hane halkı geliri ortalaması 1,376.45(±61.17)TL'dir. Minimum 0 TL, maksimum 4200 TL'dir. Kişi başına psikiyatrik hastalık nedeniyle yapılan 14.29 TL, eşdeğer hane halkı gelirinin binde dokuzudur. Kişilerin %49.7'sinin eşdeğer hane halkı geliri Temmuz 2014'teki asgari ücret olan 846.0 TL'nin üzerinde ve 846.1 ile 2,000.0 TL arasındadır. Hiç geliri olmayan ya da asgari ücretten (846.0 TL) az geliri olan 63 kişi vardır ve bu grup araştırma grubunun %33.0'ını oluşturmaktadır. Yüzde 17.3'lük grubun ise eşdeğer hane halkı geliri 2001.0 TL ve üzeridir. Eşdeğer hane halkı geliri göz önüne alındığında en yüksek cepten sağlık harcaması yapan grubun 14.36 TL ortalama ile aylık geliri asgari ücret ve altında olan (0.0-846.0 TL) arasında olan kişiler olduğu görülmektedir. Kişilerin eşdeğer hane halkı gelir gruplarına göre yaptıkları cepten sağlık harcamaları ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p:0.905). Tablo 13'de araştırma grubundaki kişilerin

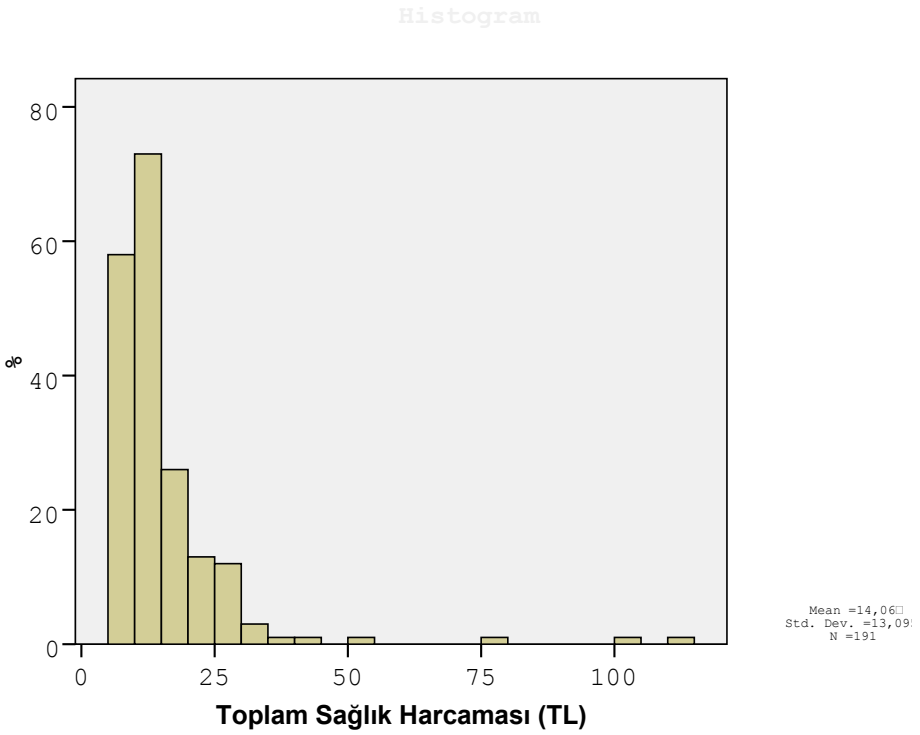
eşdeğer hane halkı gelirlerine göre yaptıkları cepten sağlık harcamaları ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 13: Araştırma grubundaki kişilerin eşdeğer hane halkı gelir gruplarına göre cepten ilaç, tetkik ve muayene harcamaları

	İLAÇ		**TETKİK**		**MUAYENE**		**TOPLAM**	
Eşdeğer Gelir Grupları	Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)		Ortalama (TL)±(SE)	
0.0-846.0 TL n:63 (%33.0)	4.60 ±(1.13)	**p*: 0.54**	3.41 ±(0.58)	**p*: 0.40**	6.34 ±(0.61)	**p*: 0.73**	14.36 ±(1.71)	**p*: 0.90**
846.1-2000.0 TL n:95 (%49.7)	5.23 ±(0.98)		3.0 ±(0.32)		5.94 ±(0.52)		14.17 ±(1.44)	
2,001.0 TL ve üzeri n:33 (%17.3)	3.30 ±(0.79)		4.24 ±(1.27)		5.60 ±(0.28)		13.15 ±(1.49)	
Toplam n:191 (%100.0)	4.69 ±(0.62)		3.35 ±(0.33)		6.02 ±(0.33)		14.29 ±(0.94)	

*ANOVA

Toplam sağlık harcamaları değerleri normal dağılıma uymamaktadır (Skewness=4.5, Kurtosis=28.1, Kolmogorov-Smirnov p=0.00). Şekil-2'de toplam sağlık harcamalarının histogram grafiği sunulmuştur.



Şekil 3. Araştırma grubunun toplam sağlık harcamaları dağılımı

Bipolar affektif bozukluk tanısı almış olmak, cepten yüksek düzeyde sağlık harcama yapılmasını (16.1 TL ve üzeri) anksiyete tanısı almış olmaya göre 4.5 kat anlamlı olarak artırmaktadır (OR=4.5 %95 GA (1.2-16.1)) (p=0.02).

Psikoz tanısı almış olmak, cepten yüksek düzeyde sağlık harcama yapılmasını (16.1 TL ve üzeri) anksiyete tanısı almış olmaya göre 9.3 kat artırmaktadır (OR=9.3 %95 GA (2.4-36.6)) (p=0.00).

İşsiz, çalışmayan ya da düzensiz gelir getiren işlerde çalışıyor olmanın, düzenli bir işte çalışıyor olmaya göre cepten yüksek düzeyde sağlık harcama yapılmasına

(16.1 TL ve üzeri) istatistiksel olarak anlamlı etkisi saptanmamıştır (OR=1.2 %95 GA(0.5-2.7)) (p=0.65).

Çalışmada '0.0-846.0 TL' ve '846.1 TL-2,000.0 TL' gelir gruplarında olmanın, '2,001.0 TL ve üzeri' gelir grubunda olmaya göre cepten yüksek düzeyde sağlık harcama yapılmasına (16.1 TL ve üzeri) istatistiksel olarak anlamlı etkisi saptanmamıştır (sırasıyla OR=0.8(0.2-2.6), OR=0.8(0.3-2.3)%95 GA) (sırasıyla p=0.78, p=0.77). Bakınız Tablo 14.

Tablo 14: Araştırma grubunda tanı, çalışma durumu ve gelire göre cepten sağlık harcamaları

	16 TL ve üzeri harcama yapanlar		16 TL altı harcama yapanlar		OR (%95 GA)	p
TANI GRUPLARI	n	%	n	%		
Anksiyete*	40	28.0	4	8.3	-	
Bipolar	80	55.9	27	56.3	4.5 (1.2-16.1)	0.02
Psikoz	23	16.1	17	35.4	9.3 (2.4-36.6)	0.00
ÇALIŞMA DURUMU						
Düzenli bir işte çalışan *	66	46.2	20	41.7	-	
İşsiz, çalışmayan ya da düzensiz gelir getiren işlerde çalışan	77	53.8	28	58.3	1.2 (0.5-2.7)	0.65
GELİR GRUPLARI						
2001 TL ve üzeri*	25	17.5	16	33.3	-	
0-846 TL	47	32.9	24	50.0	0.8 (0.2-2.6)	0.78
846.1 TL-2,000 TL	71	49.7	8	16.7	0.8 (0.3-2.3)	0.77

**referans grup*

Bağımsız değişkenlere göre grupların eşdeğer gelir ortalamaları karşılaştırıldığında meslek grupları, öğrenim durumu ve özel sigorta varlığına göre eşdeğer gelir ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bağımsız değişkenlere

göre araştırma grubunun eşdeğer gelir ortalamaları ve yapılan analizlerin sonuçları Tablo 15'de görülmektedir.

