

Araştırma Makalesi

Palyatif Bakım Hizmeti Alırken Ölen Hastaların Geri Ödemelerinin İncelenmesi¹

Investigating the Reimbursement of Patients Who Died While Receiving Palliative Care Services

Derya KARAKAYA M.Sc., Ankara Pursaklar Devlet Hastanesi Yara Bakım Birimi deryakarakay@gmail.com https://orcid.org/0000-0002-2201-3422	Metin DİNÇER Doç Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü drmetindincer@yahoo.com https://orcid.org/0000-0003-4598-945X
---	---

Makale Geliş Tarihi	Makale Kabul Tarihi
30.07.2024	22.08.2024

Öz

Palyatif bakım hizmetlerinin, Türkiye’de son on yıldır Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödemesi yapılmaktadır. Tanımlayıcı ve retrospektif olarak yapılan bu çalışma ile palyatif bakım hizmeti alırken ölen 357 hastanın Sosyal Güvenlik Kurumu geri ödeme tutarları ve ödeme tutarlarında etkili olan faktörler incelenmiştir. Çalışmaya alınan hastalarda erkeklerin oranı %56 (n= 200), yaş ortalaması 76,33±13,46, ortalama yatış süresi 24,58± 32,16 gün ve geri ödemelerin ortancası ₺5118,9’dur. Basınç yaralanması ve enfeksiyonu olan hastalar olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derece hem uzun süre yatmaktadırlar hem de bu hastalar için yüksek geri ödeme yapılmaktadır. Kanseri olan hastalar olmayanlara göre hem daha kısa süre yatmaktadırlar hem de bu hastalara için daha az geri ödeme yapılmaktadır.Önlenabilir oldukları için, enfeksiyonun ve basınç yaralanmasının varlığı bir yandan hizmet kalitesinin eksikliği gösterirken diğer yandan da maliyet artışına neden olurlar. Yapılan regresyon analizinde, enfeksiyon ve beslenme şeklinin (total parenteral nütrisyon, nazogastrik beslenme, perkütan endoskopik gastrostomi) geri ödemeler üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Arzu edilen hizmet kalitesi ve maliyet düşüklüğünü gerçekleştirmek için, palyatif bakım hizmetleri tıbbi tedavi ağırlıklı değil de bakım ağırlıklı verilerek ve yaşamın son dönemine hitap eden bakım ağırlıklı yeni birimler oluşturularak hizmet değişikliği ve çeşitliliğine gidilmelidir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, geri ödeme, sosyal güvenlik kurumu, yaşam sonu dönem, sağlık ekonomisi

Abstract

Palliative care services have been reimbursed by the Social Security Institution in Turkey for the last ten years. In this descriptive and retrospective study, the Social Security Institution reimbursement amounts of 357 patients who died while receiving palliative care services and the factors affecting the reimbursement amounts were examined. Among the patients included in the study, the proportion of males was 56% (n= 200), the mean age was 76.33±13.46, the mean length of hospitalization was 24.58± 32.16 days, and the median reimbursement amount was ₺5118.9. Patients with pressure injuries and infections were both hospitalized for a statistically significant longer period than those without pressure injuries and infections and were reimbursed at a higher rate. Patients with cancer are hospitalized for shorter periods of time and are reimbursed less than those without cancer. As they are preventable, the presence of infection and pressure injury both indicate a lack of quality of care and lead to increased costs. In regression analysis, infection and type of nutrition (total parenteral nutrition, nasogastric feeding, percutaneous endoscopic gastrostomy) were found to be effective on reimbursement. To realize the desired service quality and cost reduction, palliative care services should be care-oriented rather than medical treatment-

¹Derya Karakaya tarafından hazırlanan aynı adlı Yüksek Lisans Tezinden üretilmiştir.

Önerilen Atıf /Suggested Citation

Karakaya, D.& Dinçer, M., 2024, Palyatif Bakım Hizmeti Alırken Ölen Hastaların Geri Ödemelerinin İncelenmesi, *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 59(3), 1445-1458.

oriented, and service change and diversification should be made by creating new care-oriented units addressing the end of life.

Keywords: Palliative care, reimbursement, social security institution, end of life, health economics

1. Giriş

Uzun yıllardır gelişmiş ülkelerde verilen ve yaşamın son dönemini kapsayan palyatif bakım (PB) hizmetleri (PBH), yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili zorluklarla karşı karşıya kalan her yaştaki hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşımdır (World Health Organization, 2024). PBH hastanın hem fiziksel hem de ruhsal olarak ele alınmasının yanı sıra ailesini ve sosyal çevresini de kapsamaması nedeniyle farklı zorluklar içererek diğer sağlık hizmetlerinden ayrılır. Bu yaklaşım hastanın fiziksel ve ruhsal olarak ele alınmasının yanı sıra ailesini ve sosyal çevresini de içermesi nedeniyle diğer sağlıkla ilişkili hizmetlerden ayrılmaktadır (Dinçer, 2019; Schmitve ark., 2016). PBH çok geniş bir yelpazede yer alan bulaşıcı olmayan pek çok hastalık için verilmesi gereken hizmetler sınıfında yer almaktadır. Bu hastalıklar arasında, kanser, HIV/AIDS, demans, serebrovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları konjestif kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalıklar, nörodejeneratif bozukluklar, ilaca dirençli tüberküloz, yaralanma ve yaşlı insanların hastalıkları gibi yaşamı tehdit eden hastalıklar yer almaktadır (World Health Organization, 2020). İnsan merkezli ve diğer sağlık hizmetleri ile bütünleşik olarak sunulması gereken PBH'ni, dünyada her yıl palyatif bakıma ihtiyaç duyan 40 milyon kişiden sadece %14'ü alabilmektedir (World Health Organization, 2024). PBH sunulurken hastanın yaşam süresinin uzunluğundan ziyade yaşanan sürenin kalitesine odaklanır (Dinçer, 2019). Buradaki esas amaç hastanın semptomlarını kontrol altına alarak hastanın yaşam kalitesini artırmaktır (World Health Organization, 2020). Ayrıca şunu da ifade etmek gerekir ki, yaşam sonunda bulunan hasta için hangi faktörlerin yaşam kalitesini artırabileceği konusundaki her şey tüm yönleriyle aydınlatılabilmiş değildir (Schmit ve ark., 2016).

