



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**112 ACİL AMBULANSLAR İLE YAPILAN İL DIŞI SEVKLERİN
ORTAYA ÇIKARDIĞI EKONOMİK KAYIPLAR VE ETKİLERİ:
ÇANAKKALE İLİ ÖRNEĞİ**

Hazırlayan

Emine KÜÇÜKYILMAZ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Murat AYDIN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2017



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**112 ACİL AMBULANSLAR İLE YAPILAN İL DIŞI SEVKLERİN
ORTAYA ÇIKARDIĞI EKONOMİK KAYIPLAR VE ETKİLERİ:
ÇANAKKALE İLİ ÖRNEĞİ**

Hazırlayan

Emine KÜÇÜKYILMAZ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Murat AYDIN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program Adı : Sağlık Yönetimi

Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Sahibi Adı ve Soyadı : Emine KÜÇÜKYILMAZ




Tez Başlığı : 112 Acil Ambulanslar ile Yapılan İl Dışı Sevklerin
Ortaya Çıkardığı Ekonomik Kayıplar ve Etkileri: Çanakkale İli Örneği

Sınav Yeri : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sınav Tarihi : 08.01.2018

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Sınav Jürisi

Danışman (Unvan ve Adı)	Kurumu	İmza
Doç. Dr. Murat AYDIN	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)		
Doç. Dr Dilek SARI	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	
Yrd. Doç.Dr. Ayten DİNÇ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü	

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../....2018.... tarih ve/... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences

Programme Name : Health Management

Programme Level : Master of Science (X) Doctor of Philosophy ()

Department : Institute of Health Sciences

Student Name and Surname: Emine KÜÇÜKYILMAZ




Title of the Thesis :

Economic Loses and Associated Effects Caused by Extraprovincial Transfers by 112 Ambulances Services: The Case of Çanakkale

Examination Place : Çanakkale Onsekiz Mart University Health Sciences

Examination Date : 08.01.2018

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved as a Master of Science / Doctor of Philosophy Thesis.

Supervisor (Title and Name)	Institution	Signature
Doç. Dr. Murat AYDIN	Canakkale Onsekiz Mart University, Biga Faculty of Economics & Administrative Sciences	
Members of Examination Jury (Titles and Names)		
Doç. Dr Dilek SARI	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	
Yrd. Doç.Dr. Ayten DİNÇ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Canakkale Onsekiz Mart University, with decision dated...../...../.....2018.... and numbered
.../....

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, madde 8’de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih: 08.01.2018

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Emine KÜÇÜKYILMAZ

İmza:



ÖZET

Sağlık hizmetleri her geçen gün gelişen ve değişim gösteren dinamik bir yapıyı oluşturmaktadır. Sağlıktaki bu dinamik süreci belirleyen en önemli etkenlerden birisi finansmandır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı dünyada çeşitli ülkeler tarafından farklı politikalarla gerçekleştirilmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı ise genel sağlık sigortası ile değiştirilerek tüm vatandaşları sağlık güvencesi kapsamına almıştır. Acil ve yoğun bakım hizmetlerinin ücretsiz sağlanması da genel sağlık sigortası kapsamında sağlığın sürdürülmesinde gerekli bir sağlık politikası olmuştur. Bu nedenle Türkiye’de acil sağlık hizmetleri kapsamına giren, il içi ve il dışı hastaneler arası hasta sevklerinden kaynaklanan maliyetleri sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanmaktadır.

Bu tez çalışmasının amacı, literatür taraması ve ampirik çalışma kapsamında genelde Türkiye’de, özelde ise Çanakkale il içi ve il dışı hastaneler arası hasta sevklerinden kaynaklı maliyetleri inceleyerek sorunların tespit edilmesi ve çözümler üretilmesi olmuştur. Çanakkale ilinde 112 acil sağlık hizmetleri ambulansları tarafından gerçekleştirilen il dışına hasta nakil maliyetlerinin paydaşlar üzerindeki etkileri de ayrıca araştırılmıştır. Araştırmada Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 112 Acil Sağlık Hizmetleri ambulans ekipleri tarafından Çanakkale ilinden başka bir il’e sevk edilen hastaların demografik, klinik, maliyet ve diğer etkenler açısından retrospektif tanımlayıcı bir incelemesi yapılmıştır. 17 Eylül 2014 ile 31 aralık 2016 tarihleri arasında toplam 1915 il dışı vaka formu tespit edilerek incelenmiştir. İnceleme sonucunda Çanakkale ilinde en çok 60-69 yaş grubu hastaların il dışına sevk edildiği, Çanakkale Devlet Hastanesi'nin %33,1 oranla en fazla sevk eden hastane olduğu, %48,5 oranında Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı hastaların sevk edildiği tespit edilmiştir. Helikopter ambulansın maliyetinin yüksekliği, kara ambulans kullanım (1/12) sıklığını arttırmıştır. İl dışı sevklerin %54,8 oranında özel hastanelere ve %43,2 oranında kardiyak hastalıklar nedeniyle yapıldığı tespit edilmiştir. Yoğun bakım ihtiyacından kaynaklı hasta sevkinin en fazla olması ise yapılan çalışma kapsamında ildeki sağlık tesisi yetersizliğini ortaya çıkarmıştır.

Anahtar Kelime: İl Dışı Sevk, 112 Acil Sağlık Hizmetleri, Ambulans, Hasta, Maliyet

ABSTRACT

Health care services incorporate an ever-developing and ever-changing dynamic structure. Among the forthcoming factors is financing as a determinant of this dynamic process. Financing of health care services in different countries is performed by varied policies. In Turkey, each and every citizen came to be covered by a health care plan when the health-focused financing was replaced by a general health insurance. Free emergency response (ER) and intense care services turned into a necessary health care policy for the continuity of health within the context of the general health insurance. Therefore, costs caused by patient transfers between intraprovincial and extraprovincial hospitals are now covered by the social security institutions.

The aim of this thesis is to analyze the costs caused by the transfers between intraprovincial and extraprovincial hospitals in Turkey, particularly in Çanakkale, to identify problems and to propose solutions. The effects of costs of patient transfers to extraprovincial hospitals by 112 emergency response ambulances within Çanakkale province on stakeholders will be investigated too.

A retrospective descriptive analysis of demographic, clinical, cost-related and other variables concerning the patients transferred from Çanakkale to another province by the 112 emergency rescue ambulances of Çanakkale Directorate of Health Care Services was conducted for the purpose of the study. 1915 extraprovincial transfer forms issued between 17 September 2014 and 31 December 2016 were retrieved and analyzed. The analyses showed that the patient at the age of 60-69 were the most frequently transferred individuals, Çanakkale State Hospital had the highest rate of transfers 33,1% and the patients covered by the Social Security Institution accounted for 48,5% of the transfers. The higher cost of helicopter ambulances led to increased use of land ambulances (1/12). It was revealed that 54,8% and 43,2% of the patient were transferred to private hospitals and for cardiological reasons, respectively. The highest number of patients in need for intensive care evidences the inadequacy of medical facilities in the province.

Keywords: Extraprovincial transfer, 112 Emergency Rescue Services, Ambulance, Patient, Costs

TEŞEKKÜR

Araştırmamın başından sonuna kadar her aşamasında yanımda olan ve bana bu yolda yardımlarını esirgemeyen danışmanlarım Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Doç. Dr. Murat AYDIN ile Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim dalı Doç. Dr. Halil Fatih AŞGÜN'e sonsuz teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini, bilgisini ve yardımını hiç esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Mehmet YILDIZ'a katkı ve yardımlarından dolayı çok teşekkür ederim.

Araştırmam sırasında yardımları ile araştırmama katkıda bulunan ve manen desteklerini esirgemeyen Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü yöneticileri ile 112 Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği ve mesai arkadaşlarıma yardımlarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Tüm eğitim hayatım boyunca manevi desteklerini hiç esirgemeyen Annem Ümmühan KÜÇÜKYILMAZ, Babam Mehmet KÜÇÜKYILMAZ ve adını sayamadığım tüm dostlarıma sonsuz teşekkürler ederim.

Emine KÜÇÜKYILMAZ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	iii
TEZ ONAY FORMU (İNGİLİZCE).....	iv
BEYAN FORMU.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
TEŞEKKÜR SAYFASI.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix-xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
TABLO LİSTESİ.....	xiii-xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Acil Sağlık Hizmetleri.....	3
2.1.1. Acil Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Araçlar.....	6
2.1.2. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları.....	8
2.2. Hastaneler Arası Hasta Sevkleri.....	11
2.2.1. Hastaneler Arası Hasta Sevklerini Anlamak.....	11
2.2.2. Hastaneler Arası Hasta Sevklerinin Nedenselliği.....	13
2.2.3. Hastaneler Arası Hasta Sevki Gerçekleştirme Prosedürleri.....	14
2.2.4. Hasta Sevklerinin Paydaşlara Yansıması.....	17
2.3. Hasta Sevklerinde Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar.....	19
3. TÜRKİYE'DE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ve TARİHİ GELİŞİMİ.....	21
3.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi.....	21
3.2. Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi.....	22
3.3. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi.....	25

3.3.1. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri İlkeleri.....	25
3.3.2. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Sunumu.....	26
3. 4. 112 Tek Acil Çağrı Merkezi.....	27
4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI.....	29
4. 1. Sağlık Hizmetlerinin GSYH İçerisindeki Yeri.....	35
4. 2. Genel Sağlık Sigortası ve Hastaneler Arası İl Dışı Sevklerin Maliyeti	36
4. 3. Sağlık Uygulama Tebliği.....	377
4. 4. Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetleri Finansmanı	388
4. 5. Türkiye'de Hasta Nakil Hizmetlerinin Finansmanı	39
4. 6. Mali Tabloların Paydaşlara Yansıması.....	40
5. ÇANAKKALE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	43
5.1. Çanakkale Devlet Hastanesi.....	43
5. 2. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	43
5. 3. Çanakkale'de İl Dışı Hasta Nakilleri	44
5. 4. Çanakkale'de 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihi.....	44
6. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	46
6. 1. Araştırmanın Tanımı	46
6. 2. Araştırmanın Türü.....	46
6. 3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	46
6. 4. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri	46
6. 5. Araştırmanın Analiz Yöntemleri.....	47
6. 6. Etik.....	47
6. 7. Sınırlılıklar.....	47
7.BULGULAR.....	48
8.TARTIŞMA.....	65
9. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74

KAYNAKLAR.....	76
EKLER.....	81
EK 1: Ambulans Olarak Kullanılacak Araçların Taşıt Olarak Özellikleri.....	81
EK 2: Ambulansta Bulundurulacak Asgari Tıbbi Cihaz ve Malzemelerin Nitelik ve Miktarı.....	82
EK 3: Hava ve Deniz Ambulansı Olarak Kullanılacak Taşıtlarda Bulundurulacak Asgari Tıbbi Cihaz, Araç-Gereç ve Malzemelerin Nitelik ve Miktarı.....	83
EK 4: Epikriz Formu.....	84
EK 5: Ek 3 Sağlık Bakanlığı Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu....	85
EK 6: Ek 9 Sağlık Bakanlığı Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu....	86
EK 7: Ek 5 T.C. Sağlık Bakanlığı Hava Ambulansı Talep Formu.....	87
EK 8: Yeşil Kartlı Hastaların Özel Sağlık Kurumlarına Sevk Formu.....	88
EK 9: Çanakkale 112 İl Ambulans Servisi Ambulans Kayıt Formu.....	89
EK 10: Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü araştırma izin belgesi.....	90
EK 11: Etik Kurul Onayı.....	91
EK 12: Spiralli Tez Kontrol Formu.....	92
EK 13: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spiralli/Ciltli Tez Yazım Kontrol Listesi.....	93
EK 14: Özgeçmiş.....	94

KISALTMALAR

AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
AB	: Avrupa Birliği
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASH (İ)	: Acil Sağlık Hizmetleri (İstasyonu)
ASOS	: Acil Sağlık Otomasyon Sistemi
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
ACEP	: American College of Emergency Physicians
ÇDH	: Çanakkale Devlet Hastanesi
ÇOMÜ	: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBYS	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
ICD	: International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflaması)
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
KM	: Kilometre
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
UMKE	: Uluslararası Medikal Kurtarma Ekibi
WHO	: World Health Organization

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: 112 Acil Sağlık Hizmet Sunumunda Kullanılan Araçların Artışı (2002-2013).....	7
Tablo 2: Kara Ambulansı Hariç Ambulans Türlerine Göre Araç ve Nakledilen Hasta Sayısı, Sağlık Bakanlığı, 2015.....	8
Tablo 3: Ülkelerin GSYİH'de Sağlık Harcama Yüzdeleri 2014-2016.....	30
Tablo 4: Tesis Türüne Göre 2009 Yılı Müracaat Sayıları Ve Fatura Tutarları.....	34
Tablo 5: Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları (2002- 2013) (milyon TL).....	35
Tablo 6: Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler, 2015- 2016.....	36
Tablo 7: 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD).....	39
Tablo 8: İl dışına sevk edilen hastaların cinsiyet dağılımları.....	47
Tablo 9: Hasta yaş gruplarının frekans ve yüzde dağılımları.....	48
Tablo 10: İl Dışına Sevk Edilen Hastaların Yaş Gruplarına Göre Cinsiyet Dağılımları.....	49
Tablo 11: Sevk eden hastaneler ile sevk tanı grupları arasındaki frekans dağılım tablosu.....	50
Tablo 12: İl Dışına Sevk Edilen Hastaların Sosyal Güvenlik Kurumları.....	51
Tablo 13: İl Dışı Sevkle Gönderilen Hastaların ICD Sınıflamasına Göre Dağılımları.....	52
Tablo 14: İl Dışına Sevk Edilen Hastalarda En Sık Görülen Teşhis Kodları.....	53
Tablo 15: Sevkte Kullanılan Araç ile Triyaj Kodları Arasındaki Dağılım.....	55
Tablo 16: Sevkte Kullanılan Araç ile GKS Grupları Arasındaki Dağılım.....	56
Tablo 17: İl Dışı Sevklerde Ortaya Çıkan Maliyetler.....	57
Tablo 18: Ambulans Tipine Göre Sevkte Geçirilen Süre Göstergeleri.....	58
Tablo 19: İl Dışı Hasta Sevklerinin Nedenlerine Göre Dağılım.....	59
Tablo 20: Sevkte Kullanılan Araç ile Sosyal Güvence Arasındaki Dağılım.....	60
Tablo 21: Sevki Kabul Eden Hastane Türü İle İl Dışına Sevk Olan Hastaların Sosyal Güvenceleri Arasındaki İlişki.....	61

Tablo 22: Sevkte Kullanılan Araç ile Mevsimler Arasındaki İlişki.....	62
Tablo 23: İl Dışı Sevklerin Hastanın Günleri Oranı.....	62



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması.....	24
Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı.....	25
Grafik 1: Ambulansların Sevkte Kat Ettiği Kilometre Dağılımı.....	54



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplum olarak en çok önem verilen ve kalite beklentisinin arttığı sektör sağlık hizmetleri sektörüdür. Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı, sağlıkta dönüşüm programlarına başladığı 2003 yılından bu yana 2014-2018 yıllarını kapsayan onuncu kalkınma planını uygulamaya devam etmektedir. Önceki kalkınma programlarında yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Kurumlarının (SGK) tek çatı altında toplanması ile hemen hemen herkes sağlık güvencesi altına alınarak sağlık hizmetlerinden yararlanması sağlanmıştır. Bu arzın sonucunda sağlık hizmetlerine ulaşım ve erişim kolaylaştığı için talep de artmıştır. Sağlık Bakanlığı artan talebi karşılamak ve işleyişi düzenlemek adına 2011 yılında, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile sağlık hizmetleri teşkilat yapısı ve hizmet sunumunda köklü değişiklikler uygulamaya koymuştur. Bu kararnameye göre Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların görev yetki ve sorumlulukları son şeklini almıştır.

Sağlık hizmetleri sunumunun kaliteli, ekonomik ve etkili kullanımı için hizmetler kademeli olarak basamaklar halinde ayrılmıştır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak ayrılan sağlık hizmetleri, ayakta veya yataklı sağlık kurumları arasında gerek duyulan hastaların taşınması işlemleri ambulanslarla yapılmaktadır. Bu basamaklarda hizmet veren sağlık kurumları arasındaki hasta nakillerinde, sevk koordinasyonu ve sevk zinciri önem teşkil etmektedir. Bunun nedenleri arasında belli hastanelerdeki hasta yoğunluğunun azaltılması, hastane yataklarının etkin ve 112 hizmetlerinin doğru kullanımı sayılabilir.

Acil sağlık hizmetleri ambulanslarında çalışan ekipler yani 112 acil ambulansları 24 saat boyunca aktif olarak buldukları bölgelerde acil sağlık hizmeti verirken, aynı zamanda hastanelerden gelen sevk talebi ile hastaların il içi ve il dışına sevklerini yerine getirmektedir. Bazı illerde hasta nakillerinin yapılması için 112 Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği ve İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ayrı bir ambulans ekibi/ekipleri kurulurken Çanakkale ilinde mevcut olan 112 ambulans ekipleri tarafından hastaların il dışına nakilleri yapılmaktadır. Ayrı ambulans nakil birimi olmayan illerde bu durum verilen hizmete, hizmet sağlayıcılarına ve hizmeti alanlara farklı boyutlarda yansımaktadır.

Yapılan literatür taramasında 112 acil ambulans hizmetleri ile ilgili çalışmalar, acil servis ile ilgili yapılan çalışmaların içerisinde bir bölüm olarak incelenmiş fakat

hasta sevk maliyetleri bakımından bir araştırma ile karşılaşılmamıştır. Bu durumdan yola çıkılarak son yıllarda oldukça gelişen ve büyüyen bir sağlık hizmeti olan 112 acil sağlık hizmetlerinin tanımlanmış görevlerinden biri olan il dışı hasta sevklerinin demografik, klinik ve maliyet çalışması retrospektif olarak incelemesi yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

Sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yere sahip olan acil sağlık hizmetleri, bir ülkenin sağlık, sosyal ve ekonomik profilini yansıtan önemli hizmetlerden biridir. Sunulan sağlık hizmeti ülkelerin ekonomik durumlarına ve kültürel yapılarına göre değişse de amaç acil durum geliştiğinde gerekli müdahale yapılarak sağlık durumunun devamlılığının sağlanmasıdır.

Acil durumun ortaya çıkması öngörülebilir fakat planlı bir durum değildir. Bu sebeple gelişebilecek senaryolar düşünülerek her zaman hazırlıklı olunmalıdır. Hizmet sunumunun aksamaması için gerekli önlemler alınmalı ve maliyetler önceden planlanmalıdır. Türkiye'de acil sağlık hizmetleri kamu/özel tüm sağlık kuruluşlarında kullanıcıdan ücret alınmadan sosyal güvenlik kurumları tarafından finansmanı sağlanmaktadır. Sosyal güvenlik kurumlarının 2006 yılından sonra tek çatı altında toplanması acil sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını arttırmıştır.

Acil sağlık hizmetlerine ait ambulans araçları ve istihdam edilmiş nitelikli personel hizmet sunumunda önemli bileşenlerdir. Bu bileşenlerin standardının sağlanması ve görev tanımlarının yapılması hizmet sunumu açısından önem arz etmektedir. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı tarafından hizmet sunumunda ortaya çıkabilecek aksaklılara engel olmak amacıyla konularla ilgili genelge, yönerge, kararname ve kanun maddelerini yürürlüğe koymuştur.

Bu bölümde acil sağlık hizmetlerinin bileşenlerini oluşturan kavramalara değinilerek görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde acil sağlık hizmetleri kapsamındaki 112 ambulans ekipleri ve istasyonları detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

2.1. Acil Sağlık Hizmetleri

Ülkelerin ekonomik gelişmişlik seviyeleri ve kültürel özelliklerine bağlı olarak farklı sağlık sistemleri söz konusudur. Ancak acil sağlık hizmetleri ve müdahaleleri ülke ayrımı gözetilmeksizin eldeki imkânlar dâhilinde insan hayatını tehdit eden durumların en kısa sürede ortadan kaldırılmasını ve sağlıklı olma durumunun devam ettirilmesi amacıyla standardize edilmeye çalışılmaktadır. İnsanın varoluşundan günümüze kadar olan süreçte ise acil sağlık hizmetlerinin gelişimi özellikle de savaşlar ve doğal felaketler gibi büyük olaylardan etkilenmiştir.

Acil müdahale uygulamalarına ilk kez yaklaşık 5000 yıl önce Mısır'da sonrasında eski Yunan ve Roma mitolojilerinde rastlanılmaktadır. Ambulansların ilk

gündeme gelmesi ise 1400'lü yıllarda Avrupa'da savaş meydanlarında yaralıların taşınması amacıyla atlı araçların kullanılmasıyla olmuştur. İlk sivil ambulans uygulamasıysa Londra'da 1878 yılında başlamıştır. Birinci ve İkinci Dünya Savaşları sırasında yaralanmış ve hasta kişilerin taşınması amacıyla elde bulunan tüm araçlar (savaş uçakları, tren, gemi vb.) hasta nakli amacıyla kullanılmıştır (Koç ve ark., 2016).

Ülkeler 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra acil sağlık hizmetlerine önem vermiş ve çalışmalar hız kazanmıştır. 1960 yılından sonra Amerika ve Kanada'da yerel yönetimlere bağlı olarak kurulmuş ambulans ekipleri farklı düzeylerde eğitim almış personel ile acil sağlık hizmetleri vermişlerdir. Acil sağlık müdahalesi konusunda profesyoneller yetiştirmek amacıyla yeni bir meslek grubu olan paramedik eğitiminin temelleri de bu dönemde atılmıştır. Bu sistem de doktorlar sahada uygulanan tıbbi müdahalenin denetlenmesi ve acil müdahale eğitimi alanlarında görev almışlardır. Acil sağlık hizmetlerinde kullanılan 3 farklı ambulans çeşidi olup, eğitilmiş 2 kişi ile vakalara çıkmıştır. Eyalet yönetim sisteminde acil çağrı merkezlerinde itfaiye, polis ve ambulans ekipleri olarak bulunulan bölgeye acil müdahalede bulunmak daha kolay ve sistematik bir hale gelmiştir. 1972 yılında Amerika'da acil tıp sistemleri ayrı bir bilim dalı olarak ele alınmaya başlanmıştır (Koç ve ark., 2016; <http://www.aahd.org.tr/tarihce/>, Erişim tarihi: 25 Ekim 2017).

Avrupa'da yaşanan savaşlardan dolayı ülkelerin sağlık yapıları ekonomik güçlüklerden dolayı zaman almıştır. Savaşlar sırasında itfaiye birliklerinin önem kazanmasıyla acil ambulans hizmetleri de bu birlikler çatısı altında organize olmaya başlamıştır. Halen birçok ülkede itfaiye birlikleri içerisinde bulunan ambulans ekipleri, gelen tüm acil çağrılara ayırım yapmadan uygun ekip göndermektedir. Olay yerine ulaşıldıktan sonra mesleki yetkiler ölçüsünde müdahale edilmekte, eğer yetkili sağlık uzmanlarına ihtiyaç duyulursa genelde merkezdeki hastanelerde çalışan uzman hekimler talep edilmektedir. Avrupa'da 2 farklı özellikte ambulans kullanılmaktadır. Vakalara çoğunlukla bir paramedik ve bir kurtarıcı olmak üzere 2 kişi ile çıkılmaktadır (<http://www.aahd.org.tr/tarihce/>, Erişim tarihi: 25 Ekim 2017).

İçinde bulunduğumuz 21. yüzyılda acil sağlık yapılanması ve hizmetleri ülkelerin içinde buldukları politik, siyasal ve refah düzeylerine göre farklılıklar göstermektedir. Halen Ortadoğu'da devam eden savaşlar, kıtalarda terörist eylemleri,

büyük afetler gibi geniş ve çoklu etkiye sahip durumlar acil hizmetlerin gelişmesi üzerine önemli etkiye sahiptir.

Acil sağlık hizmetleri, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde uygulanan bir sağlık hizmetidir (Çakır ve ark., 2012). Uygulama güçlüğü yaratan sebepler, acil sağlık hizmetlerinin anlık ortaya çıkması ve bu durumun yarattığı yüksek maliyetlerdir. Acil sağlık hizmetleri; özel yetiştirilmiş personel, donanımlı araçlar (ambulans, helikopter, motosiklet vb.) ve ergonomik tıbbi cihaz ve malzemeye gereksinim duymaktadır. Teknolojik gelişmelerin acil tıba yansması ve eğitimli personel istihdamı acil sağlık hizmetlerinin maliyetlerini ise her geçen gün arttırmaktadır.

Dünya üzerinde acil sağlık hizmetlerinin sunumu ülkelerin sağlık hizmet politikalarına göre değişse de temel amaç, en kısa sürede olaya müdahale edilerek, sağlığının korunup devam ettirilmesidir. Acil sağlık hizmeti, acil durumdaki birey/bireylerden haber alındığı ilk andan başlayarak, hastaneye teslim edilene kadar hayat kurtarma ve stabilizasyonunu sağlamaya yönelik yapılan tüm müdahalelerin yapıldığı bir hizmettir (Kıdak ve ark, 2009).

Dünya üzerinde hastane öncesi acil tıp sistemlerine bakıldığında genel olarak benimsenen 2 sistemle karşılaşılmaktadır. Bunlardan biri Angola-Amerikan Modeli diğeri ise Franko-German Modeli'dir.

- **Angola-Amerikan Modeli**

Bu modelde, olay yerindeki hastanın daha iyi sağlık hizmeti alması için donanımlı bir hastanenin acil servisine taşınması gerekmektedir. Ambulanslarda hekim bulunmamakta, onun yerine Acil Tıp Teknisyeni (ATT), Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (AABT) gibi yardımcı sağlık personelleri bulunmaktadır. Anglo-Amerikan Modeli; İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada, Hollanda ve Türkiye gibi bazı ülkelerin acil sağlık hizmetleri sunumunda benimsemektedir (Acil Sağlık Hizmetleri Yapısı 2011).

- **Franko-German Modeli**

Franko-German Model'inde olay yerinde acil müdahale bekleyen hastanın ayağına Anglo-Amerikan Modelinin aksine hastane imkânları taşınmaktadır. Daha çok anestezi uzmanlarının bulunduğu acil müdahale konusunda uzmanlaşmış doktorlu ekipler, olay yerinde hastaya tüm müdahaleleri yaparak,

hastayı acil servise değil de doğrudan hastanede ilgili servise taşımaktadırlar. Almanya, Fransa, Norveç ve Rusya gibi bazı ülkelerde acil sağlık hizmetleri sunumunda özellikle Franko-German Modeli kullanılmaktadır. (Acil Sağlık Hizmetleri Yapısı 2011).

2.1.1. Acil Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Araçlar

Türkiye'de acil sağlık hizmetinde kullanılan araçlar kamu ya da özel işletme farkı gözetilmeksizin Sağlık Bakanlığı tarafından resmi gazetede yayınlanan genelge ile standardize edilerek sınıflandırılmıştır.

Acil Yardım Ambulansı: "*Her türlü acil durumda, olay yerinde ve ambulans içerisinde hasta ve yaralılara gerekli acil müdahaleyi yapabilecek ekibe ve Ek-1 ve Ek-2'de yer alan teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır*" (T.C. Resmi Gazete, 07 Ocak 2006, sayı: 26369; T.C. Resmi Gazete, 10 Nisan 2012, sayı: 28260).

Hasta Nakil Ambulansı: "*Acil tıbbi müdahale gerektirmeyen hasta veya yaralıların nakli amacıyla kullanılan, en az bir sağlık personeli bulunan ve Ek-1 ve Ek-2'de belirtilen teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır*" (T.C. Resmi Gazete, 07 Ocak 2006, sayı: 26369; T.C. Resmi Gazete, 10 Nisan 2012, sayı: 28260).

Yoğun Bakım Ambulansı: "*Hastaların nakli esnasında ileri seviyede izlenmesine ve tedavisine yönelik tasarımlanan, Yönetmeliğin Ek-1 ve Ek-2'sinde yer alan teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır*" (T.C. Resmi Gazete, 07 Ocak 2006, sayı: 26369 ve 10 Nisan 2012, sayı: 28260).

Hava Ambulanları: "*Hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere ulusal sivil havacılık yetkili biriminden çalışma ve uçuş izni almış ve Ek-3'de belirtilen tıbbi donanıma sahip uçak ve helikopterlerdir*" (T.C. Resmi Gazete, 07 Ocak 2006, sayı: 26369; T.C. Resmi Gazete, 10 Nisan 2012, sayı: 28260).

Hava ambulanslarının işletilmesi ile ilgili sağlık bakanlığı temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü tarafından "Ambulans Hava Aracı İşletmesine Dair Esaslar" konulu genelge ile çalışma usul ve esasları tanımlanmıştır (Genelge, 21 Nisan 2010, sayı: B.10.0.TSH.0.16.08; <http://dosyasb.saglikgov.tr>, Erişim Tarihi: 15 Eylül 2017).

Türkiye'de 2008 yılı itibariyle 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliklerine bağlı olarak kurulmaya başlanan hava ambulans ekipleri 14 ilde bulunmaktadır. Bu iller İstanbul, Erzurum, İzmir, Antalya, Kayseri, Diyarbakır, Adana, Afyon, Samsun,

Trabzon, Konya, Bursa, Van ve Çanakkale'dir. Hava ambulansı olarak hizmet veren helikopterler buldukları merkezden 1 saatlik uçuş mesafesi olan bölgeye hizmet vermekle yükümlüdür (Yenice, 2012).

Deniz Ambulansları: "*Hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığında çalışma izni almış ve Ek 3'de belirtilen tıbbi donanıma sahip deniz araçlarıdır*" (T.C. Resmi Gazete, 07 Ocak 2006, sayı: 26369; T.C. Resmi Gazete, 10 Nisan 2012, sayı: 28260).

Acil sağlık hizmetlerine ait araçların 2002-2013 yılları arasında gösterdiği artış Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verilerine göre Tablo1'de gösterilmiştir (Atasever, 2014).