Tablo 15: Bağımsız değişkenlere göre araştırma grubunun eşdeğer gelir ortalamaları

Sağlık Güvencesi	**Eşdeğer Gelir Ortalaması (SE) TL**	**Dolar**	**p**
Var	1379.80 (±61.92)	657.05	U=253,5
Yok	1166.66 (±375.64)	555.55	p=0,764
Meslek Grupları			
çalışmayanlar	1069.78(±67.17)	509.42	
İşsizler ya da düzensiz işlerde çalışanlar	1031.38(±145.12)	491.13	
mavi yakalı işçiler ve niteliksiz hizmet işçileri	1207.36(±198.80)	574.93	
beyaz yakalılar ve yüksek nitelikli çalışanlar	1992.67(±111.84)	948.89	χ^2 KW: 49,66 SD=4 p:0.000
kendi hesabına çalışanlar ve işverenler	1412.50(±221.31)	672.62	
Maliyetin Kaynağı			
Aylık Gelir	1406.88(±64.83)	669.94	U=1571
Borç	1164.68(±180.83)	554.61	p=0.08
Öğrenim Durumu			
Okur-yazar	1290.0(±346.23)	614.29	χ^2 KW: 38.45
İlkokul	933.26 (±80.80)	444.41	SD=4 p:0.000
Ortaokul	964.60(±104.49)	459.33	
Lise	1164.86(±80.47)	554.70	
Üniversite ve/veya üstü	1897.34(±116.40)	903.50	
Özel Sigorta			
Var	2372.22 (±391.09)	1129.63	U=440.5
Yok	1321.44 (±58.52)	629.26	P=0.006

5.TARTIŞMA

Bu çalışmanın sonuçlarına göre psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların tamamı (%100'ü) cepten sağlık harcaması yapmıştır. Gölbaşı'nda 1996 yılında yapılan çalışmada herhangi bir sağlık hizmetine başvuranların %84'ü, Gemlik'te 2001 yılında yapılan bir çalışmada ise araştırma grubunun %18'inin cepten sağlık harcaması yaptığı bulunmuştur [49] [50]. Bu çalışmada cepten harcama yapma oranının diğer çalışmalardan yüksek olmasının nedeni daha önce belirtildiği üzere gelen her hastanın poliklinik başvurusu sırasında katkı payı ödeme zorunluluğudur. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) güncel Sağlık Uygulama Tebliği'ne [51] göre devlet hastaneleri ve üniversite hastaneleri polikliniklerine başvuran kişilerden 5 TL katkı payı alınmaktadır. Dolayısıyla başvuran her kişi en az 5 TL cepten sağlık harcaması yapmaktadır.

Bu çalışmada psikiyatri hastalarının aylık cepten sağlık harcaması ortalama 14 TL bulunmuştur. Bu tutar yıllık ortalama 8.2 başvuru [14, 16] için hesaplandığında yıllık yaklaşık 115 TL cepten harcama tutarı edecektir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUİK) 2013 yılı verilerine göre Türkiye'de yıllık kişi başı cepten sağlık harcaması 184 TL'dir [14]. Dolayısıyla bu çalışmada bulunan 115 TL Türkiye ortalamasından düşüktür. Ayrıca psikiyatri hastalarında cepten sağlık harcamalarının düşük olmasının temel nedeni bu hastaların çoğunlukla kronik hastalık raporuna sahip olmaları olabilir. Kronik hastalık raporuna sahip olan hastalar ilaçlar için çoğunlukla katkı payı ödememektedir. Buna ek olarak, psikiyatri hastalıklarının tedavisi için yılda sekizden daha fazla başvuru gerekliliği söz konusu olabilmektedir. Psikiyatrik hastalıklar genellikle ömür boyu takip ve tedavi gerektiren ve sıklıkla poliklinik kontrol muayenesi gerektiren kronik hastalıklardır. Dolayısıyla uzun erimde psikiyatrik hastalık nedeniyle yapılan cepten harcamaların hastalara ve hane halklarına Türkiye ortalamasına eşit ya da daha fazla finansal yük getirme olasılığı da vardır. Üstelik bu harcama tutarı yalnızca tek bir kronik hastalık ile ilişkili olup, bu hasta grubunda diğer sağlık sorunları nedeniyle yapılacak harcamalar da eklenince yıllık cepten sağlık harcamalarının artması beklenebilir.

Bu çalışmada sağlık güvencesi olmayan kişilerin yaptıkları cepten sağlık harcamalarının, sağlık güvencesi olan kişilere göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum sağlık güvencesinin psikiyatri hastaları için çok önemli olduğunu göstermektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 2013 verilerine göre Türkiye nüfusunun yaklaşık %98'i sağlık güvencesi altındadır [52]. Psikiyatri hastalarının ne kadarının sağlık güvencesi olduğu konusunda ise bir veriye ulaşılamamıştır. Ulusal Hane halkı Bütçe Araştırması'nın 2008 yılı verileri kullanılarak yaklaşık 8,600 kişilik bir örnek üzerinde yapılan çalışmada bu çalışmaya benzer sonuçlar saptanmış olup sağlık güvencesi olmamanın cepten sağlık harcamalarını 2.59 kat artırdığı (OR=2.59 (1.61-4.19)) bulunmuştur [44]. İl düzeyinde Ankara'da gerçekleştirilen başka bir çalışmada yaklaşık 3,800 kişilik bir örnekte de bu çalışmaya benzer şekilde sağlık güvencesi olmayan kişilerin olanlara göre cepten sağlık harcamaları anlamlı olarak fazla bulunmuştur [53]. Gemlik'te yapılan başka bir çalışmada da yaklaşık 10,300 kişilik bir örnekte kişilerin yaptıkları cepten sağlık harcamaları araştırılmış ve son bir ay içinde cepten yapılan toplam sağlık harcamaları sağlık güvencesi olmayan kişilerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur [49]. Bu çalışmaya benzer sonuçlar içeren başka çalışmalar da yapılmıştır. Türkiye Ulusal Hane halkı Sağlık ve Bütçe Araştırması 2002-2003 verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada yaklaşık 40,000 kişinin sağlık harcamaları değerlendirilmiştir. Türkiye'deki sağlık sigortası sisteminin cepten yapılan harcamalar için ne oranda koruma sağladığının araştırıldığı çalışmada, Yeşil-Kart'lıların SSK ve Emekli Sandığı güvencesine sahip olanlara göre anlamlı olarak cepten daha fazla sağlık harcaması yaptığı bulunmuştur [42]. Ulusal Hane halkı Bütçe Araştırması 2004-2008 verilerinin kullanıldığı bir çalışmada ise benzer şekilde Yeşil Kart'lı olan ve sağlık güvencesi olmayan hanelerin cepten sağlık harcamalarının aylık hane geliri içindeki payının %10'dan fazla olması, bir diğer deyişle katastrofiye yol açma riskinin diğer hane halklarına göre yüksek olduğu bulunmuştur [9]. 2006 yılı itibariyle Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçildiğinden ve sağlık sigortası çeşitleri 'Genel Sağlık Sigortası' başlığı altında birleştirildiğinden 2014 yılında gerçekleştirilen bu çalışmada sosyal güvencenin çeşidi değil yalnızca var olup olmadığı sorgulanmıştır. Dolayısıyla