PB merkezleri (PM'ler) terminal dönemdeki hastaların başta ağrı olmak üzere semptom kontrolünü sağlamak, ölümün acı ve ızdıraplı olmasını engellemek ve sevdiklerinin son anlarında yanlarında olabilmeleri için zaman kazandırarak vedalaşma imkânı sağlayan merkezlerdir (Bhatnagar, Kempfer ve Lagnese, 2024). Ancak, PBH'nin bir yandan yaşamın son döneminde hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinden olması, diğer yandan Sosyal Güvenlik Kurumunun yaptığı sağlık harcamalarının günden güne artması (Karataş ve Dinçer, 2023), nedeniyle bu tür hizmetlerin sağlık hizmetlerinin maliyetlerini artıracığı konusunda endişeler yaratmaktadır. Oysaki, yaşamın son yıllarında yapılan harcamalar değerlendirildiğinde, yüksek toplam tıbbi harcamaların hayat kurtarmaya yönelik son çabalardan değil, daha kısa yaşam beklentileriyle ilişkili olan kronik rahatsızlıkları olan kişilere yapılan harcamalardan kaynaklandığını göstermektedir (Frenchve ark., 2017). Buna karşın PBH'nin hastanelerde verilen sağlık hizmeti maliyetlerini düşüreceği yönünde güçlü kanıtlar da bulunmaktadır (Davisve ark., 2023; Zaborowski, Scheu, Glowacki, Lindell ve Battle-Miller, 2022). Türkiye'de PBH'nin, 2012 yılında yapılan düzenlemeler sonrasında geri ödemesi olan hizmetler arasına girmesi sağlanmıştır (Dinçer, 2019). PBH, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayınlanan ve sigortalıları için geri ödeme ilkelerinin bulunduğu Sağlık Uygulama Tebliğine göre geri ödemesi bulunmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013). PM'leri verdiği hizmetler nedeniyle, Sosyal Güvenlik Kurumu geri ödemesi (SGÖ) olan ve ölümün beklendiği yerlere de dönüştürülmemelidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, genellikle evde ya da benzeri bir ortamda ölüm tercih edilmesine rağmen hastane ölümlerinin yine de %30 civarında olduğu bildirilmektedir (Bhatnagar ve ark.). Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat verilen PM'lerinde verilen hizmetler için SGÖ'ler yapılmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013). Türkiye genelinde 2023 Yılında 437 tesiste 6.397 ruhsatlı PB yatağında ilk 6 ayda 90.648 hastaya hizmet verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

2. Amaç ve Yöntem

Retrospektif ve tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma, PM'de hizmet alırken vefat eden hastaların Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği tarifesi üzerinden SGÖ tutarı ve bu tutarları etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu sayede geri ödeme kurumuna PBH'nin ne kadar gider oluşturabileceği ve bunu etkileyen faktörler neler olabileceği belirlenebilecektir.

Çalışma, bir devlet hastanesinin PM'sinde yatan hastaların elektronik dosyaları üzerinden, 1 Temmuz 2013- 30 Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada PM'de yaşam sonu bakımı alan

hastaların demografik özellikleri, kesinleşen SGÖ tutarları, yatış gün sayıları, tanıları ve eşlik eden durumlarına ilişkin değişkenler analiz edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen dönemde PM’de yatan 1048 hastanın verisine ulaşılmıştır. Bu hastalardan 566 hasta hastaneden taburcu edilmiş, 11 hasta Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında olmadığından ve 114 hasta da eksik bilgileri olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir. Mükerrer yatışı olan 28 hastanın son yatışları çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmanın kohortunu, çalışma döneminde, PM’de hizmet alırken ölen 357 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu’ndan (Araştırma kodu:2019, Araştırma sıra no:147; Etik kurul karar toplantı tarihi: 19.04.2019, Karar no: 03) ve çalışmanın yapıldığı Devlet Hastanesi Başhekimliğinden izinler alınmıştır.

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı ile yapılmıştır. Değişkenler için normallik testleri yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan değişkenler için parametrik olmayan testler ve gruplar arasında farklılıkları belirlemek için post-hoc analizi yapılmıştır. Ortanca değerinden sonra çeyreklikler arası genişlik 1. ve 3. Çeyrek olarak (ÇAG) verilmiştir

PM’de yatış süresi ve sosyal güvenlik ödeme tutarları üzerinde etkili olan faktörler incelenirken SGÖ tutarı olan bağımlı değişkene doğal logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinde modele katkısı anlamlı olan değişkenlerin modelde kalması için geriye dönük (backward) değişken seçimi yöntemi kullanılmıştır. Doğrusal regresyon için gerekli koşulları sağlayan modellerin sonuçları verilmiştir. Çalışmada diğer enfeksiyonlar: Perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) kanülü, trakeostomi kanülü yeri enfeksiyonları, diğer kanserler olarak da, rektum, apendiks, over, mesane, meme, böbrek, beyin, prostat, lenfoma, deri, nazofarenks, endometrium, fibröz, larinks, lösemi, tiroit kanserleri sınıflandırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3. Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların %56’sı ($n= 200$) erkektir. Hastaların yaş ortalaması $76,33\pm13,46$, ortalama yatış süresi $24,58\pm 32,16$ gündür. Yatış süresi ile SGÖ tutarı arasında pozitif yönde oldukça güçlü doğrusal bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r_s=0.977$; $p<0,001$). Ortanca SGÖ tutarı $\text{₺}5.118,9$ (ÇAG:1.892,6-11.025,2) olarak belirlenmiştir. Hastalarda %62,5’inde ($n=223$) kanser, hastaların %49,2 sinde ($n= 176$) enfeksiyon belirlenmiştir. Kanser, enfeksiyon, beslenme şekli ya da solunum desteği bir hastada birden fazla bulunabilmektedir. Hastalarda en sık görülen kanser gastrointestinal sitem kanseri iken, önde gelen enfeksiyon görülme yeri üriner enfeksiyonlardır. Hastalar en fazla total parenteral nutrisyon ile beslenirken, en az nazogastrik sonda ile beslenmişlerdir (Tablo 1.).