Tablo 1: 112 Acil Sağlık Hizmet Sunumunda Kullanılan Araçların Artışı (2002-2013)

Ambulans Tipleri	2002	2013
Kar Paletli Ambulans	0	296
Önünde Kar Bıçağı Bulunan Ambulans (Snow- Track	0	20
Dört Sedyeli Ambulans	0	64
Yoğun Bakım ve Obez Ambulans	0	86
Deniz Ambulansı	0	4
Motorize Ambulans	0	52
Tam Donanımlı Ambulans	618	3.357
Helikopter Ambulans	0	17
Uçak Ambulans	0	4

Kaynak: Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi¹

2007 yılında kar paletli ambulanslar ve deniz ambulansları hizmete alınmıştır. Ekim 2008'de 17 adet ambulans helikopter, Nisan 2010'da da 4 adet uçak ambulans hizmet vermeye başlamıştır (Atasever, 2014).

"2017 yılı itibarı ile 266 adet paletli ambulans ve 20 tanesine önüne kar bıçağı bulunan kombi paletli ambulans, 64 adet 4 sedye kapasiteli ambulans, 91 adet yoğun

¹ Mehmet Atasever (2014) tarafından hazırlanmış "Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2001-2013 Dönemi" adlı kitaptan alınmıştır.

bakım ve obez ambulans ile 60 adet motosiklet ambulans hizmet vermektedir" (<https://www.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 02 Aralık 2017)².

2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan istatistiki çalışmada özellikli 4 farklı ambulans aracının sayısı ve taşıdıkları/sevk ettikleri hasta sayıları Tablo 2'de gösterilmiştir (Köse ve ark., 2016).

Tablo 2: Kara Ambulansı Hariç Ambulans Türlerine Göre Araç ve Nakledilen Hasta Sayısı, Sağlık Bakanlığı, 2015

	Araç Sayısı	Nakledilen Hasta Sayısı
Ambulans Helikopter	17	3.715
Uçak Ambulans	3	1.601
Kar Paletli Ambulans	265	1.931
Deniz Ambulans	6	2.515

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

2.1.2. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları

Ekipler verdikleri hizmete ve ekipteki personel görevlendirmesine göre 3 ana istasyon grubuna ayrılır.

A Tipi İstasyon: *"Kurulma yetkisi Sağlık Bakanlığına bağlı olan, bulunduğu bölgede 24 saat kesintisiz hizmet veren, ihtiyaca göre birden fazla sayıda ekip ve ambulans bulundurabilen, personeli başhekimliğe bağlı ve kadrolu olan istasyonlardır."* Alt grupları;

- "Ekip içerisinde hekim bulunanlar (A1) tipi istasyon, "
- "Ekip içerisinde hekim bulunmayanlar ise (A2) tipi istasyon olarak adlandırılır" (T.C. Resmi Gazete, 11 Mayıs 2000 sayı: 24046; T.C. Resmi Gazete, 15 Mart 2007, sayı: 26463).

B Tipi İstasyon: *"Sağlık Bakanlığına bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda entegre olarak kesintisiz hizmet veren, kadrosu ve özlük hakkı olarak bulunduğu kuruma, ambulans hizmeti olarak Acil Sağlık Hizmetlerine bağlı olarak, ekip içerisinde doktor bulunan, 24 saat hizmet veren istasyonlardır."* Bu istasyonlar;

² T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1-7 Aralık 112 Acil Sağlık Hizmetleri Haftası Basın Bildirisi, <http://acilafet.saglik.gov.tr/TR,28924/1-7-aralik-112-acil-saglik-hizmetleri-haftasi.html>, 02 Aralık 2017.

- "Hastane acil servisi ile entegre olanlar (B1) tipi istasyon,"
- "Birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise (B2) tipi istasyon olarak adlandırılır" (T.C. Resmi Gazete, 11 Mayıs 2000 sayı: 24046; T.C. Resmi Gazete, 15 Mart 2007 sayı: 26463).

C Tipi İstasyon: *İhtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı acil sağlık istasyonlarıdır*" (T.C. Resmi Gazete, 11 Mayıs 2000, sayı: 24046; T.C. Resmi Gazete, 15 Mart 2007, sayı: 26463).

Sağlık Bakanlığının TÜİK verilerine göre 2002 yılında 481 olan 112 acil yardım istasyonu sayısı 2016 yılında 2400'e ulaşmıştır (<https://dosyasb.saglik.gov.tr>; <http://www.metaveri.saglik.gov.tr> Erişim tarihi: 16 Eylül 2017). 2013 Sağlık Bakanlığı verilerine göre bir yıl içerisinde 112 ambulans araçları ile taşınan vaka sayısı 2002 yılında 382.907 iken 2013 yılında 3.665.368'e ulaşmıştır (Atasever, 2014).

Sevk: Bir sağlık kurumunda bulunan hastanın sağlık kurumundaki çeşitli yetersizlikler (personel, teknik vb.) ve diğer nedenlerle (kendi isteği gibi) başka bir sağlık kurumuna taşınmasına sevk/nakil işlemi denilmektedir. Sevk işleminin gerçekleşmesi için yasal bazı gereklilikler ve resmi onaylar gerekmektedir. Gerekli olan evraklar, hasta epikrizi (Ek-4), Sağlık Bakanlığı sisteminde Ek-3 (Ek-5) ve Ek-9 (Ek-6) olarak kullanılan Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formları ile hasta eğer helikopter ambulansı ile il dışı hasta nakli yapılacaksa hasta yakınından kendi el yazısıyla hazırlanmış onay formu ve Sağlık Bakanlığı sisteminde Ek-5 (Ek-7) olarak kullanılan Hava Ambulansı Nakil Talep Formu hastadan sorumlu hekim tarafından doldurularak 112 Komuta Kontrol Merkezine (KKM) faks yoluyla iletilmesi gerekmektedir (T.C. Resmi Gazete, 25 Mart 2010, sayı: 27532 (mükerrer); <http://112.canakkalesaglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 20 Kasım 2017).

Sevk Zinciri: Sağlık hizmeti almak için sağlık hizmet basamakları arasında en alt basamaktan üst basamaklara geçişin sırayla ve doktor onayı ile olmasını ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle hastanın bir hastaneden diğer bir hastaneye nakil edilmesi için yapılan bir dizi işlemleri kapsayan ve sağlık hizmet basamakları arasındaki yapıya uygun yapılan işlemlere sevk zinciri denilmektedir. *"Türkiye'de sevk zinciri 2004 yılında 5258 sayılı kanunla aile hekimliği hizmetinin*

uygulanmasıyla başlamıştır. Fakat Türkiye'de halen sevk zinciri uygulama zorunluluğu olmadığı için sağlık hizmet basamakları arasındaki hasta yoğunluğu sorunu giderilememiştir. Bu durum sağlık hizmeti alan kişilere ve sağlık hizmeti sunan kurumlara hem mali açıdan yükler getirmiş hem de beklenen hizmet kalitesini düşürmüştür" (Hazine Müsteşarlığı Öglen Grubu, 2011).

"5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Madde 70'te Sağlık Bakanlığının hizmet sunucularının basamaklara ayrılmış yapısında basamaklar arasındaki hasta sevk zincirinin kapsamı ve finansmanı tanımlanmıştır" (T.C. Resmi Gazete, 31 Mayıs 2006, sayı: 5510).

Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM): İl genelinde acil sağlık hizmetleri ile ilişkili olan kamu veya özel kurumların koordinasyonunu sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde tanımlandığı şekliyle 'İl genelinde acil sağlık hizmeti ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyon ve işbirliğini sağlamak üzere kurulan İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu' dur" (T.C. Resmi Gazete, 11 Mayıs 2000, sayı: 24046).

ASKOM toplantısına İl Sağlık Müdürü ya da görevlendireceği İl Sağlık Müdür Yardımcısı başkanlık etmektedir. Komisyonda Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü, Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürü, İl Ambulans Servisi Başhekim, kamu/özel hastanelerinin başhekim ve/veya acil servis sorumluları ile ilgili sivil toplum kuruluşu temsilcilerinden oluşmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 11 Mayıs 2000, sayı: 24046).

"2013/3 sayılı Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişi Genelgesinde Denetim ve Yaptırım başlığı altında ASKOM toplantısı yapılır. İl Sağlık Müdürlüğü, sağlık hizmeti kalitesi hasta hakları ve hasta memnuniyeti gibi Bakanlık politika ve düzenlemelerine uyum ile ilgili konularda kamu, üniversite ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını denetler" diye belirtilmektedir (Genelge, sayı: 11045126/010 06.02/).

İl içi ve il dışına yapılan sevklerin uygunluk durumları ASKOM toplantısında görüşmektedir. Hasta sevklerinin belli bir esas ve usule uygun yapılması için ise bakanlık tarafından yayınlanan tebliğde usulsüz yapıldığına komisyonca karar

verilen sevk işlemlerinden sorumlu kişiler için ilgili mevzuat hükümlerince resmi soruşturma başlatılmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 16 Ekim 2009 sayı: 27378).

2.2. Hastaneler Arası Hasta Sevkleri

Her geçen gün gelişen sağlık sektöründe artan talep de göz önünde bulundurulduğunda herhangi bir özel ya da kamu hastanesinde tüm sağlık dallarının uzmanları ile sürekli uygun yatak mevcudiyeti ve teknik donanımın tam olması beklenemez. Buna rağmen il genelinde mevcut hastanelerin personel, teknik ve yatak kapasitesi bakımından kendilerini koordine etmesi beklenmektedir. Bu şartlar altında her ilde ve her hastanede başka bir hastaneye nakil edilecek hastanın varlığı normal bir durum iken artan hasta sayılarından dolayı il içerisindeki hastaneler nakiller için yetersiz kalmakta hatta il içindeki hastanelerden gelen sevk taleplerini dahi karşılayamamaktadır. Hastaneler, her geçen gün artan göç, nüfus, yaşam süresinin artmasına bağlı artan kronik hastalıklar sebebiyle talebi karşılayamamaktadır. Bunlara personel yetersizliği, uygun hasta yatağı ve tıbbi teknik donanım eksikliği de eklenince hastaların başka illere sevkleri daha sık gündeme gelmektedir. Sevk zincirine uygun bir şekilde, sevk işlemlerin gerçekleştirilmesi sağlık hizmetlerinin daha etkin ve kaliteli uygulanmasına neden olacak önemli bir uygulamayı oluşturmaktadır.

2.2.1. Hastaneler Arası Hasta Sevklerini Anlamak

Hastane acillerine, hasta başvurularının artması, hastanedeki yatak ve teknik donanımın yetersiz kalması ve özellikli personelin yetersizliği nedeniyle her geçen gün il içi ve il dışı sevklerin sayısını arttırmaktadır. Bu artışın sebep olabileceği aksaklıklardan kaçınmak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hastaneler ve acil sağlık hizmetleri için bir takım tedbirler alınmıştır. Örneğin hastanelerdeki personellerin özellikle acil ve branş hekimlerinin çalışma saatleri ve nöbetlerinin bu yoğunluğa göre ayarlanması, branş hekimlerinin sayısının yeterli olması durumunda ise branş nöbetlerinin tutulması, ortaya çıkacak olan fazla mesailerin imkanlar dahilinde izin ya da mesai ücreti olarak ödenerek personelinde mağdur edilmemesi gibi konular netleştirilmiştir (Genelge, 16 Aralık 2005, sayı:23481).

Personel planlaması yapılmasına rağmen hastanedeki diğer eksikliklerden kaynaklanan gerekçelerle hastaların başka bir hastaneye gitmesi söz konusu olduğunda sunulan sağlık hizmetinin devamlılığı ve hasta bakım sürecinin kesintiye

uğramaması hizmet kalitesi açısından kritik öneme sahiptir. Hastanede aciliyet durumu stabil hale getirilen hasta en kısa sürede ihtiyaç duyulan teknik ve personel donanımına sahip başka bir hastaneye 112 acil ambulansları ile taşınarak sağlık hizmetinin devamlılığı sağlanmış olmaktadır (Genelge, 16 Aralık 2005, sayı:23481).

Uygulamada hastaneler yoğunluktan kaçınmak ve giderlerini düşürmek için, usule uygun olmayan sevk taleplerinde bulunabilmektedir. Bu da bakanlık tarafından hem sevki talep eden, hem de sevki kabul etmeyen hastanelerin gerekçelerinin doğruluğunun denetlenmesi amacıyla hastanelerde ihtiyaca göre "Sevk Denetleme ve Kontrol Birimi" kurulmasına karar verilmesine neden olmuştur (Genelge, 16 Aralık 2005, sayı:23481).

Hastanelerde bakanlık tarafından hazırlanmış kodlama değerlendirme sistemi üzerinden il dışı sevkler kayıt altına alınmaktadır. Bu uygulamanın sebebi, sevk gerekçelerini incelemeye alarak hastanelerin eksiklerinin tespit edilmesi ve bu eksiklerin giderilmeye çalışılmasını sağlamak olmuştur (Genelge, 01 Ağustos 2016, sayı: 44141763/663.09/).

Hastane acil servisinde bulunan hastanın başka bir hastaneye nakledilmesi ile ilgili konu "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servislerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" in 15. maddesinde açıklanmıştır. Bu maddeye göre acil servise gelen hasta öncelikle stabilizasyonu sağlanana kadar hastanede tutularak gerekli müdahalesi yapılmakta, sonrasında ise değerlendirme yapılarak hastanın durumuna ve hastanenin imkânlarına göre sevk kararı verilmektedir. Sevk edilmesine karar verilen hastaya uygun hastane bulmak 112 KKM'nin görevi arasında yer almaktadır. Hastanın sevk edileceği hastane ile sevk eden hastane arasındaki koordinasyonu 112 KKM sağlarken, hastanın nakli/sevki de 112 acil ambulansları tarafından gerçekleştirilmektedir. Sevki kabul eden hastane hasta için gerekli hazırlığı yapmak ve tedaviye ara verilmeksizin devam ettirmekle sorumlu tutulmuştur (T.C. Resmi Gazete, 16 Ekim 2009, sayı: 27378).

2000 yılında ilk kez yürürlüğe giren "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği" ile il dışındaki başka bir hastaneden ambulansla getirilen hasta için uyulması gereken kurallar resmîyet kazanmıştır. Yönetmeliğe rağmen sevk işlemleri sırasında yaşanan aksaklıklar nedeniyle Sağlık Bakanlığı tarafından "Acil Hasta Sevkleri" konulu 04.07.2006 tarih ve 12759 sayılı (2006/75) bir genelge yayınlanmıştır. Genelgeye

göre; "Hastanede mevcut olması ve kullanılır olmasına rağmen boş yatak olmadığı, branşında yeterli uzman hekim bulunmadığı, cihazlarının arızalı olduğu vb. gerekçelerle hastayı kabul etmeyerek geri çevirdikleri ve bunun sonucu olarak da olumsuz sonuçlara sebebiyet verdikleri anlaşıldığından personel ve teknik aksaklık durumlarının günlük olarak 112 KKM'ye bildirilmesi uygun görülmüştür" kararı ile hasta sevklerinde yaşanan aksaklıkların giderilmesi amaçlanmıştır

2.2.2. Hastaneler Arası Hasta Sevklerinin Nedenselliği

İllerdeki devlet, üniversite ve diğer özel ya da resmi kurum hastanelerindeki doktorların hastaneleri bünyelerinde bulunan hastaları başka bir hastaneye sevk edebilmesi yasal bir nedenselliğe dayanmaktadır. Hasta sevk işleminin asıl amacı, daha iyi ve sürdürülebilir tedavi ve bakım olduğu için sürecin hasta için fayda-zarar ilişkisi değerlendirilerek, sevke karar verilmektedir. 112 acil sağlık hizmetlerinin resmi hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı Acil Sağlık Otomasyon Sisteminde (ASOS) yer alan hastaneler arası hasta nakil taleplerine neden olan unsurlar şunlardır;

- Boş yer olmaması,
- Yoğun bakım ihtiyacı,
- Amputasyon-Replantasyon,
- İlgili hizmet unsurlarındaki tadilat,
- İleri özelleşmiş hekim ihtiyacı,
- Organ nakli,
- Tıbbi ekipman ihtiyacı,
- Tıbbi teknik arıza,
- Uzman hekim ihtiyacı,
- Yan dal uzman hekim ihtiyacı,
- Yanık ünitesi ihtiyacı,
- Hasta isteği,
- Diğer

Görüldüğü üzere hasta isteği dışındaki tüm nedenler teknik problemler ve personel eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca "Hastaneler arası uygun sevk zincirinin sağlanması sağlık hizmetleri örgütlenmesinin en önemli boyutlarından birisidir" bu da onu zorunlu kılmaktadır (Atilla ve ark., 2010).

2.2.3. Hastaneler Arası Hasta Sevki Gerçekleştirme Prosedürleri

Sevk edilmesine karar verilen hasta için ilk yapılması gereken, hastadan sorumlu doktor tarafından hasta ve/veya hasta yakınına sevk nedeni açıklanarak resmi onay alınmasıdır. Bu aşamadan sonra hastadan sorumlu doktor 112 KKM'yi arayarak sevk talebinde bulunmaktadır. 112 KKM'de sevk işlemlerinden sorumlu personel tarafından sevk edilecek hasta için il içindeki kamu veya özel tüm hastanelerin yatak doluluk durumları Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden kontrol edilmektedir. Bu yüzden HBYS'nin hastanede görevlendirilmiş bir kişi tarafından düzenli olarak yatak durumları ve doktor bilgileri güncellenmektedir ve güncellenmesi de gerekmektedir. Hastane yatak doluluk durumuna göre il merkezi ya da ilçelerinde uygun yer bulunamaması durumunda, bulunulan şehre en yakın ve hasta için en uygun donanıma sahip hastane araştırılmaya başlanmaktadır. Hastaların il dışına sevk edilme durumunda uygulanması gerekli olan uygun sevk zincirini yerine getirmek 112 KKM merkezinin sorumluluğundadır. Mevcut durumda Türkiye'de zevk zinciri uygulama zorunluluğu bulunmasa da yapılması gereken bir takım resmi işlemler vardır (Atilla ve ark., 2010).

Acil servisteki hastanın ilk müdahalesi yapıp stabil hale getirildikten sonra ya da serviste yatan hastanın daha donanımlı bir hastanede tedavisine devam edilme gereksiniminden dolayı ileri tıbbi bakım tedavi amacıyla başka bir sağlık kurumuna sevki uygun görüldüğünde, bu durum belgelenerek hem 112 KKM'ye hem de hasta ile birlikte nakli kabul eden hastaneye gönderilir (Atilla ve ark., 2010). Hasta sevklerinde ise doldurulması gerekli belgeler bulunmaktadır. Bu belgeler şunlardır (<http://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/7075,askompdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 20 Kasım 2017; <http://112.canakkalesaglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 20 Kasım 2017) ;

- Epikriz: Hastanın muayene sonuçlarının ve hastaneye geldiği andan sevk edildiği ana kadar yapılan işlemlerin kaydedildiği evrak (Ek-4),
- Ek 3 ve Ek 9: Sağlık tesisleri arası vaka nakil talep formları (Ek-5, Ek-6),
- Yeşil kartlı hastaların özel sağlık kurumlarına sevk formu (Ek-8)
- Hava nakil talep formu (Ek-7),
- Hasta yakını onam kâğıdı: Hastanın hava ya da kara yolu ile yapılacak olan sevkine izin verildiğine dair hasta yakınının kendi el yazısı ile yazıp imzaladığı evraktır.

Türkiye'de hastaneler arası hasta sevk kuralları 2009 yılında yayınlanan "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği" nin 15. maddesinde açıklanarak uygulamanın kuralları belirlenmiştir. Buna göre (T.C. Resmi Gazete, 16 Ekim 2009, sayı: 27378);

- *"Acil servise başvuran hastaların ilk değerlendirmesi yapıldıktan sonra, ilgili sağlık tesisinin uzman tabip, tıbbi donanım ve boş yatak bakımından hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği tetkik, müdahale, bakım ve tedaviyi sağlayabilecek şartları taşınması halinde hastanın başka bir sağlık tesisine sevk edilmemesi ve gerekli sağlık hizmetinin ilgili sağlık tesisinde verilmesi esastır".*
- *"Durumu stabil olmayan hastalar, nakil şartlarında, hemodinamik durumlarını sabit tutacak düzeye gelmedikleri sürece sevk edilmez. Ancak hastanın acil tedavi işlemleri kurumca sağlanamıyor ve mutlak surette sevki gerekiyor ise uygun koşullar sağlanarak ilgili sağlık tesisine sevki sağlanır. Hasta sevk ve nakil kararının ilgili dal uzmanı veya acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince verilmesi ve onaylaması zorunludur".*
- *"Yeterli şartların sağlanamadığı ve ileri tetkik ve tedavi için başka bir sağlık tesisine sevk gerektiren hallerde hastanın sevk edileceği sağlık tesisinin belirlenmesi, sağlık tesisleri arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinin koordinasyonundan ve yürütülmesinden 112 KKM yetkili ve sorumludur. Sağlık tesisleri arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinde EK-9'daki Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu kullanılır".*
- *"Sevki yapılan hasta, hastanın tedavisinin gerçekleştirileceği bir sağlık tesisine kabulü sağlanana kadar sevki yapan sağlık tesisinin sorumluluğundadır. Hastanın sevk edildiği sağlık tesisi, hastanın kabulü için gerekli tedbirleri almak ve bekletmeksizin tedavisini başlatmak ile yükümlüdür".*

ABD'de acil tıp hekimleri birliği olan American College Emergency Physicians (ACEP) tarafından hastaneler arası nakiller için hastanelerin uyması gereken kuralları ve prosedürleri bazı yasal düzenlemelerle belirlemiştir. Bu yasal düzenlemelerden en önemlilerinden biri Emergency Medicine Treatment and Active Labor Act (EMTALA)'dır. EMTALA'ya göre uygun bir hastaneler arası hasta nakli için uyulması gereken prosedürler ve şartlar şu şekildedir (Palombo ve Walls, 2013);

- *"Hastanın sevki yapacak olan hastanede imkanlar dahilinde tedavi edilmiş ve mümkün olduğunca stabilize edilmiş olması; Alıcı kurumda tedaviye ihtiyacı ve*

sevkin sağladığı tıbbi faydaların sevkin kendisinin oluşturduğu medikal risklerden fazla olması"

- *"Hekimin, alınan riske göre beklenen makul tıbbi faydaların daha ağır bastığını gösteren belge imzalaması"*.
- *"Temas kurulan sağlık kurumunun transferi kabul etmesi ve ihtiyaç duyulan tedaviyi sağlayacak birimlerinin olması"*.
- *"Hastanın medikal kayıtlarının kopyaları ile sevk edilmesi"*.
- *"Sevkin nitelikli personel ve durumun gerektirdiği ulaşım ekipmanları (gerektiğinde kullanılacak ve tıbbi olarak uygun ve yeterli yaşam destek ekipmanları) kullanılarak gerçekleştirilmesi"*.

Bu yasal düzenlemelere uyulmadığı takdirde Türkiye'de olduğu gibi cezai yaptırımlar söz konusudur (Atilla ve ark., 2010).

Sevk prosedürleri konusuna değinilen 2010 yılında iki farklı ilde hastane acil servisleri ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda acil servise getirilen il dışı hastalarla ilgili onam alınma oranı oldukça düşük tespit edilmiştir (Atilla ve ark., 2010; Ertan ve ark., 2010). Önge ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada 112 acil ambulansları ile hastaneler arası yapılan sevklerde sevk kurallarının yerine getirilmediği ve hastaların tam olarak değerlendirilmeden sevk edildiği için nakil sırasında sorunlarla karşılaşıldığı ortaya konulmuştur.

Acil servise gelen hastanın ilk muayenesinin ardından stabilize hale getirmek için gerekirse opere edilmekte ve sonrasında değerlendirilerek sevk edilip edilmeyeceğine karar verilmektedir. Hayati tehlikesi devam eden ya da durumu stabil hala getirilmemiş hastanın sevk edilmek istenmesi hata olarak kabul edilmekte ve hukuki açıdan sorumluluk gerektirmektedir. 112 KKM tarafından hastanın sevk edileceği hastaneye hasta ile ilgili bilgi verilerek hasta için hazırlıkların yapılmasını sağlanmakta ve hastanın hastaneye kabul edilmeme riski ortadan kaldırılmaktadır. Hastanın donanımlı bir ambulans ile taşınması sağlanırken, eğer lüzum görülürse hastaya ambulans ekibi dışında uzman doktor da eşlik edebilmektedir. Hasta sevk edilirken doldurulması gereken evraklar ve epikrize ek olarak yapılan tahlil ve radyolojik testlerin sonuçları da ayrıca hasta ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir (Taviloğlu ve Eryılmaz, 2006).

İl dışına yapılan hastaneler arası hasta sevkleri üzerine yapılan çalışmalarda acil servise 112 ambulansları ile getirilmiş il dışı sevklerin üçte ikisinin yine acil

servisten taburcu edildiği tespit edilmiştir. Bunun sonucu olarak yapılan sevklerin onay alınmadan ve usulüne uygun prosedürlerin yerine getirilmeden yapılması halinde sağlık hizmetlerinin iş yükü ve maliyetlerini gereksiz yere arttırdığı sonucu çeşitli çalışmalarda ortaya çıkmıştır (Atilla ve ark., 2010; Ertan ve ark., 2010).

Durumu acil olan ve en kısa sürede sevk edilerek müdahale edilmesi gereken hastalarda sevk işlemi basamakları hasta yola çıkarıldıktan sonra başlatılabilir. Bu durumlarda nakil prosedürleri hasta nakledilirken tamamlanır (http://istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/ash/belge/askon_karar.pdf, Erişim tarihi: 01 Kasım 2017).

2.2.4. Hasta Sevklerinin Paydaşlara Yansımaları

Hastaneler arası il dışı sevkler çoklu paydaşların etkilendiği dinamik bir organizasyondur. Bu paydaşlar hasta, hasta yakınları, sevk eden hastane, sevki kabul eden hastane, 112 KKM ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonudur. Sevkin gündeme gelmesi ile başlayan etkileşim hastadan sorumlu hekimin durumu hasta ve hasta yakınlarına anlatıp onay alması ile başlamakta ve 112 KKM'ye resmi talepte bulunmaktadır.

Bu çoklu paydaş grubunun öncelikli amacı hastanın en iyi sağlık hizmetini almasını sağlamaktır. Bu hizmetin sunumu sırasında hem kamuya, hem de hasta ya da hasta yakınlarına farklı boyutlarda mali çıktılar yansımaktadır. Acil sağlık hizmetlerinin sunumu içerisine giren 112 acil ambulansları ile yapılan hastaneler arası sevkler sosyal güvenlik kurumları ya da özel sigortalar tarafından ödenmektedir. Ancak 2007 Temmuz ayında küresel bütçe yapısına geçilerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olmasına rağmen hasta ve yakınlarının kişisel ve özel ihtiyaçları kendileri tarafından karşılanmaktadır (Sülkü, 2011).

Sağlığı bozulan hasta ve yanında bulunan hasta yakınları sahip olunan sosyal güvenlik ve ekonomik güç ölçüsünde en iyi sağlık hizmetini, en kaliteli şekilde almak istemektedir. Hasta ve hasta yakını sağlık hizmeti alacağı doktor ve kurumu bu nedenle seçme hakkına sahiptir. Bu durum resmi olarak "Hasta Hakları Yönetmeliği"nde ve "Hasta Nakil ve Sevk Esasları Genelgesi"nde açıkça beyan edilmiştir. Hasta kişi sahip olduğu sosyal güvenlik haklarına bağlı kalarak istediği sağlık kurumundan hizmet alma hakkına sahiptir. Acil durumlarda ki başvurularda ilk müdahale yapıp hasta stabil hale gelip nakil şartları geliştiğinde yine istediği

kuruma sevk zincirine uygun bir şekilde sevk edilebilmektedir (Genelge, 24 Haziran 2010, sayı: 010-06; T.C. Resmi Gazete, 01 Ağustos 1998, sayı: 23420).

Hasta ve hasta yakınları için; il dışı sevk sağlık hizmetinin devamı olan bir süreç olarak daha iyi bir bakım ve tedavi olanağı sağlayacaktır. Ancak gidilen hastanenin ve yerleşim yerinin bilinmezliği ile ortaya çıkacak ekstra masraflar kişilerde anksiyeteye neden olup ailelerin ekonomilerini etkilemektedir. Özel hastanelere sevk olan hastalar için yoğun bakım ve acil hizmetleri SGK tarafından karşılanırsa da hasta servise çıkarıldığında ortaya çıkan maliyet hasta ya da yakınları tarafından ödenmek durumundadır. Bu ödemelere ek olarak hasta yakınlarının günlük olarak barınma ve yemek ihtiyaçları da kendileri tarafından ödenmek durumundadır.

Sevk eden hastane açısından hastayı başka bir hastaneye göndermek ancak belirli şartlar altında talep edilebilir. Personel, teknik malzeme eksikliği (yatak başı ventilatör ve monitör eksikliği gibi) ve yatak doluluğu nedeniyle talep edilen sevkler ancak hasta stabil hale getirildikten sonra yapılabilir. Eğer hasta stabil edilmeden sevk edilirse ve yolda olumsuz bir durum yaşanırsa sorumluluk sevk eden hastanededir. Hastaya yapılan işlemlerin bilinmesi ve tedavinin devamlılığı için hastanın epikrizi ve tüm evrakları eksiksiz doldurulmalı hasta ile birlikte 112 ekibine teslim edilerek nakledilen hastaneye gönderilmelidir. Hasta sevk nedenleri hastane yönetimi tarafından düzenli olarak takip edilerek eksikliklerin giderilmeye çalışılması gerekmektedir (T.C. Resmi Gazete, 16 Ekim 2009, sayı: 27378).

112 KKM tarafından kabul edilen sevk talebi öncelikle hastadan sorumlu doktor tarafından telefonla beyan edildikten sonra gerekli evraklar doldurularak KKM'ye iletilir. Sevk için uygun hastaneyi araştırmak, bulmak ve nakli gerçekleştirmek için uygun 112 ASHİ'yi görevlendirmek 112 KKM'nin görevidir. Kısaca sevk işleminin talebiyle başlayıp hastanın diğer hastaneye teslim edilene kadar devam eden süreci yöneten ve sorumlu olan kurum 112 KKM'dir. Sevk talebi 112 KKM'ye ulaştıktan sonra sevk işlemleri ile sorumlu olan kişiler hasta için uygun yer aramaya başlarlar. Bu işlem bazen kısa bazen de oldukça uzun zaman almaktadır. Büyük illerde hasta sevkleri ile ilgilenmek için ayrı nakil birimleri kurulmuş olsa da Çanakkale gibi daha küçük nüfuslu illerde bu işlemler gün içerisinde görevli 112 KKM doktorları tarafından yapılmaktadır. Sevk işlemi 112 KKM açısından zaman yönetimi ve diğer acil çağrılarının aksatılmaması yönünde hassasiyet gerektirmektedir.