2006 yılı öncesinde yapılan diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında sağlık güvencesi olmayanlarda harcamaların yüksek bulunması bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada cepten sağlık harcamalarını borç ya da birikimleri ile karşılayan grubun harcamalarının aylık gelir ile karşılayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bu konuda borç/birikim ile karşılayan grubun %63'ünün çalışmayan, işsiz ya da düzensiz işlerde çalışan kişiler olduğu dikkat çekicidir. Mesleksel sınıfa göre anlamlı fark saptanmamış olsa da işsiz, çalışmayan ya da düzensiz işlerde çalışan kişilerin aylık gelirleriyle karşılayamayacak ve borç almak zorunda kalacak kadar cepten sağlık harcamaları yaptıkları dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum sağlık hizmetlerinde eşitsizliğin temel bulgularından birisi olan ters hizmet kuralını göstermektedir. Daha riskli gruplar daha fazla borçlanmaktadır. Bu durum işsiz, çalışmayan ya da düzensiz işlerde çalışan hastaların katastrofiye uğrama riskinin yüksek olduğunu gösteren bir bulgu olabilir.

Bu çalışmada mesleksel sınıflara göre karşılaştırma yapıldığında cepten sağlık harcamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ankara'da il düzeyinde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde cepten sağlık harcamalarında meslek gruplarına göre anlamlı fark saptanmamıştır [53]. Ancak, Türkiye'de yapılan ulusal düzeyde bir çalışmada cepten sağlık harcamalarının işsizlerde diğer meslek gruplarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur [43]. Cepten sağlık harcamalarını mesleksel sınıfa göre karşılaştıran çalışma ülkemizde sınırlı sayıdadır.

Bu çalışmada araştırma grubundaki kişilerin özel sağlık sigortası varlığına göre cepten sağlık harcamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. ABD'de yapılmış bir çalışmada ise özel sağlık sigortası olan 65 yaş altı kişilerin psikiyatrik hastalık durumunda yüksek düzeyde cepten sağlık harcaması yapmak durumunda kaldıkları bulunmuştur. ABD'de özel sağlık sigortası uygulamasının yaygın olması nedeniyle kişilerin kapsayıcı sigortalarının olmayışının cepten sağlık harcamalarını artırdığı vurgulanmıştır [39]. Ülkemizde uygulanan genel sağlık sigortası sistemi doğrultusunda bu çalışmanın sonuçlarına göre sosyal güvence varlığı cepten yapılan sağlık harcamaları için önemli bir belirleyicidir.

Bu çalışmada kişilerin aylık eşdeğer gelirlerine göre yaptıkları cepten sağlık harcamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durum aslında cepten sağlık harcamalarına etki eden etmenler arasında sağlık güvencesi varlığının gelir düzeyinden daha önemli bir etmen olduğunu göstermektedir. Ancak kişilerin ya da hane halklarının gelir düzeyleri ile yaptıkları cepten sağlık harcamalarının ilişkili olduğunu gösteren ve ülkemizde ulusal düzeyde yapılmış çalışmalar da vardır. Ulusal veriler ile 2002-2003 yılında yapılan çalışmada yoksul gruplarda ve ekonomik olarak daha az gelişmiş bölgelerde yaşayanlarda yüksek düzeyde cepten harcama yüküne maruz kalma riski olduğu bulunmuştur [42]. Benzer şekilde, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması verileri kullanılarak yapılan çalışmada en düşük (beşinci) gelir diliminde olanlarda cepten sağlık harcamaları diğer gelir gruplarından daha fazla bulunmuştur [43]. Ankara'da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde düşük gelirli hasta grubunun cepten sağlık harcamalarının yüksek gelirli gruptan anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur [53].

Gelir gruplarının cepten sağlık harcamalarına etkisi üzerine tam tersi sonuçlar elde edilmiş çalışmalar da vardır. Örneğin, cepten sağlık harcamalarının aylık harcamalar arasındaki payının özellikle yüksek gelirli ailelerde arttığı saptanmış, ortalama cepten sağlık harcamasının en düşük gelirli grup için 7.4 ABD $ olduğu ve bu değerin en yüksek gelirli grubun ortalama harcaması olan 70.2 ABD $'ın onda biri olduğu bulunmuştur [15]. Benzer şekilde ulusal düzeyde veri kullanılarak yapılan bir çalışmada yüksek gelire sahip olmanın cepten sağlık harcamalarını yaklaşık 2 kat artırdığı saptanmıştır [44].

Gelir gruplarının yaptıkları cepten sağlık harcamalarını özellikle psikiyatrik hastalıklar açısından karşılaştıran uluslararası düzeyde çalışmalar da vardır. ABD'de 2003 ve 2004 yılları için ulusal veri tabanı kullanılarak ev halklarının yaptıkları cepten sağlık harcamaları içinde akıl sağlığı için yapılan cepten harcamaların oranı araştırılmıştır. Bu çalışmada yoksulluk sınırının altında yaşayan ve psikiyatrik hastalığı olan bireylerin bulunduğu ailelerin %53'ünün iki yıl içinde en az bir ay gelirlerinin %20'sini aşan oranda cepten sağlık harcaması yaptığı, bunun bir

katastrofiye yol açtığı, yüksek gelirli ailelerde ise bu oranın daha düşük (%29) olduğu saptanmıştır. Düşük gelirli ailelerin cepten sağlık harcamalarının yüksek gelirli ailelerden anlamlı olarak daha fazla olduğu belirtilmiştir [39]. Bunun nedeni ABD'de düşük gelirli ailelerin sosyal güvenceye daha az oranda sahip olmaları ya da tamamen sosyal güvence kapsamı dışında olmaları; bu nedenle karşılanmayan sağlık ihtiyaçları için cepten harcama yapma zorunlulukları olabilir.

Bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yapılan bu çalışmada ise başvuran hastaların çoğunlukla ortalama ve yüksek gelir grubundan olmaları seçime dayalı bir taraf tutmaya neden olarak yapılan cepten sağlık harcamaları arasında anlamlı fark saptanmamasına neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada hastaların yaptıkları toplam cepten sağlık harcamalarının en büyük kısmını muayene (%43), ikinci sırada ilaç (%33) ve sonuncu olarak tetkik harcama (%24) tutarları oluşturmaktadır. Ülkemizde psikiyatri hastalarına özel yapılmış cepten sağlık harcamalarına yönelik yayınlanmış çalışma bulunmamaktadır. Gölbaşı Bölgesi'nde 1996 yılında yapılan bir çalışmada cepten sağlık harcamalarının %45'inin ilaç ve %31'inin tetkik harcaması olduğu saptanmıştır [50]. Psikiyatri polikliniğinde yapılan bu çalışmada sağlık güvencesi olmasından bağımsız olarak gelen her hastadan muayene katkı payı alınması muayene harcamalarının cepten harcamaların büyük kısmını oluşturmasına neden olmuş olabilir. Gölbaşı'nda yapılan çalışmada ayrıca farklı olarak kişi başı ortalama cepten sağlık harcaması tutarı 38 ABD $ bulunmuştur. Bu çalışmada ise bulunan kişi başı 7 ABD $ tutarındaki harcama kişilerin Gölbaşı'ndaki çalışmadan düşük bulunmuştur. Çalışmada kişilerin sadece psikiyatrik hastalıkları nedeniyle yaptıkları poliklinik başvurusu değerlendirildiği için bu beklenen bir durumdur. Gemlik ve Ankara'da yapılmış başka çalışmalarda da bu çalışmadan farklı olarak en yüksek harcamanın ilaç için yapıldığı bulguları elde edilmiştir. Gemlik'te kişi başına yapılan cepten sağlık harcamalarının yıllık olarak tanı/tedavi dışında kalan %39'luk kısmını ilaç harcamalarının oluşturduğu [49] Ankara'da benzer şekilde toplam cepten sağlık harcamalarının en yüksek bölümünü (%40) ilaç harcamaları olduğu saptanmıştır [53]. Bu çalışmada ise psikiyatrik hastalık için kişi başı yapılan cepten sağlık harcamaları en yüksek oranda muayene için

yapılıyor olması SGK'nın son Sağlık Uygulama Tebliği'ne [51] göre gelen her hastadan 5 TL muayene ücreti alınıyor olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, psikiyatri hastalarının kullandıkları ilaçlar için kronik ilaç raporları nedeniyle katkı payı ödemiyor olmaları da cepten ilaç harcamalarının daha düşük bulunmasında belirleyici olmuş olabilir.