Yatış süresi ortancası herhangi bir enfeksiyon gözlenen hastaların 23 gün (ÇAG: 11-43), hiçbir enfeksiyonun gelişmediği hastalarda 9 gün (ÇAG:4-19) olarak elde edilmiştir. En az bir enfeksiyon gözlenen hastaların yatış süresinin enfeksiyon gözlenmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha uzun olduğu görülmüştür ($Z=8,068$, $p<0,001$). Enfeksiyon türleri ayrıca ele alındığı; alt solunum yolu enfeksiyonu dışındaki enfeksiyonlar için benzer sonuçlar elde edilmiştir ($p<0,001$). Kanser olmayan hastalarda yatış gün sayısı 19 gün (ÇAG:8-39) olarak belirlenmiştir. En az bir kanser gözlenen hastaların yatış süresinin kanser gözlenmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha kısa olduğu görülmüştür ($Z= 3,572$, $p<0,001$). Mobilize olan hastalar olmayanlara göre ($Z=2,083$, $p=0,037$), enteral beslenenler beslenmeyenlere göre ($Z=3,068$, $p=0,002$), basınç yaralanması olanlar, olmayanlara göre ($Z= 2,103$, $p<0,035$), trakeostomisi olanlar, olmayanlara göre ($Z=2,115$, $p<0,034$), nazal kanül ile solunum desteği almayanlar, alanlara göre ($Z= 2,061$, $p=0,039$) daha uzun süre yatmaktadırlar. (Tablo 2.) Yatış süresi arttıkça yapılan SGÖ artmaktadır. En fazla SGÖ 80-86 yaş grubu hastalar için yapılırken bunu 67 yaş ve altı hastalar için yapılan ödemeler takip etmiştir. Gnsiyete ve yaş gruplarına göre SGÖ istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Tablo 1. Hastaların demografik, yatış ve klinik özellikleri

Erkek (n-%)	200 – 56	
Kadın (n-%)	157- 44	
Yaş (Ortalama $\pm$ std. sapma)	76,33 $\pm$ 13,46	
Yatılan gün sayısı (Ortalama $\pm$ std.) sapma)	24,58 $\pm$ 32,16	
Sosyal Güvenlik Kurumu geri ödeme tutarları (Ortanca CAG)	₺5118,9 (1892,6-11025,2)	
Klinik özellikler *	Yok (n-%)	Var (n-%)
Gastrointestinal sistem kanserleri	265-74	92-26
Akciğer-bronş kanserleri	304-85	53-15
Diğer kanserler	276-77	81-33
Diabetes mellitus	258-72	99-28
Hipertansiyon	271-76	86-24
Serebrovasküler olay	286-80	71-20
Koroner arter hastalığı	311-87	46-13
Demans	312-87	45-13
Kalp yetmezliği	323-90	34-10
Pnömoni	324-90	33-10
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	334-94	23-6
Parkinson	346-97	11-3
Üriner sistem enfeksiyonu	252-71	105-29
Sepsis	290-81	67-19
Yara enfeksiyonu	318-89	39-11
Alt solunum yolu enfeksiyonu	333-93	24-7
Diğer enfeksiyonlar	341-95	16-5
Total parenteral nütrisyon ile beslenme	123-35	234-65
Oral alım ile beslenme	206-58	151-42
Nazogastrik sonda ile beslenme	307-86	50-14
Perkütan endoskopik gastrostomi ile beslenme	279-78	78-22
Nazal kanül ile solunum	207-58	150-42
Maske ile solunum	291-81	66-19
Trakeostomi ile solunum	320-90	37-10
Ev tipi ventilatör ile solunum	303-85	54-15
Mobilizasyon	334-94	23-6
Basınç yaralanması	184-51	73-49

*Bir hastada birden fazla klinik özellik olabilir.

Kurum tarafından talep edilen miktarda SGÖ yapılmamaktadır ve yapılan SGÖ tutarı genellikle daha az miktarda olmaktadır. Hastane tarafından ortalama ₺5462,8 (1892,6-11025,2) SGÖ tutarı talep edilmiş ancak ortalama ₺5118,9 (CAG:1.892,6-11.025,2) SGÖ tutarı alınabilmiştir. Bu iki SGÖ tutarları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z=4.966$, $p<0,001$). Yatış süresini uzatan faktörler SGÖ tutarının da artışına katkıda bulunan faktörlerdir. **Tablo 3.**'de klinik özelliklere göre SGÖ tutarı görülmektedir, tanıya göre ya da eşlik eden durumlara göre SGÖ tutarı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) Kanserli olmayan hastalar için, olanlara göre daha düşük SGÖ yapılırken ($Z=3,750$, $p=0.001$), enfeksiyonu olan hastalar için yapılan

Tablo 2. Hastaların klinik özelliklerine göre yatış süresinin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Yok Ortanca (CAG)	Var Ortanca	Z	p
Gastrintestinal sistem kanseri	17 (7-34)	10 (5-25)	2,036	0,042
Akciğer-bronş kanseri	16 (7-33)	10 (4-22)	2,919	0,004
Diğer kanserler	14 (5-31)	17 (8-26)	0,481	0,631
Diyabetes mellitus	13 (6-29)	18 (7-31)	1,103	0,270
Hipertansiyon	14 (6-29)	14 (7-34)	0,540	0,589
Serobro vasküler olay	14 (6-27)	17 (8-36)	1,697	0,090
Koroner arter hastalığı	15 (6-33)	12 (8-22)	0,937	0,349
Demans	14 (6-27)	19 (7-41)	1,507	0,132
Kalp yetmezliği	14 (6-31)	13 (6-28)	0,635	0,525
Pnömoni	15 (6-30)	11 (5-33)	0,678	0,498
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	14 (6-30)	23 (5-34)	0,374	0,708
Parkinson	14 (6-29)	28 (3-43)	0,589	0,556
Üriner sistem enfeksiyonu	10 (5-22)	30 (14-52)	7,222	<0,001
Sepsis	11 (5-26)	27 (18-54)	6,070	<0,001
Yara enfeksiyonu	13 (5-27)	27 (14-55)	3,708	<0,001
Alt solunum yolu enfeksiyonu	14 (6-30)	15 (6-46)	0,358	0,721
Diğer enfeksiyonlar	13 (6-29)	31 (21-86)	3,266	0,001
Total parenteral nütrisyon ile beslenme	14 (5-32)	14 (7-30)	0,179	0,858
Oral alım ile beslenme	13 (5-32)	18 (7-29)	1,253	0,210
Nazogastrik sonda ile beslenme	15 (6-30)	14 (5-35)	0,271	0,786
Perkütan endoskopik gastrotomi ile beslenme	13 (5-26)	25 (8-45)	3,789	<0,001
Nazal kanül ile solunum	18 (7-33)	11 (5-27)	2061	0,039
Maske ile solunum	14 (6-29)	14 (5-35)	125	0,901
Trakeostomi ile solunum	13 (6-28)	21 (8-46)	2,115	0,034
Ev tipi ventilatör ile solunum	14 (6-28)	18 (7-38)	981	0,327
Mobilizasyon	13 (6-30)	21 (13-34)	2,083	0,037
Basınç yaralanması	12 (5-25)	18 (7-36)	2,103	0,035

SGÖ, olmayanlara göre daha yüksek ($Z=8,123$, $p<0,001$) olarak bulunmuştur.