Sevk işleminin son ayağı olan nakil işlemi hasta için uygun hastane bulunduktan sonra 112 KKM tarafından görevlendirilen 112 ASHİ tarafından gerçekleştirilmektedir. 24 saatlik vardiya şeklinde hizmet veren 112 ekibinin birincil görevi bulunduğu bölgede acil ambulans hizmeti vermektir. İl dışına hasta nakli amacıyla görevlendirilen 112 ekibi o saate kadar yoğun bir şekilde çalışmış olabilmektedir. Bu durum ekibin motivasyonunu düşürerek iş gücü kaybına neden olmaktadır. Ayrıca uzun süre araç kullanımı söz konusu olduğunda tek bir şoförle yola çıkılması risk teşkil etmektedir. Bu gibi durumlarda ya ekip değişikliği yapılmakta ya da ekibe artı bir şoför daha görevlendirilmektedir (Ankara 112 Başhekimliği, no:KKM. TL.06).

Hasta nakli sırasında olabilecek risklerden biri de kazalardır. Kaza riskini düşürmek amacıyla ambulans sürücülüğü yapan kişilerin ambulans ileri sürüş teknikleri eğitimini almış olması ve belirlenmiş hız limitlerine uygun sürüş yapması gerekmektedir. Ayrıca ambulans ruhsatlandırma işlemi sırasında belirlenen kişi sayısından fazla kişi ambulanda taşınmaması dikkat edilmesi gereken bir başka hususu oluşturmaktadır.

2.3. Hasta Sevklerinde Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar

Hastaneler arası il dışı sevklerle ilgili sorunların varlığına dikkat çeken Özlü yayınladığı bir çalışmada şu sorunları dile getirmiştir. Üçüncü basamakta tedavi gereksinimi olmadığı halde iyileşme süreci uzun ve tedavisi güç olan hastalarla uğraşamamak için, izin ve tatil dönemlerinde özellikle hastaneye bağlı kalmamak adına hasta sevki talebinde bulunulduğu, hastanın eksik ve yanlış bilgi ile sevk edildiği, ayrıca gerçekleştirilen sevklerde hastaya geldiği sağlık kurumunda yeterli tıbbi müdahalenin yapılmadığı bunun da hastaların hayatını riske attığı ifade etmiştir. (Özlü 2009).

Bartın Milletvekili M. Rıza Yalçınkaya hastanelerde yaşanan hasta sevkleri ile ilgili sorunlara dikkat çekerek bir soru önergesi sunmuştur. Yalçınkaya'nın Sağlık Bakanlığına 22 Aralık 2008'de verdiği soru önergesinde, Bartın ilinden diğer illere sevk edilen hastaların gönderildikleri hastaneler tarafından kabul edilmediği için hastane hastane dolaşıldığı, sevk koordinasyonunun ve iletişiminin sağlanmadığı, hasta yakınlarının barınma ve yemek ihtiyaçlarını karşılayacak maddi imkânlarının yetersizliğinden dolayı mağdur olduklarını ifade etmiştir. Ayrıca Bartın ilinde en

fazla sevke neden olan bölümün Kardiyoloji olduğunu bunun da uzman doktor yetersizliğinden kaynaklandığını belirtmiştir. Bu soru önermesine Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 17 Nisan 2009'da verilen cevapta 2008/13 sayılı "Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu" konulu genelge ile hasta nakillerinin uygulama esaslarının belirlendiği, 112 KKM'nin hasta sevklerinin koordinasyonunu sağlamakla görevli olduğunu ve tüm yataklı kurumların "Çağrı Kayıt Operasyon Yönetim Sistemi" ile yatak doluluk oranlarını ve görevli personel bilgilerinin güncel tutulması zorunluluğunun getirildiği belirtmiştir. Hasta yakınlarının yol, yiyecek ve barınma masraflarının sosyal güvenlik kurumu tarafından ödeneceğine ilişkin düzenlemenin mevcut olduğu cevabını vermiştir (<http://www2.tbmm.gov.tr/d23/7/7-6458sgc.pdf> , Erişim tarihi: 20 Ekim 2017).

3. TÜRKİYE'DE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ve TARİHİ GELİŞİMİ

Türkiye'de acil sağlık hizmetlerinin tarihi gelişimine geçmeden önce sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimine kısaca değinecek olursak şöyledir.

3.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi

"Türkiye'de sağlık alanındaki ilk yapılara Roma Döneminde rastlanmaktadır. Osmanlı döneminde sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimi medreselerde verilmekteydi. Günümüze geldiğinde T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) resmi olarak 2 Mayıs 1920 yılında 3 Sayılı Kanun ile kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, hasta ve yaralıların tedavi edilmelerini sağlamak, gerektiğinde rehabilite hizmetlerini sunmak amacıyla kurulmuş en üst düzeyde bir teşkilattır" (Atasever, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Alma Ata Bildirgesinde sağlığın tanımı yapıp üye ülkeler tarafından kabul edildikten sonraki süreçte Türkiye'de de sağlık hakkı anayasaya dâhil edilmiştir. Sağlık hakkı 1961 Anayasasının 14. ve 49. maddeleri ile 1982 Anayasasının 17. maddesinde açıkça yer almasına rağmen 56. maddede devletin yalnızca sağlık hizmetlerini planlama ve düzenleme görevi olduğu belirtilmiştir (Yaşar 2007).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığının kurulması ile birlikte başlayan sağlık politikaları savaştan çıkılması sebebiyle ilk yıllarda ülkenin durumu tespit edilmeye çalışılmıştır. 1923- 1946 yılları arasındaki süreçte koruyucu sağlık hizmetlerinin merkez yönetimine tedavi edici hizmetlerin de belediyelere bırakılmasına karar verilmiştir. 1946- 1960 yılları arasındaki sağlık politikası olarak dikkat çeken konu ilk milli sağlık planının hükümetçe onaylanmış olmasıdır. Bu plana göre yataklı sağlık kurumlarının merkezden yönetilmesine ve vatandaşların belirli ücretler karşılığında sigortalanmasına, geliri olmayan ya da sigorta yaptırmayan vatandaşların sağlık harcamalarının özel idare bütçesinden karşılanmak üzere bir sağlık havuzu kurularak sağlık finansman kaynağı oluşturulmasına karar verilmiştir. 1946 yılında kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) bu döneme denk gelmektedir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>, Erişim tarihi: 19 Eylül 2017).

1960- 1980 yılları arasında Genel Sağlık Sigortası için ilk taslak hazırlanmış, fakat kanunlaştırılamamıştır. 1980- 2002 yılları arasında çıkarılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ise düzenleme eksikliğinden dolayı tam olarak uygulanamamıştır.

Günümüz sağlık politikalarının başlangıcı olan ve 2003 yılında başlayan süreç "Herkesin Sağlık" hedefi ile başlangıç olarak sosyal güvenlik kuruluşlarının (SSK, Bağkur vb.) tek çatı altında toplanması, özel sağlık sektörüne yatırımların desteklenmesi ve ülke vatandaşlarının ayırım yapılmadan genel sağlık sigortasına dâhil edilmesi hedeflenmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>, Erişim tarihi: 19 Eylül 2017).

3.2. Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi

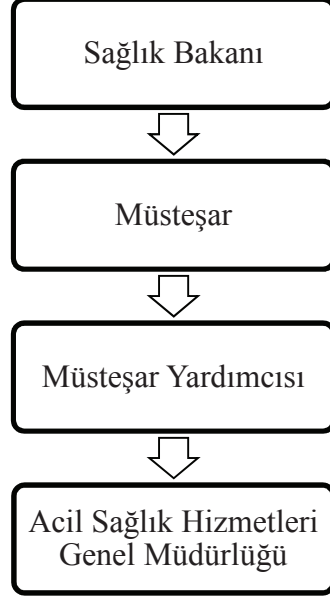
"Türkiye'de acil sağlık hizmetlerinin başlangıcı 1985 yılında nüfus ve trafik yoğunluğunun çok olduğu bazı bölgeler ile turistik yerlerde başlamıştır. Daha çok trafik kazalarına müdahale edilmeye çalışılmıştır. 1986 yılında acil sağlık hizmetleri 077 Hızır Acil Servis adıyla üç büyük ilin Ankara, İzmir ve İstanbul'un belediyelerine bağlı ambulanslar olarak hizmet vermişlerdir. Ambulans temini, teknik destek ve şoför ihtiyacını belediyeler tarafından temin edilirken, hekim, sağlık personeli ve tıbbi ihtiyaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilmiştir. Bu şekilde kurulan doktorlu ekipler daha çok hasta taşımacılığı yapmaya başlayarak günümüz acil sağlık hizmetlerinin ilk adımları atılmıştır" (Acil Sağlık Hizmetleri Yapısı 2011).

"Belediyeler tarafından her geçen gün maddi desteğin azalması sebebiyle 1994 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından '112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Projesi' Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde yeniden ele alınmıştır. İlk zamanlar Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen hizmet daha sonra Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiştir. 1995 yılında illerde İl Sağlık Müdürlükleri çatısı altında Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Şubeleri kurularak finansman desteği genel bütçeden sağlanmaya çalışılmıştır. Sistemde kullanılan ambulansların büyük bir çoğunluğunun Kanada'dan ithal edilen Chevy-Van tipi Amerikan ambulansları olması, bu ambulansların yedek parçalarının yurt dışından ithal edilmesi, akaryakıt giderlerinin yüksek maliyet getirmesi nedeniyle hizmetin sürdürülmesi ve geliştirilmesinde büyük zorluklar yaşanmıştır. 1995 yılında ilk kez Almanya'nın Hannover şehri yakınlarındaki bir merkeze Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen 12 hekim ile yurt dışındaki gelişmeler takip edilmeye çalışılmıştır. 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu bünyesinde Kanada Cambrian Collage desteği ile Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (Paramedik) Programı başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı ambulanslarda çalışmak için özel olarak

eğitim almış personel eksikliğinden dolayı 1996 yılı itibariyle bakanlığına bağlı sağlık meslek liselerinde acil tıp teknisyenliği bۆlümü açılmıştır. 1996 yılında universiteler ve eğitim araştırma hastanelerinin destekleri ile 112 ambulans servislerinde ilk hizmet içi eğitimlere başlanmıştır" (<http://www.aahd.org.tr/tarihce/>, Erişim tarihi: 25 Ekim 2017).

"1998 yılında 112 sistemin kurulduğu il sayısı 49'a ulaşmıştır. 1999 Marmara Depreminde kara ve hava yolu ile hasta nakillerinde edinilen tecrübeler bۆyk yer tutmaktadır. 2000 yılında, acil sağlık hizmetlerinin bۆtn yurtta eşit, ulaşılabilir, kaliteli, sratlı ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak amacıyla, acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirleyen 'Acil Sağlık Hizmetleri Yۆnetmeliđi' ıkarılabilmıştir. Yۆnetmelik ile acil sağlık hizmeti organizasyon ve işleyişine ilişkin çok ۆnemli yasal altyapı oluşturulmuştur. 2002 yılında da İlkyardım Yönetmeliği yayınlanmıştır. Aynı yıl ülkemizde ilk kez kuvۆzle yeni doğan bebeklerin hastaneler arasında taşınması ve yeni doğan bebek ambulansı uygulaması İzmir ilinde başlatılmıştır" (<http://www.aahd.org.tr/tarihce/>, Erişim tarihi: 25 Ekim 2017).

"Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı 25.08.2017 tarihinde 30165 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan 694 sayılı KHK ile 663 sayılı KHK'de değişiklik yapılarak son halini almıştır" (T.C. Resmi Gazete, 25 Ağustos 2017 sayı: 30165). Bu kararname ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı tekrar düzenlenerek ayrılan kurumlar tekrar bir çatı altında toplanmıştır. Şekil 1'de acil sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığındaki hiyerarşik yapısı gۆrlmektedir.

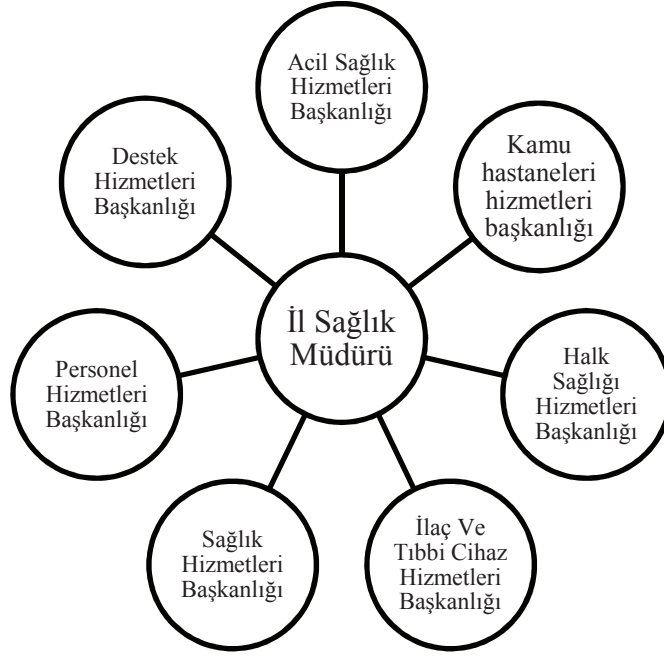


Şekil 1: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması⁴

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 663 sayılı KHK ile görevleri tanımlanmıştır. Kararnameye göre; *"Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ait birimlerine ait birimleri kurmak ve işletmek, gerektiğinde hastane acil servisleri ile entegre etmek, ilgili birimlerin faaliyetlerini izlemek, değerlendirmek, hasta nakil ve sevk koordinasyonunu sağlamak ile kara, hava, ve deniz ambulanslarının temin, tahsis, sevk ve idaresini sağlamaktır"* (T.C. Resmi Gazete, 02 Kasım 2011 sayı: 28103 (mükerrer); <http://ashgm.saglik.gov.tr/TR,4466/acil-saglik-hizmetleri-daيره-baskanligi.html> , Erişim tarihi: 16 Ekim 2017).

İl düzeyinde 112 acil ambulans hizmetleri iş ve işleyişi il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak Acil Ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi tarafından yürütülür. 694 sayılı KHK ile il sağlık müdürüne bağlı başkan ve başkan yardımcılarını illerin nüfus sayılarına göre dokuz bölgeye (İ1- İ9) ayrılarak belirlenmiştir. Şekil 2'de görülen yapı tüm illerde geçerlidir.

⁴ 664 sayılı KHK ile revize edilen Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şemasından uyarlanmıştır (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>, Erişim tarihi: 30 Kasım 2017) .



Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı⁵

3.3. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi

663 sayılı KHK'nın madde 9' da ve 25 Ağustos 2017'de olağanüstü hal kapsamında revizyona uğrayarak yayınlanan 694 sayılı KHK'nın madde 184 ile madde 194 arasındaki on maddede detaylandırılmış olarak yer alan acil sağlık hizmetlerinin görev tanımı açıklanmıştır. Buna göre; "*Afetlerde ve acil durumlarda ülke genelinde sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ait birimleri kurmak ve işletmek, gerektiğinde hastane acil servisleri ile entegre etmek, ilgili birimlerin faaliyetlerini izlemek, değerlendirmek, hasta nakil ve sevk koordinasyonunu sağlamak ve kara, hava ve deniz ambulanslarının temin, tahsis, sevk ve idaresini sağlamaktır*" (T.C. Resmi Gazete, 25 Ağustos 2017 sayı: 30165).

3.3.1. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri İlkelere

Sağlık Bakanlığının 2016 faaliyet raporundaki misyonunda belirtildiği gibi tüm sağlık hizmetleri sunumlarında geçerli olan temel ilke "*insan merkezli yaklaşımla*

⁵ 664 sayılı KHK ile revize edilen Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şemasından uyarlanmıştır (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>, Erişim tarihi: 30 Kasım 2017). (<http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/11825,ek-i-baskan-ve-baskan-yardimcilarinin-illere-ve-hizmet-alanlarına-gore-dpdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 30 Kasım 2017).

birey ve toplum sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümleri sunmaktır” (T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2016). Sağlık, insanoglunun sahip olduğu en değerli varlığıdır. Nerede ve hangi şartlar altında olursa olsun sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak en doğal yaşamsal hakkıdır. Tüm dünya ölkeleri tarafından evrensel olarak kabul edilen sağlık DSÖ'ye göre sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil kişinin bedenlen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır (WHO 1981).

"12 Eylül 1978'de Kazakistan'ın eski başkenti Alma-Ata'da toplanan Uluslararası Temel Sağlık Hizmeti Konferansında da DSÖ'nün sağlık tanımını yapmadan önce hazırlanan bildirmede herkese yüksek kalitede eşit sağlık hizmeti sunumu üzerinde durmuştur. Eşit ve en iyi hizmeti sunmak sadece sağlık kurumlarının değil, tüm sosyal ve ekonomik sektörlerinde en iyi şekilde işbirliğinde bulunması gerekmektedir" (Alma Ata Bildirgesi 1978).

DSÖ' nün sağlık tanımı ve Alma-Ata Bildirgesinin hedef olarak alınarak hizmet sunan Sağlık Bakanlığı acil sağlık hizmetlerinde de aynı ilkelerle yola çıkmıştır. Ülke sınırları içerisindeki tüm yerleşim yerlerine eşit ve hakkaniyetli hizmet vermek, sağlık hizmet sunumlarını en üst seviyeye getirmek ve uluslararası sağlık hizmeti sunabilmek için yıllar içerisinde personel ve lojistik ihtiyaçlarını arttırmıştır.

3.3.2. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Sunumu

Acil sağlık hizmetleri Türkiye'de 112 numaralı ücretsiz hat kullanılarak tüm ülke sınırları içerisinde ücretsiz sağlık hizmeti sunumudur. Yıllar içerisinde çeşitli düzenlemelerle acil sağlık hizmetinin kalitesi arttırılmıştır. İstasyon sayıları ve ambulansların iç donanımları yükseltilmiştir. Ayrıca ambulanslarda kullanılan her türlü medikal ve diğer malzemelerin çeşidi ve kalitesi arttırılmıştır. Ambulans personeli 3 kişi standardı ile hizmet içi eğitimlere tabi tutulmuş, kalite standartlarında hizmet verilmesi için denetimler getirilmiş, hizmet kalitesinin arttırılması için Ar-Ge ve inovasyon (ASOS) çalışmaları desteklenmiştir. Bugün gelinen noktada daha hızlı, daha verimli ve daha kaliteli hizmet vermeye çalışılmaktadır. (http://www.ttb.org.tr/mevzuat/?option=com_content&view=article&id=461:ambul, Erişim tarihi: 18 Ekim 2017).

"Türkiye'de hastaneler arası sevklerle ilgili yasal düzenleme ilk kez 11.05.2000 tarihinde ve 24046 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 'Acil Sağlık Hizmetleri

Yönetmeliği' ile tanımlanarak kurallar belirlenmiştir" (T.C. Resmi Gazete, 11 Mayıs 2000 sayı: 24046). Yönetmelikte 112 acil sağlık hizmetlerinin yönetiminin ve hizmetlerin tanımı, acil sağlık hizmetinin koordinasyon ve işleyişinin kapsamı, 112 acil ambulans ekiplerinin tanımı, hizmet bölgeleri ve görev alanları, acil sağlık hizmetlerinde çalışacak personelin istihdamı, görev tanımı ve sorumlulukları ile acil sağlık hizmetlerinin finansmanı ve diğer yükümlülükler detaylı bir şekilde açıklanmıştır.

İl genelinde meydana gelebilecek acil müdahale gerektiren büyük olaylarda ve afet durumlarında 112 Acil Ambulans Servisi Başhekimliğine verilen yetki ile özel veya kamuya ait tüm ambulansları kullanma hakkına sahip kılınmıştır (<http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/11613,asgmyonergepdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 10 Ekim 2017; Yönerge, 24 Aralık 2005 sayı:872).

3. 4. 112 Tek Acil Çağrı Merkezi

Son yıllarda özellikle sağlık alanındaki gelişmeler içerisinde en çok dikkati çeken alanlardan biri 112 acil sağlık hizmetleridir., Acil sağlık hizmetlerinin değişim ve gelişimine bakıldığında son yıllardaki atılımlar dikkat çekmektedir. Avrupa Birliği'nin (AB) aday ülkelerle uyum süreci çalışmaları kapsamında T.C. İçişleri Bakanlığı Hollanda hükümeti ile 2000 yılından bu yana ortak projeler geliştirmeye başlamıştır. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı'nın sağlıkta dönüşüm projeleri içerisinde aldığı AB ülkelerinde acil çağrı numaralarının tek bir numara ile standardının sağlanması amacıyla geliştirilen MATRA Projesi ile 112 acil sağlık hizmetlerinin sunumunda Türkiye'de yeni bir adım atılmıştır. Bu projeye göre farklı kurumların tüm acil durumları için kullanılan ücretsiz hatları kaldırılarak dünya üzerinde bilinirliği en yaygın olan "112" telefon numarasının tek acil numara olarak kullanımının sağlanması hedeflenmiş ve gerçekleştirilmiştir (<http://www.antalya.gov.tr/112-acil-cagri-merkezi>, Erişim tarihi: 28 Kasım 2017; <http://www.ceupa.gov.tr>, Erişim tarihi: 28 Kasım 2017).

"AB 29 Temmuz 1991 tarihli kararı ile üye ülkeler ve Türkiye gibi üyelik sürecindeki aday ülkelerde acil hizmetlerin sunumunda aynı dili konuşmak adına 112 telefon hattının "Tek Avrupa Acil Çağrı Numarası (Single European Emergency Call Number)" olarak kullanılmasına karar vermiştir. Avrupa'da polis itfaiye ve ambulans

hizmetlerinin tek çatı altında toplandığı bu sisteme tam olarak sadece Hollanda, İzlanda, İsveç ve Malta geçebilmiştir" (Acil Sağlık Hizmetleri Yapısı 2011).

"Türkiye AB uyum sürecindeki reformlar kapsamında İçişleri Bakanlığı tarafından 2003 yılında Hollanda ile imzalanan MATRA projeleri kapsamında 112 Tek Acil Çağrı Merkezi Projesini imzalamıştır. Proje pilot uygulama için 06 Nisan 2005 tarihinde Antalya'da faaliyete girerek, 2009 yılında resmi olarak hizmet vermeye başlamıştır. Proje kapsamında 110 İtfaiye, 115 Emniyet, 156 Jandarma, 158 Sahil Güvenlik, 177 Orman Yangın, 122 Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) ve 112 Ambulans Hizmetleri tek çatı altında toplanarak 112 ücretsiz hattı üzerinden tüm bu kurumlara ulaşması sağlanmıştır" (Acil Sağlık Hizmetleri Yapısı 2011).

Bu sayede Türkiye'nin sınırları içerisinde acil gelişen durumun kurumsal ayrımı yapılmadan 112'yi arayarak ihtiyaç duyulan kurumdan acil olarak hizmet alınmasının yolu açılmıştır. Projenin alt yapı çalışmaları uzun sürdüğü için tüm illerde hemen faaliyete geçememiştir.

4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

Sağlık alanındaki gelişmeler ülkelerin refah düzeyini gösteren en önemli göstergelerden biridir. Devletlerin sağlığa yaptığı yatırım ve finansal destekler ülkelerin kalkınma düzeyini de göstermektedir. Çünkü sunulan sağlık hizmetleri sadece ülke vatandaşlarının sağlığını korumakla kalmamakta aynı zamanda mali açıdan da risklerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmaları da içermektedir (Öztürk ve Uçan, 2017). Bu nedenle ülkelerin kalkınmışlık seviyelerini gösteren en önemli göstergelerden birisi sağlık yatırımlarına ayırdığı bütçesel rakamlardır. Gelişmiş ülkelerde özellikle sağlık için yapılan harcamaların bütçedeki payı az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre çok daha fazla olması da bu durumu doğrular niteliktedir (Aytekin ve Aytekin, 2010).

Ülkelerin sağlık hizmet finansmanını araştırılırken dikkate alınan Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (GSYH) oranları DSÖ, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve Dünya Bankası tarafından yıllık olarak raporlanmaktadır. DSÖ ülkelerin sağlık harcaması için GSYH'nin %5'ten az olmaması gerektiğini söylemektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015). DSÖ'nün ülkelerin GSYH içindeki sağlık harcamalarının yüzdelik oranlarını gösteren 2014- 2016 yıllarına ait bazı ülke verileri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Ülkelerin GSYH'de Sağlık Harcama Yüzdeleri 2014-2016

	Yüzdeler (%)		
	2014	2015	2016
ABD	16.5	16.9	17.2
Almanya	11.1	11.2	11.3
Fransa	11.1	11.1	11.0
Japonya	10.8	10.9	10.9
Kanada	10.0	10.4	10.6
Meksika	5.7	5.9	5.8
Şili	7.7	8.1	8.5
Türkiye	4.3	4.1	4.3
Avustralya	9.1	9.4	9.6
Avusturya	10.3	10.3	10.4
Belçika	10.4	10.5	10.4
Çek Cumhuriyeti	7.7	7.3	7.3
Danimarka	10.3	10.3	10.4
Estonya	6.2	6.5	6.7
Finlandiya	9.5	9.4	9.3
Yunanistan	7.9	8.4	8.3
Macaristan	7.1	7.2	7.6
İzlanda	8.8	8.6	8.6
İrlanda	9.9	7.8	7.8
İsrail	7.4	7.4	7.4
İtalya	9.0	9.0	8.9
Birleşik Krallık	9.8	9.9	9.7
İsviçre	11.6	11.0	11.0
İspanya	9.1	9.3	10.0
Polonya	6.2	6.3	6.4

Kaynak: DSÖ İstatistikleri⁶

Sağlık hizmetleri sunumunda hizmetin kalitesini ve standardını sağlamak finansman kaynaklarını kontrol etmek ve denetlemek amacı ile sağlık finansman modelleri geliştirilmiştir. Devletlerin sağlık politikalarına ve ülke ekonomilerine bağlı olarak tercih ettikleri finansman kaynağı modelleri ülkeden ülkeye farklılık arz

⁶ DSÖ'nün Sağlık Harcamaları ve Finansmanı sayfasında yayınlanan son rapora göre düzenlenmiştir. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>, Erişim tarihi: 01 Kasım 2017.

etmektedir. Fakat dünya üzerinde genel olarak kabul gören altı farklı sağlık finansman modeli vardır. Bunlar (Daştan ve Çetinkaya, 2015):

- Bismark Modeli: Özel sağlık sigortaları ve cepten direk ödemelerle sağlık finansman kaynağı oluşturan modeldir. Bu modeli uygulayan ülkeler arasında Almanya, Fransa, Hollanda ve Japonya sayılmaktadır.
- Beverige Modeli: Gelirini vergilerden toplayan devlet denetimindeki sağlık finansman modelidir. Bu modeli uygulayan ülkeler arasında Birleşik Krallık, İspanya ve Yeni Zelanda yer almaktadır.
- Ulusal Sağlık Sigortası Modeli: Bu model hem Bismark'dan hem de Beverige'den oluşan karma bir model olup Kanada, Güney Kore ve Tayvan uygulamaktadır.
- Cepten Ödemeli Model: Adından da anlaşılacağı gibi sağlık finansmanı olarak kişilerin sağlık harcamalarını direk kendileri tarafından karşıladıkları modeldir. Bu modeli uygulayan ülkeler arasında Afrika ülkeleri, Hindistan ve Çin yer almaktadır.
- ABD Modeli: Sağlık finansman modeli olarak yukarıda sayılan 4 modeli de aynı sistem içinde kullanmasından dolayı çoklu karma bir model olarak kabul edilmektedir.
- Türkiye Modeli: Sağlık hizmetlerinin finansmanını vergiler, SGK, özel sigorta ve cepten direk ödemelerle sağlayan karma bir modeldir.

Sağlık hizmet sunumunda bir standart sağlanmaya çalışılsa da belli bir bölgede ya da kıtada farklılıklar bulunabilmektedir. Örneğin Avrupa'da bazı ülkelerin sağlık hizmet sunumları vermek gerekirse şöyledir:

Danimarka: Devletin denetim hizmetini üstlendiği, sağlık hizmet sunumunun yerel yönetimler tarafından yapıldığı, ülke vatandaşlarının ve mukim yabancıların halk sağlığı sigortası kapsamında olan, acil sağlık hizmetlerinin ücretsiz verildiği bir ülkedir (<http://www.europe-cities.com/destinations/denmark/health/>, Erişim tarihi: 21 Ekim 2017).

Fransa: Sağlık finansmanı olarak geri ödemelere dayanan sosyal güvenlik organizasyonu olan, aile hekimliğine benzer bir sağlık sisteminin uygulandığı, acil yardım almak için itfaiye merkezlerinin bulunduğu noktalardaki çağrı merkezlerinin arandığı ve acil sağlık hizmetleri sistemi olan Service d'Aide Médicale d'Urgence

(SAMU)'nin hizmet verdiği bir devlettir (www.samu-urgences-de-france.fr/, Erişim tarihi: 21 Ekim 2017; <http://www.europe-cities.com/destinations/france/health/>, Erişim tarihi: 21 Ekim 2017).

Almanya: Avrupa'da ki en iyi sağlık hizmetinin verildiği ülke olarak bilinmesine karşın sağlık giderlerinin en fazla olduğu bir ülkedir. Acil durumlarda 112 aranarak ücretsiz hizmet alınır ve bir hastaneye ambulansla sevk edilmek için doktordan onay alınması gereklidir (<http://www.europe-cities.com/destinations/germany/health/>, Erişim tarihi: 21 Ekim 2017).