Bu çalışmada tanı gruplarına göre cepten yapılan toplam harcamalar değerlendirildiğinde psikoz ve bipolar hastaların anksiyete hastalarına göre anlamlı olarak daha fazla cepten harcama yaptıkları görülmektedir. Cepten ilaç harcamaları psikoz tanı grubunda diğerlerine göre anlamlı olarak yüksektir. Cepten tetkik harcamaları ise bipolar tanı grubunda diğerlerine göre anlamlı olarak yüksektir. Ayrıca bipolar affektif bozukluk tanısı almış olmak, cepten yüksek düzeyde sağlık harcama yapılmasını anksiyete tanısı almış olmaya göre 4.5 kat anlamlı olarak artırmakta, psikoz tanısı almış olmak ise cepten yüksek düzeyde sağlık harcama yapılmasını anksiyete tanısı almış olmaya göre 9.3 kat anlamlı olarak artırmaktadır. Bu durum psikoz hastalığında reçete edilen ilaçların sayıca daha fazla olmasından ve bipolar hastaların duygudurum düzenleyici ilaçlarının kan düzeylerinin belirlenmesi için diğer tanı gruplarına göre daha çok tetkik yaptırma zorunluluklarından kaynaklanmış olabilir.

Uluslararası düzeyde bu çalışmaya benzer olarak psikiyatri hastaları üzerinde yapılmış cepten sağlık harcamalarını konu alan çalışmalar vardır. Pakistan'da bir psikiyatri kliniğinde depresyon tanısı almış 200 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada kişilerin başvuru başına muayene için 7 ABD $ harcama yaptığı ve bir aylık dönem için 16 ABD $ ilaç harcaması yaptıkları saptanmıştır. Söz konusu tutarlar bu çalışmadaki muayene harcamalarından yaklaşık iki kat, ilaç harcamalarından ise yaklaşık yedi kat yüksektir [54]. Bu bulgular ışığında, Türkiye'deki sağlık güvencesi kapsayıcılığının Pakistan'dakinden daha iyi olduğu görülmektedir. Pakistan'da sağlık finansmanında kamu katkısının düşük olmasının kişilerin daha çok cepten sağlık harcaması yapmasına neden olduğu söylenebilir. Sri Lanka'da bir psikiyatri kliniğinde ise 91 psikoz hastasının iki ay boyunca yaptığı cepten sağlık harcamaları araştırılmıştır. Cepten sağlık harcamalarının %26'sının ilaç harcaması olduğu

saptanmıştır. En düşük harcamanın (%14) tetkik için yapıldığı saptanmıştır [55]. Bu çalışmada Sri Lanka'daki çalışmadan farklı olarak tetkik için harcama yapan hasta oranı %53'tür. Bu farklılık tetkik isteminin özellikle bipolar hastaların kullandıkları duygu durum düzenleyici ilaçların kan düzeyini ölçmek için yapılmasından ve Sri Lanka'da sadece psikoz hastalarından oluşan araştırma grubundan farklı olarak, %56 oranında bipolar hasta grubu üzerinde çalışılmasından kaynaklanıyor olabilir. Psikoz hastaları da ilaç kan düzeylerinin belirlenmesi için tetkik harcamaları yapabilmektedir ancak bu konuda tanılarına özel ilaç kullanan bipolar hastaların daha çok cepten tetkik harcaması yapmak zorunda kalışı dikkat çekicidir.

Bu çalışmada kişilerin yaptıkları cepten sağlık harcamaları arasında cins, yaş, medeni durum açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak cins, yaş grubu ve medeni durumun cepten sağlık harcamalarına etki ettiğini gösteren çalışmalar da vardır. Ulusal veriler kullanılarak yapılan bir çalışmada kadınlarda ve 0-4 yaş grubunda cepten sağlık harcamaları anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur [43]. Başka bir ulusal çalışmada ise evli olmanın bekârlara göre yapılan cepten sağlık harcamalarını 1.31 kat anlamlı olarak artırdığı ve 55 yaş ve üzerinde olmanın daha genç yaş gruplarına göre cepten sağlık harcamalarını 1.24 kat anlamlı olarak artırdığı bulunmuştur [44]. Ancak sözü edilen çalışmalar ulusal düzeyde toplanmış veriler ile büyük araştırma örneklerinde yapılmıştır. Psikiyatri Polikliniği'nde yapılan bu çalışmada ise yaş, cins ve medeni duruma göre cepten harcamalar arasında fark saptanmama nedeni araştırma grubunun daha küçük bir örnek olan özel bir hasta grubundan oluşması olabilir.

Bu çalışmada cepten harcamalar ile kişilerin gelirleri oranlandığında katastrofik düzeyler saptanmamıştır. Ancak ülkemizde hane halklarının başka sağlık problemleri nedeniyle yaptıkları cepten harcamaların katastrofiye yol açtığını gösteren çalışmalar vardır. TUİK verilerine göre 2013 yılı katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı binde ikidir [56]. Bu çalışmada katastrofiye rastlanmamasının temel nedeni kişilerin kronik hastalık raporu nedeniyle ilaç ve reçete katkı payı ödememesi olabilir.

Bu çalışmada yapılan analizlere göre sağlık harcamalarının normal dağılıma uymadığı saptanmıştır. İlaç, tetkik ve muayene harcamaları ile toplam sağlık harcaması arasında yüksek düzeyde korelasyon bulunmuştur. Korelasyon katsayılarının anlamlı düzeyde yüksek olması ilaç, tetkik ve muayenenin toplam harcamaları oluşturan birimler olması nedeniyle beklenen bir durumdur (Bakınız EK-1). Yapılan lineer regresyon analizinde beta bağıntı katsayıları anlamlı çıkmakla birlikte dağılım normal dağılıma uymadığı için lineer regresyon sonuçları ekte verilmiştir (Bakınız EK-2).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, cepten sağlık harcamaları konusunda psikiyatrik hastalar üzerinde yapılmış ülkemizdeki ilk çalışmadır. Bir büyükşehir olan İzmir İli'nde ve üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde gerçekleştirildiği için seçime dayalı taraf tutulmuş olabilir. Bu nedenle çalışma sonuçlarının topluma genellenebilirliği kısıtlıdır. Ancak bu çalışma psikiyatrik hastalık yükünün giderek arttığı toplumumuzda akıl sağlığı hizmetlerine ulaşımın öneminin vurgulanması yönünden bir ön çalışma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmanın bulgularına göre,

i) Psikiyatrik hastalığı nedeni ile sağlık hizmeti almak için başvuran kişilerin tamamı cepten sağlık harcaması yaparken, sağlık güvencesi olmayanlar daha yüksek tutarda cepten sağlık harcaması yapmaktadır.

ii) Psikiyatrik hastalığı psikoz ya da bipolar bozukluk olan kişiler anksiyete hastalarına göre daha yüksek tutarda cepten sağlık harcaması yapmaktadır.

iii) Psikiyatrik hastalığı nedeni ile cepten yaptıkları harcamaları karşılamak için borç alan kişiler aylık gelirleriyle karşılayanlara göre daha yüksek tutarda cepten sağlık harcaması yapmaktadır.