Hastaların klinik özelliklerine göre SGÖ tutarları karşılaştırıldığında, SGÖ tutarı ortancası herhangi bir enfeksiyon gözlenen hastalarda 8671 TL (ÇAG: 3783-16201) iken, hiçbir enfeksiyonun gelişmediği hastalarda 2823 TL (ÇAG: 1200-5980) olarak belirlenmiştir (Tablo 4). En az bir enfeksiyon gözlenen hastalarda SGÖ tutarları enfeksiyon gözlenmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmüştür. Enfeksiyon türleri ayrıca ele alındığı; alt solunum yolu enfeksiyonu dışındaki enfeksiyonlar için benzer sonuçlar elde edilmiştir ($p\leq 0,001$). En yüksek SGÖ sepsisi olan hastalar için yapılmıştır. Benzer şekilde PEG’i, trakeotomisi ve

Tablo 3. Klinik özelliklere göre geri ödemeler

Klinik özellikler	Yok Ortanca (ÇAG)	Var Ortanca (ÇAG)	Z	p
GİS ^a kanserleri	5543 (2067-11818)	3707 (1675-9019)	2,198	0,028
Akciğer-bronş kanserleri	5422 (2042-11719)	3296 (980-7995)	2,761	0,006
Diğer kanserler	4874 (1812-11544)	5201 (2388-10074)	0,308	0,758
Diyabetes mellitus	4744 (1819-10584)	6300 (1958-12456)	1,302	0,109
Hipertansiyon	5119 (1895-11000)	4998 (1873-11810)	0,171	0,864
Serobro vasküler olay	4726 (1831-10115)	6300 (2033-15176)	1,802	0,072
KAH ^b	5122 (1822-11722)	3912 (2212-7858)	0,801	0,423
Demans	4848 (1822-10106)	7120 (2359-20350)	1,815	0,070
Kalp Yetmezliği	5157 (1822-11122)	4320 (1969-10191)	0,573	0,567
Pnömoni	5139 (1904-11038)	4166 (1822-11049)	0,410	0,682
KOAH ^c	5057 (1831-10927)	7220 (2094-11984)	0,577	0,564
Parkinson	5057 (1894-10584)	13545 (932-15355)	0,588	0,557
Üriner sistem enfeksiyonu	3566 (1313-7517)	11122 (5120-19730)	7,430	<0,001
Alt solunum yolu enfeksiyonu	5119 (1828-10802)	5476 (1971-18673)	0,686	0,493
Yara enfeksiyonu	4471 (1808-10074)	8679 (5820-19794)	3,587	<0,001
Sepsis	3841 (1618-9329)	9616 (5700-20299)	5,834	<0,001
Diğer	4770 (1822-10413)	11980 (7889-38181)	3,408	0,001
TPN ^d ile beslenme	5280 (1795-11984)	4848 (1945-10422)	0,084	0,933
Oral alım ile beslenme	4584 (1393-11744)	5422 (2305-10329)	1,012	0,312
Nazogastrik ile beslenme	5119 (1903-10702)	5207 (1718-12849)	0,256	0,798
PEG ile beslenme	4404 (1795-9440)	7745 (2893-21221)	3,676	<0,001
Trakeostomi ile solunum	4782 (1822-10317)	7500 (2950-18154)	2,173	0,030
Maske ile solunum	5119 (1930-10281)	4975 (1668-13813)	0,253	0,800
Nazal kanül ile solunum	5700 (2220-11943)	3910 (1293-9477)	2,198	0,028
ETV ^e ile solunum	4799 (1822-10544)	6950 (2594-15534)	1,803	0,071
Mobilizasyon	4797 (1819-10752)	6828 (3622-13743)	1,793	0,073
Basınç yaralanması	4180 (1728-8970)	5833 (2089-13018)	2,477	0,013

^aGİS: Gastrointestinal sistem, ^bKAH: Koroner arter hastalığı, ^cKOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, ^dTPN: Total parenteral nütrasyon, ^ePEG: Perkütan endoskopik gastrotomi, ^eETV: Ev tipi ventilatör

basınç yaralanması olan hastalar için, olmayanlara göre daha yüksek SGÖ yapılmıştır ($p<0,05$). Kanser görülen hastalarda, SGÖ tutar ortancası ₺3947 (ÇAG:1630-8953) ($Z=3,750$, $p<0,001$), basınç yaralanması görülenlerde SGÖ tutarı ortancası ₺5833 (ÇAG:2089-13018) ($Z=2,477$, $p=0,013$) olarak elde edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Geri ödemeler üzerinde etkili olan faktörler.

	b±SH	%95 Güven Aralığı		Std. b	p
		Alt limit	Üst limit		
Sabit	7,529±0,192	7,152	7,906		<0,001
Enfeksiyon	0,945±0,119	0,71	1,179	0,384	<0,001
Kanser	- 0,259±0,133	-0,521	0,003	-0,102	0,053
Oral beslenme	0,522±0,134	0,258	0,786	0,21	<0,001
Total parenteral nütrisyon	0,254±0,136	-0,014	0,522	0,098	0,063
Nazogastrik beslenme	0,465±0,191	0,09	0,84	0,129	0,015
Perkütan endoskopik gastrotomi	0,643±0,188	0,273	1,014	0,217	0,001

PBH’de SGÖ tutarları üzerinde etkili faktörleri belirlemek için doğrusal regresyon modeli kurulmuştur. Modelde SGÖ tutarlar üzerinde etkili faktörler olarak enfeksiyon, oral beslenme, nazogastrik beslenme ve PEG ile beslenmenin etkili olduğu, kanser ve total parenteral nütrisyon modele katkısının anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.). Kurulan modele göre, enfeksiyon, kanser, total parenteral nütrisyon, oral beslenme, nazogastrik beslenme ve PEG’i olmayan bir hasta için ortalama SGÖ tutarı logaritmik ölçekte 7,529±0,192, normal ölçekte 1861,2 TL olduğu belirlenmiştir. Anlamlılık düzeyi sınırda olsa da kanserli hastalarda SGÖ’lerin azaldığı ($b<0$), diğer faktörlerin SGÖ’yi arttırdığı bulunmuştur ($b>0$, $p<0,05$). Bahsi geçen faktörler içinde enfeksiyonun SGÖ’ler üzerinde daha fazla etkili olduğu ve modelin SGÖ’ye ait varyasyonun %24’ünü açıkladığı belirlenmiştir.