Hollanda: Sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sunulduğu, ülke vatandaşlarının ve kayıtlı yabancı vatandaşların Hollanda sigorta kapsamında temel sağlık paketi ile sigortalandığı bir ülke konumundadır. Sağlık finansmanı olarak özel sigorta sistemi yaygın olarak uygulanmaktadır. Acil durumlarda verilen hizmetler ücretsiz olup hasta ya bir danışman (uzman hekim) ya da acil servis tarafından sevk edildiğinde hastaneye kabul edilmesi gerekmektedir (<http://www.europe-cities.com/destinations/netherlands/health/>, Erişim tarihi: 21 Ekim 2017).

İsviçre: Sağlık hizmetleri oldukça yüksek maliyetli olan ülkelere biridir. Çünkü sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sigortalar ile sağlanmakta, yüksek eğitimli personel ile lüks tesislerde hizmet verilmektedir. Bu da sağlık sistemini İsviçre'de pahalı hale getirmektedir. Ayrıca birçok ülkenin aksine acil sağlık hizmetleri de ücretli sunulmaktadır (<http://www.europe-cities.com/destinations/switzerland/health/>, Erişim tarihi: 21 Ekim 2017).

İngiltere: Ulusal Sağlık Servisi (NHS) tarafından sağlık bakım hizmetlerinin yürütüldüğü bir ülkedir. Sağlık Bakanlığı NHS'nin merkezi yönetimini oluşturmakta olup zorunlu ulusal sigorta vergisi ve zorunlu katkı fonu ile finansmanının çoğunu sağlamaktadır. Özel sigorta ve cepten ödemelerin nispeten daha az olduğu, acil durumlarda müdahale ve tedavi hizmetlerinin ücretsiz sunulduğu bir sisteme sahiptir (http://www.europe-cities.com/destinations/uk_england/health/, Erişim tarihi: 21 Ekim 2017).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi diğer ülke uygulamalarının yanında vermek gerekirse Cumhuriyetten önce ve sonra olarak ikiye ayrılarak incelenmesi gerekmektedir. Cumhuriyetin ilanından önce sunulan sağlık hizmeti daha çok vakıflar tarafından finanse edilip, saray mensuplarına ve askeriye yönelik

hizmet verildiği görülmektedir. Cumhuriyetin ilanından sonra ise ilk anayasanın 3 sayılı Kanunu ile Sağlık Bakanlığı kurulmuş (3 Mayıs 1920) olup Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı oluşturulmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı kurulduğu ilk yıllarda koruyucu sağlık hizmetlerine ve halkın sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi üzerinde durmuştur. Tedavi hizmetlerinin belediyeler ve özel idareler tarafından, yoksul hastaların da devlet tarafından bakılmasını öngörülmüştür (Çavmak ve Çavmak, 2017).

Ekonomik durumu uygun olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit ve hakkaniyetli olarak yararlanamamasından dolayı devletin müdahalesi gerekmiştir. Bu sebeple 1930 yılında 1580 sayılı "Belediye Kanunu" ile 1965 yılında çıkarılan 224 sayılı sosyalleştirme yasasına kadar olan zamanda yoksul hastaların tedavi giderlerinin karşılanması planlanmıştır (Yaşar, 2007). 1992 yılında 3861 sayılı kanun ile gelir durumu yetersiz vatandaşların ücret ödemedi sağlık hizmeti alabilmeleri için 'Yeşil Kart' uygulaması yürürlüğe konulmuştur (Çavmak ve Çavmak, 2017).

Sağlık hizmeti sunumundaki tedavi hizmetleri üç ayrı basamakta hizmet vermekte ve bunlar birbirleri arasında süzgeci görevi yapmaktadır. Genel sağlık sigortası sistemine geçilene kadar Türkiye'de sağlık finansmanı farklı kaynaklardan sağlanmıştır. Bu durum finansman kaynaklarının denetimini zayıflatmış ve sağlık hizmet sunumunda çeşitlilik yaratmıştır (Çelikay ve Gümüş, 2011). Türkiye'de 2005 yılına kadar sağlık hizmet sunumu için Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlar, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve diğer kurum hastanelerinden hizmet alınmıştır. Bu kurumlardan hizmet almak sahip olunan sosyal güvenlik kurumuna göre belirlenmiştir (Şentürkdoğan, 2017).

Cepten sağlık harcamaları, kişilerin aldıkları sağlık hizmeti sırasında sosyal güvence kapsamı dışında ortaya çıkan masrafların geri ödemesi olmaksızın kendileri tarafından ödenmesini ifade etmektedir (Özgen 2007). Türkiye'nin sağlık finansman kaynaklarından biri olan cepten yapılan ödemelerin farklı gerekçeleri bulunmaktadır. Daha çok, iyi ve hızlı hizmet almak için tercih edilen bir ödeme şekli olsa da diğer sebepler içinde genel sağlık sigortası kapsamına girmeyen vatandaşlar, hastane personeline/doktora hediye ve aynı katkı denilen hastanın hastanede yattığı sürede ihtiyacı olan hastane sarf malzemelerinin hasta ya da hasta yakını tarafından alınması sayılabilir (Özgen ve Tatar, 2008).

Özel sağlık hizmetlerine olan başvuruların artması ve eşit hizmet ve finansmanın sağlanması amacıyla 2007 yılında Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) uygulamaya konulmuştur. Bu sayede özel sektördeki yatırımlar ve hasta başvurularının artması hedeflenmiştir (Özgen ve Tatar, 2008). SUT ile sağlık tesislerinin özel ya da kamu kurumu ayrımı yapılmadan sağlık hizmet maliyetlerinin standardize edilmesine çalışılmıştır. Bu sayede sağlık tesisi seçeneklerinin artması hizmet kalitesinin artmasına ve kamu sağlık tesisi eksikliğinden kaynaklanan problemlerin ise zamanla azalarak, ortadan kalkacağı düşüncesine dayandırılmıştır.

Tablo 4'te görüldüğü üzere ikinci basamak devlet hastanesine olan başvuruların yaklaşık yarısı kadarı özel sağlık kurumlarına başvurudur. Fatura tutarları incelendiğinde oranların daha farklı seyrettiği görülmektedir. Kişi başına düşen ortalama maliyet özel sağlık kurumlarında ikinci basamak devlet hastanelerine göre daha fazladır. Üçüncü basamak sağlık kurumlarının kişi başı maliyetleri ise yapılan işlemlerden ve özellikle vakalardan dolayı daha da fazla arttığı görülmektedir (Aytekin ve Aytekin, 2010).

Tablo 4: Tesis Türüne Göre 2009 Yılı Müracaat Sayıları Ve Fatura Tutarları

Tesis Türü	Fatura Gönderilen Tesis Sayısı	Müracaat Sayısı	Müracaat Sayısı %	Fatura Tutarı	Fatura Tutarı %	Müracaat Başına Ortalama Maliyet
Devlet Hastaneleri (2. Basamak)	894	128.796.379	52	5.356.956.019	34	41,59
Devlet Hastaneleri(Eğitim-Araştırma) (3. Basamak)	61	36.187.681	15	2.828.864.829	18	78,17
Özel Hastaneler (2. Basamak)	1854	66.194.300	27	4.536.980.664	29	68,54
Üniversite Hastaneleri (3. Basamak)	77	15.963.991	6	2.930.341.911	19	183,56
Genel toplam	2886	247.142.351	100	15.653.143.423	100	63,34

Kaynak: SGK, Sağlık İstatistikleri⁷

⁷ Sinan Aytekin ve A.Gamze Çiftçi Aytekin'in " Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı" isimli çalışmalarında yer alan T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu 2010 Yılı Mart Sağlık İstatistiklerinden yararlanılmıştır.

Özel sağlık sektör için yapılan düzenleme ve desteklerle neticesinde SSK'nın 2002'de yaptığı harcamaları %5,2'den 2013 yılına gelindiğinde %15,2'ye yükselmiştir (Şentürkdoğan, 2017).

Genel Sağlık Sigortası ile sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması kapsamında 2007 yılı itibariyle SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, 2010 yılı itibariyle memurlar ve 2012 yılı itibariyle de Yeşil Karta sahip kişilerin sağlık harcamaları SGK tarafından karşılanmaya başlamıştır. Tablo 5'te SGK yıllık harcamaları ve finansmanlarının birleşimi yıl bazında gösterilmiştir.

Tablo 5: Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları (2002- 2013) (Milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)																
SSK	TL	3.596	4.981	6.717	7.458	11.107	SGK (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı dâhil)						SGK (Yeşil Kart dâhil)	5,2																
	%	47,1	46,7	50,8	53,3	62,9																								
Bağ-Kur	TL	2.195	3.183	3.719	3.626	3.816									SGK (Memurlar dâhil)						SGK (Yeşil Kart dâhil)	5,2								
	%	28,8	29,9	28,1	25,9	21,6																								
Emekli Sandığı	TL	1.840	2.498	2.795	2.917	2.744																	SGK (Memurlar dâhil)						SGK (Yeşil Kart dâhil)	5,2
	%	24,1	23,4	21,1	20,8	15,5																								
Toplam	TL	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	5,2																

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri⁸

4. 1. Sağlık Hizmetlerinin GSYH İçerisindeki Yeri

Sağlık finansman göstergelerinden olan GSYH ve kişi başı sağlık harcamaları her yıl düzenli olarak TÜİK tarafından Sağlık Bakanlığı adına istatistiki olarak yayınlanmaktadır. Araştırmanın yapıldığı 2017 yılı içerisinde yayınlanmış olan son istatistikler Tablo 6'de gösterilmiştir.

⁸ http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 adresinden alınmıştır.

Tablo 6: Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler, 2015- 2016

	2014	2015	2016
Toplam Sağlık Harcaması			
Milyon Türk Lirası (TL)	94.750	104.568	119.756
Milyon ABD Doları (\$)	43.325	38.537	39.608
Kişi Başı Sağlık Harcaması			
Milyon Türk Lirası (TL)	1.232	1.345	1.524
Milyon ABD Doları (\$)	563	496	504
Toplam Sağlık Harcamasının GSYH Oranı (%)	5,4	4,5	4,6
Genel Devlet Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	77,4	78,5	78,5
Hane halkı Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	17,8	16,6	16,3

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016

Tablo 6'da da görüldüğü üzere sağlık harcamaları temel göstergelerinde toplam ve kişi başı sağlık harcamalarında düzenli bir artış görülmektedir. 2014 yılında toplam sağlık harcamaları 94.750 milyon TL iken 2015 yılında %14,5 artış sağlayarak 119 milyar 756 milyona ulaşmıştır. Kişi başı sağlık harcamaları 2014 yılında % 9,2 2015 yılında %13,3 artışla 1.524 TL'ye yükselmiştir. Genel devlet sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı 2014 yılında %77,4 iken 2015 yılında artış göstererek %78,5'e yükselmiş, 2016 yılında ise değişmemiştir (TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2016).

4. 2. Genel Sağlık Sigortası ve Hastaneler Arası İl Dışı Sevklerin Maliyeti

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili en büyük adımlardan biri olan sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması uygulaması 20 Mayıs 2006 tarihinde 5502 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu" adı ile Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Böylece Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı olarak bilinen sosyal güvenlik kurumları tek bir çatı altında toplanmıştır. 5502 sayılı kanunun uygulanma esaslarını oluşturan 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" 01 Ekim 2008 tarihinde Resmi Gazetede yürürlüğe girerek sosyal güvenlik reformu gerçekleştirilmiş ve bu sayede tüm vatandaşlar genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır (T.C. Resmi Gazete, 16 Mayıs 2006 sayı: 5502; T.C. Resmi Gazete, 31 Mayıs 2006 sayı: 5510).

Genel sağlık sigortası kapsamına giren kişi ve yakınları için finansmanı sağlanacak olan sağlık hizmetlerinin kapsamı ve uygulanma esasları 5510 sayılı Kanununun m 63, 64, 65 ve 73. maddelerinde tanımlanmıştır. Bu maddelere göre acil sağlık hizmetleri ile hastaların yerleşim yeri dışında tedavi olmaları durumunda yol giderleri, gündelik ve refakatçi giderleri genel sağlık sigortası tarafından karşılanacağı belirtilmiştir. Yine 5510 sayılı kanununun 70. maddesinde Sağlık Bakanlığı tarafından hizmet basamaklarına ayrılan sağlık tesisleri arasında gerçekleşen sevk zincirinin kuralları ve bu kurallara uyulması zorunluluğu da açıklanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 31 Mayıs 2006 sayı: 5510)

4. 3. Sağlık Uygulama Tebliği

SUT, sağlık hizmetlerinin sosyal politika alanları içerisinde uygulanmasına olanak sağlayan, sağlık finansmanına rehberlik ederek düzenleme getiren "5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu " kapsamında hazırlanmış olan mevzuat tebliğidir. Sosyal güvenlik kapsamında olan kişiler ve bu kişilerin üzerinden sigortalı olan yakınlarının kamu/özel sağlık hizmet sağlayıcılarından aldıkları sağlık hizmetinin maliyetlerinin hakkaniyetli olması amacıyla hazırlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 25 Mart 2010 sayı: 27532 (mükerrer)).

SUT'da acil durumlar; *"Ani gelişen hastalık, kazalar, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın başlangıcından itibaren ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren ve ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığında veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlar"* olarak tanımlanmıştır. Bu düzenleme ile acil sağlık hizmetlerinin kapsamı belirlenmiştir. Hastaneler arası hasta sevk giderlerinin de acil durumlar kapsamına alınarak ortaya çıkan tüm giderlerin sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanacağı ile ilgili Resmi Gazetede 26 Haziran 2008 tarihinde 26918 sayılı "Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu" Başbakanlık Genelgesi de ayrıca yayınlanmıştır (Çelikten 2016).

Sağlık Bakanlığı sağlıkta dönüşüm programları içerisinde yer alan sosyal güvenlik kurumlarını aynı çatı altında toplayarak tüm sağlık tesislerinden kamu özel ayrımı yapılmadan vatandaşların yararlanma hakkının yolunu açmıştır. Fakat özellikle özel sağlık tesislerinde bu durumun ortaya çıkaracağı farklı maliyetleri

kontrol altına almak için fiyat standardizasyonu sağlamak amaçlı bir komisyon kurulmasına karar verilmiştir. Komisyon, alınan sağlık hizmetlerinin fiyatlarını belirleyerek nasıl tahsil edileceğine de ayrıca açıklık getirmiştir (Gülşen ve Yıldırım, 2017).

SUT'da yayınlanan fiyatlar ve hizmet kalemleri sağlık hizmetlerinin dinamik yapısından dolayı düzenli olarak güncellenmektedir. SUT kapsamına giren konular içerisinde yer alan acil sağlık hizmetleri, hasta ve yakınlarının yol, gündelik ve refakat ücretleri ile diğer sağlık hizmetlerinin ücretleri detaylandırılmıştır (T.C. Resmi Gazete, 31 Mayıs 2006, sayı: 5510).

4. 4. Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Acil sağlık hizmetleri sağlık hizmeti sunumları içerisinde en pahalı hizmetlerdendir. Beklenmedik zamanlarda meydana gelen acil olaylarda etkili ve kaliteli hizmeti en iyi şartlarda zamanla yarışarak sunulması finansman yönünden yüksek maliyetlere neden olmaktadır. Sağlık ve hizmet sunumunun evrenselliği düşünüldüğünde bu durum tüm dünya ülkelerinde geçerlidir. Hastaneler finansman giderlerini azaltmak amacıyla hasta yatış sürelerini ve sayılarını azaltarak giderlerini azaltmaya çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından il içi ve il dışı hasta sevklerini düzenlemek ve tespit edilen aksaklıkların giderilmesi amacıyla konu ile ilgili iki tane genelge yayınlamıştır (Genelge, 20 Ekim 2006 sayı: 2006/110 ve 24 Haziran 2010 sayı: 2010/46).

“112 acil sağlık hizmetlerinin hizmet sunumu 2 Kasım 2011 tarihli resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK (663 sayılı) ile son şeklini almıştır. Bu kararnameye göre 112 acil sağlık hizmetleri il bazında il sağlık müdürlüklerine bağlı olarak çalışması ve ambulanslarla yapılacak olan acil ve ilk yardım müdahaleleri ile il içi ve il dışı hastaneler arası hasta naklinin koordinasyon takip ve sevkinin 112 acil ambulans komuta kontrol merkezi tarafından yürütülmesine karar verilmiştir” (T.C. Resmi Gazete, 02 Kasım 2011 sayı: 28103).

2000 yılların başında başlayan Sağlık Bakanlığı stratejik planlarının içerisinde 112 acil sağlık hizmetlerinin gelişimine geniş yer verilmiştir. 2002-2013 yılları arasında acil sağlık hizmetlerine ayrılan bütçelerin artışı Türkiye İstatistik Kurumunu

(TÜİK) tarafından incelenmiştir. 12 yıllık süreçteki artış Tablo 7'de görüldüğü üzere %24,3'tür (Atasever, 2014).

Tablo 7: 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar 2002-2013, (Milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013 Artış
TL	62	124	169	220	357	479	641	801	1.055	1.268	1.503	1.555	24,3
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	171	276	345	416	617	760	922	1.084	1.315	1.484	1.616	1.555	8,1
USD	41	83	119	164	250	250	496	518	703	759	839	818	19,0
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	0,3	0,5	0,6	0,6	0,8	0,8	1,1	1,4	1,7	1,8	2,0	1,8	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,02	0,03	0,03	0,03	0,05	0,05	0,07	0,08	0,10	0,10	0,11	0,10	

Kaynak: Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi⁹

Türkiye'deki sağlık finansmanı ile ilgili çalışma yapan Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK), sevk zincirindeki aksaklıklardan dolayı vatandaşların her türlü sağlık sorunları için daha fazla sayıda başvuru donanımlı sağlık kurumlarına yaptıkları için hastanelerin maliyetlerinin arttığını tespit etmiştir (https://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-18.pdf, Erişim tarihi: 25 Ekim 2017).

Sağlık Bakanlığının 2013- 2017 stratejik planlamasında yer alan araştırmaya göre ülke genelinde bir sosyal güvenlik kurumuna kaydı olan nüfus 2002 yılında %69,8 iken 2011 yılında genel sağlık sigortası ile %98,2'ye çıkarılmıştır. Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık tesisi ayrımı yapılmadan acil ve yoğun bakım hizmetlerinin ücretsiz verilmesinin yanında özel hastanelerin özellikli birimlerinden (yanık ünitesi, organ nakli gibi) alınacak hizmet sırasında ek ücret alınmaması sağlanmıştır. Bu sayede cepten yapılan kişi başı harcaması 2002 yılında 139 TL iken 2011 yılında 113 TL'ye düşürülmüştür (Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017).

4. 5. Türkiye’de Hasta Nakil Hizmetlerinin Finansmanı

Yurdadoğ (2007) tarafından yapılan çalışmada, Türkiye’de sevk zincirinin etkin bir şekilde kullanılmaması sonucu ikinci ve üçüncü basamak hastanelere olan talebin

⁹ Mehmet Atasever'in 2014 yılında Sağlık Bakanlığı adına yayınladığı kitabından yararlanılmıştır.

arttığını bunun ise bir yandan hizmet sunumunun kalitesini düşürdüğünü bir yandan da sağlık giderlerini arttırdığını ortaya koymuştur. Oysa burada yapılacak bazı düzenlemelerle etkili bir sevk sisteminin organize edilmesi ile hem sağlık hizmet sunum kalitesinin arttırılarak, hem de sağlık alanında finansman maliyetlerini düşürülebileceği ifade edilmektedir.

Genel sağlık sigortası ile sağlık hizmet sunumu ve sağlık finansmanı ayrıldığı ve SUT uygulanmaya başlandığı için özel sağlık hizmetlerinden yararlanma ve hastaların buralara sevkler oranları artmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017).

Ambulans hizmetleri için belirlenen ücretler, il sağlık müdürlüğü tarafından oluşturulan komisyonla belirlenmektedir. Bu komisyon "il sağlık müdürü ya da temsilen bir yardımcısı başkanlığında, il emniyet müdürlüğü, sanayi ve ticaret il müdürlüğü, belediye başkanlığı, tabip odası, ambulans hizmeti veren özel ve kamu kuruluşlarının temsilcileri ve acil sağlık hizmetleri şube müdüründen" oluşmaktadır. Komisyon, maliyetleri yerel koşullar çerçevesinde örnek emsalleri göz önünde bulundurarak, şehir içi ve şehir dışı, açılış ücreti ve mesafelere göre ambulans sınıfı da göz önünde bulundurularak fiyatları belirlenmektedir. Belirlenen ücretler bakanlık tarafından onaylandıktan sonra uygulamaya konulmakta ve bir yıl süre ile aynı fiyatlar üzerinden faturalandırma işlemi yapılmaya devam edilmektedir. Toptan eşya endeksi fiyatlarının artışı eğer %25'i geçerse tekrar yeni fiyat belirleme işlemi yapılacağı ifade edilmektedir. Hava ve deniz ambulansı için de Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan komisyon tarafından aynı kriterler göz önünde bulundurularak fiyatlar belirlenmektedir (Genelge, 02 Şubat 2005, sayı: 2005/30)

4. 6. Mali Tabloların Paydaşlara Yansıması

Acil sağlık hizmetlerinin sunumunun taşıdığı önem nedeniyle Başbakanlık tarafından yayınlanan genelge ile kişilerin sağlık ve sağlık haklarının T.C. Anayasasının 17. ve 56. maddelerine dayanarak devletin koruması altında olduğunun ve sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda yerine getirilmesinin önemi üzerinde durulmuştur. *"Anayasa, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu, ilgili personel kanunları, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Sağlık Bakanlığınca yürürlüğe konulan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ve diğer ilgili mevzuat hükümlerine göre, özel veya kamu ayrımı yapılmaksızın tüm sağlık kuruluşlarının acil durumlarda hastaya*

gereken tıbbi müdahaleleri yapmaları zorunludur". Acil sağlık hizmetlerinin sağliğın tehdit edildiği durumlarda yapılacak doğru müdahalelerle devam ettirilmesi, ilk tıbbi müdahalenin ardından olanaklarının yetersizliği durumunda başka bir hastaneye naklin en kısa sürede gerçekleştirilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. Bu çerçevede tüm sağlık tesislerinin kamu ve özel ayrımı yapılmaksızın acil hastaların kabulü ve ortaya çıkan tedavi masraflarının karşılanması devlet güvencesindedir (Genelge, 25 Haziran 2008, sayı: 7515-2008/13).

Acil işlemler içerisinde yapılan müdahale, tedavi ve nakil işlemleri için hastadan ve yakınlarından ücret talep edilmemesi, sigorta kapsamında olan kişilerin sigortalarından tahsil edilmesi, sigorta kapsamı dışında kalanların da özel hastanenin bulunduğu yerleşim yerinin belediyesinden "2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanununun 32., 5393 sayılı Belediye Kanununun 38. ve 60., 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununun 18. Maddeleri'ne" dayanılarak tahsil edilmesi uygun görülmüştür (Genelge, 25 Haziran 2008, sayı: 7515-2008/13).

Dikkat edilmesi gereken bir konu da hastanın hastanede stabil hale getirildikten sonra sevk işleminin başlamasıdır. Yoğun bakım müdahalesi de dâhil olmak üzere yapılan işlemlerden sonra hasta nakle hazır olmaktadır. Aksi durumda hastanın hayatı riske atılmış olmakta ve bunun da yasal sorumluluğu bulunmaktadır (Genelge, 25 Haziran 2008, sayı: 7515-2008/13).

Sevke hazır olan hastanın mağduriyet yaşamaması için sevki kabul eden hastaneye gerekli bilgilendirme 112 KKM tarafından yapılmakta ve hastane ekibi hasta için gerekli hazırlıkları yapmış olarak beklemektedir. Nakil sırasında hastanın durumunda bir kötüleşme olursa en yakın mesafedeki hastanenin acil servisine girmesi ve hastaya yine ücretsiz olarak gerekli acil müdahalenin yapılması gerekmektedir (Genelge, 25 Haziran 2008, sayı: 7515-2008/13).

Acil sağlık hizmetleri ile ilgili Başbakanlık tarafından yayınlanan 2008/13 sayılı genelgeye rağmen sonraki yıllarda ortaya çıkan özellikle ödemelerle ilgili aksaklıkların ortadan kaldırılması amacıyla yine Başbakanlık tarafından 09 Ağustos 2010 yılında 2010/16 sayılı genelge yayınlanarak acil hizmetler ve ödemeleri konusu netliğe kavuşturulmaya çalışılmıştır. Genelgeye göre acil olarak başvuru yapan hastaya SGK prim borcu sorgulaması yapılmadan hizmet verilmesi esas alınmıştır. Bu durumdaki hastalardan ücret talep edilmeyecektir SUT hükümleri kapsamında

SGK'dan tahsil edilerek ek ücret talep edilmeyecektir. Eğer sağlık tesisinin SGK ile sözleşmesi yoksa hazırlanan fatura kişi adına SGK'ya gönderilmektedir. Ödeme ya direk kişiye ya da kişi adına sağlık tesisine SGK tarafından yapılmaktadır. Hasta kişinin sosyal güvencesi yoksa 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerince sağlık tesisinin bulunduğu yerleşim yerindeki sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı tarafından ödenmektedir. Bu kararlar doğrultusunda hareket etmeyen kurumlara hakkında yasal işlem başlatılması kararı alınmıştır (Genelge, 09 Ağustos 2010, sayı: 2010/16).

Sevk zincirinin zorunlu olmaması üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin finansmanı açısından hem olumlu, hem de olumsuz tarafları bulunmaktadır. Hastaların direk olarak başvuru yapmaları nedeniyle hastane gelirlerini arttırırken diğer taraftan aile hekimliği gibi birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çözülebilecek basit sağlık problemler nedeniyle iş yoğunluğuna sebep olmaktadır (Gülşen ve Yıldırım, 2017)

Sonuç olarak hastaneler arası hasta sevkleri (acil ya da planlı) neticesinde ortaya çıkan maliyetler en fazla iki paydaşı etkilemektedir. Bunlar nakil işlemini gerçekleştiren 112 Acil Sağlık Hizmetleri ile hasta ve hasta yakınlarıdır. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin nakil işlemine ait yol müdahale ve personel gider ücretleri devlet tarafından karşılanırken, hasta ve hasta yakınlarının nakil işlemi ve sonrasında ortaya çıkabilecek masraflar geri dönüşümü olmaksızın cepten direk ödemeyle hasta veya yakınları tarafından yapılmaktadır. Özetle nakil işlemi maliyet yaratmaktadır. Özellikle özel hastanelerde acil ve yoğun bakım hizmetleri dışında verilecek diğer sağlık hizmetlerinin ücretlerinin bir kısmının hasta veya yakını tarafından cepten ödemeyle tahsil edilmesidir.

5. ÇANAKKALE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmet kurumlarını kaynakları daha etkin ve hakkaniyetli kullanabilmek adına 2010 yılında çıkardığı bir genelge ile Türkiye'yi 29 sağlık hizmet bölgesine ayırmıştır. Genelgeye göre sağlık hizmet bölgeleri nüfus, ulaşım, sağlık tesisi gibi konularda değerlendirilerek bölgede bir il'e merkez il rolü verilmiştir. Diğer il ve ilçelerde yine aynı kriterlerde değerlendirilip birbirlerine bağlanarak bölge merkezli bir organizasyon yapısı oluşturulmuştur. Hastaneler hizmet rollerine, yatak kapasitelerine ve hizmet verdikleri nüfusa göre A-I, A-II, B, C, D ve E (I, II, III) olarak sınıflandırılmıştır (Genelge, sayı: 2010/50).

Sağlık Bakanlığı 2016 yılı istatistik verilerine göre Marmara bölgesinde bulunan Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastane toplamı 450 ve toplam yatak sayısı da 65.623'e ulaşmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016).

5.1. Çanakkale Devlet Hastanesi

Çanakkale, Balıkesir ve Yalova ile birlikte merkezi Bursa olan hizmet bölgesinde bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı il merkezi ve ilçe hastanelerinin toplam yatak kapasitesi 1.007'dir. Çanakkale Devlet Hastanesi (ÇDH) 01 Mart 1920 yılında faaliyete başlamıştır. 22 Ekim 2017 tarihinde Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi adıyla yeni hizmet binasına taşınarak hizmet vermeye devam etmektedir. 500 yatak kapasitesi ile A-II seviyesinde hizmet veren bir hastanedir (<http://www.canakkaleism.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 01 Kasım 2017; <http://www.canakkale.dh.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 01 Kasım 2017).

5. 2. Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Çanakkale ilinde 2008 yılında hizmet vermeye başlayan Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (ÇOMÜ) içerisinde tüm bölümler toplam 37 yataklı yoğun bakım üniteleri, 9 ameliyathanesi ve 235 servis yatağı ile toplam 272 yatak kapasiteye sahip bir sağlık tesisi niteliğindedir. 2013 yılı mayıs ayında başlayan yeni bina inşaatı halen devam etmekte olup yeni hastanenin faaliyete geçmesi ile birlikte 94 yoğun bakım yatağı ile toplam 460 yatak kapasitesine ulaşacağı ifade edilmektedir (<http://hastane.comu.edu.tr/>, Erişim tarihi: 01 Kasım 2017).

5. 3. Çanakkale'de İl Dışı Hasta Nakilleri

Çanakkale'de hastane uzman hekiminin gördüğü lüzum üzerine ya da hasta ve hasta yakınları talebi üzerine hasta sevk formuna üçüncü basamağa sevki uygundur evrakı ve hasta epikrizi ile bir sürücü ve bir sağlık personeli eşliğinde hastaneye ait hasta nakil ambulansları ile il dışı sevkleri gerçekleştirilmekteydi. Hastanın nakil olacağı hastane genelde belirsiz çoğu zamanda hasta yakınlarının çabası ile de yer ayarlanmaktaydı. Bu durum hastaların hastaneye kabulünde çeşitli sorunlarla (yer olmaması, doktorun hastane dışında olması gibi) yol açıyordu. Ayrıca hastanın hastaneye kabul ettirilmesi için objektif kriterlerin dışına çıkılarak kişisel ilişkiler içerisine girilmesine de neden oluyordu. 2013 yılında 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı değiştirilmiş, hastaneler arası il dışı sevkleri için gerekli planlama ve prosedürler tanımlanarak hastanelerin yaptığı il dışı sevkler İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 112 Başhekimliklerine bağlı olarak 112 ASHİ tarafından yapılmasına başlanmıştır.