Bu bulgulara göre çalışmanın hipotezlerinden,

i)'Psikiyatrik hastalığı nedeni ile sağlık hizmeti almak için başvuran kişinin yapacağı cepten sağlık harcaması ile sağlık güvencesi olup olmaması arasında ilişki vardır.'

ii)'Psikiyatrik hastalığı nedeni ile sağlık hizmeti almak için başvuran kişinin yapacağı cepten sağlık harcaması ile psikiyatrik hastalık tanısı arasında ilişki vardır.'

iii)'Psikiyatrik hastalığı nedeni ile sağlık hizmeti almak için başvuran kişinin cepten sağlık harcamalarını karşılamak için kullanacağı kaynak ile yaptığı cepten sağlık harcaması miktarı arasında ilişki vardır.' maddeleri doğru çıkmıştır.

Ancak,

i)'Psikiyatrik hastalığı nedeni ile sağlık hizmeti almak için başvuran kişinin yapacağı cepten sağlık harcaması ile kişinin mesleksel sosyal sınıfı ve aylık geliri arasında ilişki vardır.'

ii)‘Psikiyatrik hastalığı nedeni ile sağlık hizmeti almak için başvuran kişinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile yaptığı cepten sağlık harcaması arasında ilişki vardır.’ hipotezleri doğrulanamamıştır.

Bu çalışmanın bulguları ışığında,

i) Psikiyatrik hastaların tamamına sağlık güvencesi sağlanması ve bu hastalarda sağlık güvencesi kapsayıcılığının %100 olması,

ii)Cepten harcamaların azaltılması için muayene katkı payları başta olmak üzere yeni bir düzenleme yapılarak katkı paylarının azaltılması ya da tamamen kaldırılması,

iii)Cepten sağlık harcamalarını borç ile karşılayan gruplarda cepten sağlık harcamalarının daha yüksek olması göz önünde tutularak bu gibi riskli hastalar ve yakınları için özel bir koruma programı uygulanması önerilebilir.

Akıl sağlığı hizmet gereksiniminin finansmanı konusunda ileri düzeyde ve daha büyük örnekler üzerinde çalışmalar yapılması ile psikiyatrik hastalığı olan kişilerin cepten sağlık harcamaları konusunda daha doğru saptamalar yapmak mümkün olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Ayhan A. Sosyal güvenlik kavramı ve sosyal güvenlik ilkeleri. Sosyal Güvenlik Dergisi 2012;1:41-55.
2. Türkiye İnsan Hakları Kurumu. İnsan hakları evrensel beyannamesi. https://www.google.com/#q=insan+haklar%C4%B1+evrensel+bildirgesi Erişim Tarihi: 12.08.2014.
3. Tatar M. Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri:sosyal sağlık sigortasının Türkiye'de gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi 2011;1:103-133.
4. Ozgen H. Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: nedir? neden önemlidir? Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2007;10:201-228. 2007.
5. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. http://www.sdplatform.com/Dergi/265/Genel-saglik-sigortasinda-finansmani-saglanan-saglik-hizmetleri-nelerdir.aspx. Erişim Tarihi:5.11.2014.
6. WHO.Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_05_2-cata_sys.pdf Erişim Tarihi:13.12.14.
7. WHO. Health Financing Policy. http://www.who.int/health_financing/catastrophic/en/ Erişim Tarihi: 2.12.14.
8. Sosyal Güvenlik Kurumu. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce Erişim Tarihi: 12.12.2014.
9. Ozgen H, Sahin B, Belli P,Tatar M et al. Predictors of informal health payments: the example from Turkey. J Med Syst 2010;34(3):387-96.
10. Sağlığa Bakış 2013. http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-sum-tr/index.html?itemId=/content/summary/health_glance-2013-sum-tr&mimeType=text/html Erişim Tarihi: 22.12.2014.
11. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003;362(9378):111-117.
12. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM. et al. Protecting households from catastrophic health spending.Health Aff 2007;26(4):972-83.
13. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu 2014. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF. Erişim Tarihi:19.3.2015.
14. TUİK Sağlık Harcaması İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084. Erişim Tarihi:10.3.2015.
15. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. Health Policy 2010;94(1):26-33.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı 2014 Yılı Bütçe Sunumu. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87566/h/butce-sunum.pdf
17. WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. Erişim Tarihi: 3.12.2014.
18. World Population Data Sheet. http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2012/world-population-data-sheet/fact-sheet-ncds.aspx Erişim Tarihi:11.10.2014.

19. Nikolic IA, Stanciole AE, Zaydman M. Chronic emergency: why NCDs matter. WorldBank.http://www.ghdnet.org/sites/default/files/ChronicEmergencyWhyNCDsMatter.pdf Erişim Tarihi: 15.12.2014.
20. Bloom D. Cafiero ET, Llopis E,Gessel S. et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. World Economic Forum, 2011, Genevahttp://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf Erişim Tarihi:23.12.2014.
21. WHO. Global Burden of Disease. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/index.html Erişim Tarihi: 28.01.2014.
22. WHO. Noncommunicable Diseases. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/ Erişim Tarihi:4.12.2014.
23. Mathers CD, Loncar D.Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030.PLoS Med 2006;3(11):e442. 2006.
24. WHO. Global Health Estimates.http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/ Erişim Tarihi: 16.12.2014.
25. Poullier JP. Patterns of global health expenditures: results for 191 countries WHO; 2002 http://www.who.int/healthinfo/paper51.pdf Erişim Tarihi:14.12.2014.
26. Mosialos E. Dixon A. Funding Health Care: Options for Europe. WHO. 2002. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf Erişim Tarihi: 1.5.14.
27. WHO.Mental health: strengthening our response Fact sheet N°220 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/ Erişim Tarihi:29.1.2014.
28. The global economic burden of non-communicable diseases. http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2012/PGDA_WP_87.pdfGeneva, Erişim Tarihi:22.12.2014.
29. Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO. http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf Erişim Tarihi: 3.2.2014.
30. WHO. Mental Health. http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/ Erişim Tarihi:22.1.2015.
31. WHO. Mental Health Financing 2003. http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v4/en/ Erişim Tarihi: 25.4.14.
32. Doğan O. Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarında özgün bir örnek: Sivas'ta yapılan araştırmaların önemli bulguları. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2010;13(1):12-22.
33. Küey L. Dünyada ve Türkiye'de psikiyatrik epidemiyolojinin tarihsel gelişimi üzerine kısa bir derleme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2010; 13(1): 6-11.
34. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması, 1998 http://tr.scribd.com/doc/118803955/Turkiye-Ruh-

Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-Profili-Raporu-1998. Erişim Tarihi:1.2.2014.
35. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf Erişim Tarihi:10.09.2014.
36. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı,2013 http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/kronik_hastaliklar/tkh-final-raporu-tr.pdf Erişim Tarihi:12.12.2014.
37. Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's Project Atlas. J Ment Health Policy Econ 2003;6:135–143.
38. Luire ZI, Manheim LM, Dunlop DD. Differences in medical care expenditures for adults with depression compared to adults with major chronic conditions. J Ment Health Policy Econ. 2009; 12(2): 87–95.
39. Zuvekas SH. Selden TM. Mental health and family out-of-pocket expenditure burdens. Med Care Res Rev 2010 ; (67): 194.
40. O'Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers.Cad Saude Publica 2007;23(12):2820-34.
41. O'Donnell O, Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A. et al. Who pays for health care in Asia? J Health Econ 2008;27(2):460-75. 2008.
42. Sulku SN, Bernard DM. Financial burden of health care expenditures: Turkey. Iran J Public Health 2012;41(3):48-64.
43. Başara B. Sahin İ.Türkiye'de cepten sağlık harcamalarını etkileyen etmenler.Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Derg 2008;26(2):319-340. 2008.
44. Sozmen K. Unal B. Determinants of out of pocket expenditure in Turkey. 6th European Public Health Conference:209, 2013, Brussels.
45. Belek İ. Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. İstanbul: Sorun Yayınları; 1998.
46. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. 2. Baskı. Ankara: İmge Kitabevi; 2004.
47. Şimşek H. Sosyal Eşitsizliklerin Koroner Kalp Hastalığı Risk Etmenlerine Etkisi. Doktora Tezi. İzmir:Dokuz Eylül Üniv;2011.
48. TUİK. Eşdeğerlik Ölçeği. http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/GYKA_2011/turkce/metaveri/tanim/essdeggerlik-oelcceggi/index.html Erişim Tarihi:10.12.2014.
49. Pala K. Gemlik'te cepten sağlık harcamaları. Toplum ve Hekim 2003;18(4):279-288. 2003.
50. Kılıç B. Gölbaşı bölgesinde doğrudan sağlık harcamaları ve bunu etkileyen etmenler Toplum ve Hekim 1997;12(77):2-10.
51. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sağlık Uygulama Tebliği http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki_mevzuat/tebligler Erişim Tarihi:15.3.2015.
52. Sosyal Güvenlik Kurumu. İstatistik Yıllıkları. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari Erişim Tarihi:20.3.2015.

53. Aycan S, Tuzun H, Ozkan S, Ceyhan M ve ark. The healthcare expenditure of individuals presenting at some primary healthcare institutions in Ankara.Turkish Journal of Public Health 2005;3(2):67-74.
54. Gadit, AA. Out-of-Pocket expenditure for depression among patients attending private community psychiatric clinics in Pakistan.J Ment Health Policy Econ 2004;7(1):23-8. 2004.
55. Silva J, Hanwella R, de Silva VA. Direct and indirect cost of schizophrenia in outpatients treated in a tertiary care psychiatry unit.Ceylon Med J 2012;57(1):14-8.
56. TUİK. Türkiye'de katastrofik sağlık harcamaları. http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/katastrofikSaglikHar_1Ekim2014.pdf Erişim Tarihi:15.3.2015.

EK-1

İlaç/tetkik/muayene harcamaları ile toplam sağlık harcaması arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bakınız Tablo 1.

Tablo 1. İlaç, tetkik ve muayene harcamaları ile toplam sağlık harcamaları arasındaki korelasyon sonuçları

	Toplam Harcama	
	r	p
İlaç	0,907	0.0001
Tetkik	0,317	0.0001
Muayene	0,813	0.0001

EK-2

İlaç/tetkik/muayene harcamaları ile toplam sağlık harcaması arasında yapılan lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. İlaç, tetkik, muayane harcamaları ile toplam sağlık harcaması için lineer regresyon sonuçları

	Toplam Harcama			
	Constant	p	Beta	p
İlaç	7,658	0.001	1,365	0.001
Tetkik	11,035	0.001	0,904	0.001
Muayene	0,135	0.882	2,313	0.001

EK-3

Türkiye'de yapılan cepten sağlık harcamalarına yönelik çalışmaların özet literatür tablosu

Çalışmanın Adı	Yılı	Birinci Yazar	Yöntem	Önemli Bulgular
Gölbaşı bölgesinde doğrudan sağlık harcamaları ve bunu etkileyen etmenler	1997	Kılıç B.	Ankara, Gölbaşı Bölgesi'nde 1995 yılı bir aylık dönemde 1635 evde 7,369 kişinin yaptıkları cepten sağlık harcamaları sorulmuş	Herhangi bir sağlık hizmetine başvuranların %84'ü cepten harcama yapmıştır. Yapılan harcamaların %45'i ilaca, %31'i tetkiklere yapılmıştır. Toplam cepten harcama tutarı kişi başı ortalama 38 ABD $ bulunmuştur. Cepten sağlık harcaması sosyal güvencesi olmayan grupta olanlara göre dört kat daha fazladır.
Gemlik'te Cepten Sağlık Harcamaları	2001	Pala K.	Gemlik'te 3,011 haneye gidilerek 10,290 kişinin 2001 yılında dört aylık dönemde yaptıkları cepten sağlık harcamaları sorulmuş	1,808 kişinin (araştırma grubunun %17.6'sının) son bir ay içinde cepten sağlık harcaması yaptığı bulunmuştur. Bu kişilerin 526'sı hem tanı/tedavi hem de ilaç için, 223'ü yalnızca tanı/tedavi için ve 1,059'u yalnızca ilaç için cepten sağlık harcaması yapmıştır. Kişi başına yapılan cepten sağlık harcamalarının yıllık olarak tanı/tedavi dışında kalan % 39.5'lik kısmını ilaç harcamalarının oluşturduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada son bir ay içinde cepten yapılan ortalama toplam sağlık harcamalarının sağlık güvencesi olmayan kişilerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.01$)
The healthcare expenditure of individuals presenting at some primary healthcare institutions in Ankara.	2003	Aycan S.	Ankara'da 2003 yılında bir aylık dönem için 3,814 kişinin sağlık harcamaları sorulmuş	Toplam cepten sağlık harcamalarının %40.5'inin ilaç harcamaları olduğu ve kişilerin %6.8'inin katastrofik sağlık harcaması yaptığı bulunmuştur. Sağlık güvencesi olmayan kişilerin olanlara göre cepten sağlık harcamaları anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Cepten sağlık harcamaları, özel sağlık kuruluşlarına başvuranlarda diğer kişilere göre, düşük gelirli grupta yüksek gelirli gruba göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Cepten sağlık harcamaları, kendi hesabına çalışanlarda diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır

Türkiye'de cepten sağlık harcamalarını etkileyen etmenler	2008	Başara B.	Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması verileri kullanılarak, Türkiye'de cepten sağlık harcamalarını etkileyen etmenlerin araştırıldığı çalışmada 11,481 hane ve toplam 48,057 kişi ile görüşülmüştür.	Cepten sağlık harcamaları kadınlarda, 0-4 yaş grubunda, doğu bölgesinde, kırsal kesimde, işsizlerde, SSK'lılarda, 5. gelir diliminde olanlarda daha fazla bulunmuştur.
Impact of Healthcare Reforms on Out- of- pocket Health Expenditures in Turkey for Public Insurees	2009	Eruş B.	Hanehalkı Bütçe Araştırması 2003-2006 yılı verileri kullanılarak yapılan çalışmada sağlık harcamalarının miktarı ve cepten yapılan sağlık harcamalarının katastrofiye (aile bütçesinin %5'ini aştığı kabul edilerek) yol açıp açmadığı araştırılmıştır.	2003 yılı ile 2006 yılı arasında cepten sağlık harcaması yapan evhalkı sayısının %15 oranında arttığı bulunmuş ve bu durum sağlık hizmeti kullanımı artışı ile ilişkilendirilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre aile bütçelerinden cepten sağlık harcamalarına ayrılan ve katastrofiye yol açan harcamalarda %10'luk bir düşüş saptanmıştır.
Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey	2010	Yardım MS.	Hanehalkı Bütçe Araştırması 2006 verileri kullanılarak yapılan çalışmada Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarının düzeyi ve bunu etkileyen faktörler araştırılmıştır.	Evhalklarının %0.6'sının aylık evhalkı bütçesinin %40'ından fazlasını cepten sağlık harcamalarına ayırdığı ve bu nedenle katastrofiye maruz kaldıkları bulunmuştur. Cepten sağlık harcamalarının aylık harcamalar arasındaki payının özellikle yüksek gelirli ailelerde arttığı saptanmış, ortalama cepten sağlık harcamasının en düşük gelirli grup için 7.36 ABD $ ile en yüksek gelirli grubun ortalama harcaması olan 70.18 ABD $'ın onda biri olduğu saptanmıştır. Kırsal kesimde yaşayanların kentsel kesimlere oranla 2.5 kat daha fazla katastrofik harcamalara maruz kaldıkları, evhalkında yaşlı ve engelli birey varlığının katastrofi riskini artırdığı, okulçağı öncesi çocuk birey varlığının ise katastrofiden koruyucu rol oynadığı belirlenmiştir.

Predictors of informal health payments: the example from Turkey	2010	Ozgen H.	Ulusal Hanehalkı Bütçe Araştırması 2004-2008 verilerinin kullanılarak katastrofik cepten sağlık harcamaları ve etkileyen etmenler araştırılmıştır.	2004 yılına göre 2008 yılında cepten yapılan sağlık harcamasının hanehalkı kaynakları üzerindeki yükünün azaldığı bulgusuna ulaşılmıştır. Ancak Yeşil Kart'lı olan, sağlık güvencesi olmayan haneler ve özürlü bireylerin cepten harcamalarının aylık hanegeliri içindeki payının %10'dan fazla olması, bir diğer değişle katastrofiye yol açma riskinin diğer hanehalklarına göre yüksek olduğu bulunmuştur.
Financial burden of health care expenditures: Turkey.	2012	Sulku, SN.	Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık ve Bütçe Araştırması 2002-2003 verisi kullanılarak 9,805 ev halkına ulaşılmış ve 39,411 kişinin sağlık harcamaları değerlendirilmiştir. Türkiye'deki sağlık sigortası sisteminin cepten yapılan harcamalar için ne oranda koruma sağladığının araştırıldığı çalışmada, cepten yapılan sağlık harcamalarının ailenin aylık gelirinin %10 ve %20'lik kesim noktalarını aşıp aşmadığı saptanmıştır.	65 yaş altı nüfusun %19'u (yaklaşık 12.6 milyon kişi) aile bütçesinin %10'undan fazlasını cepten sağlık harcamasına ayırmaktadır. Aynı nüfusun %14'ü için ise sağlık harcamaları %20'nin üzerindedir. Yeşil-Kart'lıların SSK ve Emekli Sandığı güvencesine sahip olanlara göre anlamlı olarak cepten daha fazla sağlık harcaması yaptığı bulunmuştur. Cepten sağlık harcamasının bir katastrofiye yol açması riskinin Yeşil-Kartlılardan sonra, SSK'lılarda Emekli Sandığı'na mensup olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gelirinin %20'sinin aşan sağlık harcamaları yapan ailelerin harcamalarının %30.8'ini ilaç harcaması oluşturduğu saptanmıştır. Ayrıca yoksul ve ekonomik olarak daha az gelişmiş bölgelerde yaşayanların yüksek düzeyde cepten harcama yüküne maruz kalma riski olduğu bulunmuştur.
Determinants of out of pocket expenditure in Turkey	2013	Sözmen K.	Ulusal Hanehalkı Bütçe Araştırması'nın 2008 yılı verileri kullanılarak 8,549 kişinin cepten sağlık harcamaları ve etkileyen etmenler araştırılmıştır.	Cepten sağlık harcamalarının anahtar belirleyicilerinin yüksek gelire sahip olmak OR=2.29 (1.53-3.44), sağlık güvencesi olmamak OR=2.59 (1.61-4.19) ve evhalkında 65 yaş ve üzeri bireyin varlığı OR= 1.58 (1.18-2.11), ev halkı birey sayısının 5'ten fazla oluşu OR=1.33 (1.19-1.49), evli olmak OR=1.31 (1.07-1.61), 55 yaş ve üzerinde olmak OR=1.24 (1.09-1.41) olduğu saptanmıştır.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- 458 27.06.2014

Sayın Doç.Dr.Bülent KILIÇ

Kurulumuz tarafından 27.06.2014 tarih ve 1573-GOA protokol numaralı 2014/23-07 karar numarası ile görüşülen **"Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne Başvuran Hastalarda Cepten Sağlık Harcamaları"** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**etikkurul@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1573-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne Başvuran Hastalarda Cepten Sağlık Harcamaları**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Bülent KILIÇ Halk Sağlığı A.D.	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2014/23-07**	**Tarih: 26.06.2014**
	Doç.Dr.Bülent KILIÇ'ın sorumlusu olduğu **"Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne Başvuran Hastalarda Cepten Sağlık Harcamaları"** 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.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Işıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

ÖZGEÇMİŞ

TC Kimlik No / Pasaport No:	49735088150
Doğum Yılı:	1983
Yazışma Adresi :	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Halk Sağlığı AD. Temel Bilimler Binası, 8. Kat. İnciraltı/İzmir
Telefon :	0506 697 08 56
Faks :	0232 412 40 23
e-posta :	duyguislek@hotmail.com

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Ege Üniversitesi	Tıp		Yüksek Lisans	2007
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Tıp	Halk Sağlığı	Tıpta Uzmanlık	Halen

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
İznik Merkez Sağlık Ocağı	Türkiye	Bursa		Pratisyen Hekim	2007-2009
Konak 1 Nolu AÇSAP Merkezi	Türkiye	İzmir		Pratisyen Hekim	2009-2011
Seferihisar Devlet Hastanesi	Türkiye	İzmir		Pratisyen Hekim	2011
Dokuz Eylül Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Halk Sağlığı	Araştırma Görevlisi	2012-Halen

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/ sorumluluk/olay/üyelik vb.)	RESCAP –MED Projesi Çalışanıyım
Katıldığı Uluslararası Kurslar	-RESCAP-MED Projesi kapsamında Mısır, Kahire'de DSÖ'nün Doğu Akdeniz Bölge Ofisi'nde düzenlenen **'Sağlık Ekonomisi Workshop'- Aralık 2012** **-**RESCAP-MED Projesi kapsamında İstanbul'da düzenlenen ve **Joan Benach'ın** eğitimci olduğu **'Social Determinants of Health' başlıklı workshop – Mayıs 2013** **-**RESCAP-MED Projesi kapsamında İrlanda, Dublin'de düzenlenen **'Paper Writing Course'- Eylül 2013**
Yurtdışı Eğitim ve Görevlendirme	RESCAP-MED Projesi fellowship bursuyla 20 Eylül-4 Ekim 2013 , 17 Şubat-28 Şubat 2014 ve 3-19 Kasım 2014 tarihleri arasında toplamda üç kez Liverpool Üniversitesi Department of Public Health and Food Policy'de görev alarak 'Türkiye'de inmenin matematiksel modellemesi' üzerine Prof. Dr. Simon Capewell ve Dr. Martin O'Flaherty ile araştırma yürüttüm. Araştırmanın sonuçlarını Birleşik Krallık, Glasgow'da Kasım 2014'te düzenlenen Avrupa Halk Sağlığı Kongresi'nde sözlü olarak sundum.

ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
	Uluslararası RESCAP –MED Projesi Fellowship Bursu- 3 kez alındı.	Avrupa Birliği Projesi (RESCAP-MED)	2013-2014
	2214/A Tıpta Uzmanlık Öğrencileri için Yurtdışı Araştırma Bursu-İngiltere, Liverpool Üniversitesi, 6 ay	TUBİTAK	2015

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Research capacity and training needs for non-communicable diseases in the public health arena in Turkey.

Kilic B, Phillimore P, **Islek D**, Oztoprak D, Korkmaz E, Abu-Rmeileh N, Zaman S, Unal B. **BMC Health Services Research.** 2014 Sep 5;14:373. **doi: 10.1186/1472-6963-14-373.**

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

1.Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Konusunda Araştırma Kapasitesinin Geliştirilmesi İçin Haritalama (Mapping) Çalışması

Duygu İşlek, Dilek Öztoprak, Bülent Kılıç, Belgin Ünal(15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Sözlü Bildiri, Bursa, Ekim 2012)

2. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Konusunda Araştırma Kapasitesinin Geliştirilmesi İçin Gereksinim Belirleme Çalışması

Dilek Öztoprak, Eren Korkmaz, **Duygu İşlek**, Bülent Kılıç, Belgin Ünal(15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri, Bursa, Ekim 2012)

3.Manisa İli'nde 2011 Yılına Ait Ölüm Bildirimlerinin Değerlendirilmesi

Gonca Atasoylu, Serol Deveci,Deniz Altun, Tolga Ovayurt, Mustafa Sertel, **Duygu İşlek**, Belgin Ünal (15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Sözlü Bildiri, Bursa, Ekim 2012)

4. Social Determinants of Noncommunicable Diseases in Turkey: Country Report'

Duygu İşlek, Sibel Kalaça, Bülent Kılıç, Işıl Ergin, Yücel Demiral (Uluslararası RESCAP-MED Symposium, International Symposium On Social Determinants Of Ncds In Mediterranean Countries – İstanbul, Sözlü Sunum)

5.Assessment Of The Change In Obesıty Prevalence Of Women And Men Lıvıng In Balcova Dıstrıct Of Izmır Accordıng To The Socıal Determınants Of Health

Duygu İşlek, Yücel Demiral, Gül Ergör, Belgin Ünal(Uluslararası RESCAP-MED Symposium , International Symposium On Social Determinants Of Ncds In Mediterranean Countries, Sözlü Bildiri, İstanbul, Mayıs 2013)

6. Mappıng Of Papers Based On Socıal Determınants Of Health In The Fıeld Of Non Communıcable Dıseases

Duygu İşlek, Dilek Öztoprak, Bülent Kılıç(Uluslararası RESCAP-MED Symposium International Symposium On Social Determinants Of Ncds In Mediterranean Countries,Poster Bildiri, İstanbul, Mayıs 2013)

7.. Reorganization of Turkish Ministry of Health and the Role of Turkish Public Health Instıtution on Noncommunicable Diseases

Duygu Lüleci, **Duygu İşlek,** Bülent Kılıç (Uluslararası RESCAP-MED Symposium, International Symposium On Social Determinants Of Ncds In Mediterranean Countries Poster Bildiri, İstanbul, Mayıs 2013)

8. Güzelbahçe 1 Ve 2 Nolu Asm'ye Başvuran Hasta Ve Yakınlarının Sağlık Çalışanlarıyla Yaşadıkları Şiddetin Saptanması Ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi

Duygu İşlek, Abdullah Karataş, Selen Serin, Sefer Ramazan, Emine Mutlu, Büşra Yetim, Sultan Türel, Seval Yılmaz, Ahmet Soysal(16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Poster Bildiri, Antalya, Ekim 2013)

9. Manisa'da Mental Hastalık Sıklığı Ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri İle İlişkisi

Duygu İşlek, Mestan Emek, Ali Ceylan, Ayla Açıkgöz, Nur Demirpençe, Yasin Sağlam, Can Hekimoğlu, Gonca Atasoylu, Galip Köroğlu, Özgür Sekreter, Ziya Tay, Mustafa Sertel, Hilal Görgel, Ümran Kolukırık, Yücel Demiral, Belgin Ünal

(17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Sözlü Bildiri, Edirne, Ekim 2014)

10. Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne Başvuran Hastalarda Cepten Sağlık Harcamaları

Duygu İşlek, Bülent Kılıç, Berna Binnur Akdede (17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Poster Bildiri, Edirne, Ekim 2014)

11. Son Beş Yılda Manisa'ya İl İçi Ve Dışarıdan Olan Göç Ve Özellikleri

Nur Demirpençe, Ayla Açıkgöz, Ali Ceylan, **Duygu İşlek,** Mestan Emek, Yasin Sağlam, Can Hekimoğlu, Gonca Atasoylu, Galip Köroğlu, Özgür Sekreter, Ziya Tay, Mustafa Sertel, Hilal Görgel, Ümran Kolukırık, Yücel Demiral, Belgin Ünal

(17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Poster Bildiri, Edirne, Ekim 2014)

12. Manisa ilinde sağlığın bazı sosyal ve ekonomik belirleyicilerinin kronik hastalıklarla ilişkisi

Ali Ceylan, Mestan Emek, Ayla Açıkgöz, **Duygu İşlek**, Nur Demirpençe, Yasin Sağlam, Can Hekimoğlu, Gonca Atasoylu, Galip Köroğlu, Özgür Sekreter, Ziya Tay, Mustafa Sertel, Hilal Görgel, Ümran Kolukırık, Yücel Demiral, Belgin Ünal

(17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Poster Bildiri, Edirne, Ekim 2014)

13. Modelling The Effect of Potential Interventions for Prevention of Stroke and Cardiovascular Deaths among Turkish Population for Year 2012-2022

Duygu Islek, Kaan Sozmen, Belgin Unal, Maria Guzman Castillo, Ilonca Vaartjes, Simon Capewell, Martin O'Flaherty (Uluslararası Avrupa Halk Sağlığı Kongresi, Sözlü Bildiri, Kasım 2014, Glasgow, Birleşik Krallık)

14. Evaluation Of Net Migration Rates And Sociodemographic Aspects Of Migrants in Turkey Between The Years 2007-2013
Duygu İşlek

(Uluslararası RESCAP-MED Sempozyum, Socio-political Challenges in the Mediterranean Region:Implications for NCD Prevention and Control, Poster Bildiri, Aralık 2014, Beyrut, Lübnan)

15. Association Of Social And Economic Indicators Of Health With Chronic Diseases in Manisa Province

Ali Ceylan, Mestan Emek, Ayla Açıkgöz, **Duygu İşlek**, Nur Demirpençe, Yasin Sağlam, Can Hekimoğlu, Gonca Atasoylu, Galip Köroğlu, Özgür Sekreter, Ziya Tay, Mustafa Sertel, Hilal Görgel, Ümran Kolukırık, Yücel Demiral, Belgin Ünal

(Uluslararası RESCAP-MED Sempozyum, Socio-political Challenges in the Mediterranean Region:Implications for NCD Prevention and Control, Poster Bildiri, Aralık 2014, Beyrut, Lübnan)

16. Immigration And Properties In Manisa City In Turkey

Nur Demirpençe, Ayla Açıkgöz, Ali Ceylan, **Duygu İşlek,** Mestan Emek, Yasin Sağlam, Can Hekimoğlu, Gonca Atasoylu, Galip Köroğlu, Özgür Sekreter, Ziya Tay, Mustafa Sertel, Hilal Görgel, Ümran Kolukırık, Yücel Demiral, Belgin Ünal

(Uluslararası RESCAP-MED Sempozyum, Socio-political Challenges in the Mediterranean Region:Implications for NCD Prevention and Control, Poster Bildiri, Aralık 2014, Beyrut, Lübnan)