Hastalar SGÖ tutarlarına göre yüksekten düşüğe göre sıralanmış ve en yüksek SGÖ tutarlarını alan ilk %10’luk dilimde yer alan hasta kesimi “yüksek SGÖ’lü” grup olarak sınıflandırılmıştır. Geriye kalan %90’luk kesim ise “düşük SGÖ’lü” grup olarak sınıflandırılmıştır. Alınan toplam SGÖ’nün %42,83’ünü yüksek SGÖ’lü grubun, aldığı belirlenmiştir. Yüksek ve düşük SGÖ’lü gruba dahil olan hastaların demografik özellikleri ve tanıları incelendiğinde; yaş ortancası yüksek SGÖ’lü hastalarda 81 yıl (ÇAG: 69-88) iken, düşük SGÖ’lü hastalarda 79 yıl (ÇAG: 67-86) olarak bulunmuştur (Tablo 5). Yüksek SGÖ’lü hastaların %61’i ($n=22$) ile düşük SGÖ’lü hastaların %55’inin ($n=178$) erkek olduğu belirlenmiştir. Yatış süresi ortancası yüksek SGÖ’lü hastalarda 83 gün (ÇAG: 63-121), düşük SGÖ’lü hastalarda 12 gün (ÇAG:5-25) olarak bulunmuştur. İki grup arasında yaş ve cinsiyet bakımından anlamlı bir fark gözlenmezken (her iki grup içinde $p>0,05$); yüksek SGÖ’lü hastalarda yatış süresinin daha uzun olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

4. Tartışma ve Sonuç

PM’lerde yapılan çeşitli çalışmaların demografik özellikleri bu çalışma ile benzer iken yatış gün sayıları daha azdır. 319 Hasta ile yürütülen bir çalışmada hastaların %55 erkek, ortalama yaşı 71±15,8 ve ortalama yatış süresi 15,4 gün, mortalite %33 olarak bulunurken (Yürüyen et al., 2018), 252 hasta ile yürütülen bir diğer çalışmada, hastaların %56,8’i erkek, ortalama yaşı 74 ortalama hastanede kalış süresi 15,2 gün olarak bildirilmiştir (Dost ve Bozkurt, 2019).

Yatış süresinin uzunluğunun birkaç nedeni olabileceği düşünülmektedir: 1- Çalışmanın yapıldığı PM Türkiye’deki ilk merkezlerden olması nedeniyle (Dinçer, 2019) PB konusunda bilgi birikimi gerçekleştiren hastanelerden birisidir. 2. Türkiye’de bu hastalara ölene kadar PB’de hizmet verilmeye devam edilmiş olması olasıdır. 3- Uygulanan tedavilerle hayat uzatılmaya çalışılmış olabilir ki bu durum PBH amacına uygun olmayan bir durumdur, her ne kadar yaşam sonu bakım ölümle sonuçlanması beklense de hasta yakınlarının beklentileri ne olursa olsun hastamız yaşasın olabilmektedir (Dinçer, 2019). Ancak yapılan bazı çalışmalarda PBH’nin yaşamı uzattığına dair

Tablo 5. Yüksek ve düşük geri ödemelerin hastaların demografik, yatış süresi ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Yüksek geri ödeme (n=35)	Düşük geri ödeme (n=322)	Z, χ^2	p
Yaş (yıl)	81 (69-88) *	79 (67-86) *	0,743	0,458
Cinsiyet (Erkek)(n-%)	22-62.9	178-55.3	0,460	0,497
Yatış süresi (gün)	83 (63-121) *	12 (5-25) *	9,505	<0,001
Klinik özellikler (n- %)	9-25.7	214-66.5	20,649	<0,001
Gastrointestinal sistem kanserleri	5-14.3	57-27.0	2,051	0,152
Akciğer-bronş kanserleri	1-2.9	52-16.1	3,423	0,064
Diğer kanserler	3-8.6	75-23.3	3,191	0,074
Diabetes mellitus	10-28.6	89-27.6	<0,001	>0,999
Hipertansiyon	11-31.4	75-23.3	0,741	0,389
Serebrovasküler olay	14-40.0	57-17.7	8,502	0,004
Koroner arter hastalığı	2-5.7	44-13.7	–	0,285
Demans	10-28.6	35-10.9	7,445	0,006
Kalp yetmezliği	3-8.6	31-9.6	–	>0,999
Pnömoni	4-11.4	29-9.0	–	0,549
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	2-5.7	21-6.5	–	>0,999
Parkinson	0-0.0	11-3.4	–	0,610
Üriner sistem enfeksiyonu	24-68.6	81-25.2	26,609	<0,001
Alt solunum yolu enfeksiyonu	6-17.1	18-5.6	–	0,021
Sepsis	16-45.7	51-15.8	16,575	<0,001
Yara enfeksiyonu	9-25.7	30-9.3	–	0,007
Diğer enfeksiyonlar	5-14.3	11-3.4	–	0,013
Total Parantral Nutrisyon ile beslenme	19-54.3	215-66.8	1,661	0,197
Oral alım ile beslenme	12-34.3	139-43.2	0,689	0,407
Enteral Beslenme ile beslenme	23-65.7	105-32.6	13,639	<0,001
Nazogastrik sonda ile beslenme	3-8.6	47-14.6	–	0,446
Perkütan endoskopik gastrotomi ile beslenme	20-57.1	58-18.0	26,064	<0,001
Nazal kanül ile solunum	13-37.1	137-42.5	0,189	0,664
Maske ile solunum	6-17.1	60-18.6	<0,001	>0,999
Trakeostomi ile solunum	8-22.9	29-9.0	–	0,018
Ev tipi ventilatör ile solunum	12-34.3	42-13.0	9,503	0,002

Mobilizasyon	3-8.6	20-6.2	–	0,483
Basınç yaralanması	26-74.3	147-45.7	9,248	<0,001

*: Ortanca Çeyrekler arası genişlik.

bulgulara rastlanılmaktadır. Bir çalışmada erken PBH alan akciğer kanserli hastaların daha uzun yaşadığını bildirmiştir (Temelve ark., 2010). Hastanelere, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliğine göre yatırılan gün başına ödeme yapılmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013). Çalışmada, yatış süresi ile sağlık güvenlik ödeme tutarı arasında pozitif yönde oldukça güçlü doğrusal bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastalar ne kadar uzun süre yatarlarsa bu hastalar için yapılacak olan SGÖ'ler de o kadar yüksek olacaktır. Dolayısı ile yatış süresi SGÖ tutarını belirleyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bütün bunlara rağmen PM'ler ne gelişmiş ülkelerde ne de Türkiye'de uzun süreli yatışlar için planlanmamıştır. Özellikle terminal dönemdeki hastaların bakımı için yaklaşık olarak altı ay veya daha az prognoza sahip olan hastalar için, uzun süreli yatış amacıyla PB'nin devamı niteliğindeki, Türkiye'de bulunmayan ve tam karşılığı da olmayan "hospice" adı verilen kuruluşlar kullanılmaktadır (Bhatnagar ve ark., 2024; Medicare, 2024). Aksi takdirde yaşam sonu hizmetlerinin tamamı PM'lerde verilecek olması maliyet endişelerini gerçeğe dönüştürebilir.