5. 4. Çanakkale'de 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihi

E Yılmaz¹⁰ (2017, sözlü görüşme)'a göre, Çanakkale ilinde 112 acil ambulans hizmetleri 26 Eylül 1997 yılında başlamıştır. Hastaneye entegre olarak çalışan birim hastane personelinden oluşturulan 2 kişilik ekip ile vakaya çıkılıp, 1 kişide telefon başında görevli bırakılmıştır. 4 gün bu şekilde devam eden hizmet 1 Ekim 1997 de doktor atamalarının tamamlanması ile 112 acil ambulans hizmetleri resmi olarak aktif hale gelerek vakaya 3 kişi olarak çıkış yapılmaya başlanmıştır. Vaka personeli hekim, sağlık memuru ve sürücü personelden oluşmaktadır. 112 birimi ÇDH Acil Servisi içerisinde bir oda içerisinde komuta merkezi ve istasyon ekibi olarak hizmeti vermeye başlamıştır. 1997 yılı ekim ayı içerisinde Çanakkale iline bağlı Eceabat ilçesinde, Küçükkuyu ve Bozcaada'da ise sağlık merkezleri bünyesinde ambulanslarda personel entegre olarak ilk istasyonlar çalışmaya başlamıştır. Devam eden süreçte diğer ilçe ambulanslarında ilçe hastane personelleri komuta merkezinin yönlendirmesi ile 112 vakalarına çıkış yapılmıştır. Bu çalışma düzeni 2001 yılında İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü'nün kurulması ile personellerin kadrosu İl Sağlık Müdürlüğüne aktarılmıştır. Çalışmalar ise şube

¹⁰ Sağlık Bakanlığı Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin kuruluş tarihi olan 26 Eylül 1997'den bu yana çalışan Sağlık Memuru Ekrem Yılmaz ile yüz yüze yapılan görüşmede Çanakkale 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin tarihi görüşüldü.

müdürlüğü tarafından yürütölmeye başlanmıştır. Çanakkale merkezinde ikinci 112 ekibi 2003 yılında acil serviste birlikte yani entegre çalışıldığı için ÇDH'tan personel takviyesi ile kurulmuştur.

Komuta merkezi ilk kurulduğunda 4 hat üzerinden hizmet vermekte iken 2013 Nisan ayına kadar il ambulans servisi başhekimliğinin iş ve işlemleri acil sağlık hizmetleri şube müdürlüğü tarafından yürütölmüştür. 2012 Nisan ayında başhekimlik ve 112 KKM olarak ayrı bir binaya taşınarak hizmet vermeye devam etmiştir. 2009 yılına kadar il'de sadece kara ambulansları mevcut olmuştur. 2009 yılında ambulans araç filosuna 1 adet motor ambulans, 1 adet paletli ambulans, 1 adet helikopter ambulans 2013 yılında Tele Sağlık'a ait olan deniz ambulansı, 1 adet genel yoğun bakım ve obez ambulansı, 1 adet paletli ambulans ve 2 adet Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) aracı 112 bünyesine dâhil olmuştur. 2010 yılı sonlarına doğru Yenice Akçakoyun'da A2 tipi istasyon, 2011 yılı içerisinde de Ayvacık Gülpınar'da A2 tipi istasyonu açılmıştır. 2012 yılının Nisanında merkezde 2 tane A1 (Merkez 1 ve Merkez 2) , ilçelerde 3 tane A2 (Eceabat, Küçükkuyu, Bozcaada) istasyon, Biga'da 2 tane olmak üzere 10 adet B2 tipi istasyon olmuştur. 2012-2013 yılları arasında merkezde il dışı sevklerin 112 tarafından yapılması gündeme geldiği için 2 adet daha (Merkez 4 ve Merkez 5) A2 tipi istasyon açılmıştır. 2013 sonunda ilçelerde bulunan hastanelere entegre olan B2 tipi istasyonların hepsi A2 tipi istasyonlara çevrilmiştir. 2014 yılından itibaren 2 sene içerisinde merkezde A2 tipi istasyon sayısı toplam 5, A1 sayısı 1 olmak üzere 6 ekip kurulmuştur. Gökçeada ve Bozcaada 112 istasyonları B1 tipi olarak hizmet vermeye devam etmiştir. 2016 yılı sonunda Çanakkale merkez ve ilçeler de toplam 27 tane 112 ekibi hizmet vermekte iken 2017 yılı içerisinde merkezdeki bir 112 ekibi kapatılarak Gelibolu Evreşe Beldesi'ne bir tane A2 tipi istasyon kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından tüm Türkiye'de kullanılmasına karar verilen 112 Acil Operasyon Yönetim Sistemi Yazılımı olan ARMAKOM dijital çağrı karşılama ve vaka kayıt sistemi 2008 yılı şubat ayında kullanılmaya başlanmıştır. 2009'da hastane boş yatak ve nöbetçi personellerin görüntülediği sistem 112 KKM bilgisayar sistemine entegre edilmiştir. 2014 yılı Eylül ayında 112 acil sağlık hizmetleri sunumunda ARMAKOM sistemi yerine ASOS yazılımı kullanılmaya başlanmıştır.

6. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu bölümde araştırmanın tanımı, türü, uygulandığı yer ve zaman, veri toplama ve analiz yöntemleri, etik ile sınırlılıklar hakkında bilgi verilmiştir.

6. 1. Araştırmanın Tanımı

Araştırmanın konusunu, Çanakkale ilinde gerçekleştirilen il dışı hasta sevkleri oluşturmaktadır. Araştırma konusuna karar verilirken, Çanakkale ilinde gerçekleştirilen il dışı hasta sevk oranlarının yüksek olması ile hasta sevkini gerçekleştiren 112 ASHİ ekiplerinin sevk deneyimleri belirleyici olmuştur. Yapılan inceleme sonucunda demografik, tıbbi ve mali veriler ışığında il dışına yapılan sevklerin sonuçları ortaya konulmaya çalışılmıştır. Tezin hazırlanmasındaki temel amaç, il dışı hasta sevklerinin tespit edilerek, karşılaşılan sorunlara çözümler üretmek ve hem il dışına sevk oranlarının düşürülmesi hem de hasta/hasta yakınlarının ekonomik anlamda mağduriyetlerinin azaltılması yönünde yöneticilere önerilerde bulunmak olmuştur.

6. 1. Araştırmanın Türü

Bu tez çalışması 112 acil ambulansları ile il dışına yapılan sevkleri vaka formları üzerinden demografik, klinik ve mali yönden inceleyen retrospektif tanımlayıcı bir araştırmadır.

6. 2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Çalışmada Çanakkale ili sınırları içerisinde kalan merkez ve ilçe hastanelerinden 01.09.2014 ile 31.12.2016 tarihleri arasında 112 acil ambulansları ile il dışına yapılan sevkler incelendi.

6. 3. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri

Araştırma verileri 112 acil sağlık hizmetleri hasta ve işlem kayıt sistemini oluşturan dijital veri tabanı olan ASOS'taki vaka formlarından elde edilmiştir. 28 aylık süreçte toplam 106.757 adet vaka formu içerisinde il dışı hasta sevklerine ait 1.915 adet vaka formu (Ek-9) tespit edilip verilerin analizi yapılmıştır. 112 ambulans kayıt formunda, vakaya giden istasyon bilgileri, vakanın adresi, hasta ile ilgili kişisel bilgiler, hastanın sosyal güvencesi, çağrının tipi ve nedeni, olay yeri, ilk muayene bulguları, GKS, ön tanı, açıklamalar, vaka sonucu, nakledilen hastane, trafik kazası ise araç bilgileri, hastaya yapılan müdahaleler ve ekipte görevli personelin isim soy isim ve imzalarının olduğu bölümler bulunmaktadır. Ayrıca vaka formu döner

sermaye saymanlığı işletmelerinde kullanılacak araç görev kağıdı olarak da kullanılmaktadır.

6. 4. Araştırmanın Analiz Yöntemleri

Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 istatistik programı kullanılarak analiz yapılmıştır. Veri sayımızın çokluğundan (n: 1.915) dolayı verilere Kolmogorov Smirnov testi uygulanmıştır. Verilerin normal dağılım göstermedikleri ($p=0,00 < 0,05$) ve %95 güven aralığında olmadıkları ortaya çıktığından, parametrik olmayan istatistik analiz yöntemlerinden Ki-Kare (Chi-Square) Testi, Mann Whitney-U Testi ve Kruskal Wallis H-Testi yapılmıştır. Kategorik veri değişkenlerinin tanımlamasını yapmak (yüzde, standart sapma, ortanca) için frekanslarına (Frequency) bakılmıştır. Birbirleri ile olan ilişkilerini analiz etmek için de çapraz tablolar (Crosstabs) yapılmıştır.

6. 5. Etik

Çalışma için Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden 32997411/929 sayılı resmi izin belgesi (Ek- 10) ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından 18920478-050.01.04/E.63305 sayılı etik kurul onayı (Ek- 11) alınmıştır.

6. 5. Sınırlılıklar

Araştırmanın tez öneri formunda da belirtildiği üzere analizi yapılacak dönemin başlangıcı olarak 2013 yılında 112 tarafından gerçekleştirilen ilk sevk tarihi planlanmıştır. 2014 yılı Eylül ayına kadar 112 kayıt ve çağrı karşılama sistemi olarak ARMAKOM sistemi kullanılmıştır. Bu sistemde vakalara ait faturalar kâğıt dokümanlarda hazırlandığından dijital ortamda faturalara ulaşılamadığı için Eylül 2014'ten önce yapılmış sevkler kapsam dışı bırakılmıştır. Araştırma kapsamında incelenen vaka formları 2014 yılı Eylül ayı itibariyle incelemeye alınmıştır. Bazı vaka formlarındaki eksik veriler nedeniyle bu formlar veri analizinin ilgili bölümlerine dahil edilmemiştir.

7. BULGULAR

Çanakkale 112 acil sağlık hizmetlerine bağlı istasyonların 01.09.2014 ile 31.12.2016 tarihleri arasındaki 28 aylık süreçte Sağlık Bakanlığı ASOS sistemine kayıtlı tüm il dışı sevk formları incelenmiştir. Vaka formları 4 ana başlık altında gruplandırılmıştır. Bunlar;

- *Demografik*; yaş, cinsiyet, sosyal güvenlik
- *Klinik*; çağrı nedeni, hasta teşhisi, Glaskow Koma Skalası (GKS), triyaj kodu, sevk nedeni,
- *Maliyet*; ambulans ücreti, müdahale ücreti, toplam ücret
- *Diğer veriler*; sevk günleri ve mevsimleri, sevk edilen il, sevki kabul eden hastane türü, sevk eden hastane, sevke katılan personel sayısı, sevkte doktor olup olmadığı.

Araştırmanın analizini yaptığımız SPSS 21.0 istatistik programına kaydettiğimiz verilerin analiz sonuçları tablolar halinde hazırlanmış, çıkan sonuçlar frekans ve yüzde olarak gösterilmiştir. 28 aylık sürede il dışına sevk edilmiş toplam 1.915 vaka formuna ulaşılmıştır.

Tablo 8: İl Dışına Sevk Edilen Hastaların Cinsiyet Dağılımları

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	736	38,4
Erkek	1.179	61,6
Toplam	1.915	100,0

Tablo 8'de görüldüğü üzere il dışını sevk edilen hastaların %61,6'sını (1.179 kişi) erkekler oluştururken, %38,4'ünü (736 kişi) kadınlar oluşturmaktadır.

Hastaların yaş verileri çok yaygın bir dağılım gösterdiği için gruplama yapılarak sınıflandırma yapıldı. 11 gruba ayrılan yaş dağılımı Tablo 9'da görüldüğü üzere minimum yaş 0 (sıfır) iken maksimum yaş 97'dir. En fazla sevk edilen yaş grubu 60-69 yaş aralığı (385 hasta; %20.1) olup sırasıyla 70-79 yaş aralığı (357 hasta; %18.6), 80-89 yaş aralığı (315 hasta %16.4) ve 50-59 yaş aralığı (299 hasta %15.6) olarak

bulgulandırılmıştır. Çanakkale ilinde yapılan il dışı sevklerde nakledilen hastaların yaş sınıflaması Tablo 9'da görüldüğü gibidir.

Tablo 9: Hasta Yaş Gruplarının Frekans ve Yüzde Dağılımları

Yaş	Frekans (n)	Yüzde (%)
0-11 ay	76	4,0
1-9	55	2,9
10-19	65	3,4
20-29	82	4,3
30-39	87	4,5
40-49	155	8,1
50-59	299	15,6
60-69	385	20,1
70-79	357	18,6
80-89	315	16,4
90-99	39	2,0
Toplam	1915	100,0

Tablo 10'da il dışına nakledilen hastaların yaş gruplarına göre cinsiyet sınıflamasında %8.7 (80- 89 yaş) kadın, %14,3 (60- 69 yaş) erkek hasta en fazla nakil olan yaşa göre cinsiyet grubunu oluşturmuştur.

Tablo 10: İl Dışına Sevk Edilen Hastaların Yaş Gruplarına Göre Cinsiyet Dağılımları

Yaş	Kadın	Yüzde	Erkek	Yüzde	Toplam	Yüzde
0-11 ay	34	1,8	38	2,0	72	3,8
1-9	24	1,3	31	1,6	55	2,9
10-19	31	1,6	34	1,8	65	3,4
20-29	34	1,8	48	2,5	82	4,3
30-39	36	1,9	51	2,7	87	4,6
40-49	45	2,4	110	5,8	155	8,1
50-59	93	4,9	206	10,8	299	15,6
60-69	111	5,8	274	14,3	385	20,1
70-79	135	7,1	222	11,6	357	18,7
80-89	170	8,9	145	7,6	315	16,5
90-99	21	1,1	18	0,9	39	2,0
Toplam	734	38,4	1177	61,6	1911	100,0

Çanakkale'de il dışına sevk talep eden hastaneler ile hastaların sevk tanı grupları arasındaki dağılımı Tablo 11'de görüldüğü üzere %92.1 (1.764) oranındaki medikal tanı hastaların, %33,1 (633)'ini ÇDH tarafından sevk edilmiş hastalar oluşturmaktadır. Trafik kazası, diğer kazalar, intihar, yaralama ve diğer nedenler ile sevk edilen hasta sayısı yalnızca %7,9 (151) olmuştur.

Çanakkale ili genelinde yapılan toplam il dışı sevk oranları sırasıyla ÇDH %37.1 (710), ÇOMÜ %25,0 (479), Biga Devlet Hastanesi %16.1 (308), Ezine ve Gelibolu Devlet Hastaneleri %4,3 (82), Çan Devlet Hastanesi %3,7 (70), Demircioğlu Devlet Hastanesi %2,8 (53), Bayramiç Devlet Hastanesi %1,6 (30) ve diğer hastaneler %5,3 (101) olarak bulunmuştur.



Tablo 11: Sevk Eden Hastaneler ile Sevk Tanı Grupları Arasındaki Frekans Dağılım Tablosu

	ÇDH	ÇOMÜ	Ezine DH	Bayramiç DH	Biga DH	Çan DH	Gelibolu DH	Demircioğlu DH	Diğer Hastaneler	Toplam										
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%										
Medikal	633	33,1	446	23,3	81	4,2	30	1,6	290	15,1	70	3,7	74	3,9	52	2,7	88	4,6	1764	92,1
Trafik Kazası	32	1,7	8	0,4	0	0,0	0	0,0	4	0,2	0	0,0	3	0,2	0	0,0	2	0,1	49	2,6
İş Kazası	10	0,5	2	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	14	0,7
Diğer Kazalar	27	1,4	14	0,7	0	0,0	0	0,0	6	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,1	4	0,2	52	2,7
İntihar	2	0,1	6	0,3	1	0,1	0	0,0	7	0,4	0	0,0	5	0,3	0	0,0	6	0,3	27	1,4
Yaralama	2	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,2
Diğer	4	0,2	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,3
Toplam	710	37,1	479	25,0	82	4,3	30	1,6	308	16,1	70	3,7	82	4,3	53	2,8	101	5,3	1915	100,0

Hastaneler arası il dışı sevk edilen hastaların sosyal güvenlik kurumları incelendiğinde %48,5 (928)'i SSK, %26,1 (500)'i Bağ-Kur, %12,4 (238)'ü Emekli Sandığı, %9,7 (186)'si Yeşil Kart ve kalan %3,3 (63)'ünü diğer hastaların oluşturduğu tespit edilmiştir.

Tablo 12: İl Dışına Sevk Edilen Hastaların Sosyal Güvenlik Kurumları

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Memur	1	0,0
Bağ-Kur	500	26,1
Emekli Sandığı	238	12,4
SSK	928	48,5
Yeşil Kart	186	9,7
Özel Sigorta	5	0,3
Güvencesiz	28	1,5
Yabancı Hasta	11	0,6
Diğer	18	0,9
Toplam	1915	100,0

Sevkle gönderilen hastaların hangi teşhislerle gönderildiğini araştırmak amacı ile 2 farklı analiz yapılmıştır. Tablo 13'de de görüldüğü üzere hastalıkların frekans dağılımlarına bakmak için uluslararası hastalık sınıflaması (ICD) kodları alfabetik olarak gruplandırılmıştır.

Tablo 13: İl Dışı Sevkle Gönderilen Hastaların ICD Sınıflamasına Göre Dağılımları

ICD Kod	ICD Hastalık Grubu	Frekans (n)	En Fazla Kullanılan	Frekans (n)
A	Çeşitli İnfeksiyöz ve Parazitik Hastalıklar	31	A41	17
B	Viral Enfeksiyonlar	8	B99	4
C	Tümörler	93	C34	31
D	Kan ve İmmünite Hastalıkları	24	D64	8
E	Endokrin Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar	23	E14	6
F	Mental ve Davranışsal Hastalıklar	12	F20/F31	3
G	Nörolojik Hastalıklar	74	G46	15
H	Göz ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	2	H35	2
I	Dolaşım Sisteminin Hastalıkları	826	I21	353
J	Solunum Sisteminin Hastalıkları	338	J44	86
K	Sindirim Sisteminin Hastalıkları	63	K56/K81	8
L	Cilt Ve Cilt Altı Dokunun Enfeksiyonları	3	-	-
M	Kas-İskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları	6	-	-
N	Genitoüriner Sistemin Hastalıkları	50	N17	17
O	Gebelik, Doğum ve Puerperal Dönem	17	-	-
P	Perinatal Döneme Ait Belirli Durumlar	21	-	-
Q	Konjenital Malformasyonları	23	Q40	4
R	Semptomlar, Belirtiler ve Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları	68	R68	12
S	Harici Nedenlere Bağlı Yaralanma	89	S68	15
T	Zehirlenme ve Diğer Belirli Sonuçlar	58	-	-
V	Araç Kazaları	9	V87	4
W	Düşme	13	-	-
X	Diğer (Zehirlenme, Saldırı, Diğer Tıbbi Sorunlar)	52	X62	26
Y		12		
TOPLAM		1915		

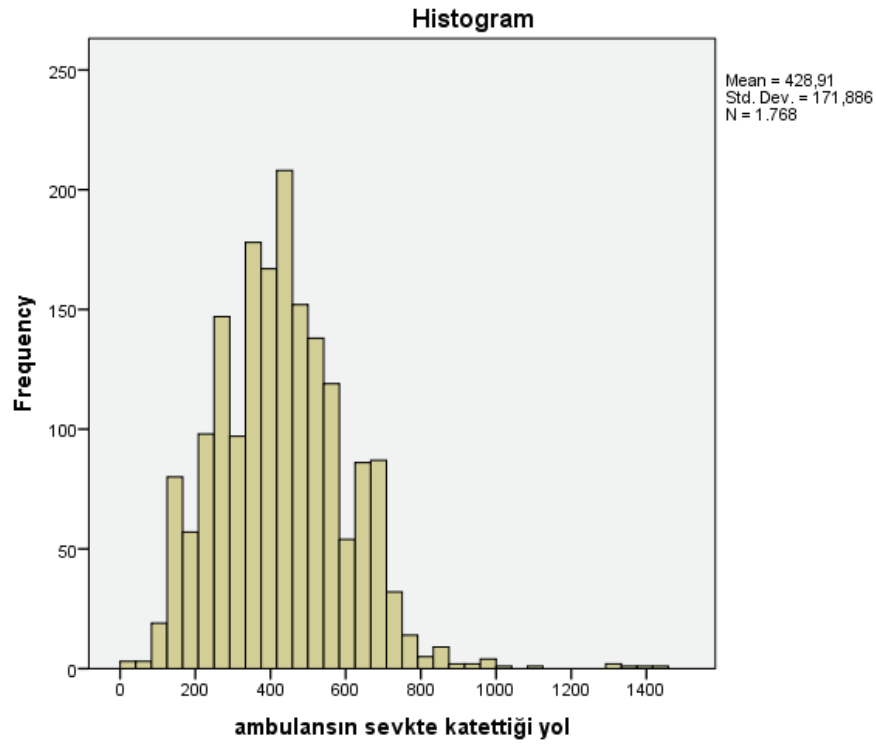
Tablo14'te il dışına sevk edilen hastaların ICD kodları ile en çok hangi hastaneler tarafından sevk edildiğini tespit etmek amacıyla yapılmıştır. ICD teşhis grubu çok yaygın olduğu için analizde en fazla kullanılan 15 hastalık kodu yer almıştır. Akut Miyokard İnfarktüsü (MI) yani I21 teşhisi ile sevk edilen hasta oranı %18.4 (353)'le en fazla sevk edilen teşhis olarak bulunmuştur. I21 teşhisi ile il genelinde toplam il dışına sevk edilen 353 hastanın 115'i Biga Devlet Hastanesi tarafından yapıldığı tespit edildi.

Tablo 14: İl Dışına Sevk Edilen Hastalarda En Sık Görülen Teşhis Kodları

ICD KODLARI	Açıklaması	Frekans (n)	Yüzde (%)	En Çok Sevk Eden Hastane ve Sayısı
C34	Bronş ve Akciğer Maling Neoplazmı	31	1,6	ÇDH-14
I20	Anjina Pektoris	25	1,3	Biga DH-8
I21	Akut Miyokard İnfarktüsü	353	18,4	Biga DH-115
I46	Kalp Durması	39	2,0	Biga DH-9
I50	Kalp Yetmezliği	57	3,0	ÇDH-21
I61	Nontravmatik İntraserebral Hemoraji	22	1,1	ÇDH-10
I67	Diğer Serebrovasküler Hastalıklar	76	4,0	ÇOMÜ-35
I68	Başka Yerde Sınıflandırılmamış Hastalıklarda Serebrovasküler Bozukluklar	20	1,0	ÇOMÜ-8
I71	Aortik Anevrizma ve Diseksiyon	35	1,8	ÇDH-23
J17	Başka Yerde Sınıflandırılmamış Hastalıklarda Pnömoni	50	2,6	ÇOMÜ-18
J18	Pnömoni, Tanımlanmamış Organizma	31	1,6	ÇOMÜ-17
J44	Diğer Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	86	4,5	ÇDH-33
J81	Pulmoner Ödem	42	2,2	Biga DH-13
J96	Başka Yerde Sınıflandırılmamış Solunum Yetmezliği	60	3,1	Biga DH-17
X64	Uyuşturucu, İlaç ve Biyolojik Diğer ve Tanımlanmamış Maddelere Maruz Kalma	26	1,4	ÇOMÜ-6
Diğer		962	50,4	-
Toplam		1.915	100,0	-

Tablo 13 ve Tablo 14'te elde ettiğimiz sonuçlara göre 826 hasta "I" grubu hastalık teşhisleri ile sevk edilmiştir. Dolaşım sistemi hastalıklarını tanımlayan "I" grubu içerisinde 353 hasta "I21" teşhisi (Akut Miyokard İnfarktüsü) ile il dışına gönderilmiştir.

Çanakkale 112 Acil Sağlık Hizmetlerine bağlı ambulansların nakil sırasında kat ettikleri yol kilometre (km) olarak incelendiğinde yaygın bir km grafiği ile karşılaşmıştır. Bu sebeple gidilen yol mesafeleri tablo olarak gösterilemeyip şekil grafiğinde dağılım olarak gösterilmiştir. Şekil 3'te görüldüğü gibi il dışı sevk kilometresi olarak minimum değer 6 km, maksimum değer 1.421 km ve ortancası 427 km olarak tespit edilmiştir.



Grafik 1: Ambulansların Sevkte Kat Ettiği Kilometre Dağılımı

Tablo 15'te il dışı nakilde hastanın triyaj kodunun kullanılan ambulans türüne göre sıklığı incelenmiştir. Toplam nakil olan 1.915 hastanın %92,5 (1771)'i kara ambulansıyla, %7,5 (144)'i helikopter ambulans ile sevkleri yapılmıştır. İl dışına sevk edilen hastaların %7,7 (147)'si yeşil kodlu, %34,8 (666)'i sarı kodlu, % 57,4 (1.100)'ü kırmızı kodlu triyaj koduyla sevk edilmiştir. Hastaların %0,1 (2)'i ise sosyal endikasyon sebebiyle nakledilmiştir. Kırmızı kodlu hastaların %50,3 (963)'ü kara

ambulansıyla, %7,2 (137)'si helikopter ambulansı ile sarı kodlu hastaların %34,4 (659)'ü kara ambulansıyla, %0,4 (7)'ü helikopter ambulansı ile taşınmıştır.

Tablo15: Sevkte Kullanılan Araç ile Triyaj Kodları Arasındaki Dağılım

			Trijaj Kodları				
			Yeşil	Sarı	Kırmızı	Sosyal End.	Toplam
Sevkte Kullanılan Araç	Kara Ambulansı	n %	147 7,7	659 34,4	963 50,3	2 0,1	1771 92,5
	Helikopter Ambulans	n %	0 0,0	7 0,4	137 7,2	0 0,0	144 7,5
	Toplam	n %	147 7,7	666 34,8	1100 57,4	2 0,1	1915 100,0

İl dışına sevk edilen hastaların GKS değeri ile kara ve helikopter ambulansı ile nakledilmesi arasındaki ilişki incelendiğinde Tablo 16'daki sonuçlar elde edilmiştir. Hastanın hayati verileri kritik sınırlarda (GKS: 3, 4, 5, 6, 7) ve acil olarak yoğun bakım tedavi ihtiyacı olan toplam %25,5 (489) hastanın %23,3 (447) kara ambulansıyla, %2,2 (42)'si helikopter ambulans ile taşınmıştır. Hayati verileri ciddi sınırlarda (GKS: 8, 9, 10, 11, 12) fakat durumu daha stabil olan toplam %5,0 (96) hastanın %4,9 (93)'ü kara ambulansıyla, %0,2 (3)'si helikopter ambulans ile taşınmıştır. Vital bulguların stabil olduğu bilinci açık genel durumu iyi olarak değerlendirilen (GKS: 13, 14, 15) toplam %69,5 (1330) hastanın %64,3 (1231)'ü kara ambulansıyla, %5,2 (99) helikopter ambulans ile nakledilmiştir.

Tablo 16: Sevkte Kullanılan Araç ile GKS Grupları Arasındaki Dağılım

			GKS Grupları			Toplam
			1 (3-4-5-6-7)	2 (8-9-10-11-12)	3 (13-14-15)	
Sevkte kullanılan araç	Kara Ambulansı	N	447	93	1.231	1.771
		%	23,3	4,9	64,3	92,5
	Helikopter Ambulans	N	42	3	99	144
		%	2,2	0,2	5,2	7,5
Toplam	N	489	96	1330	1915	
	%	25,5	5,0	69,5	100,0	

İl dışı sevklerin 112 acil sağlık hizmetlerine yansıyan maliyetlerin genel toplamına bakıldığında ambulans ücretleri toplamı 4.860.862,14 TL, müdahale ücretleri toplamı 444.082,8 TL, tüm maliyetlerin toplamı da 6.026.354,6 TL olarak hesaplanmıştır. Ayrıca sevkte görevli personelin mesai saati dışına çıkan sevk süreleri için yapılan ödemeler personel maaşlarına yansıdığı için hesaplanan maliyetlere dahil edilememiŐtir.

Tablo 17'da kara ambulansında ambulans ücreti en az 181 TL, en çok 1.601 TL, ortalama 620,9 TL bulunmuştur. Helikopter ambulansında ambulans ücreti en az 14.323,5 TL, en çok 53.390,9 TL, ortalama 30.521,9 TL bulunmuştur. Müdahale ücreti kara ambulansında, kara ambulansında en az 30 TL, en çok 999,9 ortalama 235,7 TL olarak bulunmuştur. Helikopter ambulansında müdahale ücreti en az 30 TL en çok 687,3 TL, ortalama 186,0 TL bulunmuştur.

Tablo 17: İl Dışı Sevklerde Ortaya Çıkan Maliyetler

	Ambulans Ücreti (TL)				Müdahale Ücreti (TL)				Toplam Ücret (TL)			
	Sayı	Min.	Max.	Ort.	Sayı	Min.	Max.	Ort.	Sayı	Min.	Max.	Ort.
Kara Ambulansı	1.765	181	1.601	620,9	1.768	30	999,9	235,7	1.765	330	1834,8	856,8
Helikopter Ambulans	147	14.323,5	53.390,9	30.521,9	147	30	687,3	186,0	147	14.576,5	53.591,0	30.707,3
Toplam	1.912		4.860.862,14		1.913		444.082,8		1.913		6.026.354,6	

İl dışı sevklerde kara ambulanslarının il dışı sevklerde geçirdiği en az süre 27 dakika en yüksek süre değeri 2.036 (~34 saat) bulunmuştur. Ortalama süre olarak 457,9 (~7,5 saat) dakikada bulunmuştur.

Helikopter ambulansın il dışı sevk süresi en az 60 (1 saat) dakika, en uzun 3.008 (~50 saat) dakika, ortalama 289,5 (~4,8 saat) olarak tespit edilmiştir. Tablo 18'de ambulans tiplerine göre sınıflandırdığımız sürelerin uç ve ortalama değerlerini aldık.