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar hastaneden hastaneye, klinikten kliniğe göre değişebilen enfeksiyonlardır (Gürbüz, Çelik ve Yıldız, 2023). Enfeksiyon varlığının, yatış gün süresi üzerinde etkili olması ve enfeksiyonların tedavi edilmesinin hele bir de sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar ise bunların tedavi maliyeti daha da fazla olacaktır (Taş ve Kahveci, 2018). Yapılan bir çalışmada PM'ye kabul edilen hastalarda sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon %33 olarak bildirilmiştir (Yürüyenve ark., 2018). PM kabul edilen hastaların terminal dönemde ve hayatı tehdit eden hastalıklara sahip oldukları göz önüne alındığında enfeksiyon hastalıklarına karşı daha duyarlı olmaları muhtemeldir. Ayrıca yapılan bir çalışmada yaşamın son dönemindeki kanser hastalarının ölmeden hemen öncesine kadar antibiyotik aldıkları bildirilmiştir (Kwonve ark., 2023). Enfeksiyonun tespit edilmesi sonrası, tedavinin sağlanması amacıyla bu hastaların taburcu edilmemeleri, yatış gün süresi ve dolayısıyla SGÖ artışına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda, PM'lere kabul edilen hastaların çeşitli oranlarda hem solunum hem de beslenme desteğine ihtiyaç duydukları bildirilmektedir (Turgut, Pektaş, Aydın ve Sagün, 2019; Yürüyen ve ark., 2018). Bu durum merkezin konumu ve hitap ettiği hasta profiline göre değişebilmektedir. Oral beslenemeyen hastalara destek ile vücudun ihtiyacı olan besinler rahatlıkla verilebilmektedir. SGÖ üzerinde oral beslenme, nazogastrik beslenme ve PEG ile beslenme etkili bulunurken, yatış gün süresi üzerinde etkili faktörler olarak, oral beslenme ve PEG ile beslenme bulunmuştur. Yutma ve çiğneme zorluğu yaşayan yaşlı hastaların tüp ile beslememeleri özellikle demans hastalarında tartışılabilir konu olmaktadır (Lynch, 2016). Çalışmada oral beslenenlerin, beslenmeyenlere göre daha uzun süre yattıkları ve bu hastalar için daha fazla geri ödeme yapıldığı belirlenmiştir.

Kanser olan hastalar daha az yatış gün ve SGÖ'lere sahiptir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda malignite oranı % 28.5 (Turgut ve ark., 2019) ve % 44 (Yürüyen ve ark., 2018) olarak bildirilmiştir. Yaşam sonu dönemi kapsayan yurt dışında yapılan bir çalışmada kanseri olan hasta oranı %52 olarak verilmiştir (McNeil, Kamal, Kutner, Ritchie ve Abernethy, 2016) PB'ye ihtiyaç duyan hastalar arasında malignite oranı ise %28.2 olarak bildirilmektedir (World Health Organization, 2020). 23 ülkede, palyatif bakım uygulamalarını araştıran bir derleme hastaların yattıktan sonra ölüme kadar geçen sürenin 18,9 gün ve kanser hastalarının kanser olmayanlara göre PB'de daha uzun süre yattıklarını bildirmişlerdir (Jordanve ark., 2020).

Bu çalışmada basınç yaralanması olanlar, olmayanlara göre daha fazla yattığı ve bu hastalar için daha fazla geri ödeme yapıldığı belirlenmiştir. Yara bakım gereği olarak yapılan çeşitli işlemler ve ürünler daha uzun yatışlara neden olup maliyeti arttırabilmektedir (Çakır ve Enginyurt, 2016). Bu nedenle basınç yaralanması, uzun süreli bakım hastalarında önemli, yaygın ve maliyetli bir tıbbi sorundur (Dincer, Kahveci ve Doger, 2018). Basınç yaralanmasına enfeksiyonda eşlik ederse yatış süresini uzatmakla kalmaz, tedavi planında karmaşıklığa ve maliyetler de artışa neden olur (Dincer ve ark., 2018).

Çalışmada Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan geri ödeme tutarları üzerinde enfeksiyon, varlığının basınç yaralanmasının ve beslenememenin etkili faktörler arasında yer aldığı bulunmuştur. Bu faktörlerden enfeksiyonun (Collins, 2008) ve basınç yaralanmasının varlığı (Mondragon ve Zito, 2024) hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin maliyetini yatış süresini artırarak artıran bu gibi durumlar, geri ödeme kuruluşları tarafında geri ödemesi yapılmayacak durumlar arasında sayılmaktadır (Watersve ark., 2015). Ayrıca bu iki durumun önlenabilir özellik taşıması bir başka sorun olan hasta güvenliğine işaret etmektedir. Bunun için hasta güvenliği uygulamalarına sağlık tesislerinde önem verilmeli ve hizmet içi eğitimler artırılmalıdır.

Özellikle çoklu hastalığa sahip ve yaşlı hastaların bulunduğu nüfus kesimlerinde sağlık hizmetlerinde oluşan genel ekonomik yükün azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. PBH sağlık hizmetleri akut hastalıkların tedavisinde kullanılan yöntemlerden biraz farklılık göstermektedir. Çünkü burada hasta son yolculuğuna hazırlanmakta ve tedavi edici hizmetler yerine semptom yönetimi ve hayat kalitesine odaklanılmaktadır. Akut sağlık hizmeti veren hastanelerde uygulanan yaklaşımlar PM’lerde de devam edecek olursa maliyetlerin kaçınılmaz olarak yükselecektir. Türkiye’de PBH tıbbi tedavi ağırlıklı verilmektedir. Oysaki burada verilen hizmetlerin, bakım hizmetleri ağırlıklı olacak şekilde yürütülmesi daha uygun olacaktır. Ayrıca PM’lerden ya da evden hasta kabul edecek ve donanımlı, hospice benzeri birimlerin kurulması personel giderleri başta olmak üzere diğer giderleri de azaltarak bütçede olumlu etkiler yaratacağı öngörülebilir. Bunun gerçekleşmesi içinde hizmet değişikliği ve çeşitliliğine ihtiyaç duyulmaktadır. Sonuçta PM’lerin amacına uygun kullanımı artacak ve hizmet maliyetleri ve dolayısı ile geri ödeme miktarları daha iyi kontrol edilebilecektir. Ayrıca Türkiye’de PBH maliyet etkin hizmetler olup olmadığını ortaya koyan çalışma sonuçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Palyatif bakım merkezlerine hasta kabulünü düzenleyen ve burada yapılacak işlemleri belirleyen kapsamlı kılavuzlar çıkarılmalıdır.

Kaynaklar

- Bhatnagar, M., Kempfer, L. A., & Lagnese, K. R. (2024). Hospice Care. [Updated 2023 Mar 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537296/>.
- Collins, A. S. (2008). Preventing Health Care–Associated Infections. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Chapter 41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2683/>.
- Çakır, L., & Enginyurt, Ö. (2016). Palyatif Bakım ve Bası Yarası. Klinik Tıp Aile Hekimliği, 8(3), 19-25.
- Davis, M. P., Vanenkevort, E. A., Elder, A., Young, A., Correa Ordonez, I. D., Wojtowicz, M. J., . . . Panikkar, R. (2023). The Financial Impact of Palliative Care and Aggressive Cancer Care on End-of-Life Health Care Costs. Am J Hosp Palliat Care, 40(1), 52-60. <https://doi.org/10.1177/10499091221098062>
- Dincer, M., Kahveci, K., & Doger, C. (2018). An Examination of Factors Affecting the Length of Stay in a Palliative Care Center. J Palliat Med, 21(1), 11-15. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0147>
- Dinçer, M. (2019). Palyatif Bakım Hastalarına Resüsitasyon Uygulayan Sağlık Çalışanlarının Deneyimleri. Ankara Medical Journal, 19(1), 21-31. <https://doi.org/10.17098/amj.542455>
- Dost, B., & Bozkurt, H. (2019). Retrospective Analysis of Inpatients in A Recently Established Palliative Care Center. Annals of Medical Research, 26(12), 2866-2869.
- French, E. B., McCauley, J., Aragon, M., Bakx, P., Chalkley, M., Chen, S. H., . . . Kelly, E. (2017). End-Of-Life Medical Spending in Last Twelve Months Of Life Is Lower Than Previously Reported. Health Aff (Millwood), 36(7), 1211-1217. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0174>
- Gürbüz, E., Çelik, M., & Yıldız, A. (2023). Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların Etken, Tür ve Direnç Profillerinin Değerlendirilmesi. Klimik Journal/Klimik Dergisi, 36(2). <https://doi.org/10.36519/kd.2023.4163>

- Jordan, R. I., Allsop, M. J., ElMokhallalati, Y., Jackson, C. E., Edwards, H. L., Chapman, E. J., . . . Bennett, M. I. (2020). Duration of Palliative Care Before Death in International Routine Practice: a Systematic Review and Meta-analysis. *BMC Med*, 18(1), 368. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01829-x>
- Karataş, Y. E., & Dinçer, M. (2023). Analysis of The Social Security Institution's Health Spending: An ARDL Bounds Test Approach. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 14(1), 100-114. <https://doi.org/10.54688/ayd.1241757>
- Kwon, M. K., Jung, K. H., Choi, S., Kim, H., Woo, C.-Y., Lee, M., . . . Son, H.-J. (2023). Antibiotics Use Patterns in End-of-life Cancer Patients and Medical Staff's Perception of Antimicrobial Stewardship Programs. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 38(5), 758. <https://doi.org/10.3904/kjim.2023.160>
- Lynch, M. C. (2016). Is Tube Feeding Futile in Advanced Dementia? *Linacre Q*, 83(3), 283-307. <https://doi.org/10.1080/00243639.2016.1211879>
- McNeil, M. J., Kamal, A. H., Kutner, J. S., Ritchie, C. S., & Abernethy, A. P. (2016). The Burden of Polypharmacy in Patients Near the End of Life. *J Pain Symptom Manage*, 51(2), 178-183.e172. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.09.003>
- Medicare. (2024). Medicare Hospice Benefits (<https://edit.medicare.gov/publications/02154-medicare-hospice-benefits.pdf>. Erişim: 27.07.2024).
- Mondragon, N., & Zito, P. M. (2024). Pressure Injury. [Updated 2024 Feb 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557868/>.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). Dünya Palyatif Bakım Günü. (<https://www.saglik.gov.tr/TR-100111/dunya-palyatif-bakim-gunu.html>. Erişim: 28.07.2024).
- Schmit, J. M., Meyer, L. E., Duff, J. M., Dai, Y., Zou, F., & Close, J. L. (2016). Perspectives on Death and Dying: A Study of Resident Comfort with End-of-life Care. *BMC Med Educ*, 16(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0819-6>
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2013). Sağlık Uygulama Tebliği. Resmî Gazete Tarihi: 24.03.2013 Resmî Gazete Sayısı: 28597.
- Taş, S. Ş., & Kahveci, K. (2018). Uzun Süreli Yoğun Bakım Ünitesi ve Palyatif Bakım Merkezinde Hastane Enfeksiyonlarının Sürveyansı: Üç Yıllık Analiz [Surveillance of Hospital Infections in Long-term Intensive Care Unit and Palliative Care Centre; a 3-Year Analysis]. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(1), 55-59. <https://doi.org/10.16899/gopctd.353490>
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., . . . Lynch, T. J. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-small-cell Lung Cancer. *N Engl J Med*, 363(8), 733-742. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>
- Turgut, Ö., Pektaş, M., Aydın, B., & Sagün, A. (2019). Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Palyatif Bakım Biriminde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 407-412. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.480843>
- Waters, T. M., Daniels, M. J., Bazzoli, G. J., Perencevich, E., Dunton, N., Staggs, V. S., . . . Shorr, R. I. (2015). Effect of Medicare's Nonpayment for Hospital-Acquired Conditions: Lessons for Future Policy. *JAMA Intern Med*, 175(3), 347-354. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.5486>
- World Health Organization. (2020). Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition. London: Worldwide Palliative Care Alliance. In.
- World Health Organization. (2024). Supporting Countries to Strengthen Palliative Care. (<https://www.who.int/activities/supporting-countries-to-strengthen-palliative-care>. Erişim 26.07.2024).