Tablo 18: Ambulans Tipine Göre Sevkte Geçirilen Süre Göstergeleri

	Süreler (Dakika)		
	Minimum	Maksimum	Ortalama
Kara Ambulansı	27	2036	457,9
Helikopter Ambulans	60	3008	289,5

ASOS vaka kayıt sisteminde yer alan il dışı hasta sevklerinin nedenlerine göre sınıflandırdığımız 1.915 vakanın dağılımları Tablo 19'da gösterilmiştir. Hasta sevk nedenlerine göre en fazla sevk nedeni %54,5 (1.043)'le yoğun bakım ihtiyacı olarak tespit edilmiştir. Sırasıyla %14,9 (286) uzman hekim ihtiyacı, %9,3 (179) tıbbi ekipman ihtiyacı, %8,5 (163) ileri özelleşmiş hekim ihtiyacı, %7,2 (138) diğer, %1,7 (33) boş yer olmaması, %1,8 (35) yan dal uzman hekim ihtiyacı, %0,8 (12) hasta isteği, %0,6 (11) yanık ünitesi, %0,5 (9) amputasyon-replantasyon, %0,2 (4) organ nakli, %0,1 (2) ilgili hizmet unsurlarındaki tadilat olarak bulunmuştur. Sevk talep sebeplerinden tıbbi-teknik arıza sebebiyle sevk talebi ise olmamıştır.

Tablo 19: İl Dışı Hasta Sevklerinin Nedenlerine Göre Dağılım

Sevk Nedenleri	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yoğun Bakım İhtiyacı	1.043	54,5
Uzman Hekim İhtiyacı	286	14,9
Tıbbi Ekipman İhtiyacı	179	9,3
İleri Özelleşmiş Hekim İhtiyacı	163	8,5
Diğer	138	7,2
Boş Yer Olmaması	33	1,7
Yan Dal Uzman Hekim İhtiyacı	35	1,8
Hasta İsteği	12	0,8
Yanık Ünitesi	11	0,6
Amputasyon-Replantasyon	9	0,5
Organ Nakli	4	0,2
İlgili Hizmet Unsurlarındaki Tadilat	2	0,1
Toplam	1.915	100,0

İl dışına sevk olan hastaların sosyal güvencelerinin sevk bileşenlerinden sevk aracı ve sevki kabul eden hastane türü üzerine etkileri araştırıldığında elde edilen veriler Tablo 20 ve Tablo 21'de gösterilmiştir.

Sosyal güvenlik kurumlarının sevk edildikleri araca göre dağılımları hem kara hem de helikopter ambulansa en fazla sevk edilen sosyal güvenlik kurumuna sahip hasta %44,8 (858) ile SSK'lı hastalar tespit edilmiştir. Diğer sosyal güvenlik kurumları arasındaki sıralama ise %24,1 (461) Bağ-Kur, %11,4 (219) Emekli Sandığı, %9,0 (173) Yeşil Kart, %1,4 (26) güvencesiz, %0,9 (18) diğer, %0,6 (11) yabancı hasta, %0,2 (4) özel sigortalı olarak tespit edilmiştir.

Tablo 20: Sevkte Kullanılan Araç ile Sosyal Güvence Arasındaki Dağılım

		Sevk Aracı					
		Kara Ambulansı		Helikopter Ambulans		Toplam	
Sosyal Güvence	Memur	n	%	n	%	n	%
	Memur	1	0,1	0	0,0	1	0,1
	Emekli Sandığı	219	11,4	19	1,0	238	12,4
	Bağ-Kur	461	24,1	39	2,0	500	26,1
	SSK	858	44,8	70	3,7	928	48,5
	Yeşil Kart	173	9,0	13	0,7	186	9,7
	Özel Sigorta	4	0,2	1	0,1	5	0,3
	Güvencesiz	26	1,4	2	0,1	28	1,5
	Diğer	18	0,9	0	0,0	18	0,9
	Yabancı Hasta	11	0,6	0	0,0	11	0,6
Toplam	1771	92,5	144	7,5	1915	100,0	

İl dışına sevk edilen hastaların sosyal güvenceleri ile sevki kabul eden hastane türleri arasındaki dağılıma göre sevk edilen toplam 1.915 hastanın %54,8 (1.049)'i özel hastanelere nakil edildiği tespit edilmiştir. %48,5 (928) SSK'lı hastanın %27 (518)'si, %26,1 (500) Bağ-Kur'lu hastanın %15,7 (301)'si, %9,7 (186) Yeşil Kartlı hastanın %4,4 (85)'ü, %12,4 (238) Emekli Sandığına bağlı hastanın %6,6 (127)'si, %0,3 (5) Özel Sigortalı hastanın %0,2 (4)'si özel hastaneler tarafından kabul edilmiştir. Yabancı, güvencesiz ve diğer grubuna giren toplam %3 (57) hastanın çoğunluğu oluşturan %1,1 (20)'i de devlet hastaneleri tarafından kabul edilmiştir.

Tablo 21: Sevki Kabul Eden Hastane Türü İle İl Dışına Sevk Olan Hastaların Sosyal Güvenceleri Arasındaki İlişki

			Sevki Kabul Eden Hastane Türü					
			Devlet Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	Özel Hastaneler	Özel Dal Hastaneleri	Toplam
Sosyal Güvence	Memur	n	1	0	0	0	0	1
		%	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	Emekli Sandığı	n	43	34	18	127	16	238
		%	2,2	1,8	0,9	6,6	0,8	12,4
	Bağ-Kur	n	85	58	34	301	22	500
		%	4,4	3,0	1,8	15,7	1,1	26,1
	SSK	n	146	142	71	518	51	928
		%	7,6	7,4	3,7	27,0	2,7	48,5
	Yeşil Kart	n	49	24	15	85	13	186
		%	2,6	1,3	0,8	4,4	0,7	9,7
	Özel Sigorta	n	0	1	0	4	0	5
		%	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,3
	Güvencesiz	n	9	6	3	8	2	28
		%	0,5	0,3	0,2	0,4	0,1	1,5
	Diğer	n	7	6	2	3	0	18
		%	0,4	0,3	0,1	0,2	0,0	0,9
	Yabancı Hasta	n	4	1	1	3	2	11
		%	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,6
	Toplam	n	344	272	144	1.049	106	1.915
		%	18,0	14,2	7,5	54,8	5,5	100,0

Çanakkale ilinde mevsimsel değişimin nakil ambulansı türüne ve sevk oranlarına etkisini incelediğimizde en fazla %28,9 (553) oranında sonbaharda, %21,7 (416) ile en düşük yaz mevsiminde sevk yapıldığını tespit edilmiştir. İklim değişikliklerinin

ambulans türüne etkisine bakıldığında, genel helikopter kullanım toplamının %7,5 (144)'in %2,5 (47)'i yaz mevsiminde gerçekleşmiştir.

Tablo 22: Sevkte Kullanılan Araç ile Mevsimler Arasındaki İlişki

			Sevkte Kullanılan Araç		Toplam
			Kara Ambulansı	Helikopter Ambulans	
Mevsimler	İlkbahar	n %	400 20,9	31 1,6	431 22,5
	Yaz	n %	369 19,3	47 2,5	416 21,7
	Sonbahar	n %	515 26,9	38 2,0	553 28,9
	Kış	n %	487 25,4	28 1,5	515 26,9
	Toplam	N %	1771 92,5	144 7,5	1915 100,0

İl dışı hasta nakillerinin hastanın günlerine göre dağılımının incelendiği bir araştırmada en fazla sevk yapıldığı günler Cuma (%19,6), Pazar (%16,8) ve Cumartesi (%14,4) olarak bulunmuştur (Ertan ve ark, 2010). Çanakkale ilindeki il dışı sevk oranlarının günlere dağılımlarına bakıldığında en fazla Pazartesi ve Perşembe (% 16,0) en az da Cumartesi (%11,0) yapıldığı bulunmuştur. Diğer günlerin sıklık ve yüzdeler oranları Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23: İl Dışı Sevklerin Hastanın Günleri Oranı

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Pazartesi	307	16,0
Salı	303	15,8
Çarşamba	284	14,8
Perşembe	307	16,0
Cuma	290	15,1
Cumartesi	210	11,0
Pazar	214	11,2
Toplam	1915	100,0

Çanakkale'de il dışına gönderilen hastaların vital (yaşamsal) verileri analiz içerisinde yer almasına rağmen dağılımları çok yaygın olduğu ve normallik göstermediği için yorumlanamamıştır.



8. TARTIŞMA

Araştırmada yapılan analizler sonucunda ortaya çıkan veriler ışığında Çanakkale ili genelinde acil sağlık hizmetlerinin kullanımı, halkın sosyal yapısı, hastanelerin genel eksiklikleri ve acil sağlık hizmetlerinin kullanımı sonucu ortaya çıkan maliyetler konusunda birtakım tespitlere ulaşılmıştır.

Çanakkale ilinde il dışına sevk edilen hastaları cinsiyete göre sınıflandırdığımızda literatürle uyumlu olarak %61,5 (1.177)'ini erkeklerin %38,4 (735)'ini kadınların oluşturduğu tespit edilmiştir. Hasta sevkleri üzerine yapılan bir çalışmada sevk edilen hastaların %39,5 (207)'i kadın, %60,5 (317)'i erkek olarak tespit edilmiştir (Yıldız 2004). Ertan ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada ise %45,3'ü erkek, %54,7'si kadın olarak bulunmuştur. Çalışmamızda en fazla sevk edilen yaş grubu ise 60-69 yaş aralığı (385 hasta; %20,1) olup sırasıyla 70-79 yaş aralığı (357 hasta; %18,6), 80-89 yaş aralığı (315 hasta %16,4) ve 50-59 yaş aralığı (299 hasta %15,6) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlardan Çanakkale il genelinde 50 yaş üzeri hasta nüfusunun fazla olduğu sonucuna varılabilir. Kilis Devlet Hastanesinden acil olarak sevk edilen hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada sevk edilen hastaların %45,1 (269)'ini kadınlar, %54,9 (328)'unu erkekler oluşturmaktadır. Aynı çalışmada dışına nakledilen hastaların %75 (448)'i yetişkin, %13,7 (82)'si 2-14 yaş, %11,3 (67)'ü 0-2 yaş grubu olduğu tespit edilmiştir (Kılıç ve ark., 2016).

İl dışına sevk edilen hastaların %92,1 (1.764)'i medikal tanılı ve bu oranın %33,1 (633)'i ÇDH tarafından sevk edilmiştir. Trafik kazası, diğer kazalar, intihar, yaralama ve diğer nedenler ile sevk edilen hasta sayısı yalnızca %7,9 (151)'dur. Yıldız (2004) yaptığı çalışmada il dışına sevk edilen medikal tanılı hasta oranını %60,5 (317) tespit ederken, Kılıç ve ark. (2016) %61 (366) olarak tespit etmişlerdir. İl dışına hasta sevki yapan hastaneler arasında dikkati çeken bir bulgu da ilçe devlet hastanesi olan Biga Devlet Hastanesi tarafından yapılan il dışı hasta sevk oranıdır. ÇDH tarafından yapılan toplam il dışı sevk oranı %37,1 (710) iken Biga Devlet Hastanesinin %16,1 (308)'dir. Bu oranlardan anlaşılacağı üzere sevk zincirine göre ilçeden merkez devlet hastanesine gelmesi gereken hastaların ilçeden direk olarak başka bir il ve ilçelerine hasta nakli yapıldığı ortaya çıkmıştır. Çanakkale'de üçüncü basamak sağlık kurumu olarak hizmet veren ÇOMÜ %25,0 (479) il dışı sevk

oranıyla ikinci basamak sağlık kurumu olan ÇDH'den sonra en fazla hasta sevk yapan hastanedir. Üçüncü basamak bir hastanenin bu sayıda hastayı sevk etmesi üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Yıldız (2004)'ın yaptığı araştırmada nakil yoluyla acil servise gelen hastaların yüksek yoğunluğunun medikal sebeplerle gerçekleştirildiğini tespit etmiştir. Aynı çalışmada nakil sırasında ambulansla sağlık personeli olmadığı, hasta epikrizi doldurulmadan ve hasta stabil hale getirilmeden uygunsuz sevk işleminin gerçekleştirildiği ortaya çıktığı ifade edilmiştir (Yıldız 2004).

Araştırmamızda, yararlanılan sosyal güvenlik kurumunun nakledilen hastane seçiminde bir ayrıma neden olup olmadığını çalışma kapsamında tespit edilmeye çalışılmıştır. İl dışına sevk edilen hastaların sosyal güvencelerine göre gruplandığımızda, 1.915 hastanın %48,5 (928)'i gibi büyük bir yoğunluğunu SSK'ya bağlı çalışan veya emekli olan kişiler oluşturmaktadır. Diğer sosyal güvenlik kurumlarına tabi olan hastaların sevk oranları sırasıyla %26,1 (500) Bağ-Kur, %12,4 (238) Emekli Sandığı, %9,7 (186) Yeşil Kart ve %3,4 (63) diğer (Güvencesiz, Özel Sigorta, Yabancı Hasta ve Diğer)'den oluşmaktadır. Bu sonuçlarda dikkati çeken durum sosyal güvencelerine göre sınıflandırdığımız tüm hastaların %54,8 (1.049)'i özel hastanelere nakil olmuştur. Toplam 1915 sevkten yarısından fazlasının özel hastanelere yapılmış olması dikkat çekici bir durumdur. Bu sonuç neticesinde Çanakkale ili çevresindeki kamu sağlık kurumlarının yetersizliği ile yoğun bakım ve acil sağlık hizmetlerinin ücretsiz olup sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanması nedeniyle özel sağlık kuruluşlarından yararlanma oranının arttığı görülmektedir (T.C. Resmi Gazete, 25 Mart 2010, sayı: 27532).

Bir üniversite hastanesi acil servisine yapılan başvurularda hastaların sosyal güvencelerine göre yapılan analiz sonucunda %55,37 SSK, %20,57 Emekli sandığı mensubu hasta tespit edilmiştir (Çelikten, 2016). Başka bir araştırmada %36,1 (189)'i SSK, %27,9 (146)'u Yeşil Kart, %22,7 (119)'si Emekli Sandığı, %6,3 (33) Özel sigorta, %4,8 (25)'i Bağ-Kur, %2,3 (12)'ü diğer olarak bulunmuştur (Yıldız, 2004). Van Devlet Hastanesi aciline başvuran hastaların sosyal güvenlik kurumuna göre yapılan sınıflandırmada %64,4'ünü Yeşil Kartlı olduğu belirlenmiştir (Köse ve ark., 2011). Hastaların sosyal güvenlik kurumunun tespiti aynı zamanda bölgenin sosyal ve ekonomik yapısı hakkında fikir vermektedir.

Uluslararası hastalık kod sistemi olan ICD sınıflamasına göre sevk edilen hastaların kodları incelendiğinde bazı hastalık kodlarının yoğunlukta sevk edildiği tespit edilmiştir. "I" grubu hastalıklar yani genel olarak dolaşım sistemi hastalıklarını tanımlayan hastalıklarla sevk edilen hasta sayısı 826 olmuştur. İl dışına sevk edilen toplam 1.915 hastanın %18,4 (353)'ü "I21" yani Akut Miyokard İnfarktüsü (Kalp Krizi) teşhisi ile başka illere sevk edilmiştir. Solunum sistemi hastalıklarını tanımlamak amacıyla kullanılan "J" grubu tanısı almış 338 hasta ve bu grup içerisinde "J44" tanılı (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)) 86 hasta il dışına sevk edilmiştir. Tablo 12 ve Tablo 13'te de görüldüğü gibi en fazla kullanılan tanımlar dolaşım ve solunum sistemi hastalıklarına ait olmuştur. Bir hastanenin acil servisine yapılan başvuruların tanı gruplarına göre acil sınıflandırmasında da en fazla başvuru "I" grubunda (n: 1370) olmuştur (Çelikten, 2016). Yarkın ve arkadaşlarının kurum dışı hastanelere gönderilen hastaları sevk tanılarına göre gruplandıklarında 33 hasta KOAH, 15 hasta Pnömoni, 5 hasta Astım, 21 hastayı da diğer nedenlerle sevk edildiği tespit edilmiştir (Yarkın ve ark., 2002).

Çanakkale 112 Acil Sağlık Hizmetlerine bağlı ambulansların nakil sırasında kat ettikleri yol kilometre olarak incelendiğinde yaygın bir kilometre grafiği ile karşılaşmıştır (Şekil 3). Kara ambulansı ambulans maliyetleri hesaplanırken kilometre bazında hesaplama yapıldığı için kat edilen yol maliyeti oluşturmaktadır. İl dışı sevk kilometresi olarak minimum değer 6 km, maksimum değer 1.421 km, ortancası 427 km tespit edilmiştir. Literatür taramasında benzer bir çalışmaya rastlanmadığı için kıyaslama yapılamamıştır.

İl dışına nakil olacak hastaların transportunda kullanılan ambulans araçları hastanın teşhisine (örneğin kafa travmalı hasta kafa içi basıncın artma tehlikesiyle hava ambulanslarıyla nakil edilemez), aciliyetine ve coğrafi özelliklere göre değişiklik göstermektedir. Çanakkale ilinde 112 kara ambulansları dışında obez ve yoğun bakım gerektiren durumlarda kullanılmak üzere 1 adet obez ambulans ve ivedilikle müdahale gerektiren hastalar ile adalardaki (Bozcaada ve Gökçeada) hastaların transportunu gerçekleştirmek amacıyla kullanılan Telesağlığa bağlı 1 adet sağlık botu ve 1 adet helikopter ambulans ve bulunmaktadır. Kara ambulansı dışındaki ambulansların kullanımı sevk eden doktor tarafından hastanın aciliyetinin belirlenmesi sonrası belirlenmektedir. İl dışı nakilde hastanın triyaj kodunun

kullanılan ambulans türüne göre sıklığını incelediğinde toplam 1.915 hastanın %92,5 (1771)'i kara ambulansıyla, %7,5 (144)'i helikopter ambulans ile sevkleri yapılmıştır. Kara ambulansının kullanımı helikopter ambulansın kullanımına göre neredeyse on iki kat fazladır. Yani her on iki hastadan biri helikopter ile nakledilmiştir. Bu aşamada ortaya çıkacak maliyetlerden önce hastaya acil olarak müdahale edilmesi öncelik teşkil etmektedir. Triyaj kodlamasına göre kırmızı kodlu hastaların %50,3 (963)'ü kara ambulansıyla, %7,2 (137)'si helikopter ambulansı ile sarı kodlu hastaların %34,4 (659)'ü kara ambulansıyla, %0,4 (7)'ü helikopter ambulansı ile sevk edildiği tespit edilmiştir. Çanakkale ilinde Bozcaada ve Gökçeada'dan yapılan il içi hasta nakillerine yönelik yapılan bir çalışmada hastaların %44,7'si kara ambulansının feribot vasıtasıyla, %29,7'si deniz ambulansıyla, %25,6'sı hava ambulansı ile nakledildiği tespit edilmiştir (Çalışkan 2015).

İl dışına sevk edilen hastaların triyaj kodlarında olduğu gibi GKS değeri ile kara ve helikopter ambulansı ile nakledilmesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların aciliyet durumunun ambulans seçiminde en önemli belirleyici olmasının yanında hastanın tıbbi durumunun da uygunluğu önemli olmuştur. Hastanın hayati verileri kritik sınırlarda (GKS: 3, 4, 5, 6, 7) ve acil olarak yoğun bakım tedavi ihtiyacı olan toplam %25,5 (489) hastanın %23,3 (447) kara ambulansıyla, %2,2 (42)'si helikopter ambulans ile taşınmıştır. Hayati verileri ciddi sınırlarda (GKS: 8, 9, 10, 11, 12) fakat durumu daha stabil olan toplam %5,0 (96) hastanın %4,9 (93)'ü kara ambulansıyla, %0,2 (3)'si helikopter ambulans ile taşınmıştır. Vital bulguların stabil olduğu bilinci açık genel durumu iyi olarak değerlendirilen (GKS: 13, 14, 15) toplam %69,5 (1.330) hastanın %64,3 (1.231)'ü kara ambulansıyla, %5,2 (99) helikopter ambulans ile nakledilmiştir. Genel durumu iyi, bilinci açık ve tıbbi müdahale için bekleyebilecek durumdaki 99 hastanın helikopter ambulansı ile nakledilmiş olması dikkat çekicidir. Bu hastaların için helikopter ambulansın tercih edilme sebeplerinin araştırılması maliyetlerin düşürülmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Bursa Uludağ Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada hava ambulansla getirilen hastaların GKS puanı ortalaması $13,4 \pm 3,7$ olarak bulunmuştur (Yenice 2012).

İl dışı sevkte görevlendirilecek sevk aracının belirlenmesi bazı sebeplere bağlıdır. Bu sebeplerin başında ve en önemlisi hastanın sağlık durumunun aciliyetidir. Diğer bir sebepte de maliyetlerdir. Çünkü helikopter ambulansın nakil

maliyeti kara ambulansın nakil maliyetinden daha yüksektir. Hastaneler arası hasta nakli acil sağlık hizmetleri tarafından gerçekleştirildiği için nakil işlem ücretleri ambulans türüne göre farklı hesaplanırsa da tüm ambulansların yol maliyeti sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanmaktadır. Fiyatlar kara ambulansları için il sağlık müdürlüğünün belirlediği komisyon, hava ve deniz ambulansları için de bakanlık tarafından ilgili kurumların temsilcilerinin oluşturduğu komisyon tarafından belirlenir (T.C. Resmi Gazete, 07 Aralık 2006, sayı: 26369).

İl dışı hasta sevkleri maliyetleri hesaplanırken ASOS Bilgi Sistemi kullanılmaktadır. Daha önceden ücret karşılıkları belirtilmiş tüm işlemler (tıbbi müdahale, yol, sarf malzemesi gibi) vaka formlarına göre sisteme girişleri yapıldığında otomatik olarak üç grupta sınıflandırılarak faturalandırma işlemi yapılmaktadır. Bu sınıflandırma ambulans ücreti, müdahale ücreti ve toplam ücrettir. 28 aylık sürede il dışına sevk edilen 1.915 vakanın maliyetlerinin genel toplamlarına bakıldığında ambulans ücretleri toplamı 4.860.862,14 TL, müdahale ücretleri toplamı 444.082,8 TL, tüm maliyetlerin toplamı da 6.026.354,6 TL olarak hesaplanmıştır. Sevkte görevli personelin mesai saati dışına çıkan sevk süreleri için fazla mesai ödenmektedir. Bu ödemeler personelin meslek tanımı ile derece ve kademesine göre maaşlarına ek ödeme olarak yansıtılmaktadır. Ödenen bu fazla mesailer de toplamda il dışına yapılan sevklerin maliyetini arttıran etkenlerden birisini oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamında incelenen 1.915 vaka formunun müdahale maliyetlerinin belirli sınırlarda dağılım gösterdiği gözlenmiştir. Bunun nedeni yapılan tıbbi müdahalelerin tanımlanmış ve standardize edilmiş olmasındandır. Müdahale ücretini etkileyen faktörler, nakil yapılan hastanenin uzak mesafede olmasına bağlı olarak yapılan müdahalelerin artması ve sevk sırasında hastanın anstabil hale gelmesine bağlı olarak yeni müdahalelerin ortaya çıkması olarak sayılabilir. Sevk edilen hastanenin km olarak mesafesi ise ambulans maliyetini etkilemektedir. Ambulans maliyetleri ambulans tipine göre farklı hesaplandığı için çok yaygın bir dağılım göstermektedir. Ambulans maliyeti kara ambulansında açılış kilometresinden sonra gidilen kilometreye bağlı olarak hesaplanmaktadır. Bu duruma neden olarak gidilen yolun sabit km olmamasıdır. Helikopter ambulansın ambulans maliyeti ise açılış ücretinden sonra havada kalınan süreyle (dakika olarak) hesaplanmaktadır.

Ambulans tiplerine göre müdahale ücretlerinde büyük farklılıklar gözlenmezken ambulans ücretlerinde büyük farklılıklar dikkat çekmektedir. Kara ambulansında ambulans ücreti en az 181 TL iken, helikopter ambulansta 14.323,5 TL, kara ambulansında ambulans ücreti en fazla 1.601 TL iken helikopter ambulansta 53.390,9 TL olarak tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere ambulans araçları arasında çok büyük maliyet farkları bulunmaktadır. Bu sebeple sevk işleminde toplam maliyeti etkileyen ambulans türü öncelikle hasta yararlılığı sonra da maliyet bakımından doğru tercih edilmesinin sağlanması gerekmektedir. Başka bir maliyet çalışmasında yoğun bakım ihtiyacı sebebiyle sevkli olarak gelmiş toplam 74 hasta incelenmiş ve beş yıllık yapılan çalışmada yoğun bakım masraflarının her yıl arttığı tespit edilmiştir (Yarkın ve ark., 2002).

Ambulans görev sürelerinin önemi hem maliyetler açısından hem de 112 acil sağlık hizmetlerinin asli görevi olan acil hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından önem arz etmektedir. Özellikle kara ambulansları için il dışı sevk amacı ile görevlendirildiklerinde hizmet verdikleri yerleşim bölgesi boş kalmaktadır. Boş kalan bölgeye yakın mesafedeki diğer ambulans ekipleri tarafından hizmet verilmektedir. Bu durumda vakaya ulaşım sürelerini etkilemektedir. Ayrıca sevk süreleri maliyetleri de etkileyerek artışa neden olabilmektedir. Ambulans tiplerine göre sınıflandırılan sürelerin uç ve ortalama değerlerini alınmıştır. Kara ambulansının il dışı sevkte geçirdiği en az süre 27 dakikadır. Bu ve buna yakın sürelerin ortaya çıkmış olmasının nedeni nakledilen hastanın hastaneden çıkıldığı andan kısa bir süre sonra arrets (kalp durması) nedeniyle hastaneye geri dönüş yapılmasıdır. Bu durumda hasta stabilizasyonunun sağlanmadan yola çıkarıldığı düşünülebilir. Kara ambulansında en yüksek süre değeri 2.036 (~34 saat) bulunmuştur. Ortalama süre olarak ise 457,9 (~7,5 saat) dakikada bulunmuştur. İl dışı sevklerde görevlendirilmiş ambulansın sevk sürelerinin uzaması sevk sırasında ortaya çıkan teknik ve diğer sorunlardan kaynaklanmaktadır. Kara ambulansın ambulans ücreti km'ye bağlı olduğu için sürenin maliyete etkisi personel gideri olarak yansımaktadır. İl dışı sevk süresi helikopter ambulans da en az 60 (1 saat) dakika, en uzun 3.008 (~50 saat) dakika, ortalama 289,5 (~4,8 saat) olarak tespit edilmiştir. Çanakkale ilinde helikopter ambulansın mesai saatleri gece uçuş özelliği olmadığı için gün doğumu ve gün batımı olarak belirlenmiştir. Ambulans ücreti

sevkte geçen süreyle orantılı olarak hesaplanmaktadır. Helikopter ambulansın ortalamasının üzerindeki uzun sevk süresi maliyeti arttırmaktadır. Bu sebeple sevk süresinin uzaması hem ambulans ücretini arttıracak hem de görevli ekibin konaklama maliyetlerini ortaya çıkaracaktır.

Çanakkale il ve ilçe hastanelerinden yapılan sevklerin nedenleri ilin sağlık hizmet sunumundaki eksiklerini yansıtmaktadır. Yapılan analiz sonucunda en fazla sevk nedenini %54,5 (1.043)'le yoğun bakım ihtiyacı olarak tespit edilmiştir. Yapılan il dışı sevklerin yarısından fazla bir kısmını oluşturan bu oran Çanakkale'de yoğun bakım yatağının yetersizliğini ortaya çıkarmaktadır. En fazla sevke neden olan diğer etkenler uzman hekim ihtiyacı ve tıbbi ekipman ihtiyacı olarak tespit edilmiştir. Bu eksikliklere yönelik çalışmaların yapılması il genelinde sevk oranlarının düşmesine ve dolayısıyla sevk maliyetlerinde azalmaya neden olacaktır. Ayrıca bu gibi çalışmalar yapılarak ilin sağlık profili çıkarılıp, ihtiyaçlara yönelik etkili bir sağlık hizmeti sunumu da sağlanabilecektir. Kılıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sevk nedeni olarak tıbbi donanım yetersizliği ve ilgili bölümün olmamasına bağlı 431 hastanın sevk edildiğini tespit etmişlerdir (Kılıç ve ark., 2016). Karabük ilinde yapılmış bir çalışmada il dışı sevk nedenleri incelendiğinde birinci sırada acil olamayan hastalar, ikinci sırada anjio gerekliliği nedeniyle Akut Koroner Sendrom ve üçüncü sırada travmalı hastalar olduğu tespit edilmiştir (Benli ve ark., 2014).

Sevk edilecek hasta için uygun hastane aranırken öncelik hastanenin yakınlığı ve hastanın tedavisine uygun imkânlarla sahip olmasıdır. Acil ve yoğun bakım ücretleri tüm sağlık kurumlarında ücretsizdir ve sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmaktadır. Devlet hastanelerinde tüm tedavi işlemleri sosyal güvenlik kapsamında sağlanırken üniversite ve özel hastanelerde bu süreç farklı işlemektedir. Özel hastanelerin SGK ile yaptığı anlaşma neticesinde ücretsiz verilecek sağlık hizmetlerinin bedelleri SGK tarafından karşılanmaktadır.

Çanakkale ili genelinde yapılan toplam il dışı sevk oranları sırasıyla daha önceden de ifade ettiğimiz üzere ÇDH %37,1 (710), ÇOMÜ %25,0 (479), Biga Devlet Hastanesi %16,1 (308), %4,3 (82) Ezine ve Gelibolu Devlet Hastaneleri, %3,7 (70) Çan Devlet Hastanesi, %2,8 (53) Demircioğlu Devlet Hastanesi, %1,6 (30) Bayramiç Devlet Hastanesi ve %5,3 (101) diğer hastaneler olarak bulunmuştur. Bu oranlardan anlaşılacağı üzere sevk zincirine göre ilçeden merkez devlet

hastanesine gelmesi gereken hastaların ilçeden direk olarak başka bir il ve ilçelerine hasta nakli yapılmıştır. Bu da il merkezindeki hastanelerin ilçelerden gelen sevkler için yetersiz kaldığı sonucuna sebep olmaktadır.