- Yürüyen, M., Tevetoğlu, I. Ö., Tekmen, Y., Polat, Ö., Arslan, İ., & Okuturlar, Y. (2018). Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. *Konuralp Medical Journal*, 10(1), 74-80. <https://doi.org/10.18521/ktd.368570>
- Zaborowski, N., Scheu, A., Glowacki, N., Lindell, M., & Battle-Miller, K. (2022). Early Palliative Care Consults Reduce Patients' Length of Stay and Overall Hospital Costs. *Am J Hosp Palliat Care*, 39(11), 1268-1273. <https://doi.org/10.1177/10499091211067811>

Research Article**Palyatif Bakım Hizmeti Alırken Ölen Hastaların Geri Ödemelerinin İncelenmesi***Investigating the Reimbursement of Patients Who Died While Receiving Palliative Care Services*

Derya KARAKAYA M.Sc., Ankara Pursaklar Devlet Hastanesi Yara Bakım Birimi deryakarakay@gmail.com https://orcid.org/0000-0002-2201-3422	Metin DİNÇER Doç Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü drmetindincer@yahoo.com https://orcid.org/0000-0003-4598-945X
--	--

Extended Summary

The fact that palliative care (PC) services (PCS) are among the health services provided in hospitals at the end of life on the one hand, and the increasing health expenditures of the Social Security Institution on the other hand (Karataş ve Dinçer, 2023), raise concerns that such services will increase the costs of health services. On the other hand, there is strong evidence that PCS will reduce the costs of healthcare services provided in hospitals (Davis ve ark., 2023; Zaborowski ve ark., 2022). In Türkiye, after the regulations made in 2012, PCS was included among the services with reimbursement (Dinçer, 2019). This study was conducted to examine the Social Security Institution reimbursement (SSR) amounts of patients who died while receiving services in the palliative care centers (PCCs) and the factors affecting reimbursement amounts.

This retrospective and descriptive study was conducted between July 1, 2013 and June 30, 2018 through the electronic files of patients hospitalized in the PCC of a governmental hospital. The cohort of this study consisted of 357 patients who died while receiving services in PCC during the study period. Variables related to demographic characteristics, SSR amounts, number of hospitalization days, diagnoses and comorbid conditions of these patients were analyzed. All statistical analyses were performed with IBM SPSS Statistics 22.0 package program. Nonparametric tests were used for variables that did not fit the normal distribution and post-hoc analysis was used to determine differences between groups. A linear regression model was established to determine the factors affecting the duration of hospitalization in the palliative care unit and social security payment amounts.

Of the patients included in the study, 56% (n=200) were male, the mean age was 76.33±13.46 years and the mean hospitalization period was 24.58±32.16 days. The median SSR amount was found to be ₺5118.9. It was determined that there was a strong positive linear relationship between the length of hospitalization and the amount of SSR. Cancer was detected in 62.5% (n=223) and infection in 49.2% (n=176) of the patients. Patients with any infection and patients without cancer were hospitalized longer than those without (p<0.001). Mobilized patients, enteral fed patients, patients with pressure injury, patients with tracheostomy were hospitalized longer than those without and patients who did not receive respiratory support with nasal cannula were hospitalized longer than those who did (p<0.05).

There was no significant difference in of the SSR amounts according to diagnoses or comorbid conditions (p>0.05). Patients with cancer received lower the SSR amounts than those without cancer, while patients with infection received higher the SSR amounts than those without cancer. When the SSR amounts were compared according to the clinical characteristics of the patients, the SSR amount was significantly higher in patients with any infection than in patients without infection (p<0.001).

A linear regression model was established to determine the effective factors on the SSR amounts of patients hospitalized in PCC. In the model, infection, oral feeding, nasogastric feeding and percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) feeding were found to be effective factors on the SSR amounts.

Patients were ranked from high to low according to their SSR amounts and the first 10% of patients with the highest SSR amounts were classified as the “the high SSR” group. The remaining 90% were categorized as the “the low SSR” group. It was determined that 42.83% of the total SSR received by the high SSR group.

Several studies conducted in PCCs showed that demographic characteristics were similar to this study, but the number of hospitalization days found in this study was higher than in other studies (Dost ve Bozkurt, 2019; Yürüyen ve ark., 2018). For PCS, hospitals are paid per day of hospitalization and in the study, it was determined that there was a strong positive linear relationship between length of stay and the SSR amounts.

Healthcare-associated infections are infections that can vary from hospital to hospital and from clinic to clinic (Gürbüz ve ark., 2023). The presence of infection has an effect on the length of hospitalization and the cost of treating infections will be even higher if they are healthcare-associated infections (Taş ve Kahveci, 2018). In a study, healthcare-associated infections were reported as 33% in patients admitted to PCC (Yürüyen ve ark., 2018). This is quite low compared to the rate in this study.

Studies have reported that patients admitted to PCCs require both respiratory and nutritional support at various rates (Turgut ve ark., 2019; Yürüyen ve ark., 2018). This situation may vary according to the location of the PCC and the patient profile it addresses. Patients who cannot be fed orally can easily be given the nutrients the body needs with supportive intervention. While oral nutrition, nasogastric feeding and PEG feeding were found to be effective on the SSR amounts, oral nutrition and PEG feeding were found to be effective factors on the length of hospitalization, also.

Patients with cancer have fewer hospitalization days and SSRs. In studies conducted in Turkey, the malignancy rate was reported as 28.5% (Turgut ve ark., 2019) and 44% (Yürüyen ve ark., 2018). In a study conducted abroad covering the end-of-life period, the rate of patients with malignancy was reported as 52% (McNeil ve ark., 2016). The rate of malignancy among patients in need of palliative care is reported as 28.2% (World Health Organization, 2020). A review of palliative care practices in 23 countries and nations reported that the time from hospitalization to death was 18.9 days and cancer patients were hospitalized in PCC longer than non-cancer patients (Jordan ve ark., 2020).

Procedures and products such as debridement and grafts performed as a wound care requirement may cause longer hospitalizations and increase costs (Çakır ve Enginyurt, 2016). In the study, it was determined that those with pressure injuries were hospitalized more than those without pressure injuries and more reimbursement was made for these patients. Therefore, pressure injury is an important, common and costly medical problem in long-term care patients (Dincer ve ark., 2018). If pressure injury is accompanied by infection, it not only prolongs the length of hospitalization, but also increases the complexity of the treatment plan and costs (Dincer ve ark., 2018).

In the study, it was found that the presence of infection, pressure injury and malnutrition were among the effective factors on the reimbursement amounts made by the Social Security Institution. These factors are considered as an indicator of service quality (Collins, 2008 ; Mondragon ve Zito, 2024). In addition, these two conditions are preventable and point to patient safety issues.

Reducing healthcare costs is an important issue that needs to be emphasized. Health professionals and health policy makers need to develop a multifaceted and joint approach to this issue. PCCs will contribute to reducing the overall economic burden of healthcare. The health care methods used in the treatment of acute diseases and the methods used in PCS are quite different from each other. This is because the patient is being prepared for their final journey and the focus is on symptom management and quality of life rather than therapeutic services. If the approaches applied in hospitals providing acute healthcare services continue in PCCs, costs will inevitably increase.