Türkiye bulunduğu coğrafi konumu sebebiyle dört mevsimi yaşayan ve her bölgesinde farklı iklim koşulları yaşayan bir ülkedir. Bu durumun ortaya çıkardığı şartlar neticesinde acil sağlık hizmetinde kullanılan araçlar mevsimlere ve coğrafi bölgelere göre değişim göstermektedir. Kış şartlarının ağır geçtiği bölgelerde paletli kara ambulanslarının kullanımı bu duruma örnek gösterilebilir. Çanakkale ilinin bulunduğu coğrafi bölge sebebiyle acil sağlık hizmet sunumunun aksamaması amacıyla hem deniz, hem kara, hem de hava ambulans araçları bölgede hizmet vermektedir. Ayrıca mevsimlere bağlı olarak gün doğumu ve gün batımı saatlerinin değişimi helikopter ambulansın kullanımını etkilemektedir. Çanakkale ilinde helikopter ambulansın gece görüşü olmadığından çalışma saatleri gün doğumu ve gün batımı olarak belirlenmiştir. Çanakkale ilinde mevsimsel değişimin nakil ambulansı türüne etkisi helikopter ambulansın kullanımına en uygun mevsim olan yaz aylarında artış göstermektedir. Helikopter ambulans ile yapılan toplam 144 sevk işleminin 47'si yaz aylarında gerçekleştirilmiştir. Bu durumdan çıkarılacak sonuç yaz mevsiminde gün doğumu ve gün batımı arasındaki saat aralığı uzun olduğundan ve hava şartlarının uygunluğu helikopter ambulansın daha sık kullanılmasına sebep olmaktadır. Çanakkale ilindeki il dışı sevk oranlarının günlere dağılımlarına bakıldığında en fazla Pazartesi ve Perşembe (% 16,0) en az da Cumartesi (%11,0) ve Pazar (%11,2) günleri yapıldığı bulunmuştur. Pazartesi ve Perşembe günlerinin yoğunlukta olması, uzman hekimlerin servis yataklarını boşaltmak istemeleri ve hafta sonu resmi tatil sebebiyle hastaneye gelmek istememeleri olduğu düşüncesine sebep olmaktadır. Cumartesi ve Pazar günü sevk sayılarının azlığının nedeni ise hafta sonu nedeniyle uzman hekimlerin hastanede olmaması gösterilebilir. Çanakkale ilinde çıkan sonuçlardan farklı olarak il dışı hasta nakillerinin hastanın günlerine göre dağılımının incelendiği bir araştırmada en fazla sevk yapıldığı günler Cuma (%19,6), Pazar (%16,8) ve Cumartesi (%14,4) olarak bulunmuştur (Ertan ve ark., 2010).

Çanakkale ilinde 28 ay içerisinde il dışına yapılan toplam 1.915 sevk bir güne düşen oranı 2,2'dir. Yani her gün en az 2 hasta il dışına sevk edilmektedir. Bu sayı il

genelinde tolere edilebilecek bir orandır. Bu sebeple sevke neden olan etkenlerin tespiti sevk oranlarının düşürülmesi açısından doğru bir çalışma olacaktır.

112 acil sağlık hizmetleri olay yerinde yapılan acil müdahalenin her geçen gün artan önemi nedeniyle teknik ve personel yapısını arttırarak hizmet alanını genişletmektedir. 112 acil sağlık hizmetleri asli görevi olan acil vakalara müdahale ederek en yakın sağlık kurumuna nakletmenin dışında, il dışı sevkler, olay yeri bekleme gibi üstlendiği görevler sebebiyle il genelinde sağlık hizmet sunumunda önemli bir yere sahip olmuştur. İş yükünün yoğunluğu artan sevklerle hizmet sunumunda aksaklıklara neden olabilmektedir. Sevk oranlarının düşürülmesi, hem acil hizmetlerin hizmet sunumun aksamaması, hem hasta ve hasta yakınlarının ekonomik anlamda mağduriyetlerinin azaltılması hem de ortaya çıkan diğer maliyetlerin düşürülmesi açısından önemlidir. Sevk oranlarını düşürmek amacıyla, sevklerin incelenmesi ve sevke neden olan sebeplerin ortadan kaldırılmasının yararlı bir çalışma olacağı düşünülmektedir. Çanakkale 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin yaklaşık iki buçuk yıllık kayıtları incelediğinde araştırmada acil çağrı başvurularının her yıl arttığı gözlenmiştir. Ayrıca araştırmanın zaman süreci içerisine giren 2015 (890 sevk) ve 2016 (825 sevk) yılları arasındaki sevk sayılarının düşmesi olumlu bir gelişme olarak dikkat çekmektedir.

9. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık hizmet sağlayıcısı olarak hizmet veren tüm sağlık sisteminin, kaliteli hizmet sunması sistemin işlerliği bakımından oldukça önemlidir. Dünya üzerinde halen birçok ülkede acil sağlık hizmetlerinin bile olmamasına karşın, Türkiye'de (son 15 yıl içerisinde) sağlık hizmetlerinde her geçen gün önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kaliteyi ve sunumu etkileyen en önemli etken sağlığın finansmandır. Sağlığın finansmanı sağlık hizmeti sunumuyla birebir ilişkili bir yapıdır. Bu sebeple iyi bir finansman planlaması aynı zamanda kaliteli bir sağlık hizmet sunumu anlamına gelmektedir.

Hastaneler arası hasta nakli özellikle son yıllarda artarak devam eden bir uygulamadır. Literatür taramasında konuyla ilgili yeterli kaynağa ulaşılamaması bu konunun yeterince çalışılmadığını ortaya koymaktadır. Hastaneler arası hasta sevki çoklu paydaşları olan bir organizasyonel işlemdir. Sevkin talep edilmesinin gündeme gelmesi ile başlayan süreçte organizasyonun eksiksiz ve süratle tamamlanması gerekmektedir. Organizasyon içerisinde yer alan paydaşlar; hasta ve hasta yakınları, sevki talep eden hastane, sevki kabul eden hastane, 112 KKM ve 112 ASH'dir.

Türkiye'de hastaneler arası il dışı hasta sevkleri birinci basamak sağlık hizmetlerinden biri olan acil sağlık hizmetleri tarafından yapılmaktadır. Sevklerin ortaya çıkardığı maliyetlerin kabul edilebilir sınırlarda kalması ülke ekonomisi açısından da önemli bir etkiye sahiptir. Ortaya çıkan maliyetlerin fayda ve zarar değerlendirmesi hasta için sağlığın korunması ve geliştirilmesi önceliğine göre değerlendirilmesi gerekmektedir. 112 acil sağlık hizmet sunumuna dâhil olan hasta nakillerinin yapılan araştırma sonucuna göre maliyet yarattığı tespit edilmiştir. Bu maliyetlerin düşürülmesi amacıyla elde edilen veriler Çanakkale ili sağlık yöneticileri ile paylaşılması hedeflenmektedir.

Sevk edilen hastaların sağlık profillerine bakılarak il genelinde planlanacak koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalıkların birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebilir olması sağlanabilir.

Çanakkale ilinde gerçekleştirilen il dışı hasta sevklerinin nedenleri çoğunlukta aynı sebeplerden kaynaklanmaktadır. Yoğun bakım yatağı yetersizliği, uzman hekim eksikliği ve tıbbi ekipmanlardan kaynaklı sorunlar yapılan sevklerin iyi bir planlama ile azaltılabileceğini göstermektedir. Bu ise sevk sayılarının ve sevke bağlantılı

maliyetlerin düşmesine neticesinde de uzun vadede sağlık hizmetleri için yararlı bir finansman kaynağına dönüşmesine neden olacaktır.

Çanakkale ilinde sadece bir tane bulunan üçüncü basamak sağlık tesisi olan ÇOMÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi il merkezindeki sevkleri tolere edememekte ve kendi bünyesindeki hastalar içinde yetersiz kalıp sevk talebinde bulunmaktadır. ÇOMÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi planlandığı gibi 2018 yılının ilk aylarında yeni binasına taşınmasıyla il genelinde sevk oranlarının düşmesi beklenmektedir. Ayrıca ilde bulunan ve sevk talebinin yoğun talep edildiği ikinci basamak hastanelerin eksiklerinin tamamlanmasıyla sevklerin azalacağı düşünülmektedir. Sevk nedenlerinin yanında sevk edilen hastaların yaş ortalamasının ve sağlık profillerine göre alınacak önlemlerle sevk oranları düşürülebilir, niteliktedir. Yaşlı nüfusun yoğun olduğu Çanakkale'de palyatif bakım hizmetleri ve kardiyovasküler hastalıklara yönelik koruyucu hizmetler uzun vadede olumlu sonuç verecektir.

Hasta sevkinin bu paydaşlara olan etkisi farklılıklar gösterse de hepsinin etkilendiği ortak payda maliyet kısmıdır. Paydaşlara yansıyan ekonomik maliyetler devlet tarafından karşılanırken hasta ve yakınlarının tedavi hizmetleri ve refakat giderleri hariç olan giderler kişilerin ceplerinden çıkmaktadır. Bu durumda akla gelmesi gereken soru şu olmalıdır: *"Hasta ve yakınlarının bu maliyeti karşılayacak maddi gücü var mıdır?"*

Hastaneler arası il dışı sevklerin doğru planlanması hasta yararlığı ve maliyet yararlığı açısından da önemlidir. Çalışma 112 sevk formları üzerinden yapılan tanımlayıcı bir araştırma olduğu için 112 acil sağlık hizmetleri dışında diğer paydaşlar (hastaneler, hasta ve hasta yakınları) kapsam dışı bırakılmıştır. İl dışı sevklerin diğer paydaşlarından olan hasta ve hasta yakınlarının sosyal ve psikolojik açıdan yaşadığı sorunlar ayrı bir çalışmanın konusunu oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

- Aksoy F, Ergün A. Acil sağlık hizmetlerinde ambulansın yeri. Ulusal Travma Dergisi. 2002; 8(3): 160-163.
- Alma- Ata Bildirgesi. Toplum ve Hekim Sayı: 39, Cilt: 6/A, [Elektronik Dergi]. <http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/browserecord.php?action=browse&-recid=450>, Aralık 1985; 4- 6.
- Ankara 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği KKM il Dışı Nakil Çalışma Talimatı, 01 Temmuz 2015, No: KKM. TL.06.
- Armağan E, Akköse Ş, Çebişi H, Engindeniz Z, Tokyay R. Hastaneler arası sevklerde kurallara uyuluyor mu? Ulusal Travma Dergisi. 2001; 7(1): 13-16.
- Atasever M, Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi. Bakanlık Yayın No: 983, 2014.
- Atilla ÖD, Oray D, Akın Ş, Acar K, Bilge A. Acil servisten bakış: Ambulansla getirilen hastalar ve sevk onamları. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2010; 10(4): 175-180.
- Aytekin S ve Aytekin AG. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve kamu sağlık harcamalarının finansmanı. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/gumussosbil/article/view/5000004270/5000004783> 2010; 2:163-184.
- Başara BB ve Güler C. (Eds.) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni, 2017 sf: 5.
- Başara BB, Güler C, Yentür GK. (Eds.) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, Ankara 2015 sf: 93.
- Benli AR, Koyuncu M, Cesur Ö, Karakaya E, Cüre R, Turan MK. Evaluation of use the 112 emergency ambulance service in Karabük city. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 2014; 6(3): 271-274.
- Çakır ZG, Bayramoğlu A, Aköz A, Türkyılmaz ŞE, Emet M ve Uzkeser M. Analysis of patient forms of prehospital emergency medical services. The Journal of Academic Emergency Medicine. 2012; 23 (6): 23-26
- Çalışkan C. Gökçeada ve Bozcaada'dan 01.01.2009-31.12.2013 tarihlerinde 112 ambulansları ile sevk edilen hastaların ambulans hasta kayıt formlarının değerlendirilmesi. 2015, Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Kerim Hakan Altıntaş) .
- Çavmak Ş ve Çavmak D. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Dergi Park Sağlık Yönetim Dergisi. 2017; 1(1): 48-57.

- Çelikay F ve Gümüş E. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve Finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2011; 1: 177-216.
- Çelikten OS. Bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran hastaların demografik özellikleri ve acil servis klinik hizmetlerinin değerlendirilmesi: Beş yıllık analiz. 2016, T.C. Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta uzmanlık tezi, 73 sayfa, Konya (Prof. Dr. Ahmet Ak).
- Daştan İ ve Çetinkaya V. OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2015; 5(1): 104-134.
- Ertan C, Akgün FS, Yücel N. Bir üniversite hastanesi acil servisine yapılan sevklerin incelenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2010; 10(2): 65-70.
- Genelge, T.C. Başbakanlık Personel ve Prensipler Genel Müdürlüğü, Acil sağlık hizmetlerinin sunumu, 25 Haziran 2008, Sayı: 7515-2008/13.
- Genelge, T.C. Başbakanlık Personel ve Prensipler Genel Müdürlüğü, acil sağlık hizmetlerinin sunumu, 09 Ağustos 2010, Sayı: 9039-2010/16.
- Genelge, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil hasta sevkleri, 20 Ekim 2006, Sayı: 2006/110.
- Genelge, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ambulans Hizmetleri Koordinasyonu, 22 Şubat 2005, Sayı: 2005/30
- Genelge, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Nakil ve Sevk Esasları, 24 Haziran 2010, Sayı: 2010/46.
- Genelge, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar, 02 Temmuz 2010, Sayı: 2010/50.
- Gülşen MA ve Yıldırım M. Mali regülasyon olarak sağlık regülasyonlarının sağlık kurumlarına etkisi: Türkiye'de üniversite hastaneleri ve sağlık uygulama tebliği. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017; 13(13): 23-44.
- Kıdak L, Keskinöğlü P, Sofuoğlu T, Ölmezoğlu Z. İzmir ilinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2009; 19(3): 113-119.
- Kılıç M, Dokur M, Ulutaşdemir N. Acil sevklerinde yaşanan sorunlar: Küçük bir il düzeyinde yapılan değerlendirme. Zirve Tıp Dergisi. 2016; 1(1): 17-21.
- Koç D, Babayigit H, Esen Ş. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin gelişimi ve Bartın il ambulans servisine bağlı acil sağlık hizmetlerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi. Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2016; 5: 35-46.
- Köse A, Köse B, Öncü MR, Tuğrul F. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. Gaziantep Tıp Dergisi. 2011; 17: 57-62.

- Köse RM, Başara BB, Güler C, Soytutan İ, Aygün A, Özdemir TA, Uzun SB, Kayış BB, Yentür GK, Pekerçli A, Öztürk ÇT, Kılıç DA. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara; 2016: s. 120- 123.
- Kulshrestha A, Singh J. Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2016 60(7): 451-457.
- Önge T, Satar S, Kozacı N, Açıkalin A, Köseoğlu Z, Gülen M, Karakurt Ü. 112 ile acil tıp servisine getirilen erişkin hastaların analizi. *The Journal of Academic Emergency Medicine*. 2013; 12: 150-154.
- Özgen H. Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: nedir? Neden önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2007; 2(10): 201- 228.
- Özlu T. Sağlık Kurumları Arasında Hasta Naklinde Yaşanan Sorunlar, <https://www.medimagazin.com.tr/authors/tevfik-ozlu/tr-saglik-kurumlari-arasinda-hasta-naklinde-yasanan-sorunlar-72-45-2228.html>, 17 Ekim 2017.
- Öztürk S, Uçan O. Türkiye'de sağlık harcamalarında artış nedenleri: Sağlık harcamalarında artış-büyüme ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2017; 22(1): 139- 152.
- Politika Analizi Raporu Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması, Hazine Müsteşarlığı Öğlen Grubu, Ankara 2011 s.14-20. Erişim tarihi: <https://www.sgb.gov.tr>, 15 Eylül 2017.
- Sülkü SN, Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No: 2011/414, Ankara 2011.
- Şentürkdoğan B. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi: Sağlıkta dönüşüm projesi. V. Anadolu International Conference in Economics. Eskişehir:1-17. 11-13 Mayıs 2017
- Taviloğlu K, Ertekin C, Güloğlu R (Eds). *Travma resüsitasyon kursu*. Logos Yayıncılık, 2006: s. 203-220.
- Palombo C, Walls CA. Emergency Department Regulatory Requirements and Medication Reconciliation. In: *Emergency Department Management*. Strauss RW, Mayer TA (Eds). McGraw-Hill Education. 5 Eylül 2013. p.157-161.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, *Acil sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetlerinin yapısı*, Ankara, 2011.
- T.C. Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 25 Ağustos 2017 Sayı: 30165.
- T.C. Resmi Gazete, *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*, 11 Mayıs 2000, Sayı: 24046.
- T.C. Resmi Gazete, *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*, 15 Mart 2007, Sayı: 26463.

- T.C. Resmi Gazete, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 07 Aralık 2006, Sayı: 26369.
- T.C. Resmi Gazete, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 10 Nisan 2012, Sayı: 228260.
- T.C. Resmi Gazete, Hasta Hakları Yönetmeliği, 01 Ağustos 1998, Sayı: 23420
- T.C. Resmi Gazete, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 02 Kasım 2011, Sayı: 28103 (Mükerrer).
- T.C. Resmi Gazete, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 25 Mart 2010, Sayı: 27532 (Mükerrer).
- T.C. Resmi Gazete, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 31 Mayıs 2006, Kanun No: 5510.
- T.C. Resmi Gazete, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ 16 Ekim 2009, Sayı: 27378.
- T.C Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi, 24 Aralık 2005, Sayı: 872.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2016, Yayın No: 1063, Bizim Dijital Matbaa, Ankara, Şubat 2017.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği, Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişi, 04 Temmuz 2013, Sayı: 11045126/010 06.02/ (2013/3).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzleme Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı, İl Dışı Sevk Verileri, 01 Ağustos 2016 Sayı: 44141763/663.09/,
<http://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/19195cf0d89e4ab9910f0befad693e6a.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni. 29 Eylül 2017, Sayı: 5.
- T.C Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013- 2017. Ankara; 2012: sf.44
- T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ambulans Hava Aracı İşletilmesine Dair Esaslar, 21 Nisan 2010, Sayı: B.10.0.TSH.0.16.08.
- T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Nöbet Hizmetleri ve Acil Hizmetleri, 16 Aralık 2005, Sayı: 23481 (2005/180).
- Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık ve Sosyal Koruma, Sağlık Harcamaları ile ilgili Göstergeler, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. 2002-2013.

- Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık ve Sosyal Koruma, Sağlık Harcamaları ile ilgili Göstergeler, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. 2014-2016.
- World Health Organization. Global Strategy for Health for All By The Year 2000. Geneva 1981.
- Yarkın T, Baran R, Karagöz T. Yoğun bakım ve mekanik ventilasyon gerektirdiği için kurum dışı hastanelere sevk edilen hastaların genel özellikleri ve kurumumuza maliyeti. Göztepe Tıp Dergisi. 2002; 17: 91-94.
- Yaşar GY. Sağlıkın finansmanı ve Türkiye için sağlık finansman modeli önerisi. 2007, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 348 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Şerife Türcan Özşuca).
- Yenice H. Uludağ üniversitesi tıp fakültesi hastanesi acil servisine hava ambulansı ile nakledilen olguların değerlendirilmesi. 2012, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 59 sayfa, Bursa, (Yrd. Doç. Dr. Özlem Köksal) .
- Yıldız M. Acil servise ambulansla transportu yapılan hastaların analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2004; 4 (4): 144-148.
- Yurdadoğ V. Türkiye'de sağlık harcamalarının finansmanı ve analizi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2007; 16 (1): 591-610.

EKLER

Ek- 1

EK-1

AMBULANS OLARAK KULLANILACAK ARAÇLARIN TAŞIT OLARAK ÖZELLİKLERİ

- a) Araçlar, Karayolu Trafik Kanunu'na uygun olmalı ve ilk kez ambulans ruhsatı alacak araçlar 5 (beş) yaşından fazla olmamalıdır. Daha önce ambulans ruhsatı almış ve 5 (beş) yaşını doldurmuş olan araçlar her iki yılda bir teknik ve tıbbi araç-gereç muayeneleri yapılarak, uygun olanların izinleri 15 (on beş) yaşına kadar uzatılabilir.
- b) Araçlar mono blok gövdeli panelvan tipinde veya hasta kabinli pick-up tipinde olacaktır.
- c) Hasta kabini uzunluk, genişlik ve yükseklikleri aşağıdaki tabloda belirtilen ölçülerde olmalıdır. Arazi tipi veya tabloda belirtilmeyen özel donanımlı ambulanslarda araç üreticisinin orijinal dış ölçüleri muhafaza edilecektir.

	HASTA NAKİL AMBULANSI	ACİL YARDIM AMBULANSI	YOĞUN BAKIM AMBULANSI
GENİŞLİK	1300 mm	1400 mm	1500 mm
UZUNLUK	2400 mm	3000 mm	3000 mm
YÜKSEKLİK	1300 mm	1600 mm	1800 mm

- ç) Siren cihazı ile aracın ön ve arka kısmında mavi renkte tepe lambası olmalıdır.
- d) Bir adet araç telsizi ve en az bir adet el telsizi bulunmalı, ayrıca şoför mahalli ile hasta kabini arasında haberleşmeyi sağlayacak dahili haberleşme sistemi bulunmalıdır.
- e) Kabinde bulunan kapılar sedye girişine uygun olmalı, arka kapı(lar) asgari 90 derece açılabilir. Arka girişe ilave olarak hasta bölmesinde alternatif bir çıkış kapısı olmalıdır.
- f) Hasta kabininde en az 2 adet perdelenmiş harici pencere olmalıdır.
- g) Hasta kabininde havalandırma, ısıtma ve aydınlatma sistemleri bulunmalıdır.
- ğ) Sedye üst hizasında tavanda elle tutunma yeri bulunmalıdır.
- h) Kabinde kilitlenebilir ilaç bölümü olmalıdır.
- ı) Egzoz çıkışı; egzoz gazı içeriye girmeyecek şekilde kapılardan uzak bir konumda olmalıdır.
- i) Araçlar sarsıntısız bir şekilde hasta naklini sağlayacak özel bir süspansiyon sistemine sahip olmalıdır.
- j) Ambulanların tasarımı ile donanımda kullanılacak tüm elektrik aksamı, cihaz ve malzemelerin montaj ve özellikleri TS-EN 1789 standardına uygun olmalıdır.
- k) Her araçta asgari iki adet 2 litrelik yangın söndürücü bulunmalıdır.
- l) Her araçta asgari birer adet emniyet kemeri keseceği, demir manivela ve imdat çekici bulunmalıdır.

**AMBULANSTA BULUNDURULACAK ASGARİ
TIBBİ CİHAZ, ARAÇ- GEREÇ VE MALZEMELERİN NİTELİK VE MİKTARLARI**


SIRA NO	TIBBİ CİHAZ, ARAÇ- GEREÇ VE MALZEMELERİN ADI	AMBULANS TİPİNE GÖRE BULUNMASI GEREKEN SAYI		
		HASTA NAKİL	ACİL YARDIM	YOĞUN BAKIM
1	Ana Sedye	1	1	1
2	Kombinasyon Sedye	1	1	1
3	Vakum Sedye	-	1	1
4	Faraş Sedye	-	1	1
5	Sırt tahtası	1	1	1
6	Traksiyon Atel Seti	-	1	1
7	Asgari 6 Değişik Parçalı Şişme Atel Seti	1	1	1
8	Boyunluk Seti	1	1	1
9	KED kurtarma yeleği	-	1	1
10	Sabit Oksijen tüpü ve prizi	1	1	1
11	Portatif oksijen tüpü*	1	1	1
12	Transport Ventilator cihazı (erişkin ve pediatrik kullanımına uygun basınca [10-50 cmH2O] ayarlanabilir, PEEP valfi bulunan)	-	1	1
13	Sabit Vakum aspiratörü	1	1	1
14	Portatif aspiratör*	1	1	1
15	Sabit tansiyon aleti (Steteskoplu)	1	1	1
16	Portatif tansiyon aleti (Steteskoplu)	1	1	1
17	Oksimetre*	-	1	1
18	Termometre	1	1	1
19	Diagnostik set (otoskop,oftalmoskop,inoskop)	1	1	1
20	Serum askısı	2	2	4
21	Enjektör pompası	-	1	1
22	Defibrilatör (Monitörlü)	-	1	1
23	Canlandırma ünitesi (Balon valf maske seti, laringoskop seti, portatif oksijen tüpü, entübasyon tüpleri, havayolu tüpü, oro/nazofaringeal kanüller, kolorimetrik cihaz)	-	1	1
24	Isı izolasyonlu kap	-	1	1
25	Oksijen maskesi ve nazal kateterler (set)	1	1	2
26	Aspirasyon kateterleri (3 farklı boyda)	1	1	2
27	Muhtelif boyda idrar sondası ve torbası	1	1	2
28	Muhtelif ölçüde enjektör	10	10	15
29	Toraks drenaj kiti	-	-	1
30	Ölçekli infüzyon cihazı	-	-	1
31	Perikardiyal delme kiti	-	-	1
32	Merkezi (santral) ven sondası (kateteri)	-	-	1
33	Harici kalp atışı düzenleyici (eksternal pace maker) özelliği olan defibrilatör*	-	-	1
34	Acil doğum seti	-	1	1
35	Yanık seti (Alüminyum yanık battaniyesi, yanık sargısı ve kompresler veya yanık jeli)	-	1	1
36	Temel tıbbi malzeme çantası (yüzük kesme makası, turnike, steril spanç, kompres, kanama durdurucu materyal, sargı bezi, elastik bandaj ve plaster içermeli)	1	1	1
37	Serum seti ve kelebek set ile intraketler	5	5	10
38	Personel görev kıyafeti (Yansıtıcı)	2	2	2
39	Cenaze torbası	2	2	2

(*) Bu cihazlar diğer cihazlar içerisinde bütünlük ise ayrıca istenmez

**HAVA VE DENİZ AMBULANSI OLARAK KULLANILACAK TAŞITLARDA
BULUNDURULACAK ASGARİ TIBBİ CİHAZ, ARAÇ- GEREÇ VE
MALZEMELERİN NİTELİK VE MİKTARLARI**

SIRA NO	TIBBİ CİHAZ, ARAÇ- GEREÇ VE MALZEMELER	ADET
1	Ana Sedye	1 Adet
2	Kombinasyon Sedye	1 Adet
3	Scoop Sedye	1 Adet
4	Vakum sedye	1 Adet
5	Monitörlü Defibrilatör	1 Adet
6	Oksijen sistemi (Depo, Yedek tüpü ve aparatları)	1 Adet
7	Tıbbi Aspiratör sistemi	1 Adet
8	Sedye oturma rayları ve Emniyet kilitleri	1 Adet
9	Sağlık personel koltuğu	2 Adet
10	Puls Oksimetre*	1 Adet
11	Volüm ayarlı İnfüzyon veya Enjektör pompası	2 Adet
12	Boyunluk Seti (Küçük, orta ve büyük ebatlarda ayarlanabilir)	2 Adet
13	Asgari 6 Değişik Parçalı Şişme Atel Seti	1 Adet
14	Reanimasyon Çantası (Komple)	1 Adet
15	Traksiyon Atel Seti	1 Adet
16	Transport Ventilatör cihazı (erişkin ve pediatrik kullanımına uygun basınca [10-50 cmH2O] ayarlanabilir, PEEP valfi bulunan)	1 Adet
17	IV Sıvı Şişe/ Torba Askıları	1 Adet
18	Diagnostik set (otoskop,oftalmoskop,rinoskop)	1 Adet
19	Cenaze torbası	2 Adet
20	Yanık seti (Alüminyum yanık battanisi, yanık sargısı ve kompresler veya yanık jeli)	1 Adet
21	Temel tıbbi malzeme çantası (yüzük kesme makası, turnike, steril spanç, kompres, kanama durdurucu materyal, sargı bezi, elastik bandaj ve plaster içermeli)	1 Adet
22	Oksijen maskesi ve nazal kateterleri (3 farklı boyda)	1'er adet
23	Aspirasyon kateterleri (3 farklı boyda)	1'er adet
24	Muhtelif boyda foley sonda ve idrar torbası (3 farklı boyda)	1'er adet
25	Muhtelif ölçüde enjektör	10 adet
26	Serum seti ve kelebek set	5'er adet
27	Portatif tansiyon aleti (Steteskoplu)	1 Adet
28	Acil doğum seti	1 Adet
29	Canlandırma ünitesi (Balon valf maske seti, laringoskop seti, portatif oksijen tüpü, entübasyon tüpleri, hava yolu tüpleri)	1 Adet

(* Bu cihazlar diğer cihazlar içerisinde bütünlük ise ayrıca istenmez

	SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK TESİSLERİ ARASI VAKA NAKİL TALEP FORMU		EK : 3	
			Tarih/...../ 20.....	
				Saat:/.....
Nakli Talep Eden Kurum :		İli		HASTANESİ
Nakli Gerçekleştirilmesi İstenen				
İLİ 112 ASH KOMUTA KONTROL MERKEZİ				
Hasta Kimlik Bilgileri				
Adı, Soyadı:		Cinsiyet :		Yaşı:
TC Kimlik No:		Uyruğu		
Hasta Yakını Bilgileri (Adı Soyadı, Telefon, Adres)		Sosyal Güvencesi		
		Hastane Protokol No		
<input type="checkbox"/> Hasta yakını bilgilendirildi, aydınlatılmış onam belgesini onayladı.		112 ASH Protokol No		
Hasta Klinik Bilgileri (Epikriz)				
Vital Bulgular	Kan Basıncı:		Ateş:	
	Nabız:		Solunum:	
	Bilinç Durumu:		GKS:	
Patolojik Muayene Bulguları				
Tetkik Bilgileri				
Yapılan Medikal İşlemler				
Varsa Nakil Sırasında Yapılması İstenen Medikal İşlemler				
Ön Tanı (ICD10 Kodu) ve Vaka Triaj Kodu:				
Sevk Edildiği Kurumda Yapılması İstenen Medikal İşlemler				
Sevk Nedeni				
<input type="checkbox"/> Replantasyon		<input type="checkbox"/> Ağır Travma		
<input type="checkbox"/> Yanık		<input type="checkbox"/> Boş Yoğun Bakım Yatağı Olmaması		
<input type="checkbox"/> Boş Servis Yatağı Olmaması		<input type="checkbox"/> İlgili Branş Uzmanının Olmaması		
<input type="checkbox"/> Tedavi İçin Gerekli Ekipman Yok / Arızalı		<input type="checkbox"/> İleri tetkik ve tedavi ihtiyacı		
<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)				
Nakil Bilgileri (işaretleyiniz)		<input type="checkbox"/> Havayolu <input type="checkbox"/> Karayolu <input type="checkbox"/> Doktorlu <input type="checkbox"/> Doktorsuz <input type="checkbox"/> Ek Uzman Hekim		
AÇIKLAMALAR				
Transport sırasında gereksinimler				
<input type="checkbox"/> Küvöz		<input type="checkbox"/> Monitör		<input type="checkbox"/> Ventilatör / İnfüzyon pompası
<input type="checkbox"/> Travma tahtası		<input type="checkbox"/> KED yeleği		<input type="checkbox"/> Boyunluk
<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)				
*Bu bölüm sadece Yeşil Kartlı hastalarda sevk eden kurum tarafından doldurulacaktır.				
Yeşil Kart Karne Seri No:.....Yeşil Kart Karne Vize Tarihi:..... Yukarıda adı, bilgileri ve talep gerekçesi belirtilen hasta için/20... tarihinde, saat itibarı ile 112 kayıtlarına göre söz konusu tedavinin gerçekleştirilebileceği ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanesi/kamu hastanelerine ait yoğun bakım yatağı bulunmaması nedeniyle Hastanesine nakli gerçekleştirilmiştir.				
	Sevk Eden Hekim	Sevk eden Hastane Başhekimi/ İdari Şef Onayı	Sevk Eden İl KKM Sorumlu Hekimi	Sevki Değerlendiren İl KKM Sorumlu Hekimi
Ad-Soyad-Tarih, Saat,				
Kase, İmza				
Sabit ve Cep Telefon No				
Kurum Telefon no				
Nakil sırasında doğabilecek hastalıklardan kaynaklanan komplikasyonlardan nakli talep eden Kurum ve Hekim sorumludur. Koyu siyah kalemle ya da elektronik ortamda eksiksiz doldurularak, talep edilen İl Komuta Kontrol Merkezine fakslanacaktır. Eksik formlar işleme konulmayacaktır. Fakslanan formun doğru adrese ulaşmış, ulaşmadığı teyit edilmiştir.				

Ek- 6

EK-9
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK TEŞİSLERİ ARASI VAKA NAKİL TALEP FORMU

HASTANESİ NAKİL TALEP FORMU
FİŞ NO: XX 000000

İSTASYON		SAATLER		HASTA BİLGİLERİ		SOSYAL GÜVENÇE						
Amb. Prot.No		Talep Saati		Adı Soyadı :		<input type="checkbox"/> Memur (Kurumu)	<input type="checkbox"/> Bağ-Kur Çalışan					
1. Hast. Prot. No		Vaka Ver. St				<input type="checkbox"/> Emekli Sandığı	<input type="checkbox"/> Bağ-Kur Emekli					
		Amb. Hareket St				<input type="checkbox"/> SSK Çalışan(İşyeri)	<input type="checkbox"/> Bağ-Kur Tarım					
Tarih		1. Hast Varış St		Adres :		<input type="checkbox"/> SSK Çal. Aile Yak.	<input type="checkbox"/> Yeşil Kart					
2. Hast. Prot. No		2. Hast Varış St				<input type="checkbox"/> SSK Emekli	<input type="checkbox"/> Özel Sigorta					
		2. Hast. Ayrılış St				<input type="checkbox"/> SSK Em Aile Yak.	<input type="checkbox"/> Zor. Trafik Sig					
Plaka		Istasyona Dönüş				Çıkış km	<input type="checkbox"/> Kasko Sigortası					
		Diğer				Varış km	<input type="checkbox"/> Güvencesiz					
						Dönüş km	<input type="checkbox"/> Diğer					
HASTANIN SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ						T.C. Kimlik No						
Sigortalının Adı		Baba Adı		Karne No		Vize Tarihi						
Soyadı		Doğum Tar.		Sos.Göv.No		Karnenin Alındığı İl						
Yakınlığı		Doğum Yeri		Tahsis No								
<input type="checkbox"/> Travma		ÇAĞRI NEDENİ			TALEP EDEN SAĞLIK TESİSİ							
<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Uzman Yok	<input type="checkbox"/> Monitör Yok	<input type="checkbox"/> Ventilatör Yok	<input type="checkbox"/> Personel yok	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım	<input type="checkbox"/> Ameliyathane	<input type="checkbox"/> Diğer				
<input type="checkbox"/> Hayır		<input type="checkbox"/> Diğer Belirtiniz			<input type="checkbox"/> Diğer Belirtiniz							
TALEP EDEN KURUM YETKİLİSİ					KABUL EDEN KURUM YETKİLİSİ							
AD, SOYAD UNVAN TELEFON					AD, SOYAD UNVAN TELEFON							
VAKAYI KABUL ETMEYEN KURUMLAR, KİŞİLER, TELEFONLARI												
TALEP EDEN SAĞLIK TESİSİ MUAYENE BULGULARI						GLASGOW KOMA SKALASI			DURUMU			
<input type="checkbox"/> Pupililer	<input type="checkbox"/> Deri	<input type="checkbox"/> Saat	<input type="checkbox"/> Kan Basıncı	<input type="checkbox"/> Nabız	<input type="checkbox"/> Solunum	<input type="checkbox"/> Motor	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Göz Açma	<input type="checkbox"/> Kirmızı Kod			
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal		/ mmHg	/dk	/dk	(6) Emre İtaat	(5) Oriente	(4) Spontan	<input type="checkbox"/> Sarı Kod			
<input type="checkbox"/> Miyotik	<input type="checkbox"/> Soluk	Vaka stabil mi?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Düzenli	<input type="checkbox"/> Düzenli	(5) Ağrılı Lokaliz (4) Konfüze	(3) Sesle	<input type="checkbox"/> Yeşil Kod				
<input type="checkbox"/> Midriatik	<input type="checkbox"/> Siyanotik	Stabilleştirildiği Saat:		<input type="checkbox"/> Aritmik	<input type="checkbox"/> Düzensiz	(4) Ağrıdan Kaçı (3) Uygunsuz Sözler	(2) Ağrıyla	<input type="checkbox"/> Siyah Kod				
<input type="checkbox"/> Anizokorik	<input type="checkbox"/> Hiperemik	<input type="checkbox"/> Şehir içi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Filiform	<input type="checkbox"/> Dispne	(3) Fleksör Yanıt (2) Anlamsız Bağırma	(1) Yanıt Yok					
<input type="checkbox"/> Reak. Yok	<input type="checkbox"/> İkterik	<input type="checkbox"/> Karayolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alınmıyor	<input type="checkbox"/> Yok	(2) Extensör Yar (1) Yanıt Yok		<input type="checkbox"/> Sosyal End.				
<input type="checkbox"/> Fiks Dilate	<input type="checkbox"/> Terli	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım Amb.		<input type="checkbox"/> Nakil ambu.	<input type="checkbox"/> Küvözlü	(1) Yanıt Yok	G.K.S. Puanı :					
VAKANIN ÇIKIŞ TANISI :						KODU						
NAKİL SÜRESİNCE GEREKENLER						AÇIKLAMALAR :						
VENTILASYON												
<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Mekanik	<input type="checkbox"/> Ambu	<input type="checkbox"/> ET Tüp Boyutu	<input type="checkbox"/> Ventilasyon tipi	<input type="checkbox"/> Peak İnflasyon Basıncı							
<input type="checkbox"/> PEEP	<input type="checkbox"/> F1O2	<input type="checkbox"/> RR	<input type="checkbox"/> Diğer, Belirtiniz									
MONİTÖRİZASYON												
<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> IABP	<input type="checkbox"/> SaO2	<input type="checkbox"/> A ETCO2	<input type="checkbox"/> PA Kateter								
<input type="checkbox"/> Santral Venöz Basıncı	<input type="checkbox"/> Diğer, Belirtiniz											
Zaman	5.dk	10.dk	15.dk	20.dk	25.dk	30.dk	40.dk	50.dk	60.dk	70.dk	80.dk	90.dk.
Süre (Belirtiniz)												
ilaçlar	1											
	2											
	3											
SaO2												
ETCO2												
Ateş												
Nabız												
Kan Basıncı												
Sıvı Miktar ve Türü												
Sıvı Miktar ve Türü												
Vaka bedenindeki travmaları, alınan ve önerilen önlemleri belirtiniz. (Talep Eden Sağlık Tesisi Dolduracak)												
Nakil Sırasında Karşılaşılan Sorunlar (Nakil Eden Ekip Dolduracak)												
TESLİM ALAN KURUM MUAYENE BULGULARI						GLASGOW KOMA SKALASI			DURUMU			
<input type="checkbox"/> Pupililer	<input type="checkbox"/> Deri	<input type="checkbox"/> Saat	<input type="checkbox"/> Kan Basıncı	<input type="checkbox"/> Nabız	<input type="checkbox"/> Solunum	<input type="checkbox"/> Motor	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Göz Açma	<input type="checkbox"/> Kirmızı Kod			
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal		/ mmHg	/dk	/dk	(6) Emre İtaat	(5) Oriente	(4) Spontan	<input type="checkbox"/> Sarı Kod			
<input type="checkbox"/> Miyotik	<input type="checkbox"/> Soluk	HASTAYI TESLİM ALANIN			<input type="checkbox"/> Düzenli	<input type="checkbox"/> Düzenli	(5) Ağrılı Lokaliz (4) Konfüze	(3) Sesle	<input type="checkbox"/> Yeşil Kod			
<input type="checkbox"/> Midriatik	<input type="checkbox"/> Siyanotik	Adı Soyadı		<input type="checkbox"/> Aritmik	<input type="checkbox"/> Düzensiz	(4) Ağrıdan Kaçı (3) Uygunsuz Sözler	(2) Ağrıyla	<input type="checkbox"/> Siyah Kod				
<input type="checkbox"/> Anizokorik	<input type="checkbox"/> Hiperemik	Ünvanı		<input type="checkbox"/> Filiform	<input type="checkbox"/> Dispne	(3) Fleksör Yanıt (2) Anlamsız Bağırma	(1) Yanıt Yok					
<input type="checkbox"/> Reak. Yok	<input type="checkbox"/> İkterik	Kaşe		<input type="checkbox"/> Alınmıyor	<input type="checkbox"/> Yok	(2) Extensör Yar (1) Yanıt Yok		<input type="checkbox"/> Sosyal End.				
<input type="checkbox"/> Fiks Dilate	<input type="checkbox"/> Terli	İmza		<input type="checkbox"/> Kurum		(1) Yanıt Yok	G.K.S. Puanı :					
VAKANIN TESLİM TANISI :						KODU						
AÇIKLAMALAR :						AÇIKLAMALAR :						
HASTANENİN HASTA REDDİ						HASTANIN HİZMET REDDİ : Ambulanla gelen görevli hekim bana hastanın hemen tedavisi / hastaneye nakli gerektiğini, aksi halde kötü sonuçlar doğurabileceğini anlayacağım şekilde ayrıntılı olarak anlattı. Hastanın / Hasta yakınının Adı Soyadı :						
..... nedenlerle hastayı hastanemize kabul edemiyorum.						Kaşe İmza						
<input type="checkbox"/> Hastane Yetkilileri İMZADAN İmtina etmiştir												
Kurumun / Hastanenin Adı :												
Hekimin Adı Soyadı :												
AMBULANS PERSONELİNİN ADI SOYADI						İMZA						
HEKİM						SAĞLIKPER.						
İMZA						SÜR./TEKN.						
Her nüsha ayrı ayrı imzalanacak. Ayrıca 112 Vaka Formu ekip tarafından doldurulacaktır.						Yukarıda açık kimliği yazılı kişiye ekimizce yapılan tetkik ve tedaviler kayıtlarımıza uygundur.						
						Kalem hizmet verilmiştir.						
						Dr. Kaşe İmza-Onay						

3 Nüsha ekibe verilecek, 4. Nüsha sevk eden birimde kalacaktır.

ARAÇ GÖREV KAĞIDI OLARAK GEÇERLİDİR.

Ek- 7



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HAVA AMBULANSI TALEP FORMU
..... İLİ

..... HASTANESİ

* Bu bölüm sevk eden doktor tarafından doldurulacaktır.

Ek-5

HASTA KİMLİK BİLGİLERİ:

TARİH:/...../201...

Adı Soyadı		Kimlik No																		
Cinsiyeti	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>	Uyruğu																	
Yaşı			S. Güvence																	

VİTAL BULGULAR:

Bilinç		Kan Basıncı			
GKS		Nabız Sayısı			
Solumun		Ateş			
Genel Durumu	İyi <input type="checkbox"/>	Orta <input type="checkbox"/>	Kötü <input type="checkbox"/>		

TANI (ICD10 KODU):

--

MUAYENE VE TETKİK BULGULARI:

--

SEVK NEDENİ:

<input type="checkbox"/> İlgili branş uzmanının bulunmaması <input type="checkbox"/> Gerekli tetkiklerin yapılamaması <input type="checkbox"/> Tedavi ile ilgili ekipman eksikliği <input type="checkbox"/> Yoğun bakımda boş yatak olmaması	Sevk Nedeni ile İlgili Açıklama (Doldurulması zorunludur):
---	--

NAKİL SIRASINDA YAPILMASI İSTENEN MEDİKAL İŞLEMLER:

--

NAKİL ESNASINDA HAVA VE KARA AMBULANSINDA BULUNMASI İSTENEN EKİPMAN:

<input type="checkbox"/> Ventilatör <input type="checkbox"/> Monitör <input type="checkbox"/> İnfüzyon Pompası (.....Adet) <input type="checkbox"/> Enjeksiyon Pompası (.....Adet) <input type="checkbox"/> Küvöz	<input type="checkbox"/> Beslenme <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız):
---	--

HASTA YAKINI:

Adı Soyadı		Kimlik No	
Yakınlık		Telefon No	

- Hasta yakını, hastanın tıbbi durumu ve nakli konusunda bilgilendirildi.
 Hasta yakını, hastanın naklini onayladı.
 Aydınlanmış onam belgesi onaylandı.

Sevk Eden Dr. İmza - Kaşe

HASTANIN SEVK EDİLECEĞİ HASTANEYE

GİREBİLECEĞİ ZAMAN ARALIĞI:

- Gündüz mesai saatleri içerisinde
 24 saat içerisinde

* * Bu bölüm hastanın sevk edildiği il KKM doktoru tarafından doldurulacaktır.


HASTAYI SEVK EDEN:	Kurum / Hekimİli KKM Yetkilisi
Adı Soyadı		
İmza		
İletişim Numarası		

HASTAYI KABUL EDEN:	Kurum / Hekimİli KKM Yetkilisi
Adı Soyadı		
İletişim Numarası		

Sevk Eden İl KKM Dr. İmza

*** Form eksiksiz olarak doldurulduktan sonra İl 112 Komuta Kontrol Merkezine iletilmelidir.

*** Eksik formlar işleme konulmayacaktır.

 T.C. Sağlık Bakanlığı	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Çanakkale İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Çanakkale Devlet Hastanesi	
	YEŞİL KARTLI HASTALARIN ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINA SEVK FORMU	
Form No: 48		
HASTA BİLGİLERİ:		
Hasta Protokol No:		
Adı-Soyadı:	E J K L	Yaş:
T.C. Kimlik No: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
Yeşil Kart Karne Seri -No		
Yeşil Kart Karne Vize Tarihi:		
Adres:		
Telefon:		
SEVKİ TALEP EDEN KURUM:		
Sevki Talep Eden Kurum Adı:		
Sevki Talep Eden Kurum Hekimi (İsim -Kese):		
NAKİL GEREKÇESİ:		
<input type="checkbox"/> Replantasyon	<input type="checkbox"/> Ağır Travma	
<input type="checkbox"/> Yanık	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım	
<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)		
SEVK EDİLEN KURUM:		
<input type="checkbox"/> İkinci Basamak Sağlık Kurumu	Sağlık Kurumunun Adı:	
<input type="checkbox"/> Üçüncü Basamak Sağlık Kurumu		
Yukarıda adı, bilgileri ve talep gerekçesi belirtilen hasta.....için/...../..... tarihinde, saat /..... itibari ile 112 kayıtlarına göre söz konusu tedavinin gerçekleştirebileceği ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanesi /kamu hastanelerine ait yoğun bakım yatağı bulunmaması nedeniyle hastanın Hastanesine nakli gerçekleştirilmiştir.		
Hastane Koordinasyon Sorumlusu Adı-Soyadı-İmza		Sorumlu Hekim Adı-Soyadı-İmza
Bu form özel hastanelere sevki gerçekleştirilen yeşil kartlı hastalar için düzenlenecektir.		

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ÇANAKKALE KURUMLAR DÖNER SERMAYE SAYMANLIĞI ÜCRET TAHAKKUKUNA ESAS OLAN FİŞ		Doküman No İlk Yayın Tarihi Revizyon No Revizyon Tarihi	167.FR.05 14.03.2013 2 05.10.2018
T.C. Sağlık Bakanlığı		ATN 17 A 103989	
İSTASYON	SAATLER	HASTA BİLGİLERİ	
Prot.No	Çağrı Saati Vaka Ver. St.	Adı Soyadı:	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Memur (Kurumu) <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Hastane <input type="checkbox"/> Özel Sigorta Yaş <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> Güvencesiz <input type="checkbox"/> Bağ-Kur <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Yabancı Hast.
Hast. Giriş No	Amb. Hareket St. O.Yer. Vang St.	Vaka Adresi:	T.C. Kimlik No
Tarih	Hastaya Vang	Ev Adresi:	Çıkış km Varış km
İst. Telsiz Kodu	O.Yer. Ayrılış St. Hastaneye Vang	Telefon:	Dönüş km
Plaka	Hast.den Ayr St. İstasyona Dönüş		
HASTANIN SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ			
Signörlüğün Adı	Baba Adı	Karne No	Vize Tarihi
Yakınlığı	Doğum Tar.	Sos. Güv. No	Karnenin Alındığı İl
	Doğum Yeri	Tahsis No	
ÇAĞRI TİPİ			
<input type="checkbox"/> Telsiz <input type="checkbox"/> Faks <input type="checkbox"/> Medikal <input type="checkbox"/> Trafik Kaz. <input type="checkbox"/> İş Kazası <input type="checkbox"/> Diğer Kaz. <input type="checkbox"/> Yangın <input type="checkbox"/> Suikast <input type="checkbox"/> Araç İş. T.K. <input type="checkbox"/> Araç Dışı T.K. <input type="checkbox"/> İyiver <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> İnatır <input type="checkbox"/> Protokoll <input type="checkbox"/> Sağlık Tedbiri <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Kapalı Alan <input type="checkbox"/> AÇIK Alan			
ÇAĞRI NEDENİ			
OLAY YERİ			
İLK MUAYENE BULGULARI			
Pupiller	Deri	Kan Basıncı	Nabız
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Mideletik <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Ağaçkarak <input type="checkbox"/> İstetik <input type="checkbox"/> Fiks Dilate <input type="checkbox"/> Terli	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> İstetik <input type="checkbox"/> Terli	Kuruma Yapıldı mı? <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H Yapıldı ise Kim Yapı? <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 115 <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> Vastajdaş	<input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Aritmik <input type="checkbox"/> Fibrilom <input type="checkbox"/> Alınmıyor
Solunum	Solunum	Motor	Verbal
<input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Yok	(6) Enne Hfaat (5) Ağrılı Lokaltze Et. (4) KoriLuzer (3) Uyumsuz Sızdır (2) Anlamsız Bağırma (1) Yanıt Yok	(5) Oriente (4) KoriLuzer (3) Sesli (2) Ağrılı (1) Yanıt Yok
Glasgow Koma Skalası	DURUMU	G.S.K. Puanı :	
ON TANI :	ICD 10 KODU	AÇIKLAMALAR :	
SONUÇ			
<input type="checkbox"/> Yarıncı Müdahale <input type="checkbox"/> Hastaneye Nakil <input type="checkbox"/> Hast. Ancaz Nakil <input type="checkbox"/> Tıbbi Tek. İçin Nakil <input type="checkbox"/> Eve Nakil	<input type="checkbox"/> Ex Yarıncı Bırakıldı <input type="checkbox"/> Ex Morga Nakil <input type="checkbox"/> Nakil Reddi <input type="checkbox"/> Diğer Ulaşılan <input type="checkbox"/> Ödrev İptali	<input type="checkbox"/> Başka Argıla Nakil <input type="checkbox"/> TIR ile Bşk. Araçla N. <input type="checkbox"/> Adasız İbbar <input type="checkbox"/> Yaralanın Yok <input type="checkbox"/> Olay Yerin. Beki.	<input type="checkbox"/> Devlet H. <input type="checkbox"/> E.A.H. <input type="checkbox"/> Üniver. H. <input type="checkbox"/> Özel H. <input type="checkbox"/> Diğer
PLAKA NO			
SIGORTA ŞİRKETİ ADI			
SIGORTA POLİÇE NO			
İŞLEM	KODU	ADET	İŞLEM
<input type="checkbox"/> Muayene (Acl)	520.080	<input type="checkbox"/> Yabancı cisim çıkart.	611.430
<input type="checkbox"/> Acl Ambulans	911.271	<input type="checkbox"/> Yanık pansum (KÜÇÜK)	530.540
<input type="checkbox"/> Nakil Ambulans	911.270	<input type="checkbox"/> Yanık pansum (ORTA)	530.550
<input type="checkbox"/> Hava Ambulans		<input type="checkbox"/> Yanık pansum (BÜYÜK)	530.530
GENEL MÜDEHALE			
<input type="checkbox"/> Enjeksiyon İM	530.140	<input type="checkbox"/> Kıl etek. (KISA)	610.690
<input type="checkbox"/> Enjeksiyon TV	530.150	<input type="checkbox"/> Kol etek. (UZUN)	610.700
<input type="checkbox"/> İ.V. ilaç uygulaması	530.390	<input type="checkbox"/> Bacak etek. (KISA)	610.720
<input type="checkbox"/> Enjeksiyon SC	530.160	<input type="checkbox"/> Bacak etek. (UZUN)	610.740
<input type="checkbox"/> Damaryolu açılması	530.080	<input type="checkbox"/> Cilt traksiyonu uygula.	610.840
<input type="checkbox"/> Sütür (KÜÇÜK)	530.200	<input type="checkbox"/> Servikal collar uygul.	610.830
<input type="checkbox"/> Sütür (ORTA)	530.210	<input type="checkbox"/> Travma yeteği	610.830
<input type="checkbox"/> Sütür (BÜYÜK)	530.190	<input type="checkbox"/> Vakum sedyeye uygula.	610.830
<input type="checkbox"/> Mesane sondası takl.	530.310	<input type="checkbox"/> Sirt talitüsü uygula.	610.830
<input type="checkbox"/> Pansuman (KÜÇÜK)	530.580	<input type="checkbox"/> Kanama Kontrolü	602.980
<input type="checkbox"/> Pansuman (BÜYÜK)	530.670	<input type="checkbox"/> Elastik Bandaj (Velpo)	610.800
<input type="checkbox"/> Ventilasyon		<input type="checkbox"/> 8 Bandaj	610.790
<input type="checkbox"/> Tıjaj (her hasta için 1 ad.)		<input type="checkbox"/> Diğer	
İŞLEM	KODU	ADET	İŞLEM
<input type="checkbox"/> Adrenalin 0.5 amp.		<input type="checkbox"/> Dondul amp.	
<input type="checkbox"/> Adrenalin 1 mg amp.		<input type="checkbox"/> Adrenalin amp.	
<input type="checkbox"/> Amroksol amp.		<input type="checkbox"/> NaHCO3 amp.	
<input type="checkbox"/> Arifon (ilüçün) amp. %2		<input type="checkbox"/> Analjezik amp.	
<input type="checkbox"/> Atropin 0.5 amp.		<input type="checkbox"/> Priedoz 20 mg amp.	
<input type="checkbox"/> Atropin 1 mg amp.		<input type="checkbox"/> Priedoz 250 mg amp.	
<input type="checkbox"/> Anestezik amp.		<input type="checkbox"/> Priedoz 40 mg amp.	
<input type="checkbox"/> 6 İbiter amp.		<input type="checkbox"/> Spazmolitik amp.	
<input type="checkbox"/> Ca Glukonat %10 amp.		<input type="checkbox"/> NSAİ Analjezik amp.	
<input type="checkbox"/> Aspirin 300 mg tab.		<input type="checkbox"/> İV İbiter amp.	
<input type="checkbox"/> Damsolan amp.		<input type="checkbox"/> Nalokson amp.	
<input type="checkbox"/> Dilsipon amp.		<input type="checkbox"/> Dekort amp.	
<input type="checkbox"/> Salbutamol (Ventolin)			
<input type="checkbox"/> Difubutinin faktör		SIVI TEDAVİSİ	
<input type="checkbox"/> Damsolan 200 mg amp.		<input type="checkbox"/> %0.9 NaCl 250 cc.	
<input type="checkbox"/> İsepal amp.		<input type="checkbox"/> %0.9 NaCl 500 cc.	
<input type="checkbox"/> İsepalid 0.5 mg. tab.		<input type="checkbox"/> %5 Damsolan 250 cc.	
<input type="checkbox"/> Ca Kanat (Biotin) 25 mg tab.		<input type="checkbox"/> %5 Damsolan 500 cc.	
<input type="checkbox"/> Anestezik amp.		<input type="checkbox"/> %10 Damsolan 500 cc.	
<input type="checkbox"/> Anestezik amp.		<input type="checkbox"/> %20 Damsolan 150 cc.	
<input type="checkbox"/> Anestezik amp.		<input type="checkbox"/> İyüla P 500 cc.	
<input type="checkbox"/> Amadrona		<input type="checkbox"/> Ringer Lakat 500	
<input type="checkbox"/> Fluzonil		<input type="checkbox"/> Tenbag	
HASTANENİN HASTA REDDİ			
<input type="checkbox"/> Hastane Yetkilileri İMZADAN İmtina etmiştir. <input type="checkbox"/> KKM ile görüşüldü			
Kurumun / Hastanenin Adı : Hekimin Adı Soyadı :			
HASTAYI TESLİM ALANIN	AMBULANS PERSONELİNİN ADI SOYADI	İ M Z A	Sağlık durumu, olası riskler, uygulanacak tedavi ve sonuçları konusunda bilgilendirildim.
Adı Soyadı	EKİP SORUMLUSU:		Tedaviyi ve naklini kabul edip..... kalem hizmeti aldım. Kıymetli eşyalarımı aldım
Önvanı	SAĞLIK PER.		Hastanın veya Yakınının Adı Soyadı
Kaşe	SÜR/TEKN.		Hizmet Reddi Tedaviyi ve naklini kabul etmiyorum Hasta veya Yakını Adı Soyadı
İmza	Her nüsha ayrı imzalanacak		İmza.....
1.NÜSHA (BU NÜSHA DÖNER SERMAYE İŞLEMLERİNDE KULLANILACAKTIR.)			
ARAÇ GÖREV KAGIDI OLARAK GEÇERLİDİR.			

Ek- 11



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı :18920478-050.01.04/E.63305
Konu :Başvuru İncelemesi

26.05.2017

Sayın Doç.Dr. Murat AYDIN


Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "112 Acil Ambulanslar İle Yapılan İl Dışı Sevklerin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Kayıplar ve Etkileri: Çanakkale İli Örneği" başlıklı 2011-KAEK-27/2017-E.53996 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 24/05/2017 tarih ve 10-03 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi :24.05.2017 14:00

Karar No :2017-10

Karar-03)2011-KAEK-27/2017-E.53996 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje araştırmacılarından Emine KÜÇÜKYILMAZ'ın sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR.**" kararı verilmiştir.

 e-imzalıdır

Doç. Dr. Coşkun BAKAR
Başkan V.


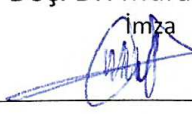
Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Faize OTURAN
Sekreter

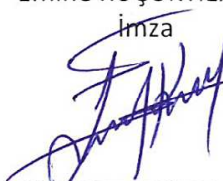
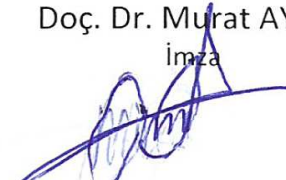
Ek-12

SPİRALLİ TEZ KONTROL FORMU

	Evet	Hayır
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.	X	
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.	X	
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.	X	
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.	X	
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.	X	
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)	X	
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.	X	
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.	X	
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.	X	
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmalıdır.	X	
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlelerin en sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	X	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.	X	

Tarih: 08 / 01 / 2018 Öğrenci Emine KÜÇÜKYILMAZ İmza 	Tarih: 08 / 01 / 2018 Danışman Doç. Dr. Murat AYDIN İmza 
--	---

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SİRALLI/CİTLİ TEZ YAZIM KONTROL LİSTESİ

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Kapak sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Onay sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Teşekkür sayfası	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Türkçe özet	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
İngilizce özet	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Şekiller dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tablolar dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Yöntem ve Gereç	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Bulgular	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tartışma	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Sonuç ve Öneriler	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tez planı	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
<p>Tarih: 08 / 01 / 2018 Öğrenci Emine KÜÇÜKYILMAZ imza</p> 		<p>Tarih: 08 / 01 / 2018 Danışman Doç. Dr. Murat AYDIN imza</p> 

Ek-14 ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	EMİNE	Soyadı	KÜÇÜKYILMAZ
Doğum Yeri	BAYRAMIÇ	Doğum Tarihi	17.05.1979
Uyruğu	TÜRKİYE CUMHURİYETİ	TC Kimlik No	13111896066
E-mail	eminekckylmz@gmail.com	Tel	05072376299

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	-	-
Yüksek Lisans	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2002

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Antalya Valiliği 112 Acil Çağrı Merkezi	2007-2013
2.	Hemşire	Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü	2013-(Devam Ediyor)

Yabancı Dil Sınav Notu[#]

KPDS	ÜDS	YDS	IELTS	YÖKDİL	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE
-	-	-	-	58	-	-	-	-

A-Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Diğer:

B-Katıldığı Uluslararası ve ulusal konferans ve kongreler:

C-Sertifikalar:

D-Ödüller:

