



T.C.  
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

## 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİN GELİRE DUYARLILIĞI: TOKAT İLİ ÖRNEĞİ

**Hazırlayan**  
Aziz ŞAHİN

İktisat AnaBilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi

**Danışman**  
Yrd. Doç. Dr. Türker ŞİMŞEK

TOKAT-2017

## BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Yrd. Doç. Dr. Türker ŞİMŞEK danışmanlığında hazırlamış olduğum "112 Acil Sağlık Hizmetleri Talebinin Gelire Duyarlılığı: Tokat İli Örneği" adlı Yüksek Lisans tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.



22/08/2017

Aziz ŞAHİN

112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİN GELİRE DUYARLILIĞI:  
TOKAT İLİ ÖRNEĞİ

Tezin Kabul Ediliş Tarihi: 10/08/2017

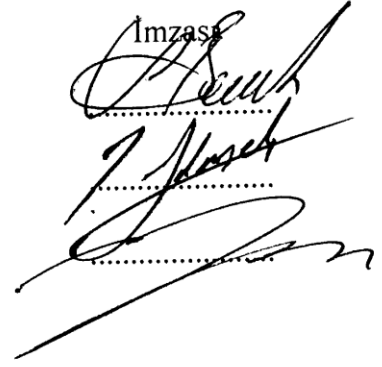
Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

Başkan : Prof. Dr. Salih BARIŞIK

Üye : Yrd. Doç. Dr. Türker ŞİMŞEK

Üye : Yrd. Doç. Dr. Hüseyin TEMİZ

İmza



Bu tez, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun ..27./07./2017. tarih ve 32-98 sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Mustafa ÇOLAK  
Enstitü Müdürü: .....Enstitü Müdürü



Mühür  
İmza

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmada, ilk cümleden son noktaya kadar değerli fikirlerini, zamanını ve tecrübelerini esirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Türker ŞİMŞEK'e, katkılarından dolayı Prof. Dr. Salih BARIŞIK'a, Yrd. Doç. Dr. Hüseyin TEMİZ, Yrd. Doç. Dr. Emre ASLAN'a ve Yrd. Doç. Dr. Cem Kaan ARSLAN'a teşekkürlerimi sunarım. Çalışmanın son kısmında, anket çalışmalarını hızla tamamlamada olağanüstü özveriyle elinden gelen bütün yardımları yapan değerli annem Filiz ŞAHİN'e, babam Resul ŞAHİN'e, kardeşlerim Aycan ŞAHİN, Onurcan ŞAHİN'e ve sevgili arkadaşım Oğuzhan ÇAKAN'a ne kadar teşekkür etsem azdır. Son olarak, hayatın her anında, hangi şartta olursa olsun desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Nuran PEKŞEN ŞAHİN' e, bu çalışmadaki katkıları ve desteğinden dolayı sonsuz teşekkür ediyorum.

Aziz ŞAHİN

Tokat-2017

## ÖZET

Doğru zamanda ve doğru şekilde yapılan acil tıbbi müdahaleler hayat kurtarmakta, yanlış zamanda ve yanlış şekilde yapılan müdahaleler ise geri dönüşü olmayan olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Acil sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin, en hızlı şekilde bu hizmete ulaşabilmesi, hiçbir koşul olmadan acil sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi insanlık görevi olduğu gibi, hukukun ve sosyal refah devleti olmanın da bir gereğidir. Tarih boyunca meydana gelen kazalar, doğal afetler ve savaşlar sonucunda yaralanma ve acil sağlık sorunlarıyla karşılaşmıştır. Bu sorunlar için çözümler aranmış ve süregelen olaylar farklı yöntemler geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Acil sağlık hizmetlerinde dönüm noktası olarak 1966 yılında ABD Ulusal Bilimler Akademisi tarafından yayınlanan “Kazalarda Ölüm ve Sakatlıklar” başlıklı rapor kabul edilmektedir. Sonrasında 1972 yılında Cincinnati Üniversitesi’nde Acil Tıp Uzmanlığı programının açılması acil sağlık hizmetlerine yönelik ilgiyi arttırmıştır. Türkiye’de ise acil tıbbın modern anlamda başlangıcı 1990 yılına dayanmaktadır. Dokuz Eylül Üniversitesi’ne gelen acil tıp uzmanı Dr. John Fowler’in girişimleri ile 1993 yılında acil tıp ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve aynı yıl Dokuz Eylül ve Fırat Üniversitelerinde acil tıp anabilim dalı kurulmuştur. Giderek önemi artan acil sağlık hizmetlerinin sosyo-ekonomik göstergeler ile olan ilişkisinin veya duyarlılığının belirlenmesi ekonomide etkinliğin sağlanması açısından önem arz etmektedir. Çalışmada Türkiye’de 112 acil sağlık hizmetlerinin işleyişi, acil sağlık hizmetlerinin özellikleri ve bu alana yapılan harcamalar incelenerek, sosyal refah düzeyi yüksek devletlerle karşılaştırma yapılmıştır. Ayrıca 112 acil sağlık hizmetlerinin gelire olan duyarlılığını ölçmek amacıyla Tokat ilinde yüzyüze görüşme yoluyla kırsal ve kentsel bölgelerde anket çalışması uygulanmıştır. Anket verilerinin SPSS programı ile analizinden elde edilen bulgulara göre Tokat ilinde gelir düzeyi arttıkça 112 acil sağlık hizmeti talebinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun altında yatan temel nedenler arasında orta ve üst gelir düzeyine sahip hanhalklarının öncelikle aile hekimlerine başvurmaları, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine sahip olma ihtimallerinin yüksek olması, daha iyi konutlarda barınmaları, beslenme kalitelerinin iyi olması ve diğer benzeri hayat standartlarının gelir seviyesi düşük hanhalklarına göre daha iyi durumda olması gösterilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** 112, Acil Sağlık Hizmetleri, Acil Tıp, Sağlık Harcamaları

## ABSTRACT

Emergency medical interventions that are made in the right time and in the right way save lives, and wrong times and wrong interventions can lead to irreversible negative consequences. The people who need emergency health services can reach this service in the fastest way and benefit from emergency medical services without any conditions, as well as being a humanitarian duty, being a law and social welfare state. Accidents have occurred throughout history, natural disasters and wars have encountered as a result of injuries and emergency health problems. Solutions for these problems have been sought and it has become necessary to develop different methods for ongoing events. As a turning point in emergency medical services, the report entitled "Deaths and Injuries in Accidents" published by the US National Academy of Sciences in 1966 is accepted. Later, in 1972, the opening of the Emergency Medicine Specialist program at the University of Cincinnati increased interest in emergency medical services. In Turkey, beginning in the modern sense of emergency medicine is based on the 1990. With the initiatives of Doctor John Fowler, an emergency medicine specialist from Dokuz Eylül University, emergency medicine was accepted as a separate specialty in 1993 and the same year, Dokuz Eylül and Fırat Universities established emergency medicine departments. Determination of the relations or sensitivity of increasingly important emergency health services to socio-economic indicators is important in terms of ensuring effectiveness in the economy. In the study, the functioning of 112 emergency health services in Turkey, the characteristics of emergency health services and expenditures made in this area were examined and compared to states with high social welfare level. In addition, a survey was conducted in rural and urban areas through a one-to-one interview in Tokat province in order to measure the sensitivity of the income of the 112 emergency health services. Survey data from the analysis with the program SPSS according to the findings, in the province of Tokat as income levels rise, the demand for 112 emergency health care services concluded that decreased. According to the findings obtained from the analysis of the questionnaires by the SPSS program, as the income level in the province of Tokat increased, 112 emergency medical service request claims decreased.

**Key Words:** 112, Emergency Health Services, Emergency Medicine, Health Expenditures

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerinin Analizi.....	7
Tablo 2:İskandinav Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%) .....	20
Tablo 3: İskandinav Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı % .....	20
Tablo 4:OECD Ülkelerinde Tahmini Ortalama Yaşam Süreleri .....	21
Tablo 5: Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı .....	22
Tablo 6: Bazı OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	22
Tablo 7:Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Uluslararası Göstergeler (2015) .....	23
Tablo 8:Türkiye ve Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı	24
Tablo 9:Türkiye'de Kaynağına Göre Sağlık Harcamaları Finansman Analizi.....	24
Tablo 10: Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamaları (Milyon) .....	25
Tablo 11: Türkiye'de Özel Sağlık Harcamaları (Milyon) .....	26
Tablo 12: Türkiye'de Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Milyon).....	26
Tablo 13: Türkiye'de Ölüm Nedeni İstatistikleri .....	28
Tablo 14: Tokat İli 2014 Yılı Ambulans Çıkış Sayıları ve Çağrı Nedenlerine Göre Dağılımı .....	38
Tablo 15: Tokat İlinde 2014 Yılı Görülen Vakaların Ön Tanılarına Göre Dağılımı.....	39
Tablo 16: Türkiye'de Yıllara Göre ASH İstasyon ve İstasyon Başına Düşen Nüfus.....	39
Tablo 17: Tokat İlinde Yıllara Göre ASH İstasyon Sayısı ve İstasyon Başına Düşen Nüfus.....	40
Tablo 18: Türkiye'de Yıllara Göre Ambulans Sayısı ve Ambulans Başına Düşen Nüfus .....	43
Tablo 19: Türkiye'de Hava Ambulansları İle Taşınan Hasta Sayısı .....	46
Tablo 20: Yıllara Göre 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar (Milyon) ...	50
Tablo 21: Katılımcıların Demografik Özellikleri .....	55
Tablo 22: Anketi Cevaplayanların Yerleşim Yerleri .....	56
Tablo 23: Ailede Kronik Rahatsızlığı Olan Kişi Sayısı.....	57
Tablo 24: Devamlı Kullandığınız Bir İlaç Var mı? .....	57
Tablo 25: Sağlıklı Olmak İçin Gerekli Çabayı Gösteriyorum .....	58
Tablo 26: İlk yardım Yapabilecek Bilgi ve Tecrübeye Sahibim .....	58
Tablo 27: Sağlık Sigortanız Var mı? .....	59

Tablo 28: Muayene Olmak İçim Öncelikle Tercih Ettiğiniz Sağlık Kuruluşu.....	59
Tablo 29: Hiç 112 Acil Çağrı Merkezini Aramak Zorunda Kaldınız mı?.....	60
Tablo 30: 112 Acil Çağrı Merkezinin Yönlendirmesinden Memnunum.....	60
Tablo 31: 112 Acil Çağrı Merkezini Arama Sebebiniz Nedir? .....	61
Tablo 32: Ambulansın Gelme Süresi.....	61
Tablo 33: Ambulans İle Sağlık Kuruluşuna Varış Süresi.....	62
Tablo 34: Ambulans Hizmeti Karşılığında Ücret Talep Edildi mi? .....	62
Tablo 35: Ambulansta Kullanılan Teçhizatlar İhtiyaçları Karşılıyor .....	63
Tablo 36: Ambulans İle Gitmeyi Tercih Ettiğiniz Sağlık Kuruluşu.....	63
Tablo 37: Acil Sağlık Hizmeti Aldığınız Personelin Cinsiyeti Önemlidir .....	64
Tablo 38: 112 Acil Personelinin Yaklaşımından Memnunum .....	65
Tablo 39: Sizce Devlet Hastanelerinin Acil Servisleri Yeterli Hizmet Veriyor mu? .....	65
Tablo 40: Gelir Gruplarında Farklılık Analizinin Tanımlayıcı İstatistikleri .....	66
Tablo 41: Acil Sağlık Hizmeti Kullanımında Gelir Açısından Farklılık Analizi .....	67
Tablo 42: Acil Sağlık Hizmeti Kullanımında Gelir Açısından Farklılık Derecesi.....	68



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1:Sağlık Ekonomisi Modülleri.....	12
Şekil 2:Sağlık Ekonomisi ve Kapsamının Şema ile Gösterimi.....	15
Şekil 3: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması.....	34
Şekil 4: İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması .....	35



## GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Tokat İlinde İlk 10 Dakikada Kentselde Vakaya Ulaşma Oranı .....	41
Grafik 2: Tokat İlinde İlk 30 Dakikada Kırsalda Vakaya Ulaşım Oranı %.....	42
Grafik 3: Bölgelere Göre Ambulans Başına Düşen Nüfus,2014 .....	44
Grafik 4: Tokat İlinde Ambulans Başına Düşen Nüfu .....	45
Grafik 5: Türkiye’de Ambulans Başına Düşen Vaka Sayısı .....	45
Grafik 6: Türkiye’de Deniz Ambulanları İle Taşınan Hasta Sayısı .....	47
Grafik 7: Tokat 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan ATT Sayısı.....	48
Grafik 8: Tokat 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Paramedik Sayısı .....	49
Grafik 9: 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı(%) .....	50
Grafik 10: 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamaların GSYH İçindeki Payı(%) .....	51

**KISALTMALAR**

<b>ASH</b>	Acil Sağlık Hizmetleri
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GSMH</b>	Gayri Safi Milli Hasıla
<b>DPT</b>	Devlet Planlama Teşkilatı
<b>GSYİH</b>	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
<b>OECD</b>	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>KKM</b>	Komuta Kontrol Merkezi
<b>ATT</b>	Acil Tıp Teknisyeni
<b>AABT</b>	Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri

## İÇİNDEKİLER

Bilimsel Etik Sayfası .....	i
Teşekkür.....	ii
Özet.....	iii
Abstract.....	iv
Tablolar Listesi .....	v
Şekiller Listesi .....	vii
Grafikler Listesi .....	viii
Kısaltmalar.....	ix
İçindekiler .....	x
<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>BÖLÜM 1: SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....</b>	<b>3</b>
1.1.SAĞLIK KAVRAMI.....	3
1.2.SAĞLIK HİZMETLERİ VE TEMEL ÖZELLİKLERİ .....	5
1.3.SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	8
1.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	8
1.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	9
1.3.2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri .....	9
1.3.2.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri .....	10
1.3.2.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri .....	10
1.3.3.Rehabilitasyon Hizmetleri .....	10
1.4.SAĞLIK EKONOMİSİ .....	11
1.5.SOSYAL REFAH DEVLETLERİNDE SAĞLIK .....	16
1.5.1.Sosyal Refah Devletlerinde Sağlık Harcamalarının Analizi.....	19
1.5.1.1.İskandinav Ülkeleri.....	19
1.5.1.2.OECD Ülkeleri .....	21
1.5.2.Türkiye’de Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi .....	23
<b>BÖLÜM 2: 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ .....</b>	<b>27</b>
2.1.İLK YARDIM.....	27
2.2.ACİL YARDIM.....	28
2.3.DÜNYADA ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ .....	29

2.4.TÜRKİYE' DE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ .....	32
2.5.112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÖNETİM VE ORGANİZASYON YAPISI.....	33
2.5.1. İl Sağlık Müdürlüğü.....	34
2.5.2. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü .....	35
2.5.3. İl Ambulans Servisi Başhekimliği .....	36
2.5.4. Hastane Acil Servisleri .....	36
2.6. 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN İŞLEYİŞ VE AŞAMALARI .....	37
2.6.1. Komuta Kontrol Merkezi.....	37
2.6.2. 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları.....	39
2.6.2.1. İstasyon Türleri .....	40
2.6.2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Ambulanslar .....	43
2.6.2.3. Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanları ve Görevleri.....	47
2.7. TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI İÇİNDE 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİ .....	49
<b>BÖLÜM 3: 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİN GELİRE DUYARLILIĞINI BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA .....</b>	<b>53</b>
3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI .....	53
3.2.ARAŞTIRMANIN KAPSAMI.....	53
3.3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ .....	53
3.4.VERİLERİN ANALİZİ .....	54
3.5.ARAŞTIRMADAN ELDE EDİLEN SONUÇLAR .....	54
3.5.1.Değişkenlerin Frekans Analizi.....	54
3.5.2.Acil Sağlık Hizmeti Kullanımında Gelir Açısından Farklılık Analizi .....	67
<b>4.SONUÇ .....</b>	<b>70</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>73</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>81</b>

## GİRİŞ

*“Kendine inkılabın ve inkılapçılığın çeşitli ve hayati vazifeler verdiği Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman üzerinde dikkatle durulacak milli meselemizdir”* sözleriyle sağlığın ve sağlıklı toplumun önemine her fırsatta değinen, büyük önder Atatürk’ün de dediği gibi, sağlıklı birey ve toplumun olduğu yerde, güvenlikten, güçten, istikrardan, refah ve mutluluktan söz etmek mümkündür. Bu hususta sağlıklı birey ve toplum, milli hedef haline getirilmelidir.

Devletimiz, bu hedef doğrultusunda sağlığı ve sağlıklı yaşam hakkını kanun güvencesi altına almış ve Anayasamızın 56. Maddesine sağlık ile ilgili şu hükmü getirmiştir. *“Herkes dengeli ve sağlıklı bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini geliştirmek amacıyla sağlık kurumlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.”*

Sağlıklı birey, sağlıklı toplum ve sağlıklı yaşam hakkı gibi kavramlarla birlikte dünyada ortalama yaşam süresi beklentilerinin ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi yönündeki olumlu gelişmeler hız kazanmış, sağlık ekonomisine olan ilgi daha da artmıştır. Hastalıkların tedavi seçeneklerinin çoğalması, ilaç ve teknoloji gibi faktörlerin de gelişmesiyle birlikte sağlık hizmetlerine olan talep hızla artmıştır. Artan taleple birlikte sağlık hizmetlerinin sunumundaki maliyetlerin karşılanması için yeni yöntemlerin geliştirilmesi de ihtiyaç haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde talebin, arzın ve finansman yöntemlerinin belirlenmesi, çözüm önerileri sunulması açısından sağlık ekonomisinin önemi her geçen gün artmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanının önem kazanması, sağlık harcamalarının hızla artması ve sağlık sektörünün gayri safi milli hasıla (GSMH) içindeki payının hızla büyümesiyle birlikte ekonomistler sağlık ekonomisi alanına eğilmeye başlamışlardır. Sağlık ekonomisinin ihtiyaçlar arttıkça öneminin artması gibi, tarih boyunca meydana gelen kazalar, doğal afetler ve savaşlar sonucunda yaralanma ve acil sağlık sorunlarıyla karşılaşılması, bu sorunlar için çözümler aranmış ve süregelen olaylar farklı yöntemler geliştirilmesini zorunlu kılmıştır.

Bu araştırmanın amacı, Türkiye’de sağlık göstergeleri, sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık alanında yapılan harcamalar incelenerek acil sağlık hizmetleri (ASH) kullanımının gelir ile ilişkisinin araştırılmasıdır. Bu doğrultuda ilk bölümde, sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları ele alınmış, sağlık hizmetlerinin özellikleri üzerinde durulmuştur. Sağlık ekonomisi, sosyal refah devletlerinde sağlık konuları grafikler eşliğinde ayrıntılı olarak anlatılmaya çalışılmıştır.

İkinci bölümü, çalışmanın asıl alanı olan acil sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Bu bölümde, ilkyardım ve acil yardım kavramları arasındaki fark açıklanmaya çalışılmıştır. Dünyada ve Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin tarihçesi incelenmiş, 112 acil sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyon yapısı, 112 acil sağlık hizmetlerinin işleyiş ve aşamaları açıklanmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise, gelirin acil sağlık hizmeti talebine etkisini belirlemeye yönelik ekonometrik bir analize yer verilmiştir. Bu amaçla yüzyüze görüşme yöntemi ile 400 kişiye anket uygulaması yapılmış ve SPSS paket programı kullanılarak politika karar vericilere yönlendirebilecek bulgular elde edilmiştir.

# BÖLÜM 1

## SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Çalışmanın ilk bölümünde sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık ekonomisi gibi kavramlar açıklanacaktır. Kavramaların açıklamasından sonra sağlık hizmetlerinin özellikleri, sınıflandırılması, sosyal refah devletlerinde sağlık hizmetleri konuları üzerinde durulacaktır. Son olarak sosyal refah devletlerinde sağlık harcamalarının karşılaştırmalı analizi yapılarak çalışmanın ilk bölümü sonlandırılacaktır.

### 1.1.SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık kavramıyla ilgili tanımlara bakıldığında ilk tanımların “hasta olmayan insan sağlıklıdır” şeklinde, sağlığı etkileyecek birçok unsuru dışarıda bırakmış, basit şekilde yapılmış tanımlar olduğu görülmektedir. Asırlar öncesinden itibaren çeşitli bilimler, kendi açılarından değerlendirerek sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamaya çalışmaktadırlar. Bazı tanımlarda fiziksel ve biyolojik alana vurgu yapılırken, bazı tanımlarda ise sosyal alana vurgu yapılmaktadır. Biyolojik bilimler sağlığı, bedendeki her bir hücrenin maksimum kapasite ve tam bir denge içinde çalışması olarak tanımlarken; davranış bilimleri kişinin çevreye uyumu olarak tanımlamaktadır. Sosyal bilimler ise, kişi sosyal rollerini yerine getirmede eksik kalmıyorsa sağlıklıdır şeklinde tanım sunmaktadır (Tekin,1987:263).

Sağlık diğer bilimlerde olduğu gibi iktisat biliminde de önemli bir konuma sahiptir. Grossmann (1972) sağlığı, bireyin hem üretici hem de tüketici olduğu bir mal olarak görmektedir. Aggleton (1990) sağlığı iktisadi bir mal olarak ele almış ve sağlığa, satılabilen ve satın alınabilen bir mal şeklinde tanım getirmiştir. Okur (1992) ‘ye göre ise sağlık, organizmanın yaşadığı çevreye uyumu, sosyal, fiziksel ve ruhsal açıdan iyi olma hali; sağlıklı kişi ise, fiziksel ve ruhsal aktivitelere engel olacak bozuklukları olmayan kişi şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık bireylerce hastalığın olmayışı olarak tanımlanır. Kişiler kendini çok rahatsız etmeyen durumlara hastalık demezken, bu duruma hekimlerin gözünden bakılınca en basit yakınmanın bile hastalık olarak kabul edildiği görülmektedir



(Öztek, 2001: 294). Sigara kullanan bir kişinin çok sık öksürmesi, o kişi için normal sayılabilir. Bu durumun gerçek nedeninin önemli bir hastalık olabileceğini düşünemeyebilir (Özdemir, 2011: 1).

Sağlık subjektif bir kavram olduğu için üzerinde anlaşmaya varılmış kesin bir tanım yoktur. Bu yüzden tanımlarda yaş, meslek, ülke, zaman dilimi, gelir, toplum gibi birçok etmene bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Gençlere göre sağlık, hiçbir aktiviteden geri kalmayacak durumda olmak iken, 70 yaşındaki bir insan için her gün dışarı çıkabilecek kadar iyi hissetmek şeklinde tanımlanabilmektedir. Yüzme sporu yapan bir kişiye göre ise sağlık, yüzerek daha fazla mesafe kat etmek şeklinde tanımlanabilir (Aggleton, 1990).

Toplumlara göre de sağlık kavramı farklılık gösterebilmektedir. Toplumdaki insanların büyük çoğunluğunda olan bir durum hastalık olarak kabul görmeyebilmektedir. Afrika'da bazı yerli toplumlarda, doğuştan kalça çıkığı hastalığı, kundaklama şekli sebebiyle sık görülmekte ve o toplumlarda hastalık olarak görülmemektedir. Ülkemizde, beslenme alışkanlıklarına ve hareketsiz yaşam tarzına bağlı olarak; kolesterol yüksekliği, kalp-damar hastalıkları ve osteoartrit (eklemlerin kireçlenmesi) sık görülmesine rağmen bu durum normal karşılanmaktadır (Özdemir,2011:1).

Sağlık farklı koşullar altında farklı şekiller aldığı için tanımı da ülkeden ülkeye ya da zaman dilimlerine göre de farklılık gösterebilir (Aggleton, 1990). Bebek ölüm hızı yüksek, ortalama yaşam süresi kısa bir ülkenin sağlık için yaptığı tanımla, refah düzeyi yüksek, ortalama yaşam süresi 70 yaşın üzerinde olan ülkenin yaptığı tanım haliyle farklı olabilmektedir (Uz, 2001: 322).

Sağlık ve hastalık kavramları toplum, yaş, meslek ve zaman gibi birçok etmene bağlı değişkenlik gösterse de sağlığın evrensel bir tanımına ihtiyaç vardır. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)tarafından 1946 yılında yapılan tanım evrensel olarak kabul görmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, yalnızca bir hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir (Hansluwka, 1985: 1207). Bu tanım, sağlığın fiziksel yönüne olduğu kadar psikolojik ve sosyal boyutlarına da ilgi gösterdiği için büyük önem taşımaktadır (Robinson ve Elkan, 1996).

DSÖ'nün tanımı her ne kadar evrensel olarak kabul edilse de tanımda yer alan terimlerin yüklendiği anlam konusunda anlaşmazlıklar devam etmektedir. Tanımda yer alan üç boyutun (fiziksel, ruhsal ve sosyal) nasıl ölçüleceği konusundaki fikir birliği oldukça azdır (Larson, 1991: 4). DSÖ'nün tanımının eleştirildiği en önemli nokta tanımın ulaşılabılır bir nitelikte olmamasıdır (Aggleton, 1990).

Kişiler açısından bakıldığında, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali birbirlerinden farklılık göstermekte ve hangi durumda tam bir iyilik hali yakalanacağı konusunda bir netlik bulunmamaktadır (Seedhouse, 1986: 134). Eski zamanlarda ayakları küçük olan kadınların daha güzel kabul edildiği Çin'de, kadınlar ayaklarının büyümesini engellemek için aşırı dar ve metalden yapılmış ayakkabılar giyerken sosyal açıdan tam bir iyilik halinde oldukları söylenebilir mi? Ayrıca bu tanıma göre, gelişmemiş ülkelerdeki toplumlarda sağlıklı insan sayısının çok az olduğu gibi bir sonuç ortaya çıkmaktadır (Uz, 2001: 321). Bir diğer eleştiri, sağlığın tanımının kültürlere göre farklılık gösterdiğini, bu sebeple DSÖ' nün tanımının uluslararası düzeyde kabul görmesi için fazla kapsamlı olduğunu savunmaktadır(Larson, 1991: 4).

DSÖ sağlık tanımında sağlığı, hastalık ve sakatlığın yokluğundan daha geniş kapsamda ele almış ve kişinin herhangi bir fiziksel ya da ruhsal sorunu varsa da kişiyi sağlıksız olarak nitelendirmiştir. Bu sonuca göre dünya üzerindeki birçok kişi belki de herkes sağlıksız olarak görülebilecektir. Bu da DSÖ' nün sağlık tanımında eleştirilen bir diğer yöndür (Seedhouse, 1986: 134).

## **1.2.SAĞLIK HİZMETLERİ VE TEMEL ÖZELLİKLERİ**

Sağlık hizmetleri, kişi ve toplum sağlığının korunmasını, tedavilerinin yapılmasını, sakat kalanların kimseye bağımlı kalmadan yaşamalarını sağlamayı, bunların yanında toplumun sağlık seviyesini daha iyi duruma getirmeyi amaçlayan çalışmaların tümüne verilen addır (Öztek, 2001: 294).

Sağlık, kişinin bireysel sermayesi olarak kabul edilirse, sağlık hizmetleri bu sermayeye yapılan yatırımları oluşturmaktadır. Temiz içme suyu sağlanmasından, en ileri teknolojiyle yapılan tedaviler de sağlık hizmetlerinin kapsamına girmektedir (Yeğinboy, 1993: 3). İnsan kaynakları, teknoloji ve sermaye sağlık hizmetlerinin

girdilerini ise, yaşam sürelerinin uzatılması, hayatta kalma ve hastalıkların tedavisindeki gelişmeler çıktılarını oluşturmaktadır (WHO, 2000: 19).

Sağlık hizmetleri, başta toplumsal olma ve faydasının ölçülememesi gibi sebeplerle, piyasada sunulan diğer mal ve hizmetlere göre birçok farklı özelliğe sahiptir. Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarından biri toplumun sağlık koşullarını daha iyi seviyelere getirmektir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri sadece belli kesimlere değil bütün insanlara sunulur. Bu sebeple sağlık hizmetleri toplumsal bir özelliğe sahiptir (Saltık, 1995: 38). Sağlık hizmetleri sosyal amaçlıdır ve çoğunlukla kar amacı güdülmez. Maliyet, fayda ve kar gibi kavramlar sağlık sektöründe farklı anlamlar kazanmıştır (Özsarı, 2000: 20; Işık, 1997).

Kişinin ne zaman, nerede ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağı önceden bilinemeyeceği için sağlık hizmetleri talebi tesadüfidir. Örneğin, trafik kazası geçiren kişi acil sağlık hizmetine ihtiyaç duyacaktır. Sağlık hizmetlerinin kimler tarafından ya da ne kadar talep edileceği de önceden bilinemez. Salgın bir hastalığın ortaya çıkmasıyla, sağlık hizmetlerine talep olağan seviyelerden yüksek olacaktır. Bu salgından kimlerin etkileneceğini ve kimlerin sağlık hizmeti talep edeceğini bilmek olanaksızdır (Işık, 2002: 2).

Sağlık hizmetleri piyasasında eksik rekabet söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yararlanılan teknoloji oldukça pahalıdır. Ayrıca bu hizmetlerin sunumu için insan faktörüne ihtiyaç duyulmaktadır. Bu da maliyetleri daha yüksek seviyelere getirmektedir. Sağlık sorunlarının çözümlerinde erteleme imkânı olmamakla birlikte, kişinin sağlığındaki bozulma kişiye büyük acılar veriyorsa ya da hayati tehlikelere yol açacak durumda ise sağlık hizmetlerine olan talebin vakit geçirmeden karşılanması gerekmektedir. Bu durumlarda kişiler sunulan hizmetin bedeli konusunda pazarlık yapma şansına sahip değildir. Bütün bu şartlar da sağlık sektöründe eksik rekabet ortamına sebep olmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 44).

Sağlık, piyasadaki diğer mal ve hizmetlerden farklıdır dolayısıyla sağlık piyasası da diğer piyasalardan çok farklı bir görünüme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin kamusal ve dışsallık özellikleri bu hizmetlerin gerçek maliyetleri yansıtılmalarının önüne geçmektedir (Özsarı, 2000: 24). Sağlık hizmetleri bazı tüketicilerin kullanımına

sunulurken, toplumdaki diğer bireyler de bu hizmetlerden fayda sağlamaktadır. Böylece sağlık hizmetlerinin sunumundaki fayda bireysellikten çıkıp toplumsal faydaya dönüşmektedir (Nadaroğlu, 1981: 34).Bireye yönelik aşı, muayene gibi hizmetler başta kişisel sağlığa fayda sağlarken bir süreden sonra toplum sağlığına da fayda sağlamaktadır. Bu fayda en çok bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisinde anlaşılmaktadır (Nadaroğlu, 1996: 32).

**Tablo 1: Sağlık Hizmetlerinin Analizi**

YARI KAMUSAL MAL OLARAK SAĞLIK	KÜRESEL KAMUSAL MAL OLARAK SAĞLIK
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fayda Bölünemez</li> <li>• Tüketim Dışlanamaz(Ulusal)</li> <li>• Finansman</li> <li>• Ulusal Kamu Kaynakları(Bütçe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fayda Bölünemez</li> <li>• Tüketim Dışlanamaz(Küresel)</li> <li>• Finansman</li> <li>• Kamu Kaynakları</li> <li>• Uluslararası Kuruluşlar</li> <li>• Özel kaynaklar (Kar amaçlı olan ya da kar amacı gütmeyen Kuruluşlar)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulusal Etkili</li> <li>• Diğer Amaçlar</li> <li>• Ekonomik Büyüme ve Kalkınma(Ulusal)</li> <li>• Yaşam Standartlarının Artması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Küresel Etkili</li> <li>• Diğer Amaçlar</li> <li>• Yoksulluğun önlenmesi(Küresel)</li> <li>• Yaşam Standartlarının Yükselmesi</li> </ul>

Kaynak: Ener ve Demircan, 2008.

Literatüre bakıldığında toplum sağlığı ve ekonomik gelişme arasında bir ilişki olduğu görülmektedir (Taban, 2006: 2). Kişilerin sağlık durumunda ki bozulma, bazı olumsuz ekonomik sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Sağlığı, çalışmaya elverişsiz duruma gelen kişi gelir kaybına uğrayacak, buna ek olarak tedavi içinde belirli bir harcama yapacak ve gelir kaybı daha da artacaktır. Bu durum ülke açısından düşünüldüğünde,

ekonomik kalkınma ve refah seviyesinde yükselme için sağlıklı bireylere sahip olmak hayati bir önem taşımaktadır (Kurtulmuş, 1998: 44). Sağlık hizmetleri bireyin çalışma gücünü artırır ve bu nedenle, üretim kapasitesini destekleyen bir yatırım olarak görülmektedir (Bulutoğlu, 1981). Ayrıca sağlık düzeyindeki gelişme verimliliğin artmasıyla birlikte ekonomik büyümeyi de hızlandıracaktır (Taban, 2006: 4).

1980'li yıllara kadar sadece kamu ekonomisi tarafından ya da kamu ekonomisinin denetimi altında piyasa ekonomisi tarafından üretilen sağlık hizmetleri, bu yıllardan sonra küresel kamusal mal nitelikleri kazanmıştır. Sağlık hizmetlerindeki dışsallığın, ulusal boyuttan küresel boyuta geçmesiyle birlikte sağlık hizmetleri de küresel boyuta geçmiştir. Bunun sonucunda uluslararası kuruluşlar devreye girmiş ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında yeni yöntemler geliştirmeye çalışmışlardır (Ener ve Demircan, 2008: 57-60).

### **1.3.SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI**

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmetlerini; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç grupta incelemiştir (Fişek, 1985: 4; Yazgan, 2009: 34).

#### **1.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Kişi ve toplum sağlığının korunması için kişi ve çevreye yönelik alınacak tedbirlerin tümü koruyucu sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır (Bulutoglu, 1988). Bir başka deyişle hastalık oluşmadan ya da sağlıklılık hali oluşturulduktan sonra da alınacak her türlü tedbir koruyucu sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde daha çok toplum sağlığı ön plandadır ve toplum sağlığına yönelik hizmetler ağırlıktadır (Shoup, 1987: 241-255). Koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyeti oldukça düşük olmasına rağmen faydası çok yüksek sağlık hizmetleridir (Bulutoğlu, 1977: 258). Kişilerin hastalığa yakalanmasını önleme faaliyeti, hastalığa yakalandıktan sonraki tedavi sürecinden daha kolay ve ucuz olduğundan, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır (Karabulut, 1998).

Koruyucu sağlık hizmetleri, çoğunlukla teknik olarak ele alınan, hekimlerin görev almadığı çevreye yönelik sağlık hizmetleri ile genellikle hekimler ve sağlık

personelinin görev aldığı kişiye yönelik sağlık hizmetleri olarak gruplandırılmaktadır. Yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlanması, barınak hijyeni, besin hijyeni, doğanın ve çevrenin korunması, atıkların yok edilmesi, çevre, hava ve su kirlenmesinin engellenmesi çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır (Eren ve Tanrıtanır, 1998: 18). Bunlara ek olarak, radyasyon ve kazalardan korunma, yiyecek ve içeceklerin kontrolü, bataklikların kurutulması da çevreye yönelik sağlık hizmetlerinin kapsamındadır ( Karabulut, 1998).

Bulaşıcı hastalıklara karşı mücadele, erken tanı, beslenmenin düzeltilmesi, aile planlaması, sağlık eğitimi, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, ilaçla korunma, kişisel hijyen hizmetleri ise kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sınıfında yer almaktadır (Eren ve Tanrıtanır, 1998: 18).Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde olmaması durumunda, tedavi edici sağlık hizmetleri veren kurumlar aşırı bir taleple karşılaşacaklardır. Koruyucu sağlık hizmetleri bu sebeple tedavi edici sağlık hizmetlerine kıyasla daha fazla hizmet üretiminde bulunmalıdır (Giray, 1989: 12-15).

### **1.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması, hastalık durumunun ortaya çıkmasıyla bireylerin sağladığı faydanın daha yüksek olduğu sağlık hizmetleridir (Karasioğlu ve Çam, 2008: 15-24). Toplam sağlık harcamalarındaki en büyük pay tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır (Çıraklı ve Sayım, 2009: 2).

Tedavi edici sağlık hizmetlerin de kişisel talep ön plandadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı tek başına yürütürken, tedavi edici sağlık hizmetleri tıp fakülteleri, özel kuruluşlar ve diğer bakanlıklar tarafından da sunulmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç grup altında incelenmektedir (Çıraklı ve Sayım, 2009: 2).

#### **1.3.2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri**

Tedavilerin evde ya da ayakta yapıldığı, bireylerin sağlık konusunda ilk başvuruyu yaptığı sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşundaki hekim

uygun görürse kişiler hastaneye sevk edilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların başlıcaları şunlardır (Öztek, 2004: 59).

- Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri,
- Sağlık ocağı,
- Verem savaş dispanseri,
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi,
- Sağlık Bakanlığı ile aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimleri,
- 112 acil sağlık hizmeti birimi,
- Üniversitelerin medikososyal birimleri,
- Türk Silahlı Kuvvetleri'nin birinci basamak sağlık üniteleridir.

### **1.3.2.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri**

Hastaların yatarak teşhis ve tedavi hizmeti aldığı sağlık kuruluşlarıdır. İkinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların başlıcaları devlet hastaneleri ve özel hastanelerdir. Bu kuruluşların en önemli özelliği yataklı tedavi hizmeti vermesidir (Öztek, 2004: 59).

### **1.3.2.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri**

Genellikle belirli bir hastalığın tedavisine yoğunlaşmış, tedavilerde en yüksek teknolojilerin uygulandığı sağlık tesisleridir. Doğum ve çocuk bakımevi, çocuk hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, kemik hastalıkları hastanesi, onkoloji hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi, deri ve tenasül hastalıkları hastanesi, diş hastanesi üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır (Öztek, 2004: 60).

### **1.3.3.Rehabilitasyon Hizmetleri**

Hastalık veya kaza sonucu engelli duruma düşen kişinin ekonomik, sosyal ve ruhsal yönden tekrar eski haline döndürülmesi ya da kimseye ihtiyacı olmadan hayatını sürdürebilmesini sağlamak için sarf edilen çabaların tümü rehabilitasyon hizmetleridir. Poliklinik hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, yatarak tedavi hizmetleri, kontrol muayeneleri, laboratuvar hizmetleri rehabilitasyon hizmetlerinin içerisinde kabul edilmektedir (Velicangil, 1985: 10).

Rehabilitasyon hizmetleri de kendi içerisinde iki alt başlıkta incelenmektedir. Bunlar tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal rehabilitasyon hizmetleridir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, işitme kayıplarının azaltılması, doğum öncesi ya da doğum sırasında herhangi bir nedenle beyinde hasar oluşarak engelli olan kişilerin ihtiyaçlarını karşılayacak duruma getirilmesi gibi faaliyetlerdir. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri ise, sakatlık halinin meydana gelmesiyle birlikte, işlerini eskisi gibi yapamayacak duruma gelen kişilerin eski haline döndürülmesine yönelik yapılan çalışmalardır (Öztek, 2004: 61).

#### **1.4.SAĞLIK EKONOMİSİ**

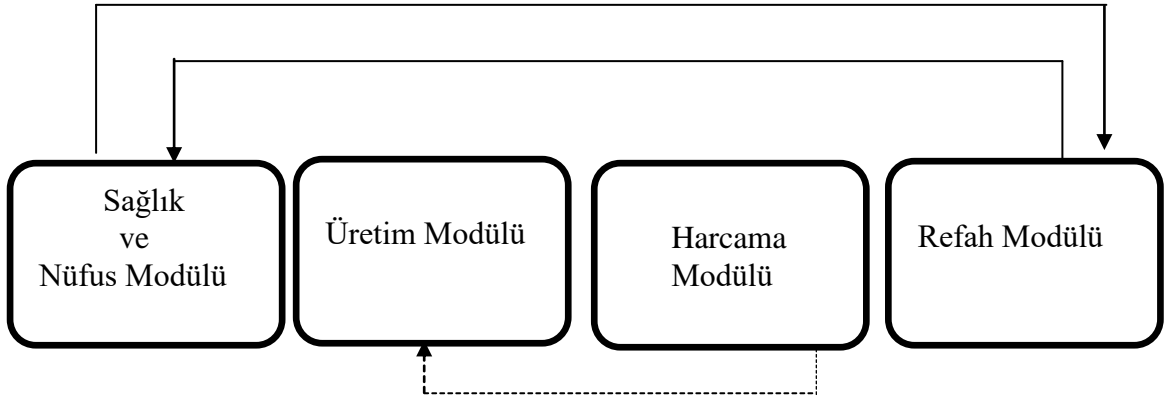
Ekonomi bilimi, kıt kaynaklarla maksimum refah seviyesi elde etmek için mal ve hizmetler arasında yapılan seçimleri inceleyen bir bilim dalıdır. Bu analizi yaparken de dört temel soruya cevap aramaktadır (Wonderling, Gruen ve Black, 2005: 8).

- Ne üretilecek ve ne miktarda üretilecek?
- Bu ürünler hangi metotla üretilecek?
- Mal ve hizmetlerin toplumsal çıktıları, toplumun üyeleri arasında nasıl bölüşülecek?
- Üretimde ve dağıtımda etkinlik nasıl sağlanacak?

Ekonomi bilimindeki temel sorunlar gibi sağlık sektöründe de dağıtım, iç etkisizlik ve adaletsizlik gibi önemli sorunlar bulunmaktadır. Dağıtım, sağlık programlarında maliyet etkinliğindeki yetersizliği, iç etkisizlik kamu programlarındaki kalitesizlik ve savurganlığı ifade ederken adaletsizlik kavramı da sağlık hizmetlerinde fayda dağılımının eşit olmadığını anlatmaktadır (Akın, Birdsall ve Ferranti, 1987: 17). Sağlık ekonomisi, sağlık sektöründeki bu sorunlara, ekonomi biliminin kuralları ve yöntemlerini sağlık sektörüne uyarlayarak çözüm arayan, ekonominin bir alt dalıdır (Şenatalar, 2003: 25). Ekonomide ki temel sorunlar kapsamında ekonomi ve sağlık ilişkisi Şekil 1'de anlatılmaktadır. Şekil 1'deki her modül ekonominin temel bileşimlerini gösterirken, düz çizgiler doğrudan, kesikli çizgiler dolaylı etkileri göstermektedir (Over, 1991: 10).



**Şekil 1:Sağlık Ekonomisi Modülleri**



Kaynak: Over,1991:10.

Sağlık ve ekonomi ilişkisinin en göze çarpan noktası, toplumsal sağlık düzeyinde yaşanan gelişmelerin dolaylı ve dolaysız olarak toplumsal refah üzerinde etkide bulunmasıdır. Sağlığın üretim, harcama ve refah üzerindeki etkilerini gösteren şekil, aynı zamanda sağlık ekonomisinin temasını oluşturmaktadır (Akin, Birdsall ve Ferranti, 1987: 17).

Sağlık hizmetleri yirminci yüzyılın ortalarına kadar ekonomi bilimi içinde en çok ihmal edilen konulardandır. Fakat, sağlık hizmetleri finansmanının önem kazanması, sağlık harcamalarının hızla artması ve sağlık sektörünün gayri safi milli hasıla (GSMH) içindeki payının hızla büyümesiyle birlikte ekonomistler sağlık ekonomisi alanına eğilmeye başlamışlardır (Reinhardt, 1989: 337). Ekonomistlerin bu alana yoğunlaşması sağlık ekonomisi için çeşitli tanımlamaları da beraberinde getirmiştir.

Sağlık ekonomisi, verilen sağlık hizmetlerinin ve sonuçlarının incelenmesi buna ek olarak bu hizmetlerin maliyetlerinin sonuçlarla karşılaştırılmasıdır (DPT, 2001). Bu tanımdan da anlaşıldığı gibi tıp bilimi uygulanan tedavilerin sonuçlarını esas alırken, sağlık ekonomisi tedavi sonuçlarının yanında bu tedavilerinin maliyetlerini de inceleme altına alarak fayda-maliyet analizi yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kaynakların etkin ve verimli kullanımı, sağlık ekonomisinin temel amacı olarak görülmektedir. Sağlık ekonomisi, kişilerin ve toplumların sağlıklarının korunması, sağlık durumundaki bozulmaların tedavi edilmesi,

sakat kalanların ise kimseye ihtiyacı olmadan yaşayabilecek duruma getirilmesi için yapılan çalışmalarda ekonomi biliminin kullanılmasıdır (Bekir, 2003: 1).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan birimlerin ve personellerin amacı hastalıkların önlenip mevcut sağlık durumunun daha iyi seviyelere getirmek iken, sağlık ekonomisi, bu hizmetlerin sunumunda kullanılan kaynakların en iyi şekilde kullanılmasını ve en yüksek fayda elde etmeyi amaçlar (Williams, 1987). Sağlık hizmetleri, kişi ve toplum sağlığını korumak ve daha iyi seviyelere getirmek için çeşitli programlar yapar ve bunları uygulamaya geçirir. Sağlık ekonomisi, bu uygulamalar arasında karşılaştırmalar yapar ve fayda seviyesi en yüksek hangisi ise o uygulamayı hayata geçirir. Sağlık ekonomisinde fırsat maliyeti kavramı ön planda tutulmaktadır (Çilingiroğlu, 2001: 1592).

Yapılan bütün tanımlara bakıldığında sağlık ekonomisinin konusu sağlık hizmetleridir ve temel amacı, sağlık hizmetlerinin ekonomik analizini yaparak kaynakların verimli kullanımını sağlamaktır. Sağlık harcamalarının ve sağlık sektörünün gelişmesiyle birlikte birçok ekonomist bu alanda çalışma yapmıştır ve bunun sonucunda sağlık ekonomisinde iki farklı yaklaşım ortaya çıkmıştır. Bunlar pozitif ve normatif yaklaşımlardır (Cushman ve Beyrer, 1965: 1).

Sağlık ekonomisi, sağlık sektöründe kıt kaynakların etkin kullanılabilmesi için sayısal verilere ihtiyaç duyar. Sağlık hizmetlerinde talep miktarını, talebi etkileyen unsurları bulmak pozitif sağlık ekonomisi yaklaşımının temel amacıdır. Bunları gerçekleştirebilmek amacıyla pozitif sağlık ekonomisi sağlık sektöründe rol alanları inceler ve talep üzerindeki etkileri sayısal olarak ortaya koyar. Pozitif sağlık ekonomisi sağlık sektöründeki sayısal verilerle ilgilenirken, normatif sağlık ekonomisi ise, sağlık sektöründeki kaynakların etkin kullanılması, sağlık hizmetlerinin kişi ve topluma eşit ve adaletli biçimde dağıtılması gibi konuları incelemektedir (Rice, 1984: 129).

Sağlık ekonomisinin bilimsel bir dal olarak kabul edilmesine öncülük eden isim Kenneth Arrow'dur. Bu alandaki "*Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care*" başlıklı çalışması sağlık ekonomisi alanında öncü bir kaynak olarak kabul edilmektedir. Arrow çalışmasında insanların sağlık hizmetlerinden mahrum

birakılamayacağına ve piyasa mekanizmasının sağlık sektöründe de etkili bir rol oynayacağına değinmiştir (Svedoff, 2004: 139).

1932 yılında, Amerika'da uygulanmakta olan sağlık hizmetleri üzerine bir çalışma yapan Ray Lyman Wilbur, sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetlerinin sunumunda kullanılan finansman yöntemlerinin yetersizliklerine değinmiştir. Wilbur (1932)' ye göre, insanlar sağlık alanındaki bütün ihtiyaçlarını tam ve gerektiği gibi elde edememekte, maliyetler insanlar arasında eşit olarak dağıtılmamaktadır. Sağlık alanında çalışanların gelirlerinin belirsiz ve düzensiz olduğu çalışmada vurgulanmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansman yöntemleri de etkinlikten uzak durumdadır.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki yıllarda sağlık hizmetleri alanında yapılan kamu harcamaları üzerine araştırmalarda, uygun fiyat ve vergi politikaları doğrultusunda, zararlı madde kullanımının yol açtığı olumsuz dışsallıkların giderilmesi yönünde harcamalar yapılması gereğine vurgu yapılmıştır (Klarman, 1979: 373).

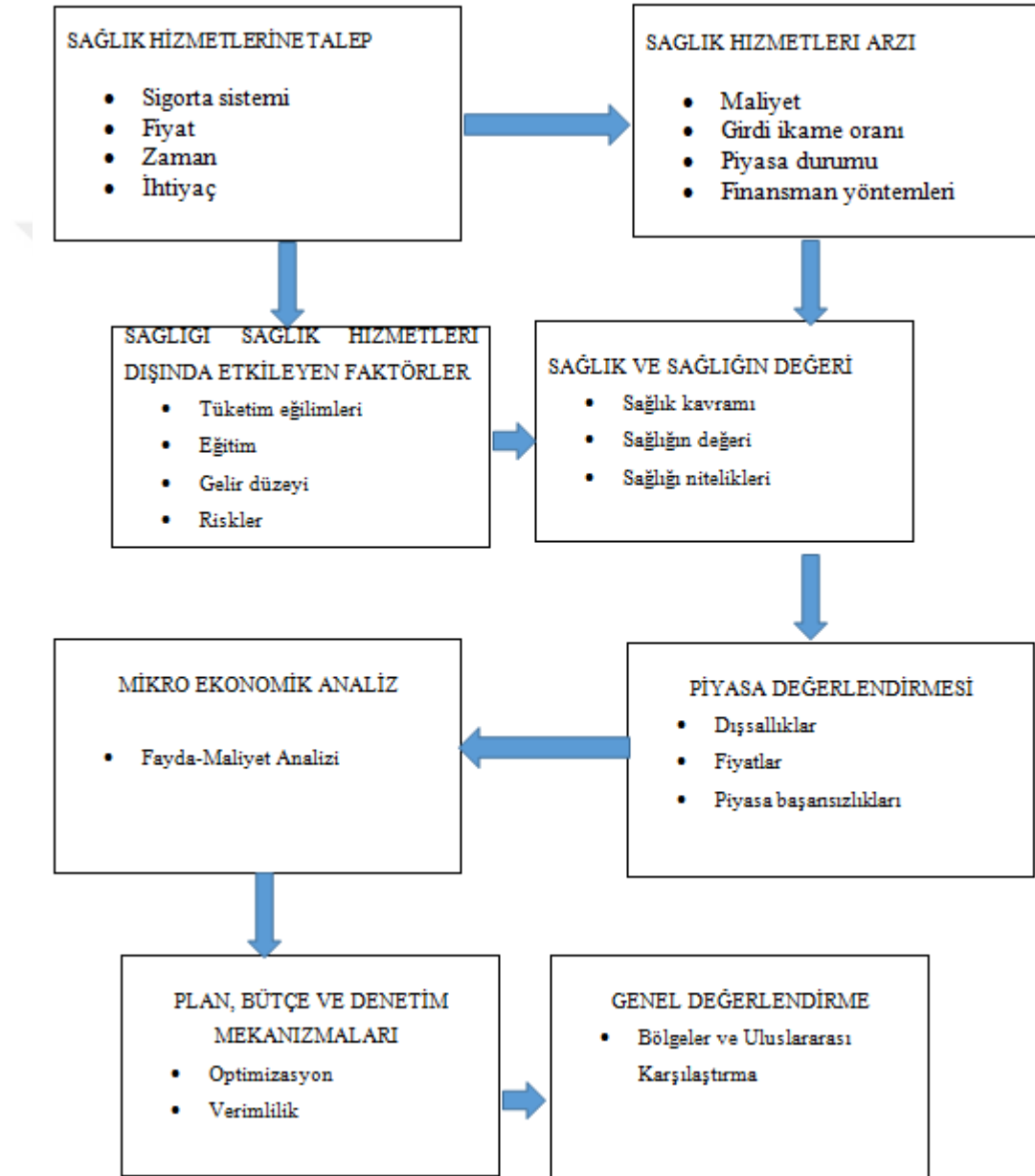
Sağlık hizmetlerinin organize edilmesi, geliştirilmesi ve bu hizmetlerin etkinliğinin değerlendirilmesi sağlık ekonomisinin temel amacıdır. Sağlık hizmetlerinde kaynakların verimli kullanımının denetimi, hizmetlerin yaygınlık ve sürekliliğinin oluşturulması, tüketicilerin elde ettiği faydanın artırılması amacıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı, arz ve talebi, yönetim, organizasyon gibi faaliyetlerin tümü sağlık ekonomisinin kapsamında değerlendirilmektedir (Baloğlu, 2006: 123).

Sağlık ekonomisi, geniş anlamda kamu yönetimi de dahil olmak üzere sosyal bilimleri kapsamakta; dar anlamda ise sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısı ve finansman yöntemlerini kapsamaktadır (Mushkin, 1958: 787). Sağlık ekonomisinin amacı ve kapsamı konularında bir başka çalışmada Anthony John Culyer tarafından yapılmıştır. Culyer (1991) çalışmasında, sağlık ve sağlığın değerinden başlayarak sağlık hizmetlerinde arz ve talep konularına değinmiş ayrıca sağlık sisteminde kontrol mekanizmalarına ve önemine de yer vermiştir.

Sağlık ekonomini sağlığın tanımı ve değerinden başlayarak inceleyen Culyer (1991), daha sonra sağlığı etkileyen faktörleri incelemiş, çalışmasına ayrıca arz ve talebi

dahil ederek sağlık ekonomisine makroekonomik bir bakış açısı getirmiştir. Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen faktörler olarak fiyat, zaman, sigorta sistemi, ihtiyaç gibi kavramları şemasına eklemiştir. Arzı etkileyen faktörler olarak da maliyet, piyasanın durumu, finansman yöntemleri gibi kavramları dahil etmiştir.

**Şekil 2:Sağlık Ekonomisi ve Kapsamının Şema ile Gösterimi**



Kaynak:Culyer,1991

Dünyada ortalama yaşam süresi beklentilerinin ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi yönündeki olumlu gelişmelerin artmasıyla birlikte sağlık ekonomisine olan ilgi daha da artmıştır. Hastalıkların tedavi seçeneklerinin çoğalması, ilaç ve teknoloji gibi faktörlerin de gelişmesiyle birlikte sağlık hizmetlerine olan talep hızla artmıştır. Artan taleple birlikte sağlık hizmetlerinin sunumundaki maliyetlerin karşılanması için yeni yöntemlerin geliştirilmesi de ihtiyaç haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde talebin, arzın ve finansman yöntemlerinin belirlenmesi, çözüm önerileri sunulması açısından sağlık ekonomisinin önemi her geçen gün artmaktadır (Mushkin, 1958: 789).

Sağlık hizmetleri sunumunu yürüten kurumların ve hükümetlerin sağlık politikaları, toplum ve siyasi gelecek açısından büyük önem taşımaktadır. Hükümetlerin sağlık alanında temel amaçları toplumun sağlık durumlarında iyileşme sağlamak ve sağlık hizmetlerini eşit ve adaletli dağıtmaktır. Bu noktada hükümetler seçim yapmak durumunda kalmaktadır. Sağlık ekonomisi bu seçimlerin yapılmasına, yaptığı ekonomik analizlere katkı sağlaması açısından çok önemli bir alt disiplindir (Mcpake, Kumaranayake ve Normand, 2002: 7).

### **1.5.SOSYAL REFAH DEVLETLERİNDE SAĞLIK**

Refah kelime anlamı olarak, bolluk ve rahat bir yaşamı ifade ederken sosyal refah ise, toplumu oluşturan bütün unsurların ihtiyaçlarını karşılayacak imkanlara sahip olmak anlamında kullanılmaktadır. Refah terimi yalnız başına iyilik durumu olarak kullanılırken, yanına sosyal kelimesi gelince kamu politikasının araçlarını da kapsar hale gelmektedir (Özdamar, 2007: 4). Sosyal politika ise, başta sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik gibi kavramların yanında eğitim, istihdam, barınma gibi kavramları da kapsamaktadır. Sosyal politika, içerdiği kavramlar göz önünde bulundurulduğunda, sosyal devleti oluşturmaktadır (Çalışkan, 2001: 5).

Sosyal refah devleti kavramı, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra belirginleşmiş bir kavramdır. İkinci Dünya Savaşında meydana gelen yıkımların onarılması, sonrasında meydana gelen krizlerin önüne geçilmesi için alınacak önlemlerin devlet eliyle yapılması kaçınılmaz hale gelmiştir (Çelik, 2007: 304). Bu gelişmelerin ardından Adam Smith'in öncülüğünü yaptığı Klasik Okul iktisadi düşünceleri, yerini Keynesyen İktisada bırakmıştır. Böylece devlet, müdahaleci özellik kazanmıştır (Ekin vd. 1999:28).

Sosyal devlet anlayışı, 1848 yılında hazırlanan Fransız Anayasası ile birlikte anayasal bir zemine oturtulmuştur. İşçi hareketinin kazanımı olan bu gelişmeyle klasik hakların yanında ekonomik ve sosyal haklara da yer verilmiştir. Bu gelişmeyi Almanya izlemiş ve 1919’da, toplumu oluşturan bütün kesimlere sağlık, çalışma ve eğitim gibi haklar verilmiştir (Bulut, 2003: 6).

Sosyal devlet kavramı, ülkemizde ise ilk kez 1961 Anayasası’nda yer almış, buna göre sosyal devlet, fertlere yalnız klasik özgürlükleri sağlamakla yetinmeyip, aynı zamanda insan onuruna yakışır şekilde yaşamaları için gerekli olan maddi ihtiyaçlarını karşılamalarını da görev edinen bir anlayışta olmalıdır. Sosyal devlet anlayışına dayanan düzenlemeler bundan ibaret olmayıp, anayasanın bütününe yansıyan bir anlayışın hakim olduğu görülmektedir. Onuncu maddenin ikinci fıkrasında, “*devlet kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal adalet ve hukuk devleti ilkeleriyle bağdaşmayacak surette kısıtlayan siyasi, ekonomik ve sosyal bütün engelleri kaldırıp insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlar*” denilmek suretiyle, sosyal devlet anlayışının temel hak ve hürriyetlerin gerçekleştirilmesi bakımından önemli bir altyapı oluşturulduğunu söylemek yerinde olacaktır (Akad, 1992: 112).

Sosyal devlet ilkesi, yürürlükte olan 1982 Anayasası’nda ikinci ve beşinci maddelerde yer almış ve bu maddeler Türkiye Cumhuriyeti Devleti’ne sosyal devlet olmanın görevlerini yüklemiştir. Devlet Anayasada da belirtilen bu maddeleri gerçekleştirmek amacıyla vatandaşlara, çalışma, adil ücret, sosyal güvenlik, konut, eğitim ve sağlık hakkı gibi birçok sosyal hak vermiştir.

Sosyal devlet ilkesinin gereklerini gerçekleştirmek amacıyla sağlık hakkı tanıyan devlet bu hakkı Anayasa’nın 56. maddesinde de koruma altına almıştır. Bu maddeye göre,

*“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp*

*hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından faydalanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”*

Sosyal refah devleti, kamu gücünü kullanarak piyasada ki devlet harici güçlerin etkisini ve tekelleşmesini engellemeyi amaç edinen bir devlet türüdür. Buna göre sosyal refah devleti, toplumu oluşturan bireylere minimumda olsa bir gelir garantisi vermeli, oluşabilecek hastalık, işsizlik gibi durumların verdiği zararları telafi etmede yardımcı olmalı ve bütün vatandaşların en iyi yaşam düzeyine gelmeleri için çaba sarf etmelidir (Briggs, 1961: 221). Refah devletini diğer devlet türlerinden ayıran en önemli unsurlar, devletin kişilerin barınma, sağlık ve eğitim gibi ihtiyaçlarını karşılamayı amaç edinmesidir. Fakat bu noktada sosyal devlet ile sosyalist devlet kavramlarını da karıştırmamak gerekmektedir (Seyidoğlu, 1999: 497).

Sosyalizmde, üretim araçlarının tamamı devlet kontrolünde olmakla birlikte, özel mülkiyet ve serbest rekabet kavramları yoktur (Gözübüyük, 2006: 163). Sosyal refah devletinde ise, kişilerin ve toplumun ihtiyaçlarının karşılanması temel amaçtır ve bu amaç için kamu kaynakları verimli bir şekilde kullanılmaya çalışılır. Sosyal refah devleti bu amacını, artan oranlı vergileme, sosyal güvenlik sistemleri, işsizlik sigortaları, sübvansiyon ve destekleme politikaları gibi araçlarını kullanarak gerçekleştirir (Seyidoğlu, 1999: 497).

Sosyal refah devleti, piyasaya müdahale etme, düzenleme ve geliri yeniden dağıtma gibi özelliklere sahiptir. Piyasadaki aksaklıklara maliye politikaları ile müdahale eder. Negatif dışsallıkları olan çevreye zararlı ürünlerden vergi alarak düzenleyici rolünü yerine getirir ve geliri yüksek kesimlerden düşük kesimlere gelir transferi yaparak gelirin adaletli dağıtılmasını sağlar (TÜSİAD, 1995: 73).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı fertlerin ve bütün toplumun refah seviyesini daha iyi seviyelere getirmektir. Sağlık hizmetlerindeki sorunlar piyasa mekanizmaları tarafından çoğu zaman çözülememekte ve bu sorunlar toplum için büyük zararlara sebep olmaktadır. Böylelikle, bu hizmetleri gerçekleştirmek sosyal refah devletinin temel görevi durumuna gelmektedir (Alp, 2008: 115).

Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulmasının nedenlerinin başında gelirin adaletli dağılmaması gelmektedir. Devlet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde kişinin sigorta primine bakılmamakta ve kişi sağlık sigortası sisteminde yer almasa da bu hizmetlerden faydalanmaktadır. İkinci neden ise piyasa başarısızlıkları olan eksik rekabet ve bilgi eksikliğidir. Sağlık hizmetlerinin sosyal refah devleti tarafından sunulmasının nedenlerinden bir diğeri ise, kişiler en alt gelir seviyesinde olsa dahi, sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir (Alp, 2008: 116).

Kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasının önündeki en büyük engellerden biri finansal yetersizliklerdir. Sistemdeki katılım payları, düşük gelir grubundaki insanlar için büyük sorunlar oluşturmaktadır. Sağlık ihtiyacını karşılamak isteyen kişiler sağlık sigortası sistemine kayıtlı değilse bu hizmetlerden ücret ödeyip faydalanmak zorunda kalmakta ya da özel sigorta sistemlerine kayıt olmak durumundadır. Dolayısıyla sosyal refah devletindeki sağlık uygulamaları, kişiler ile sağlık arasındaki en büyük sorunu kaldırmaktadır (Günaydın, 2011: 98).

### **1.5.1.Sosyal Refah Devletlerinde Sağlık Harcamalarının Analizi**

Sosyal refah devletlerinde sağlık harcamaları konusunda, ulusal sağlık hizmetleri modelinin en başarılı uygulayıcısı olan İskandinav ülkeleri ele alınacaktır. İskandinav ülkelerindeki sağlık harcamalarının analizine ise, 2013 yılında toplam sağlık harcamaları GSYİH içinde % 11'lik paya sahip olan İsveç ile başlamak yerinde olacaktır.

#### **1.5.1.1.İskandinav Ülkeleri**

Sosyal refah devletinin uygulayıcısı devletler incelenecek olursa bu ülkelerin başında, Danimarka, İsveç ve Norveç gibi İskandinavya ülkeleri gelmektedir. Bu ülkeler arasında ise, 2015 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %11 olan İsveç başı çekmektedir. Bu oran OECD ülkelerinin ortalamasından yüksektir ve OECD ülkelerinde bu oran % 8,9 olarak kayıtlara geçmiştir. İsveç'te sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2008-2009 yılları arasında artış göstermiş fakat küresel mali kriz nedeniyle diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi 2010 yılında azalma göstermiştir. Daha sonraki yıllarda ise yine artış göstermiş ve 2014 yılında sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 10,8, 2015 yılında ise % 11,0 olmuştur (OECD, 2016).



**Tablo 2: İskandinav Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)**

Ülke/Yıl	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Finlandiya	8,5	8,5	8,7	8,6	9,1	9,2
Danimarka	9,5	10,7	10,4	10,2	10,4	10,4
İsveç	8,3	8,9	8,5	10,6	10,8	11,0
Norveç	8	9,1	8,9	8,8	8,8	8,9
OECD ort.	8,3	9,0	8,8	8,8	8,9	8,9

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2016

Danimarka'da ise sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2010-2015 yılları arasında İsveç ve OECD ortalamasından yüksektir. 2011 yılından itibaren sağlık harcamalarında İsveç'in gerisinde kalan Danimarka OECD ortalamasından daha yüksek sağlık harcaması yapmaya devam etmiştir. 2015 yılında Danimarka'da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 10,4 olarak gerçekleşmiştir. Bir diğer İskandinav ülkesi Norveç'te ise sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2010-2015 yılları arasında OECD ortalamasına yakın bir seyir izlemiştir (OECD, 2016). Sağlık harcamalarının finansmanında ise, İskandinav ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı OECD ülkelerinin üzerindedir.

**Tablo 3: İskandinav Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı %**

Ülke/Yıl	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Finlandiya	7,0	7,1	7,3	7,0	7,1	8,1
Danimarka	8	9,1	8,8	8,7	8,8	8,8
İsveç	6,8	7,3	6,9	9	9,1	9,2
Norveç	6,7	7,7	7,5	7,4	7,4	7,6
OECD ort.	6	6,5	6,4	6,4	6,4	6,5

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2016

İskandinav ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2010-2015 yılları arasında artış göstermiş 2010 yılında ise OECD ülkelerindeki gibi azalış göstermiştir. 2015 yılında Danimarka'da kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 8,8, İsveç'te % 9,2, Norveç'te % 7,6, Finlandiya'da ise % 8,1 olarak

gerçekleşmiştir. OECD ülkelerinde 2015 yılında kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 6,5 olarak kayıtlara geçmiştir.

### 1.5.1.2.OECD Ülkeleri

Yaşam standartlarının yükselmesi, eğitim sisteminde ve düzeyinde gelişme ve sağlık hizmetleri seviyesinin yükselmesiyle birlikte OECD ülkelerinde tahmini yaşam süresi artış göstermiştir. Tablo 4’de kadın, erkek ve toplam nüfus için tahmini yaşam süreleri gösterilmiştir (OECD, 2016).

**Tablo 4:OECD Ülkelerinde Tahmini Ortalama Yaşam Süreleri**

Yıllar	Kadın	Erkek	Toplam Nüfus
2010	82,1	76,4	79,3
2011	82,3	76,7	79,5
2012	82,6	77,0	79,8
2013	82,8	77,3	80,1
2014	82,8	77,4	80,1
2015	83,0	77,8	80,4

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2016

OECD ülkelerinde kadınlar için beklenen ortalama yaşam süresi 2010 yılında 82,1 yıl iken sonraki yıllarda artış göstererek 2015 yılında 83,0 yıl olmuştur. Erkekler için ise 2010 yılında tahmini yaşam süresi 76,4 yıl iken, 2015 yılında 77,8 yıldır. OECD ülkelerinde toplam nüfus için beklenen ortalama yaşam süresi 2015 yılında 80,4 yıl olarak belirlenmiştir OECD, 2016).

OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yüzdeler olarak Tablo 5’de incelenmiştir. Tablo 5’e göre OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2010-2015 yılları arasında artış eğilimi göstermiş 2015 yılında % 8,9 olarak gerçekleşmiştir. Fransa’da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2015 yılında % 11,1 olarak gerçekleşirken, bir diğer OECD ülkesi Almanya’da % 11,2, İtalya’da ise, % 9,0’dır. 2015 yılında OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki ortalama payı % 8,9 olmuştur (OECD, 2016).

**Tablo 5: Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı**

Yıl/Ülke	Fransa	İtalya	Almanya	Avusturya	Belçika	OECD ort.
2000	9,5	7,6	9,8	9,2	7,9	7,2
2005	10,2	8,4	10,3	9,6	9,0	7,8
2010	10,7	9,0	11,0	11,1	9,9	8,3
2011	10,7	8,8	10,7	9,9	10,1	9
2012	10,8	9,0	10,8	10,1	10,2	8,8
2013	10,9	9,0	11,0	10,2	10,4	8,8
2014	11,1	9,0	11,1	10,3	10,4	8,9
2015	11,1	9,0	11,2	10,3	10,5	8,9

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2016

OECD ülkelerinde finansman türüne göre sağlık harcamaları incelendiğinde, en fazla kamu kesimi sağlık harcaması yapan ülkenin Hollanda olduğu ve ardından Danimarka ve Fransa gibi ülkelerin geldiği görülmekte olup, bu nedenle Tablo 6’da bu ülkelerin kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı gösterilmiştir.

**Tablo 6: Bazı OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı**

Ülke/Yıl	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hollanda	8,3	8,9	9,1	9,1	9,6	9,7
Danimarka	8	9,1	8,8	8,7	8,8	8,8
Fransa	7,9	8,5	8,4	8,4	8,5	8,6
OECD ort.	6,0	6,5	6,4	6,4	6,4	6,5

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2016

OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki ortalama payı 2010-2015 yılları arasında % 6 ile % 6,5 arasında seyir izlemiştir. Fransa’da kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2010 yılında %7,9 iken 2015 yılında % 8,6’dır. Hollanda’da 2010 yılında % 8,3, 2015 yılında % 9,7 iken Danimarka’da ise 2015 yılında kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 8,8 olmuştur (OECD, 2016)

### 1.5.2. Türkiye’de Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi

Sağlık alanında değerlendirme yapılırken kullanılan ve bütün dünyada kabul görmüş bazı değişkenler bulunmaktadır. Bebek ölüm oranları, doğumda yaşam beklentisi ve anne ölüm oranları bunlardan bazılarıdır(Akın,2007). Türkiye’de doğumda yaşam beklentisi 2015 yılı verilerine göre kadınlar için 80,7 yıl, erkekler için ise 75,3 yıl çıkmıştır. OECD ortalaması ise kadınlar için 2015 yılında 83 yıl, erkekler için 77,8 yıldır.2015 yılı verilerine göre en düşük yaşam beklentisine sahip ülkeler ise Litvanya ve Meksika olarak belirlenmiştir (OECD, 2016).

**Tablo 7:Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Uluslararası Göstergeler (2015)**

Göstergeler	Türkiye	OECD	OECD Üyesi Olmayan Ülkeler
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi(Yıl)	78	80,6	71,6
Bebek Ölüm Hızı (Bin Canlı Doğumda)	10,7	3,9	16,7
Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	15,9	12,3	57,0
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Bin Canlı Doğumda)	10,3	8,3	20,0

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2016

Türkiye’de sağlık harcamaları merkezi yönetim bütçe giderleri kapsamında olmakla birlikte, sağlık harcamaları, genel tedavi, ilaç ve sağlık malzemeleri giderlerinden oluşmaktadır. Türkiye’de yapılan sağlık harcamaları OECD ülkeleriyle Tablo 8’de gösterilmiştir. Tablo 8’de Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 2000-2015 yılları arasındaki paylarının, OECD ortalamasının ve tablodaki diğer OECD ülkelerinin altında kaldığı görülmektedir.

**Tablo 8:Türkiye ve Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı**

Ülke/Yıl	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Türkiye	4,6	4,9	5,1	4,7	4,5	4,4	4,3	4,1
Avusturya	9,2	9,6	11,1	9,9	10,1	10,2	10,3	10,3
Almanya	9,8	10,3	11,0	10,7	10,8	11,0	11,1	11,2
Hollanda	7,1	9,3	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,7
Fransa	9,5	10,2	10,7	10,7	10,8	10,9	11,1	11,1
OECD ort.	7,2	7,8	8,3	9	8,8	8,8	8,9	8,9

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2016

Türkiye’de 2010 yılında yapılan sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 5,1 olarak gerçekleşmiş ve % 8,3 olan OECD ortalamasının altında kalmıştır. Daha sonraki yıllarda da OECD ortalamasının altında seyreden sağlık harcamaları payı 2014 yılında % 4,3, 2015 yılında ise % 4,1 olarak kayıtlara geçmiştir. 2014 ve 2015 yıllarında OECD ülkeleri sağlık harcamalarının GSYİH içindeki ortalama payı % 8,9’dur (OECD, 2016).

**Tablo 9:Türkiye’de Kaynağına Göre Sağlık Harcamaları Finansman Analizi**

Yıl	Kamu %	Özel %
2002	70,7	29,3
2005	67,8	32,2
2009	81	19,0
2010	78,6	21,4
2011	79,6	20,4
2012	79,2	20,8
2013	78,5	21,5
2014	77,4	22,6
2015	78,5	21,5

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015

Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanında ise kamu kesiminin payı özel kesime göre çok daha fazla olup bu oran 2009-2015 yılları arasında % 70 den fazladır. 2009 yılında sağlık harcamalarının finansmanında kamu kesiminin payı % 81 olarak gerçekleşirken 2015 yılına kadar dalgalı bir seyir göstermiş 2015 yılında ise kamu kesimi sağlık harcamalarının %78,5’ini karşılamış ve özel kesimin payı % 21,5 olarak gerçekleşmiştir.

Kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının yıllara göre değişimi ise aşağıdaki gibidir.2009 yılında kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 4,9 iken bu oran 2012 yılında % 4,1’e kadar gerilemiştir. 2009 yılından sonra azalan kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2013 yılında % 4,2, 2015 yılında ise % 4,4 olmuştur.

**Tablo 10: Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamaları (Milyon)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TL	46890	48482	54580	58785	66228	73382	82121
USD	30310	32313	32682	32795	34833	-	-
Artış %	-	3,3	12,5	7,7	2,6	10,8	11,9
GSYİH İçindeki payı %	4,9	4,4	4,2	4,1	4,2	4,3	4,4

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015

Türkiye’de özel sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise yıllara göre tablo 11’ de incelenmiştir. Tablo 11’ e göre 2009 yılında özel sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 1,2 iken, sonraki yıllarda bu oran azalma göstermiş ve 2011 yılında % 1,1 olmuştur. 2010 yılında ise oran % 1,2 iken 2013 yılı fiyatlarıyla yaklaşık 17 milyon TL özel sağlık harcaması yapılmıştır. 2015 yılında ise 22 milyon TL’den fazla özel sağlık harcaması yapılırken, bu harcamanın GSYİH içindeki payı % 1,3 olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo 11: Türkiye’de Özel Sağlık Harcamaları (Milyon)**

Birim/Yıl	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TL	11021	13196	14028	15404	18162	21368	22446
USD	7124	8795	8400	8594	9552	-	-
Artış %		19,7	6,3	9,8	17,9	17,6	5,0
GSYİH İçindeki Payı %	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015

Türkiye’de kişi başına yapılan sağlık harcamaları ise 2009-2015 yılları arasında dalgalı bir seyir izlemiştir. Tablo 12 kişi başı sağlık harcamalarının toplamını göstermektedir. 2009 yılında kişi başına 2013 fiyatlarıyla 1088 TL sağlık harcaması yapılırken 2010 yılında 843 TL kişi başına sağlık harcaması yapılmıştır. 2009 yılındaki küresel mali kriz sebebiyle kişi başına yapılan sağlık harcaması da düşüş göstermiş, 2011 yılında 924 TL kişi başına sağlık harcaması yapılmış 2012 yılında ise, 987 TL harcama yapılmıştır. Daha sonraki yıllarda ise kişi başına sağlık harcamalarında artış görülmüş 2013 yılında 1110 TL, 2014 yılında 1232 TL ve son olarak 2015 yılında 1345 TL sağlık harcaması yapılmıştır.

**Tablo 12: Türkiye’de Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Milyon)**

Yıl	TL	USD	Artış %
2009	804	520	-
2010	843	562	4,8
2011	924	553	9,6
2012	987	551	6,8
2013	1110	584	12,4
2014	1232	563	10,9
2015	1345	496	9,1

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015

## BÖLÜM 2

### 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Çalışmanın ikinci bölümünde ilk yardım ve acil yardım kavramları arasındaki fark belirtilerek, acil sağlık hizmetlerinin dünyada ve Türkiye’de gelişim süreci incelenecektir. Tarihsel gelişim anlatıldıktan sonra, 112 acil sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyon yapısı, 112 acil sağlık hizmetlerinin işleyiş ve aşamaları anlatılacaktır. Son olarak 112 acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı incelenerek ikinci bölüm sonlandırılacaktır.

#### 2.1.İLK YARDIM

Kaza ya da hayatı tehlikeye düşüren bir olayda, yaşamın sona ermesine neden olacak sebepleri önlemek, var olan durumu korumak veya daha kötüye gitmesini engellemek amacıyla yapılan uygulamalara ilkyardım denir. İlkyardım ilaçsız yapılır ve sağlık görevlileri gelinceye kadar olan süreçtir. Ayrıca ilkyardım sadece sağlık personelleri tarafından değil, ilkyardım eğitimi almış ya da ilkyardım bilgisi olan herkes tarafından da yapılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 16).

İlkyardım uygulayacak kişinin var olan durumu dikkatli bir şekilde değerlendirmesi ve duruma göre ne yapacağına çabuk karar vermesi gereklidir. Hayati tehlike oluşturan durumu ortadan kaldırmak ilkyardımın temel amacıdır. Hasta-çevre güvenliği, iletişim ve müdahale ilkyardımın üç temel uygulamasını oluşturmaktadır (Demirhan,2003: 22).

İlkyardımcı, önce kendi güvenliğini, daha sonra hastanın ve çevrenin güvenliğini sağlamalıdır. Buradaki amaç ikinci bir kazanın oluşmasını engellemektir. Güvenliği sağladıktan sonra, olayı acil sağlık ekiplerine bildirmelidir. Bu aşamadan sonra ise ilkyardım uygulanıp, ekiplerin gelmesi beklenmelidir. İlkyarımda en çok dikkat edilmesi gereken nokta ise, bilinmeyen ya da emin olunamayan uygulamaların kesinlikle yapılmaması gerekliliğidir( Sağlık Bakanlığı, 2008: 19).



## 2.2.ACİL YARDIM

Acil sağlık hizmetleri alanında eğitim görmüş ekiplerce, olay yerindeki müdahale ve hastaneye nakle kadar yapılan uygulamaların tümüne acil yardım denir. İlkyardımdan sonraki aşamadır. Acil sağlık hizmetleri ilkyardımdan farklı olarak, profesyonel ekipler tarafından verilir ve tıbbi ekipmanlar kullanılır.<sup>1</sup>

Türkiye’de meydana gelen ölümlerin 2015 yılı verilerine göre, % 40’ından fazlasının dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı olduğu görülmektedir. Dolaşım sistemindeki bozukluklar sonucu meydana gelen kalp krizi vakalarının hastaneye ulaşılıncaya kadar ölümle sonuşlanma oranı % 20-30, hastaneye ulaştıktan sonra ise % 10 civarında olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda ilk ve acil yardımın hayati önemi ortaya çıkmaktadır (TK, lm Nedeni İstatistikleri, 2015).

**Tablo 13: Türkiye’de lm Nedeni İstatistikleri**

Nedenler	2013		2014		2015	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	143084	39,6	153646	40,0	157965	40,3
İyi ve Kötü Huylu Tümörler	78534	21,2	78074	20,4	78661	20,0
Solunum Sistemi Hastalıkları	35364	9,8	40638	10,6	43566	11,1
Dışsal Yaralanma ve Zehirlenmeler	20409	5,7	20160	5,3	17696	4,5

Kaynak: TK, lm Nedeni İstatistikleri, 2015

2015 yılı verilerine göre ülkemizde 1199010 kaza meydana gelmiş, bu kazaların sonucunda 3524 kişi hayatını kaybetmiş, 285059 kişi ise yaralanmıştır. Bu kazalardaki ölümlerin yaklaşık % 10’u ilk 5 dakikada, % 50’lik kısım ise ilk yarım saatte meydana gelmiştir. Bu istatistiklere göre de, olay yerinde doğru ve zamanında yapılan ilk

<sup>1</sup>TC SB, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (ASHY), Resmi Gazete (RG), S. 24046, 2000, madde (m.) 4

müdahalenin, sakatlık ve ölüm oranlarını önemli ölçüde azaltacağı belirlenmiştir. ABD’de yapılan bir başka araştırmada, kalp durmalarında yapılacak ilkyardımın en kısa sürede yapılmasıyla, vakaların % 40’ının kurtarıldığı ortaya çıkarılmıştır. Araştırmanın bir başka sonucu ise, kalp durmalarında acil sağlık ekipleri gelinceye kadar yapılan ilkyardımın % 20 oranında hayat kurtardığı tespit edilmiştir (Demirhan, 2003: 22-24).

### **2.3.DÜNYADA ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ**

Tarih boyunca meydana gelen kazalar, doğal afetler ve savaşlar sonucunda yaralanma ve acil sağlık sorunlarıyla karşılaşmıştır. Bu sorunlar için çözümler aranmış ve süregelen olaylar farklı yöntemler geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Acil tıbbi müdahalelerin uygulanması ve geliştirilme çabaları yaklaşık 50 asır öncesine dayanmaktadır. Eski Roma ve Yunan gibi uygarlıkların, savaş alanlarında yaralananların güvenli bölgelere taşınması için yöntemler geliştirdikleri bilinmektedir. Benzer şekilde Haçlı Savaşları sırasında da yaralanan kişilerin savaş alanından uzaklaştırılması amacıyla şövalyeler tarafından, at arkasına bağlanan sedyeler ile taşıma gibi yöntemler denenmiştir (Sofuoğlu, 2015).

İspanyol ordusu tarafından Malaga kuşatması sırasında kullanılan atlı arabalar, ilk ambulans benzeri araç olarak kabul edilmiş, fakat dünyadaki ilk ambulans 1792 yılında Avusturya ve Prusya ile savaşa giren Fransa tarafından kullanılmıştır. Napolyon’un özel cerrahı Baron Dominique Jean Larre, Fransız ordusu baş cerrahı Pierre Francois Parey ile birlikte cankurtaran birliği oluşturmuştur. Bu birlikteki her takımda Larrey’in uçan ambulans adını verdiği 12 ambulans görev yapmaktaydı. Larrey’in hafif bir araba olarak tasarladığı ambulansların içinde dönemin her türlü donanımı bulunmaktaydı ve trafikte de geçiş üstünlüğü vardı (Walz, 2001).

1860’lı yıllarda ABD’de savaşın sona ermesiyle birlikte, ambulans hizmetleri başlatılmış, Newyork ve Cincinnati’de hastanelere hasta taşımak için araçlar kullanılmaya başlamıştır. İlk sivil ambulans servisi 1878 yılında Londra’da kurulmuş, daha sonra 1897 yılında günün her saatinde hizmet veren ambulans servisi Londra’da göreve başlamıştır (Sofuoğlu, 2015).

Birinci ve İkinci Dünya Savaşları'nda ilkyardım amacı ile atel<sup>2</sup> uygulaması gibi yeni yöntemler geliştirilmiştir. İlyardımın yanı sıra hasta taşıma yöntemleri de gelişme göstermiş, 1915 yılında Sırp ordusu hasta taşıma için uçağı ilk kez kullanmış, tren, gemi ve helikopter gibi ulaşım araçları da hasta taşıma amaçlı kullanılmıştır. Askeri helikopterler özellikle Vietnam Savaşı'nda çok sayıda yaralı taşımak için aktif olarak kullanılmıştır. Vietnam ve Kore savaşlarında edinilen tecrübeler, yaralanan kişilerin en kısa zamanda sağlık kuruluşuna götürülmeleri gerekliliğini açıkça ortaya çıkarmıştır (Walz, 2001).

Acil sağlık hizmetlerinde dönüm noktası olarak kabul edilen olay 1966 yılında ABD' de gerçekleşmiştir. ABD Ulusal Bilimler Akademisi, 'Kazalarda Ölüm ve Sakatlıklar' başlıklı bir rapor yayınlamıştır. Raporu ülke genelinde sunulan acil sağlık hizmetlerinin yetersizliğine vurgu yapılmıştır. Yayımlanan rapor ABD'de büyük etki oluşturmuş ve 1972 yılında Cincinnati Üniversitesi'nde Acil Tıp Uzmanlığı programı açılmıştır. Ulusal Bilimler Akademisinin acil tıp alanında en zayıf halkanın acil sağlık hizmetleri olduğunu açıklamasıyla, acil sağlık hizmetleri çok hızlı geliştirme göstermiş ve sağlık hizmetleri alanında önemli yer tutmaya başlamıştır. Acil tıp uzmanlığı 1980 yılında kadar en çok gelişen uzmanlık dalı olsa da, 1990'lı yılların sonuna kadar sadece İrlanda ve İngiltere gibi ülkelerde tanınmıştır (Howard, 2000: 285).

Acil sağlık hizmetlerinin gelişim sürecinde, ülkelerin kendi koşullarına göre ya da yaşanan olaylara göre bazı farklılıklar öne çıkmaktadır. Kanada ve Amerika gibi ülkelerde acil ekipleri tek bir merkezden yönetilmekte, ambulanslarda paramedikler görev yapmaktadır. Hekimler daha çok eğitimlerde görev almaktadır. Avrupa ülkelerinde ise, başta Almanya olmak üzere İkinci Dünya Savaşı'nda güvenlik sistemleri ağır darbe almış ülkelerde itfaiye teşkilatları ön plana çıkmıştır. Almanya'nın birçok bölgesinde acil sağlık hizmetleri, İtfaiyenin çatısı altında yürütülmektedir. Burada ambulanslar genelde belediyelere bağlı olarak hizmet vermektedir (Sofuoğlu 2015).

İngiltere'de ambulans servisi, diğer ülkelerden farklı olarak, özel sektör kuruluşu gibi yapılanmış ve profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmektedir. Londra ambulans

---

<sup>2</sup> Kırık organların tespit edilerek hareketsiz hale getirilmesinde kullanılan tahta, metal ya da plastik araçlara atel denir.

servisi ambulans, helikopter, motosiklet gibi 1000'den fazla araçla hizmet vermekte ve kendine ait bütçesi bulunmaktadır. Fransa'da ise ülke genelinde birbirinden farklı yönetim tarzı benimsenmiş olup, diğer ülkelere göre de hekimleri daha aktif olarak kullanan bir acil sağlık hizmeti anlayışı hakimdir. Polonya, Çek Cumhuriyeti, Macaristan gibi Avrupa ülkelerinde ambulans hizmetleri yerel yönetimlerin kontrolünde yürütülmekte ve ambulanslarda uzman doktorlar ve özel eğitim almış sağlık personelleri görev yapmaktadır (AAHD, 2015).

İtfaiye teşkilatının çatısı altında, acil sağlık hizmetlerini yapılandırmış bir başka ülke ise Japonya'dır. Japonya'da ambulans hizmetlerinin geliştirilmesi için ilk kurum 1991 yılında faaliyete başlamış ve Acil Yaşam Kurtarma Yasası çıkarılmıştır. Ambulanslarda itfaiyeci ambulans acil bakım teknikerlerine görev veren Japonya'da, yaklaşık iki yüz bin personel bulunmaktadır. Ülkelerin içyapısı ve konumu gibi özellikleri acil sağlık hizmetlerindeki gelişimin yanında, örgütlenme yapısını da doğrudan etkilemiştir. Dünyada kullanılan iki tane acil sağlık hizmeti örgütlenmesi vardır. İlki Anglo-Amerikan modeli olup, bu modelde daha yüksek kalitede hizmet verilen hastanelere taşınan hastalara, ilk müdahaleyi paramedikler ve acil tıp teknisyenleri yapar. Hastanede ise acil tıp uzmanları gerekli tedaviyi uygulamakta görevlidir. Bu model ABD, İngiltere, Hollanda, Polonya ve Türkiye gibi ülkelerde uygulanmaktadır (Duis, 2003: 723).

Acil sağlık hizmetlerinde uygulanan diğer model ise, Franko-German modelidir. Bu modelin farkı diğer modelde hastalar hastaneye götürülürken, Franko-German modelinde, hastane hastaya götürülmektedir. Sahada tedavisi başlatılan hastalar, doğrudan yataklı tedavi servislerine yatırılmakta ve acil tıp, bu modeli uygulayan ülkelerde ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul görmemektedir. Fransa, Almanya, İsviçre ve Rusya gibi ülkelerde Franko-German modeli kullanılmaktadır (Thomas, 2005: 179).

Acil sağlık hizmetlerinin uygulama ve organizasyonel yapısının koşullara göre değiştiği gibi, acil ambulans servislerine ulaşılabilecek numaralarda değişiklik göstermektedir. 1991 yılında Avrupa Birliğine üye ülkelerde 112 ortak acil servis numarası olarak kabul edilse de birçok ülkede hala farklı numaralar kullanılmaktadır. Fransa'da ambulans servisinin numarası 15, Avusturya'da 144, Belçika'da 100, Yunanistan'da 166, İtalya'da 118 olarak belirlenmiştir (MEB, 2011: 8).

## 2.4.TÜRKİYE' DE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ

Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin geçmişi Osmanlı Devleti’nin son dönemlerine kadar gitmektedir. 19. yüzyıl sonlarında Kızılhaç teşkilatının İsviçre’de faaliyete başlamasından sonra, Osmanlı Devleti’nde de Hilal-i Ahmer Cemiyeti kurulmuştur. 1911’de meydana gelen İstanbul Aksaray yangınında, Hilal-i Ahmer tarafından ilkyardım ekipleri kurulmuş ve bu olay ülkemizde ilkyardım hizmetlerinin başlangıcı olarak kabul edilmiştir (Ege, 1995: 2).

1960’lı yıllarda sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ayağına kadar götürülmesi yönünde adımlar atılmıştır. 1982 Anayasası’nda sağlık hizmetleri devlet güvencesi altına alınmış, 1985 yılında, trafik yoğunluğu fazla ve kaza olma ihtimali yüksek olan bölgelerde, gezici ambulans ekiplerinin denemesi yapılmıştır. Takip eden yılda ise İstanbul, İzmir, Ankara gibi illerde Hızır Acil Servis’i kurulmuştur. 077 Hızır Acil Servis adıyla hizmet veren kurumda, ambulans, şoför ve teknik desteği Büyükşehir belediyeleri sağlarken, hekim ve tıbbi malzeme ise Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiştir. 077 Hızır Acil Servis Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin organize olarak yapılmasının başlangıcı olarak kabul edilmektedir (Sofuoğlu, 2015).

Ülkemizde acil tıbbın günümüzdeki anlamında başlangıcı ise 1990 yılına dayanmaktadır. Dokuz Eylül Üniversitesi’ne gelen acil tıp uzmanı Dr. John Fowler’ in girişimleri ile 1993 yılında acil tıp ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve aynı yıl Dokuz Eylül ve Fırat üniversitelerinde acil tıp anabilim dalı kurulmuştur. 077 Hızır Acil’den 112 Acil Yardım ve Kurtarma sistemine ise 1994 yılında geçilmiştir.112 sistemine geçişle birlikte Acil Sağlık Hizmetleri’de Sağlık Bakanlığı bünyesine bağlanmıştır. İstanbul, Ankara ve İzmir’ de kurulan 112 ekiplerinde ebeler, hemşireler ve sağlık memurları görev yapmaya başlamıştır (Sofuoğlu, 2015).

1996 yılında ise Sağlık Bakanlığı’na bağlı okullarda ilkyardım ve acil bakım teknisyenliği bölümü açıldı. 2000 yılına gelindiğinde ise acil sağlık hizmetlerinin ülke genelinde eşit dağıtılması amacıyla, “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği” çıkarıldı. 1996 yılında sağlık bakanlığında bağlı okullarda eğitime başlayan acil tıp teknisyenlerinin ataması ilk defa 2004 yılında yapılmıştır. 2007 yılında ise ambulans

acil bakım teknikerleri ve acil tıp teknisyenlerinin görev, yetki ve sorumlulukları 2000 yılında çıkarılan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne eklendi (MEB, 2011: 8).

Türkiye’de Acil sağlık hizmetleri, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Taşra teşkilatında ise, acil sağlık hizmetlerinin planı ve denetimi İl Sağlık Müdürlükleri’ne bağlı Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri ise Operasyonların yürütülmesinden sorumludur. İllerde Faaliyet gösteren Acil Sağlık Hizmetleri sunan bütün birimler İl Sağlık Müdürlüklerine karşı sorumludur (MEB, 2011: 37).

Ülkemizde 2016 yılı itibariyle, 2253 112 istasyonu ve 4227 ambulans bulunmaktadır. Her türlü iklim ve doğal şartlarda hastalara rahatlıkla ulaşabilmek amacıyla, 266 adet paletli ambulans, 91 adet yoğun bakım ve obez ambulansı ile 60 adet motosiklet ambulans da hizmet vermektedir. Günümüz itibariyle kalite standartları gereği, 112 acil sağlık ekiplerinin vakaya ulaşma süreleri kırsalda maksimum 30 dakika, kentserde ise maksimum 10 dakika olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014: 98).

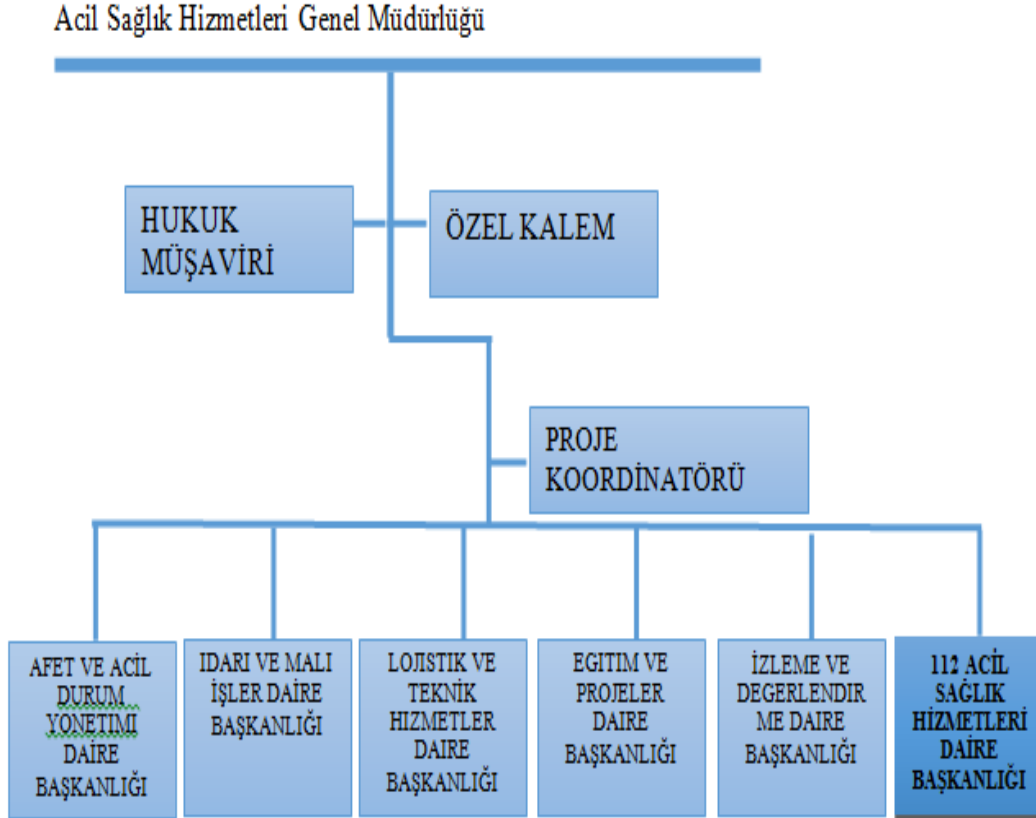
#### **2.5.112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÖNETİM VE ORGANİZASYON YAPISI**

112 Acil Sağlık Hizmetleri, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı’na bağlı olarak yürütülmektedir. 1997 yılında kurulan Acil Sağlık Daire Başkanlığı, 2011 yılında Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılmasıyla Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne dönüştürülmüştür. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı’da Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 27).

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ülke genelinde acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur ve acil sağlık hizmetlerine ait birimleri kurmak, yönetmek ve denetimini sağlamak kurumun başlıca görevidir. Kara, hava ve deniz ambulanslarının sevk ve idaresini yapmak, toplumun ilkyardım bilgisini arttırmak amacıyla eğitimler düzenlemek, yurtiçinde meydana gelen afet ve acil durumlarda

koordinasyonu sağlamak kurumun bazı görevleridir.<sup>3</sup> Acil sağlık hizmetleri teşkilat şeması Şekil 3’de gösterilmiştir.

**Şekil 3: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması**



**Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016**

Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı ise, ASH alanında mevzuat araştırmak ve düzenlemek, Acil sağlık hizmetleri alanında faaliyet gösteren kuruluşları denetlemek ya da denetlenmesini sağlamak gibi görevleri yürütmektedir. Ayrıca 112 acil sağlık hizmetlerini uluslararası kalite standartlarına ulaştırmak da Acil sağlık hizmetleri daire başkanlığının görevleri arasındadır.<sup>4</sup>

### 2.5.1. İl Sağlık Müdürlüğü

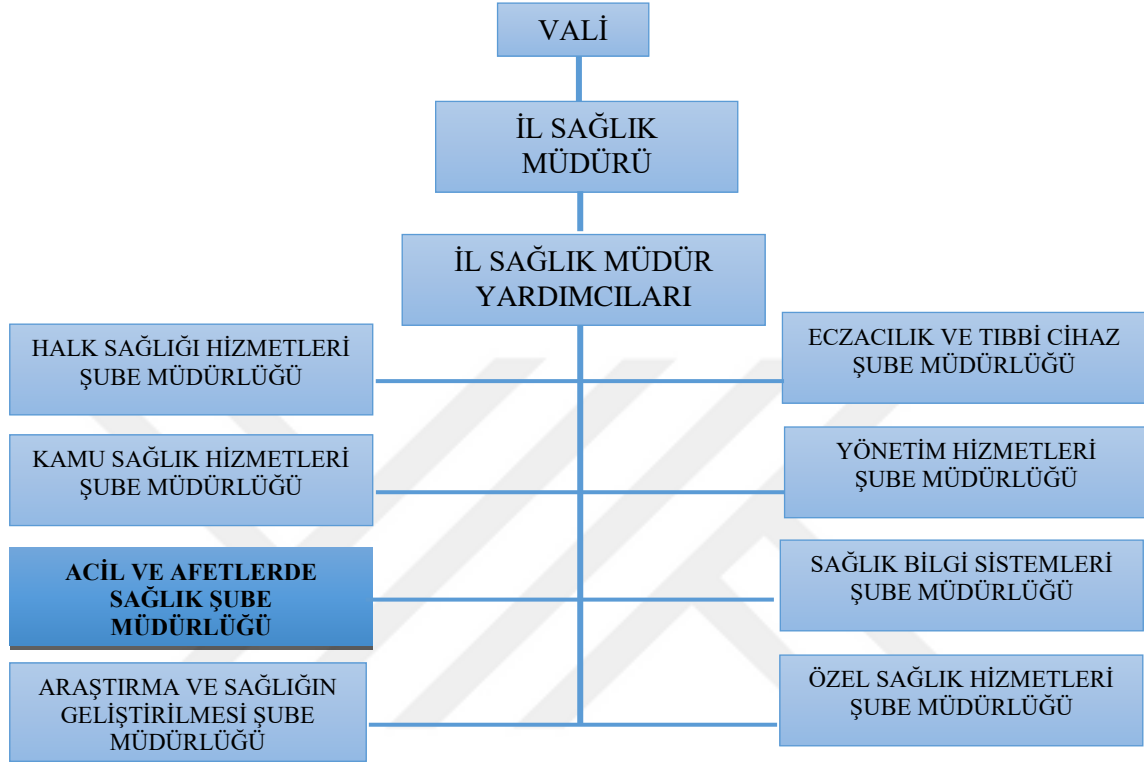
112 Acil sağlık hizmetlerinde de devletin diğer kamu kurum ve kuruluşlarında olduğu gibi hiyerarşik bir yapılanma söz konusudur. 112 Acil sağlık hizmetlerinin taşra teşkilatında hiyerarşide en üst seviyede İl Sağlık Müdürlükleri bulunur. Sağlık müdürü,

<sup>3</sup> Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği,2011,m:9

<sup>4</sup> Sağlık Bakanlığı ASH Genel Müdürlüğü’nün Teşkilat ve Görevlerine Dair Yönerge,2012,m:6

Vali ve sağlık işlerinden sorumlu vali yardımcısından sonra sağlık hizmetlerinin tamamından sorumlu kişidir (Sağlık Bakanlığı, 2012, m:6).

**şekil 4: İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat şeması**



Kaynak: Tokat Sağlık Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014

İl sağlık müdürleri, illerde bakanın temsilcisi, valinin ise sağlık alanında danışmanıdır. Afet ve acil durumlarda, acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden il sağlık müdürleri sorumludur. İllerde hizmet veren bütün acil sağlık hizmetleri birimleri il sağlık müdürlüğüne karşı sorumludur. Acil sağlık hizmetlerinin temel hizmet birimleri Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri şube Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Başhekimliği ve Hastane acil servisleridir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

### 2.5.2. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri şube Müdürlüğü

Acil sağlık hizmetlerinde, temel hizmet birimlerinden biri olan Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri şube Müdürlüğü, İl sağlık Müdürlüğü adına acil sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmaları düzenleyen ve denetleyen birimdir. Birimin diğer görevleri ise;

-İl genelindeki bütün ambulansların ruhsatlandırma ve denetimini yapmak,



-İldeki ilk yardım eğitimleri ve sınavları organize etmek,

-İl içinde meydana gelen afet ve acil durumlarda gerekli olan organizasyonu yapmak,

-Toplumun ilkyardım alanındaki bilgisini arttırmak için eğitimler ve faaliyetler düzenlemek,

-Acil sağlık hizmetleri alanında çalışan personelin eğitimini planlamak ve uygulamaktır. Ayrıca acil sağlık hizmetleri ile ilgili verileri ve istatistikleri toplamak ve değerlendirmek de birimin görevleri arasındadır.<sup>5</sup>

### **2.5.3. İl Ambulans Servisi Başhekimliği**

112 Acil sağlık hizmetlerinin temel birimi olan Başhekimlik, ambulans hizmetlerinin sevk ve idaresini yapmaktadır. Ambulans hizmetlerinin il genelinde planlanmasından, yönetim ve organizasyonundan sorumlu olan birimdir. İl ambulans servisi başhekimliğinin diğer görevleri ise,

-Acil sağlık hizmetleri istasyonlarındaki personelin idaresini yapmak,

-Acil sağlık hizmetlerinin kesintisiz devam etmesini sağlamak,

-İstasyonlarda kullanılan tıbbi ve teknik malzemelerin temin edilmesini, bakım ve onarımının yapılmasını sağlamak,

-Acil sağlık hizmetleri ile ilgili kayıt ve istatistikleri tutmaktır.<sup>6</sup>

### **2.5.4. Hastane Acil Servisleri**

Hastane acil servisleri de acil sağlık hizmetlerinin diğer temel hizmet birimidir. Acil servisler doğrudan başvuru veya ambulans ekiplerince getirilen yaralı ya da hastalara acil müdahale yapmakla yükümlüdür. Acil servisler yatarak tedavi hizmeti verilen birimler olmamakla birlikte, gelen vakalar en fazla 48 saat süreyle müşahede altında tutulabilirler. Yapılan gözlemin ardından gerekli tedavi başlatılarak ilgili bölüme yönlendirilir. Hastaların yatarak tedavi alması gerekli değil ise, gerekli işlemler

<sup>5</sup>Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete, S. 25412, 2004, değişik m. 8

<sup>6</sup>Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi, S. 872, 2005, m. 5

yapılarak taburcu edilir. Hastane acil servislerinde yapılan müdahaleler ve imkanlar yetersiz ise, daha ileri olanaklara sahip hastanelerle koordinasyon sağlanıp hastalar nakil edilmelidir (MEB, 2011: 37).

## **2.6. 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN İŞLEYİŞ VE AŞAMALARI**

112 Acil sağlık hizmetlerinin ilk aşamasını vaka ihbarını alan, değerlendiren ve vaka çıkışı veren Komuta Kontrol Merkezi oluştururken, ikinci aşamasını ise 112 istasyonları oluşturmaktadır.

### **2.6.1. Komuta Kontrol Merkezi**

İl ambulans servisi başhekimliğine bağlı olarak çalışan bütün istasyon ve ambulansların yönetildiği, acil sağlık çağrılarının tümünün karşılandığı merkeze Komuta Kontrol Merkezi (KKM) denir. Ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin numarası 112 olarak belirlenmiştir ve ücretsiz olarak bütün telefonlardan ulaşılabilir. Komuta kontrol merkezi, il ambulans servisi başhekimliğine bağlı olarak çalışmaktadır. İl ambulans servisinin beyni olarak kabul edilen KKM, 24 saat kesintisiz hizmet vermekte olup;

-Acil sağlık çağrılarını karşılar, değerlendirme yapar ve gelen çağrılara uygun hizmeti belirleyerek yönlendirme yapar,

-Acil sağlık hizmetleri ile ilgili bütün verileri kayıt altına alır ve değerlendirir,

-İl genelindeki istasyonların ve ambulansların yönetim ve organizasyonunu yapar,

-Hizmete katılan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlar,

-Olağandışı afet ve acil durumlarda diğer kurumlarla işbirliği içinde çalışarak gerekli sayıda ambulansı olay yerine sevk eder.<sup>7</sup>

112 komuta kontrol merkezi, 24 saat nöbet usulüne göre çalışmakta ve 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir. Acil sağlık hizmetlerinin ilk aşamasındaki çağrı karşılama görevini yerine getiren KKM, daha sonraki aşamada çağrıyı aldığı bilgiler

<sup>7</sup>Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete, S. 24046, 2000, m. 9

çerçevesinde değerlendirir. Yapılan değerlendirme sonucunda ambulans görevlendirmesini gerekli bulursa, çağrının yapıldığı en yakın ekibi olay yerine yönlendirir. KKM gerekli bulursa olayla ilgili diğer kurumları da bilgilendirebilir.<sup>8</sup>

Komuta kontrol merkezleri binlerce çağrı karşılamakta ve bu çağrılarının birçoğu asılsız ihbar olarak kayıtlara geçmektedir. Türkiye genelindeki 112 KKM'lere düşen günlük çağrı sayısı ortalama 306 bin olarak belirlenmiş ve % 60 oranında asılsız ihbar kayıtlara geçmiştir. Tezimizde uygulama alanı olarak kullanacağımız Tokat ilinde, 2014 yılı itibariyle KKM tarafından çıkarılan ambulans sayısı 31823 olarak belirlenmiştir. Tokat ili ambulans çıkış sayıları ve çıkış nedenleri aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (TSM, 2014: 33).

**Tablo 14: Tokat İli 2014 Yılı Ambulans Çıkış Sayıları ve Çağrı Nedenlerine Göre Dağılımı**

Medikal	Trafik Kazası	İş Kazası	Diğer Kazalar	Yaralanma	İntihar	Yangın	Sağlık Tedbirleri	Diğer	Toplam
26285	2608	53	1637	464	161	90	231	264	31823
% 82.6	% 8.2	% 0.2	% 5.1	% 1.5	% 0.5	% 0.3	% 0.7	% 0.8	

Kaynak: Tokat Sağlık Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014

ABD'de yapılan bir araştırma, hastaların % 60'a yakınının medikal, ortalama % 40'ının ise trafik kazası, iş kazası ya da benzer durumlar için acil servise ihtiyaç duyduğunu ortaya çıkarmıştır. İtalya'da yapılan bir diğer çalışma ise, ambulans çağırma nedenlerinin başında % 40 ile travma ve % 27 ile kardiyak problemlerin geldiğini göstermiştir (Kıdak vd. 2009: 114-115). Tokat ilinde meydana gelen vakaların ön tanılarına göre dağılımı Tablo 15'de gösterilmiştir.

<sup>8</sup>Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete, S. 24046, 2000, m. 20

**Tablo 15: Tokat İlinde 2014 Yılı Görülen Vakaların Ön Tanılarına Göre Dağılımı**

Kardiyovasküler Sist. Hast.	Solunum Sist.Hast.	Psikiyatrik Hast.	Zehirlenmeler	Travma	Diğer	Toplam
4367	2137	2835	278	5008	11894	26519
% 16.4	% 8.05	% 10.6	% 1.04	% 18.8	%44.39	% 100

Kaynak: Tokat Sağlık Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014

### 2.6.2. 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları

112 Acil Hizmetleri İstasyonu, Komuta kontrol merkezine bağlı olarak hizmet veren, ambulans ve sağlık ekiplerinin beklediği yerdir.<sup>9</sup> Komuta kontrol merkezinin vaka çıkışı vermesiyle olay yerine ulaşan ekip, ilk değerlendirmenin ardından gerekli müdahaleye karar verir ve uygular. İleri tıbbi müdahale gereken vakaları merkeze bildirerek ve stabilizasyon işlemi yapılarak, en yakın sağlık kuruluşuna nakli gerçekleştirir. Nakil işlemine gerek duyulmuyor ise yine merkeze bildirilerek, olay yerine ulaştığını bildirir formlar doldurularak istasyona dönüş yapılır.<sup>10</sup> Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de acil sağlık hizmetleri istasyonları, merkezi noktalarda kurulmuş ve sayıları da geçen yıllara göre artış göstermiştir. Kurulan istasyon sayısı arttıkça, istasyon başına düşen nüfus her yıl azalmıştır.

**Tablo 16: Türkiye’de Yıllara Göre ASH İstasyon ve İstasyon Başına Düşen Nüfus**

Yıllar	İstasyon Sayısı	İstasyon Başına Düşen Nüfus
2011	1710	43698
2012	1863	40594
2013	2072	37002
2014	2186	35542
2015	2323	33896

Kaynak: Temel Sağ. İst. Modülü SB Sağlık İstatistikleri Modülleri, 2015

<sup>9</sup>Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği (AASAAHY), Resmi Gazete, S. 26369, 2006, m. 4

<sup>10</sup>Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, S.26463, m.21

Ülke genelinde olduğu gibi Tokat ilinde de ASH istasyonları yıllara göre artış gösterirken, istasyon başına düşen nüfus ters orantılı olarak azalma eğilimi göstermiştir. 2002 yılında 7 olan ASH istasyon sayısı, 2014 yılında 20'ye ulaşmış ve istasyon başına düşen nüfus 2014 yılında 29896 olarak belirlenmiştir. 2015 yılında ise 2323 istasyon hizmet verirken, istasyon başına 33896 nüfus düşmüştür.

**Tablo 17: Tokat İlinde Yıllara Göre ASH İstasyon Sayısı ve İstasyon Başına Düşen Nüfus**

Yıllar	İstasyon Sayısı	İstasyon Başına Düşen Nüfus
2011	17	36587
2012	18	34111
2013	18	33262
2014	20	29896
2015	26	22846

Kaynak: Temel Sağ. İst. Modülü SB Sağlık İstatistikleri Modülleri, 2015

### 2.6.2.1. İstasyon Türleri

112 ASH istasyonları, İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesine göre üç tip olarak sınıflandırılmıştır;

*A Tipi İstasyon:* 7 gün 24 saat kesintisiz acil sağlık hizmeti veren, ihtiyaç dahilinde birden fazla ambulans bulundurulabilen istasyonlardır. A tipi istasyon da kendi içinde iki gruba ayrılmaktadır. A1 tipi istasyon, ekipte doktor bulunan istasyondur. A2 tip istasyonda ise doktor bulunmamaktadır.

*B Tipi İstasyon:* Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına entegre olarak acil sağlık hizmeti veren istasyonlardır. B tipi istasyonlarda ikiye ayrılmaktadır. B1 tipi istasyonlar, hastane acil servisleri ile entegre, B2 tipi istasyonlar ise birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olarak acil sağlık hizmeti vermektedir.

*C Tipi İstasyon:* İhtiyaç halinde oluşturulan, belirli zamanlarda acil sağlık hizmeti veren istasyonlardır.<sup>11</sup>

İstasyonların görevleri de Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiştir. Bu görevler;

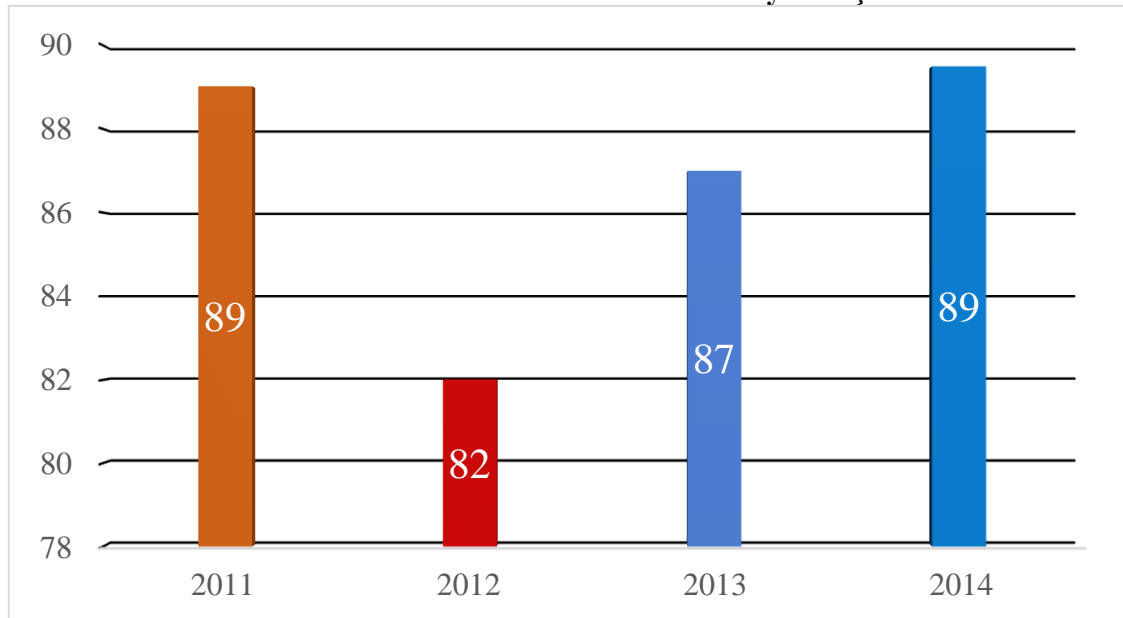
-Merkezin yaptığı yönlendirmelere göre acil sağlık hizmeti vermek,

-Hizmet ile ilgili kayıtları tutmak,

-Hizmet için gerekli araç, gereç ve ekipmanları kullanıma hazır bulundurmak, gerekli bakım ve onarım ihtiyacını ilgili birime bildirmektir.

112 ASH ekiplerinin vaka ulaşım süreleri de yıllara göre gelişme göstermiştir. 112 kalite standartlarına göre kentserde vaka ulaşım süresi 10 dakika, kırsalda ise 30 dakika olarak belirlenmiştir. Grafik 1'e göre Tokat ilinde kentserde vakaya ulaşma oranı ilk 10 dakikada 2011 yılında % 89,2, 2012 yılında ise % 82 olarak gerçekleşmiştir. 2013 yılında kentserde vakaya ulaşım oranı % 87 olarak belirlenirken, 2014 yılında ise kentser vakaların % 89,5'ine ilk 10 dakikada ulaşılmıştır.<sup>12</sup>

**Grafik 1: Tokat İlinde İlk 10 Dakikada Kentserde Vakaya Ulaşma Oranı %**



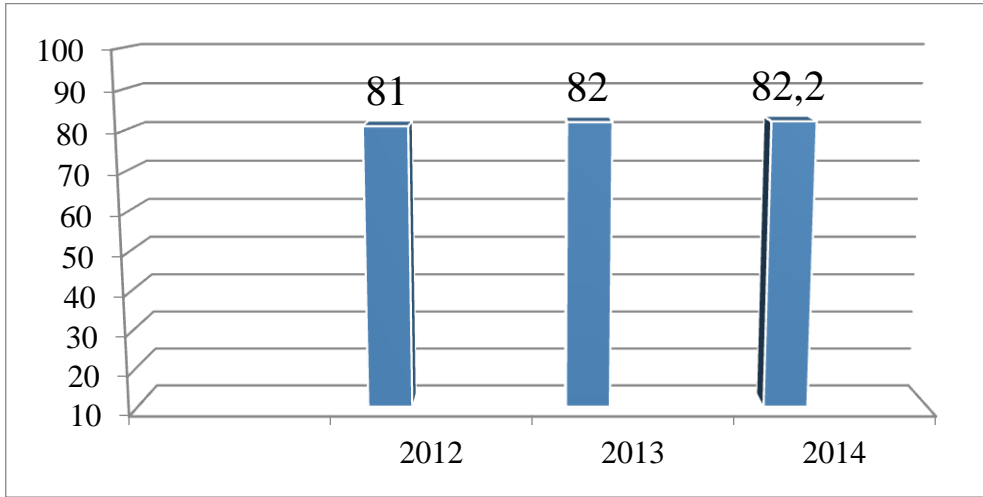
Kaynak: Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014

<sup>11</sup>Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete, S. 25412, 2004, değişik m. 10

<sup>12</sup>Temel Sağ. İst. Modülü SB Sağlık İstatistikleri Modülleri

Grafik 2’de ise kırsalda ilk 30 dakikada vakaya ulaşma oranları yüzde olarak gösterilmiştir. Grafik 2’ e göre 2012 yılında ilk 30 dakikada vakaya ulaşma oranı % 81 olmuştur. 2013 yılında ise bu oran % 82’ye yükselmiştir. Son olarak 2014 yılında ise kırsalda ilk 30 dakikada vakaya ulaşma oranı % 82,2 olarak belirlenmiştir.

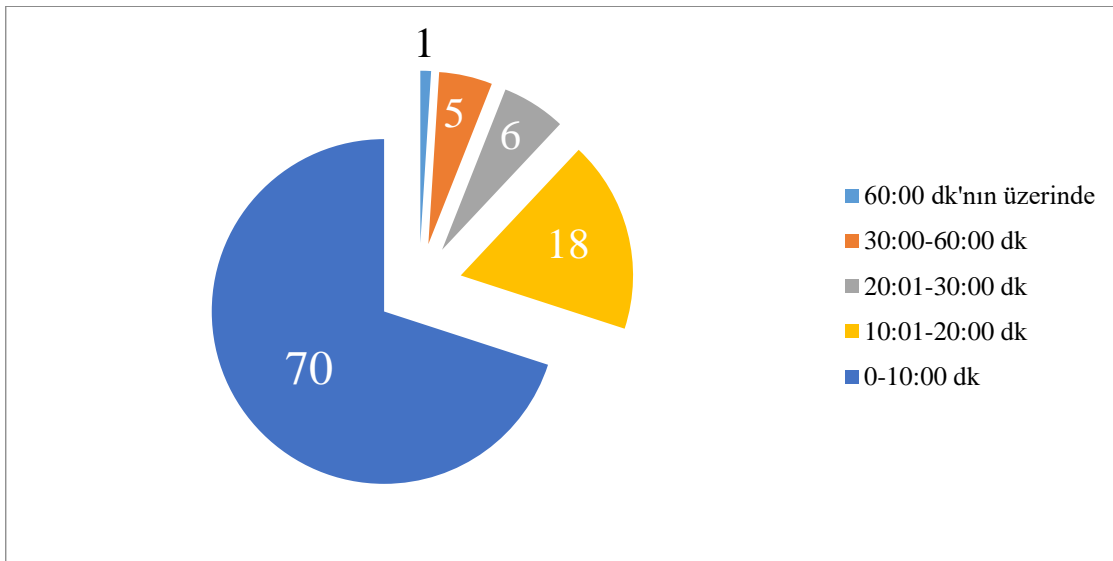
**Grafik 2: Tokat İlinde İlk 30 Dakikada Kırsalda Vakaya Ulaşım Oranı %**



Kaynak: Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014

Grafik 3’de vaka ulaşım süreleri dilimler halinde gösterilmiştir. Grafik 3’ e göre vakaların % 70’ ine ilk 10 dakikada ulaşılmıştır. 2014 yılında meydana gelen vakaların % 18’ ine ise 10-20 dakika arasında ulaşılmıştır.

**Grafik 3: Tokat İlinde 2014 Yılı Vaka Ulaşım Süreleri**



Kaynak: Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014

### 2.6.2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Ambulanslar

Acil sağlık hizmetlerinde, acil yardım ya da hasta nakillerini gerçekleştirmek amacıyla kullanılan ve bu amaca hizmet edecek şekilde malzemeyle dizayn edilmiş araçlara ambulans denir. Ambulanslar kara, hava ve deniz ambulansları olarak 3 gruba ayrılmıştır (MEB, 2011: 5-6).

Kara Ambulansları, 112 Acil sağlık hizmetlerinde hizmetin büyük çoğunluğunun verildiği ambulanslardır. Kara ambulansları da, acil yardım ambulansı, hasta nakil ambulansı ve özel donanımlı ambulans olmak üzere 3'e ayrılmıştır. Acil yardım ambulansı, her türlü acil durumda, hastalara müdahale edecek şekilde ekibe ve donanıma sahip ambulanslardır. Hasta nakil ambulansı, acil müdahaleye gerek olmayan hasta ya da yaralıların nakillerini gerçekleştirmek için kullanılan ambulanslardır. Özel donanımlı ambulanslar ise, vakaların yaş, fiziksel durumlarının yanında, acil sağlık hizmeti verilen bölgenin coğrafi ve fiziki şartlarına göre ekipmanla dizayn edilmiş araçlardır. Kar paleti takılabilen ambulanslar, özel donanımlı ambulanslara örnek olarak gösterilebilir (MEB, 2011: 6-10).

Ülkemizde acil sağlık hizmetleri alanındaki ilerleme, artırılan istasyon sayısının yanında, ambulans sayısındaki artışı da getirmiştir. Tablo 18' de yıllara göre ambulans sayısı ve ambulans başına düşen nüfus gösterilmiştir.

**Tablo 18: Türkiye'de Yıllara Göre Ambulans Sayısı ve Ambulans Başına Düşen Nüfus**

Yıllar	112 Ambulans Sayısı	Ambulans Başına Düşen Nüfus
2011	2766	27015
2012	3346	22602
2013	3357	22838
2014	3740	20774
2015	4237	18584

Kaynak: Temel Sağlık. İst. Modülü SB Sağlık İstatistikleri Modülleri,2015

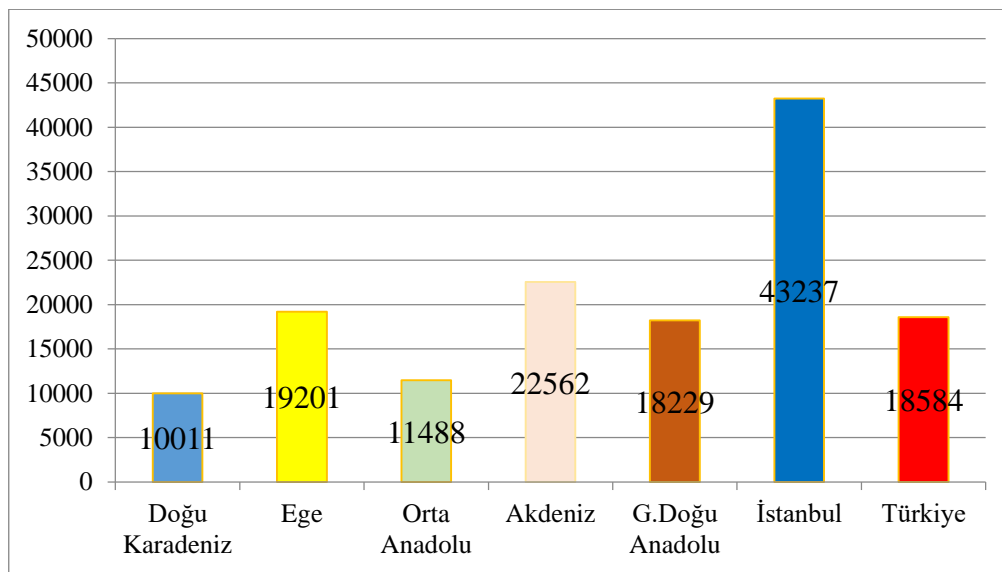
Tablo 18'e göre Türkiye genelinde 2011 yılından 2015 yılına kadar her yıl ambulans sayısı artmış, ambulans başına düşen nüfusta ise her yıl azalma yaşanmıştır. 2011 yılında ülke genelinde 2766 ambulans görev yaparken, ambulans başına düşen



nüfus 27015 kişidir. 2014 yılında ise 3740 ambulans acil sağlık hizmeti verirken, ambulans başına düşen nüfus 20774 olarak belirlenirken, 2015 yılında 4237 ambulans hizmet verirken ambulans başına düşen nüfus 18584 olmuştur.

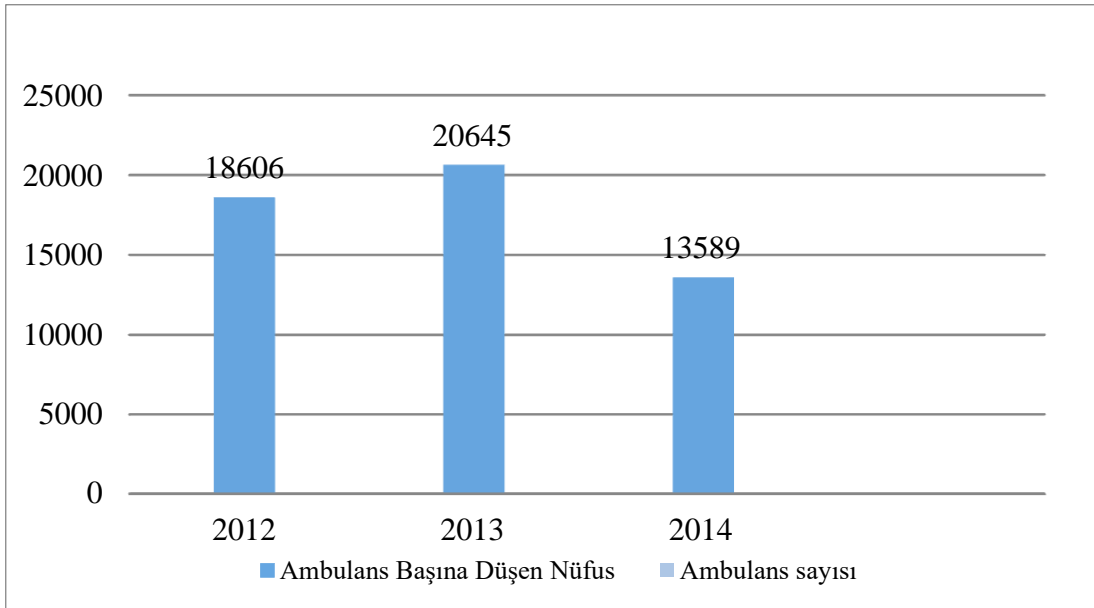
Bölgelere göre ambulans başına düşen nüfus ise, Grafik 4’de gösterilmiştir. Grafik 4’e göre ambulans başına en fazla nüfus düşen bölge İstanbul’unda bulunduğu Marmara Bölgesi olmuştur. Diğer bölgelerde ise ambulans başına düşen nüfus ortalaması, Türkiye geneline yakın olarak belirlenmiştir.

**Grafik 4: Bölgelere Göre Ambulans Başına Düşen Nüfus,2015**



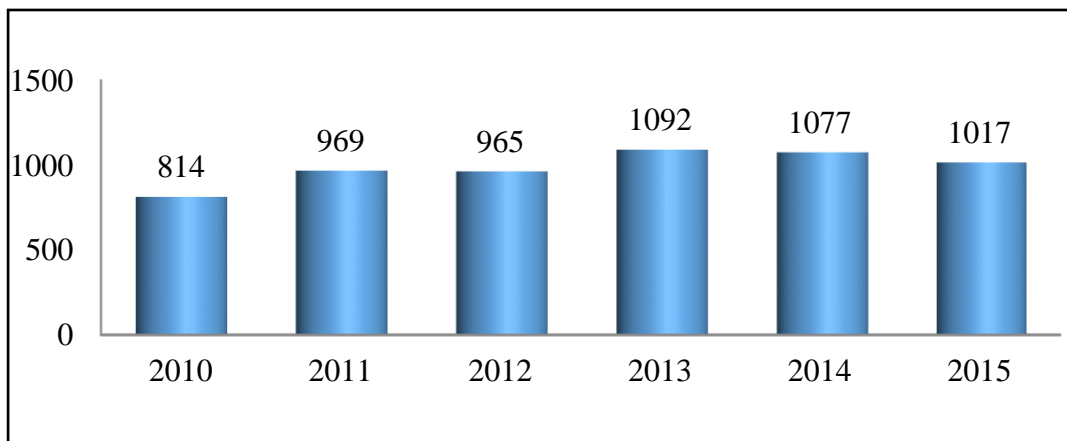
Kaynak: Temel Sağlık. İst. Modülü SB Sağlık İstatistikleri Modülleri,2015

Tokat ili yıllara göre ambulans başına düşen nüfus ise Grafik 5’de gösterilmiştir. 2012 yılında 33 ambulans görev yaparken, ambulans başına düşen nüfus sayısı 18606 olarak belirlenmiştir. 2013 yılında 29 ambulans hizmet verirken ambulans başına düşen ortalama nüfus 20645 olarak belirlenmiştir. 2014 yılında ise görev yapan ambulans sayısı 44’e yükselirken, ambulans başına düşen nüfus 13589’a düşmüştür.

**Grafik 5: Tokat İlinde Ambulans Başına Düşen Nüfus**

Kaynak: Temel Sağlık. İst. Modülü SB Sağlık İstatistikleri Modülleri

Grafik 6' da ise yıllara göre ambulans başına düşen vaka sayıları gösterilmiştir. Ülke genelinde görev yapan ambulansların vaka sayılarında da yıllara göre artış gözlenmiştir. 2010 yılında ambulans başına düşen vaka sayısı 814 iken, 2011 yılında 969' a yükselmiştir. 2014 ve 2015 yıllarında geçmiş yıllara göre ambulans sayılarında ciddi bir artış yaşanırken, ambulans başına düşen vaka sayılarında da artış gözlenmiştir.

**Grafik 6: Türkiye'de Ambulans Başına Düşen Vaka Sayısı**

Kaynak: Temel Sağlık. İst. Modülü SB Sağlık İstatistikleri Modülleri

Hava ambulansları, hasta nakilleri gerçekleştirmek ya da acil müdahale yapmak için kullanılmak üzere gerekli tıbbi donanımla dizayn edilmiş uçak ve helikopterler hava ambulansı olarak hizmet vermektedir. Acil sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişme, sahip olunan uçak ve helikopter ambulanslarda da kendini göstermektedir (MEB, 2011: 10-12). Tablo 19’da yıllara göre hava ambulansları sayısı ve bu ambulanslarla taşınan hasta sayısı gösterilmiştir.

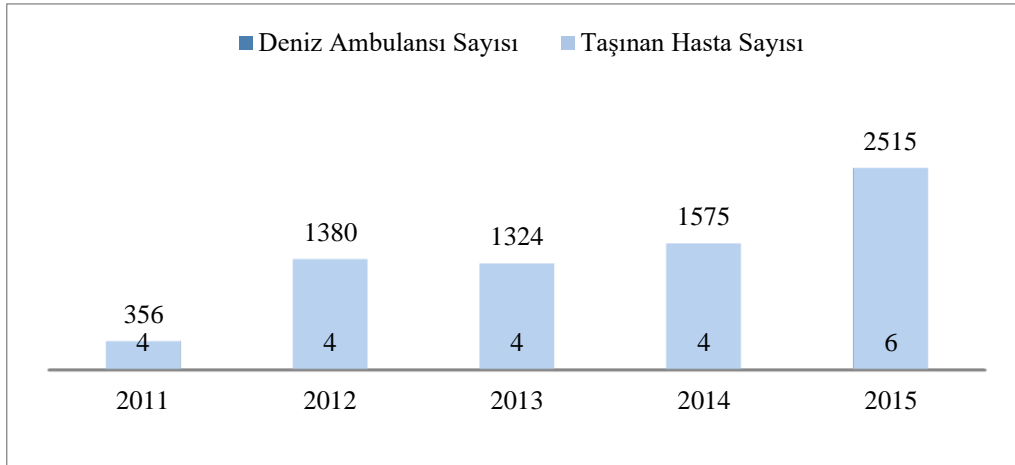
**Tablo 19: Türkiye’de Hava Ambulansları İle Taşınan Hasta Sayısı**

Yıllar	Ambulans Helikopter	Taşınan Hasta Sayısı	Uçak Ambulansı	Taşınan Hasta Sayısı
2011	19	3264	4	1400
2012	17	3155	4	1380
2013	17	2407	4	1631
2014	17	2577	3	1753
2015	17	3715	3	1601

Kaynak: Temel Sağlık. İst. Modülü SB Sağlık İstatistikleri Modülleri, 2015

Deniz ambulansları; acil müdahale ya da hasta nakli yapmak amaçlı kullanılan, bu hizmete yönelik tıbbi donanıma sahip deniz araçlarıdır. Ülkemizde 2015 yılı itibariyle görev yapan 6 adet deniz ambulansı bulunmaktadır. 2011 yılından itibaren deniz ambulansı ve bu ambulanslarla taşınan hasta sayısı Grafik 7’ de gösterilmiştir.

Grafik 7’ye göre 2011 yılında 4 deniz ambulansı ile 356 vaka taşınırken, 2012 yılında deniz ambulansı sayısı aynı kalırken 1380 vakaya hizmet verilmiştir. 2015 yılına kadar 4 deniz ambulansı 4635 vaka yaparken, 2015 yılında sayıları altıya çıkan deniz ambulansları 2515 vakaya hizmet vermiştir. Grafik 7’yedahil edilen yıllarda deniz ambulansları yılda ortalama 1430 hastaya hizmet vermiştir.

**Grafik 7:Türkiye’de Deniz Ambulansları İle Taşınan Hasta Sayısı**

Kaynak: Temel Sağlık. İst. Modülü SB Sağlık İstatistikleri Modülleri, 2015

### 2.6.2.3. Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanları ve Görevleri

Ülkemizde 112 Acil sağlık hizmetlerinin ilk yıllarında sürücüler ve çok az sayıda da olsa hekimler görev yapmıştır. İlerleyen yıllarda ise hemşireler ve sağlık memurları 112 ekiplerinde görev yapmaya başlamıştır. Acil sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte, ambulans ekiplerinde acil tıp teknisyenleri ve ambulans acil bakım teknikerlerine görev verilmiştir. Farklı unvanlarda çalışan personelin 112 acil sağlık hizmetleri içerisinde çalışma düzeni standart olup, nöbet esaslı çalışmaktadırlar. 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin görevleri acil sağlık hizmetleri yönetmeliğinde tanımlanmıştır (AAHD, 2015).

İstasyon nöbetçi hekimi, nöbet ekibinin amiridir. Nöbet saatleri içinde, bulunduğu istasyonun vereceği acil sağlık hizmetlerinin ve personelin koordinasyonundan sorumludur. İstasyon nöbetçi sağlık personeli, acil tıp teknisyenleri ve ambulans acil bakım teknikerlerinden oluşur.<sup>13</sup>

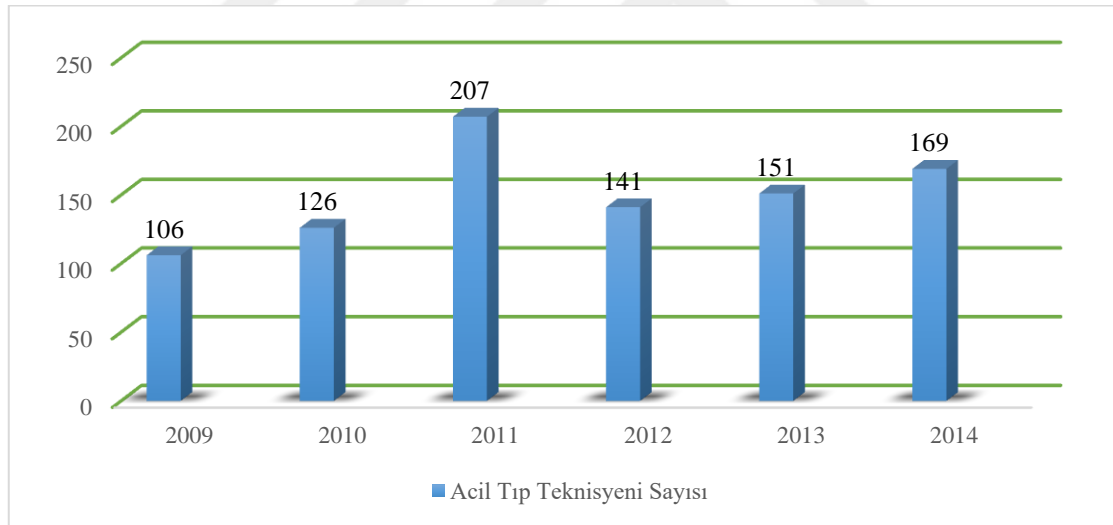
Acil tıp teknisyenleri, sağlık meslek liselerinin Acil Tıp Teknisyenliği bölümünden mezun olmuş, tıp biliminin gerektirdiği bilgi birikimi ve beceriye sahip, ilkyardım ve acil sağlık hizmeti veren kişilerdir. ABD’de ilk acil tıp teknisyenliği kursu 1984 yılında verilmiştir. ABD’ de acil tıp teknisyenliği eğitimi 3 yıldır ve 1100 saatlik programlarla verilmektedir. Her iki ya da üç yılda bir ise, hizmet içi eğitimler

<sup>13</sup>Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi, 2005, m.13

verilmekte ve sertifikalar yenilenmektedir. Bu programlarda, Acil tıp teknisyenlerine, temel yaşam desteği eğitimi, temel hava yolu açma teknikleri, defibrilatör<sup>14</sup> kullanımı gibi eğitimler verilmektedir (Tosun vd., 2009: 291).

Acil tıp teknisyenliği bölümü ülkemizde 1996 yılında açılmış, ilk mezunlarını ise 2000 yılında vermiştir. Acil tıp teknisyenleri kısa zamanda acil sağlık hizmetlerinin temel personeli haline gelmiştir. 2014 yılı itibariyle ülkemizde elli binden fazla acil tıp teknisyeni bulunmaktadır. Acil tıp teknisyenlerinin görevleri acil sağlık hizmetleri yönetmeliğinin 28. Maddesinde belirtilmiştir. Buna göre acil tıp teknisyeni, oksijen uygulaması, entübasyon uygulaması yapar. Temel yaşam desteği uygular, travma stabilizasyonu yapar. Hasta taşıma tekniklerini bilir ve gerekli yerlerde uygular. Grafik 8'de çalışmada uygulama alanı olan, Tokat ilinde yıllara göre görev yapan Att sayıları gösterilmiştir.

**Grafik 8: Tokat İlinde 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan ATT Sayısı**



Kaynak: Temel Sağlık. İst. Modülü SB Sağlık İstatistikleri Modülleri, 2014

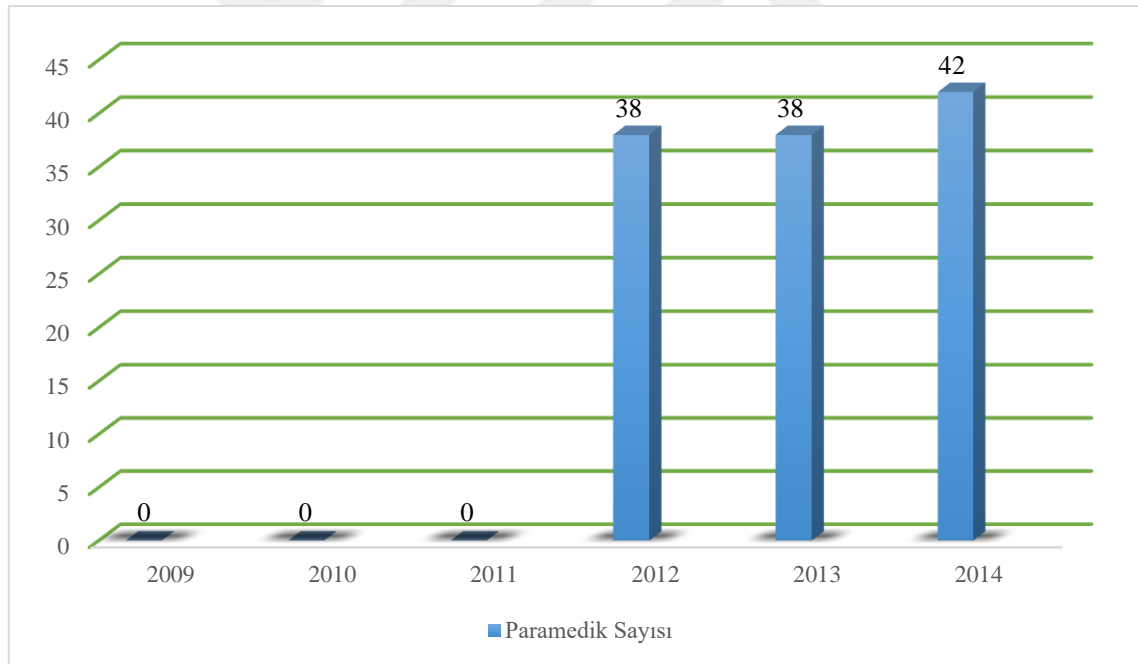
Ambulans acil bakım teknikeri, üniversitelerin sağlık hizmetleri meslek yüksekokulundaki ambulans ve acil bakım teknikerliği bölümlerinden mezun kişilerdir. Bölümün eğitimi iki yıldır (ASHY,m:4). Paramediklik mesleği ilk olarak Vietnam Savaşı sırasında, ABD'de ortaya çıkmıştır. Amerikan Ulusal Bilimler Enstitüsü'nün yayınladığı bildirinin ardından, ülkede ambulans servisleri kurulmuş ve farklı

<sup>14</sup> Kalbin normal dışı atımını durdurarak tekrar normal kalp ritmine dönmesini sağlayan sağlık cihazıdır. Bir diğer adı da kalp elektroşok aletidir.

eyaletlerde paramediklik kursu verilmiştir. ABD’de, paramediklere, ileri yaşam desteği eğitimi, hava yolu yönetimi eğitimi, entübasyon ve EKG yorumlama gibi eğitimler verilmektedir (Tosun vd.,2009).

Ülkemizde Paramediklik bölümü, 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda açılmıştır. 2009 yılında paramedik ismi Yüksek Öğretim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir. 2014 yılı itibariyle ülkemizde beş binden fazla paramedik bulunmaktadır. Paramediklerin görevleri de acil sağlık hizmetleri yönetmeliğinin 28. maddesinde belirtilmiştir. Paramedik, oksijen uygulaması yapar. Acil doğum durumunda, doğum eylemine yardımcı olur. Grafik 9’da Tokat ilinde görev yapan Paramedik sayıları gösterilmiştir. 2012 ve 2013 yıllarında 38 paramedik görev yaparken, 2014 yılında bu sayı 42’ye yükselmiştir.

**Grafik 9: Tokat İlinde 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Paramedik Sayısı**



Kaynak: Tokat İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014

## 2.7. TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI İÇİNDE 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİ

Modern tıbbın gelişimiyle, tedavi seçenekleri çoğalmış, ilaç, teknoloji gibi faktörlerinde gelişimiyle sağlık hizmetlerine talep hızla artmıştır. Bu gelişmelere paralel

olarak ortalama yaşam süresi beklentilerinde de artış görülmüştür. Böylece sağlık ekonomisinin ve sağlık harcamalarının önemi de katlanarak artmıştır (Mushkin, 1958: 789).

Sağlık harcamalarının öneminin artması, sağlık alanına yapılan yatırımlarda da artışı beraberinde getirmiştir. Bu gelişmelerle birlikte 112 acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar da, yıllara göre artan bir seyir izlemiştir. Tablo 20’de 2011-2015 yılları arası 112 acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar gösterilmiştir.

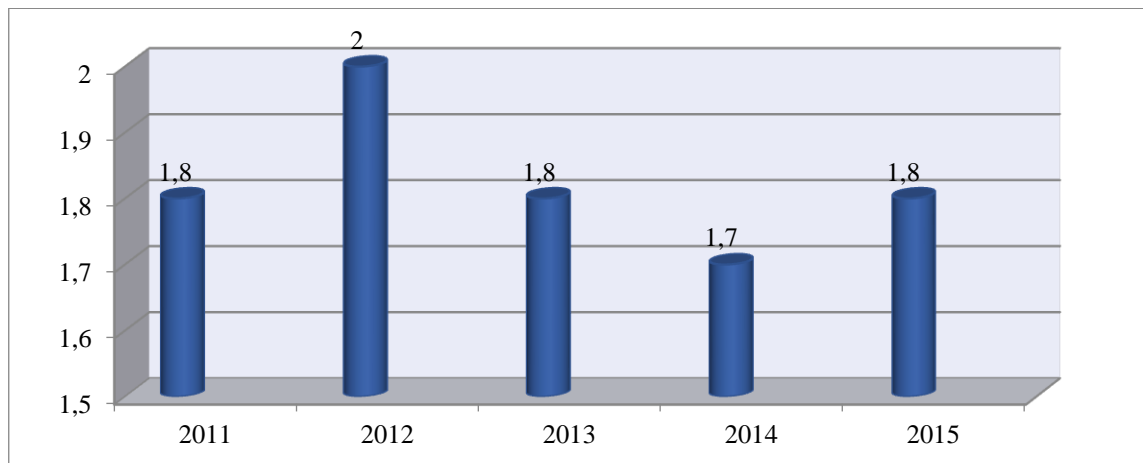
**Tablo 20: Yıllara Göre 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar (Milyon)**

Birim/Yıl	2011	2012	2013	2014	2015
TL	1268	1503	1555	1654	1738
USD	759	839	818	760	710
Sağlık Harcamaları İçindeki Pay %	1,8	2,0	1,8	1,7	1,8

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015

Tablo 20’ye göre, 112 acil sağlık hizmetlerine, 2011 yılında 1268 milyon TL harcama yapılırken, 2012 yılında 1503 milyon TL harcama yapılmıştır. İlerleyen yıllarda 112 acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamalarda artış görülmüş 2013 yılında 1555 milyon TL, 2015 yılında ise 1738 milyon TL harcama yapılmıştır.

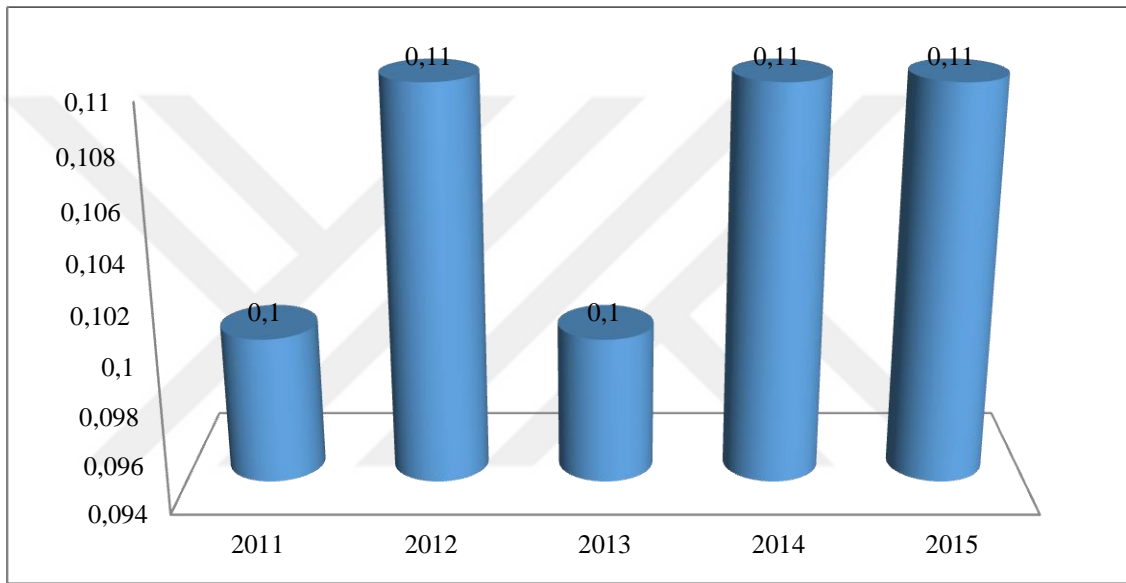
**Grafik 10: 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı(%)**



Kaynak : TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015

2011-2015 yılları arasında 112 acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı 2011 yılında % 1,8 iken 2012 yılında % 2'ye yükselmiştir. 2014 yılında acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamalarda gerileme görülürken toplam sağlık harcamaları içindeki payı % 1,7, daha sonraki yılda ise % 1,8 olarak gerçekleşmiştir.

**Grafik 11: 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamaların GSYH İçindeki Payı(%)**



Kaynak : TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015

Grafik 11'de ise yıllara göre 112 Acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların GSYH içindeki payları gösterilmiştir. Grafiğe göre 112 Acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların GSYH içindeki payı, 2011-2015 yılları arasında çok az değişim göstermiştir. 2011 yılında 112 acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların GSYH içindeki payı % 0,1 iken 2012 yılında % 0,11'e yükselmiştir. 2013 yılında gerileme gerçekleşmiş ve bu pay % 0,1 olmuş, 2014 ve 2015 yıllarında ise % 0,11 olarak gerçekleşmiştir.

Ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin organize bir yapıya kavuşması çok yakın tarihleri gösterirken, verilen hizmetin kalitesi de her geçen yıl artış göstermektedir. Acil sağlık hizmetleri sunumunda ilk olarak hastane bünyesinde çalışan sağlık personelleri



görev almıştır. İlerleyen yıllarda organize bir yapıya kavuşan acil sağlık hizmetleri bünyesinde acil tıp teknisyenleri görev almaya başlamıştır. Bu gelişmeyle birlikte acil sağlık hizmeti alanında eğitim almış personeller geçmiş yıllara göre daha verimli sonuçlar alınmasında başrol oynamıştır.

Acil sağlık hizmeti sunumunda yer alan alanında eğitimli personellerin yanı sıra hizmetin sunumunda kullanılan ambulanslarda her geçen yıl geliştirilmiş 2007 yılında kar paletli ambulanslar, 2008 yılında ise helikopter ambulanslar etkin acil sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. Bu gelişmelerle birlikte acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamalarda yıllara göre artış göstermiştir.



## **BÖLÜM 3**

### **112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİN GELİRE DUYARLILIĞINI BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

Bu bölümde 112 acil sağlık hizmetleri talebinin gelire duyarlılığını belirlemek amacıyla yapılmış olan anket çalışmasının analiz ve sonuçlarına yer verilecektir.

#### **3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI**

Araştırmanın temel amacı, gelirin 112 Acil sağlık hizmeti talebi üzerindeki etkisini araştırmaktır. Bu amaç doğrultusunda 112 Acil sağlık hizmetlerinin tanımı, kapsamı ve hizmetin sunum aşamaları incelenmiştir. Ülkemizde 112 Acil sağlık hizmetleri kullanımının her geçen yıl arttığı göz önünde bulundurularak, gelirin 112 Acil sağlık hizmeti kullanımında bir etkisinin olup olmadığı ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

#### **3.2.ARAŞTIRMANIN KAPSAMI**

Araştırmanın kapsamını Tokat ili sınırlarında ikamet eden kişiler oluşturmaktadır. Araştırmaya il merkezinin yanında ilçe, kasaba, köy gibi yerleşim yerlerinin dahil edilmesi, farklı gelir gruplarının acil sağlık hizmeti kullanım sayısının tespit edilmesine imkan sağlamıştır. Tokat ili sınırlarında ikamet eden kişiler araştırma evrenimizi oluşturmaktadır. Bu kişilerden 400 tanesine ulaşılmış fakat 65 kişi tasnif dışı olup araştırmanın örneklemini 335 kişi oluşturmuştur. Araştırmada kişisel görüşme ile anket yöntemi kullanılmıştır.

#### **3.3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

Araştırma kuramsal olan birinci bölüm ve saha çalışması olan ikinci bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın ilk bölümünü ikincil veri olarak kabul edilen literatür oluşturmaktadır. İkinci bölümü ise kişilerle yapılan yüz yüze görüşmeler sonucunda elde edilen veriler oluşturmaktadır. Bu bölüm araştırmanın birincil verileridir. Araştırmada birincil veri yöntemlerinden yüz yüze görüşme ile anket yöntemi uygulanmıştır. Yapılan anket uygulamasında demografik bilgiler dışında, katılımcılara

112 Acil sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili sorular sorulmuştur. Ankette yer alan sorular Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın daha önce yaptığı çalışmalardan derlenerek likert ölçekli ve evet-hayır şeklinde hazırlanmıştır. Sekaran (1992) çalışmasında evren büyüklüğü 1.000.000 ve üzeri olan yerler için gerekli örneklem büyüklüğünün 384 olması gerektiğini belirtmiştir. Bu çalışmadan yola çıkılarak Tokat ilinde 400 adet anket sahaya sürülmüştür. Bu anketlerden 65 adeti analiz yapmaya uygun bulunmadığı için çıkarılarak 335 adet anket analize dahil edilmiştir.

### **3.4.VERİLERİN ANALİZİ**

Araştırmada elde edilen sonuçlar değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences 16 (SPSS) programı kullanılmıştır. Araştırmada öncelikle ankette yer alan sorulara frekans analizi yapılmıştır. Daha sonra anket içerisinde belirlenen sorulara farklılık analizi yapılmıştır. Belirlenen soruların ortalamaları ve standart sapmaları alınmıştır. Bu aşamalardan sonra bağımsız örneklem için One way Anova testi ve Post Hoc testi (Tukey) uygulanmıştır. Anketin güvenilirlik analizi için Alfa yöntemi (Cronbach Alfa Katsayısı) kullanılmıştır. Uygulanan anketin güvenilirlik analizi sonucu 0,787 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç anketin güvenilirlik seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Likert ölçeğinde sorulan sorularda; Kesinlikle Katılıyorum cevabına 1 değeri, Katılıyorum cevabına 2 değeri, Kararsızım cevabına 3 değeri, Katılmıyorum cevabına 4 değeri verilirken, Kesinlikle Katılmıyorum cevabına 5 değeri verilmiştir. Evet-Hayır şeklinde sorulan sorularda ise; Evet cevabına 0 değeri Hayır cevabına 1 değeri verilmiştir.

### **3.5.ARAŞTIRMADAN ELDE EDİLEN SONUÇLAR**

#### **3.5.1.Değişkenlerin Frekans Analizi**

Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri Tablo 21'de gösterilmiştir. Anketi cevaplayan katılımcıların % 44,2'sini erkekler oluştururken, % 55,8'ini kadınlar oluşturmaktadır.

**Tablo 21: Katılımcıların Demografik Özellikleri**

<b>Göstergeler</b>	<b>Seçenekler</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Cinsiyet</b>	Bay	148	44,2
	Bayan	187	55,8
<b>Yaş</b>	17-30	163	48,9
	31-45	132	39,1
	46-60	32	9,6
	61-70	8	2,4
<b>Eğitim Durumu</b>	İlkokul ve Altı	39	11,6
	Ortaokul	27	8,1
	Lise	107	31,9
	Lisans	147	43,9
	Lisansüstü	15	4,5
<b>Meslek</b>	Serbest	32	9,4
	Öğrenci	80	23,7
	Ev Hanımı	46	14
	İşçi	47	14,2
	Memur	130	38,7

Katılımcıların yaş dağılımlarında ise, 17-30 yaş aralığında 163 kişi, 31-45 yaş aralığında 132 kişi, 46-60 yaş aralığında 32, 61-70 yaş aralığında 8 kişi bulunmaktadır. Anketi cevaplayanların 39 tanesi ilkokul ve altı eğitim durumunda, 27 tanesi ortaokul, 107 tanesi ise lise mezunudur. Lisans mezunu 147 kişi, yüksek lisans mezunu 15 kişi anketi cevaplamıştır.

Anketi cevaplayanların meslek dağılımında ise; serbest meslek grubunda 32 kişi, öğrenci grubunda 80 kişi, ev hanımı grubunda 46 kişi, işçi grubunda 47 kişi, memur grubunda ise 130 kişi bulunmaktadır. Katılımcıların yerleşim yerlerine göre frekans analizi sonuçları ise Tablo 22’de gösterilmiştir.

**Tablo 22: Anketi Cevaplayanların Yerleşim Yerleri**

Yerleşim Yeri	Frekans	Yüzde
Köy	44	13,1
Kasaba	4	1,2
İlçe	77	23
İl	210	62,7

Anketi cevaplayanların yerleşim yerlerine göre dağılımında ise; 44 kişi yerleşim yerini köy, 4 kişi yerleşim yerini kasaba, 77 kişi ise yerleşim yerini ilçe olarak belirtmiştir. Katılımcıların % 62,7’sini oluşturan 210 kişi ise yerleşim yerini il olarak belirtmiştir.

Katılımcıların ailede kronik rahatsızlığı olan kişi sayısını belirttiği sorunun frekans analizi Tablo 23’de gösterilmiştir. Tablo 23’e göre 230 kişi ailesinde kronik rahatsızlığı olan kimsenin olmadığını, 76 kişi ailesinde 1 kişinin kronik rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 23: Ailede Kronik Rahatsızlığı Olan Kişi Sayısı**

Ailede Kronik Rahatsızlığı Olan Kişi Sayısı	Frekans	Yüzde
0	230	68,7
1	76	22,7
2	20	6
3 ve üstü	9	2,6

Anketi cevaplayanların 20 tanesi ailesinde kronik rahatsızlığı olan 2 kişinin olduğunu, 9 tanesi ise ailesinde 3 ya da daha fazla kişinin kronik rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 24: Devamlı Kullandığınız Bir İlaç Var mı?**

Devamlı Kullandığınız Bir İlaç Var mı?	Frekans	Yüzde
Evet	72	21,5
Hayır	263	78,5

Devamlı kullandığınız bir ilaç var mı sorusuna, katılımcıların 72'si evet yanıtı verirken, 263 kişi devamlı kullandığı bir ilacın olmadığını belirtmiştir. Sağlıklı olmak için gerekli çabanın gösterilme durumunda 5'li likert ölçeğine göre cevaplar alınmıştır. Anketi cevaplayanlardan 114 kişi kesinlikle katılıyorum yanıtı, 138 kişi katılıyorum yanıtı, 47 kişi kararsızım yanıtı verirken, 25 kişi katılmıyorum, 11 kişi ise kesinlikle katılmıyorum yanıtı vermiştir. Sağlıklı olmak için gerekli çabanın gösterilme durumunu içeren sonuçlar Tablo 25'de gösterilmiştir.

**Tablo 25: Sağlıklı Olmak İçin Gerekli Çabayı Gösteriyorum**

<b>Sağlıklı Olmak İçin Gerekli Çabayı Gösteriyorum</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Kesinlikle Katılıyorum	114	34
Katılıyorum	138	41,2
Kararsızım	47	14
Katılmıyorum	25	7,5
Kesinlikle Katılmıyorum	11	3,3

İlkyardım yapabilecek bilgi ve tecrübeye sahibim ifadesine, 61 kişi kesinlikle katılıyorum, 69 kişi katılıyorum, 67 kişi katılmıyorum, 35 kişi ise kesinlikle katılmıyorum yanıtı vermiştir. 103 kişi ise kararsızım cevabı vermiştir.

**Tablo 26: İlkyardım Yapabilecek Bilgi ve Tecrübeye Sahibim**

<b>İlkyardım Yapabilecek Bilgi ve Tecrübeye Sahibim</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Kesinlikle Katılıyorum	61	18,2
Katılıyorum	69	20,6
Kararsızım	103	30,8
Katılmıyorum	67	20
Kesinlikle Katılmıyorum	35	10,4

**Tablo 27: Sağlık Sigortanız Var mı?**

Sağlık Sigortanız Var mı?	Frekans	Yüzde
Evet	287	85,7
Hayır	48	14,3

Anketi cevaplayanların % 85,7'sini oluşturan 287 kişi sağlık sigortanız var mı sorusuna evet yanıtı verirken, 48 kişi sağlık sigortasının olmadığını belirtmiştir.

**Tablo 28: Muayene Olmak İçin Öncelikle Tercih Ettiğiniz Sağlık Kuruluşu**

Muayene Olmak İçin Öncelikle Tercih Ettiğiniz Sağlık Kuruluşu	Frekans	Yüzde
Devlet Hastanesi	209	62,4
Özel Hastane	23	6,9
Üniversite Hastanesi	27	8,2
Aile Hekimi	75	22,5

Anketi cevaplayanların %62,4'ü muayene olmak için öncelikle tercih ettiği sağlık kuruluşunu devlet hastanesi olarak belirtmiştir. 23 kişi öncelikle özel hastanede muayene olmayı tercih ettiğini, 27 kişi üniversite hastanesinde, 75 kişi ise öncelikle aile hekimine muayene olmayı tercih ettiğini belirtmiştir.

Ankete katılanlara sorulan bir diğer soruda 112 acil çağrı merkezini arayıp aramadıkları araştırılmıştır. Anketi cevaplayanların % 50,1'i evet yanıtı verirken, % 49,9'u hayır yanıtı vermiştir. İlgili sorunun analiz sonuçları Tablo 29'da gösterilmiştir.



**Tablo 29: Hiç 112 Acil Çağrı Merkezini Aramak Zorunda Kaldınız mı?**

<b>Hiç 112 Acil Çağrı Merkezini Aramak Zorunda Kaldınız mı?</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Evet	168	50,1
Hayır	167	49,9

112 Acil çağrı merkezinin yönlendirmesinden memnunum ifadesine verilen yanıtlar Tablo 30’da gösterilmiştir. Anketi cevaplayanların % 23,9’u ifadeye kesinlikle katılıyorum yanıtı, %36,9’u katılıyorum yanıtı, % 6,6’sı katılmıyorum, % 2,4’ü kesinlikle katılmıyorum yanıtı vermiştir. Geriye kalan % 31 ise kararsızım yanıtı vermiştir.

**Tablo 30: 112 Acil Çağrı Merkezinin Yönlendirmesinden Memnunum**

<b>112 Acil Çağrı Merkezinin Yönlendirmesinden Memnunum</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Kesinlikle Katılıyorum	80	23,9
Katılıyorum	121	36,1
Kararsızım	104	31,0
Katılmıyorum	22	6,6
Kesinlikle Katılmıyorum	8	2,4

Ankette sorulan 112 Acil çağrı merkezini arama sebebiniz nedir sorusunun frekans analizi Tablo 31’de gösterilmiştir.

**Tablo 31: 112 Acil Çağrı Merkezini Arama Sebebiniz Nedir?**

<b>112 Acil Çağrı Merkezini Arama Sebebiniz</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Trafik Kazası	43	12,8
Kronik Rahatsızlık	77	23,0
Doğum	8	2,4
Danışma	42	12,5

Tablo 31'e göre 43 kişi 112 acil çağrı merkezini arama sebebine trafik kazası yanıtı vermiştir. 77 kişi kronik rahatsızlık, 8 kişi doğum sebebiyle, 42 kişi ise danışma amacıyla 112 acil çağrı merkezini aradığını belirtmiştir.

Ambulansın gelme süresi ifadesine verilen yanıtlar Tablo 32'de gösterilmiştir. 86 kişi ambulansın 0-10 dakika arasında geldiği, 53 kişi 10-20 dakika arasında geldiği, 21 kişi 20-30 dakika arasında 13 kişi ise 30 dakika ya da daha fazla sürede geldiği yanıtını vermiştir.

**Tablo 32: Ambulansın Gelme Süresi**

<b>Ambulansın Gelme Süresi</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
0-10 dk	86	25,7
10-20 dk	53	15,8
20-30 dk	21	6,3
30 dk ve üzeri	13	3,9

Ambulans ile sağlık kuruluşuna ulaşım süreniz ifadesine verilen yanıtların frekans analizi Tablo 33'de gösterilmiştir.

**Tablo 33: Ambulans İle Sağlık Kuruluşuna Varış Süresi**

<b>Ambulansın Gelme Süresi</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
0-10 dk	95	28,4
10-20 dk	57	17,0
20-30 dk	15	4,5
30 dk ve üzeri	10	3,0

Anketi cevaplayanların % 28'4'ü ambulans ile sağlık kuruluşuna varış süresine 0-10 dakika yanıtı, % 17'si 10-20 dakika yanıtı vermiştir. Ambulansın sağlık kuruluşuna varış süresine 20-30 dakika yanıtı verenler % 4,5 oranı oluştururken, % 3'lük kısım 30 dakika ve üzeri yanıtı vermiştir.

Ankette sorulan bir diğer soruda ambulans hizmeti karşılığında ücret talep edilip edilmediği araştırılmıştır. Anketi cevaplayanların % 91,9'u ücret talep edilmedi yanıtı verirken % 8,1'i ambulans hizmeti karşılığında ücret talep edildi yanıtı vermiştir.

**Tablo 34: Ambulans Hizmeti Karşılığında Ücret Talep Edildi mi?**

<b>Ambulans Hizmeti Karşılığında Ücret Talep Edildi mi?</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Evet	27	8,1
Hayır	308	91,9

Ambulansta kullanılan teçhizatlar ihtiyaçları karşılıyor ifadesine verilen yanıtların frekans analizi Tablo 35'de gösterilmiştir.

**Tablo 35: Ambulansta Kullanılan Teçhizatlar İhtiyaçları Karşılıyor**

<b>Ambulansta Kullanılan Teçhizatlar İhtiyaçları Karşılıyor</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Kesinlikle Katılıyorum	93	27,8
Katılıyorum	127	37,9
Kararsızım	101	30,1
Katılmıyorum	8	2,4
Kesinlikle Katılmıyorum	6	1,8

Anketi cevaplayanların % 27,8'lik kısmı ambulansta kullanılan teçhizatlar ihtiyaçları karşılıyor ifadesine kesinlikle katılıyorum yanıtı, % 37,9'u katılıyorum yanıtı, % 2,4'ü katılmıyorum yanıtı, % 1,8'i kesinlikle katılmıyorum yanıtı vermiştir. % 30,1'lik kısım ise kararsızım yanıtı vermiştir.

**Tablo 36: Ambulans İle Gitmeyi Tercih Ettiğiniz Sağlık Kuruluşu**

<b>Ambulans İle Gitmeyi Tercih Ettiğiniz Sağlık Kuruluşu</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Devlet hastanesi	138	41,2
Üniversite Hastanesi	30	9,0
Özel Hastane	10	3,0
Aile Hekimi	3	0,9

Ankette sorulan ambulans ile gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kuruluşu sorusuna 138 kişi devlet hastanesi yanıtı vermiştir. 30 kişi üniversite hastanesi, 10 kişi özel hastane, 3 kişi ise aile hekimi yanıtı vermiştir.

Ankette yer alan bir diğer ifade acil sağlık hizmeti aldığınız personelin cinsiyeti önemlidir ifadesidir. Verilen yanıtların frekans analizi Tablo 37’de gösterilmiştir.

**Tablo 37:Acil Sağlık Hizmeti Aldığınız Personelin Cinsiyeti Önemlidir**

<b>Acil Sağlık Hizmeti Aldığınız Personelin Cinsiyeti Önemlidir</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Kesinlikle Katılıyorum	43	12,8
Katılıyorum	63	18,8
Kararsızım	28	8,4
Katılmıyorum	81	24,2
Kesinlikle Katılmıyorum	120	35,8

Tablo 37’ye göre acil sağlık hizmeti aldığınız personelin cinsiyeti önemlidir ifadesine anketi cevaplayanların % 12,8’i kesinlikle katılıyorum, % 18,8’i katılıyorum yanıtı vermiştir. % 24,2’lik kısım ifadeye katılıyorum yanıtı, % 35,8’lik kısım kesinlikle katılmıyorum yanıtı vermiştir. Kararsızım yanıtı veren kişiler ise % 8,4’ lük orana sahip olmuştur.

112 acil personelinin yaklaşımından memnunum ifadesine 111 kişi kesinlikle katılıyorum yanıtı, 140 kişi katılıyorum yanıtı vermiştir. İfadeye katılmıyorum yanıtı veren 15 kişi, kesinlikle katılmıyorum yanıtı veren 8 kişi bulunmaktadır. Geriye kalan 61 kişi ise 112 acil personelinin yaklaşımından memnunum ifadesine kararsızım yanıtı vermiştir. Verilen yanıtların frekans analizi Tablo 38’de gösterilmiştir.

**Tablo 38: 112 Acil Personelinin Yaklaşımından Memnunum**

<b>112 Acil Personelinin Yaklaşımından Memnunum</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Kesinlikle Katılıyorum	111	33,1
Katılıyorum	140	41,8
Kararsızım	61	18,2
Katılmıyorum	15	4,5
Kesinlikle Katılmıyorum	8	2,4

Anketteki bir diğer soru olan sizce devlet hastanelerinin acil servisleri yeterli hizmet veriyor mu sorusuna verilen cevapların frekans analizi Tablo 39’da gösterilmiştir.

**Tablo 39: Sizce Devlet Hastanelerinin Acil Servisleri Yeterli Hizmet Veriyor mu?**

<b>Sizce Devlet Hastanelerinin Acil Servisleri Yeterli Hizmet Veriyor mu?</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Evet	209	62,4
Hayır	126	37,6

Tablo 39’a göre sizce devlet hastanelerinin acil servisleri yeterli hizmet veriyor mu sorusuna anketi cevaplayanların % 62,4’ünü oluşturan 209 kişi evet yanıtı vermiştir. Anketi cevaplayanların % 37,6’sını oluşturan 126 kişi ise soruya hayır yanıtı vermiştir.

Çalışmanın bu bölümünde, acil sağlık hizmeti kullanımında gelir grupları arasındaki farklılıklar incelenecektir. İncelemede tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) kullanılacaktır. Tek yönlü varyans analizi kullanılmasının sebebi, ikiden fazla

grubun 112 acil çağrı merkezini arama sayısının incelenmesidir. Tek yönlü varyans analizinde üç varsayım bulunmaktadır.

- Gruplar bağımsız olmalıdır.
- Test edilecek değişkenin verileri normal dağılmalıdır.
- Grupların varyansları homojen olmalıdır.

İlk olarak tek yönlü varyans analizinin tanımlayıcı istatistiklerine yer verilecektir. Tablo 40'da farklılık analizinde tanımlayıcı istatistikler gösterilmiştir.

**Tablo 40: Gelir Gruplarında Farklılık Analizinin Tanımlayıcı İstatistikleri**

<b>Gelir Grubu</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
<b>500 TL ve Altı</b>	51	1,76	1,505
<b>500-1000</b>	41	1,63	1,502
<b>1000-1500</b>	72	1,58	1,496
<b>1500-2500</b>	54	,96	1,487
<b>2500 TL ve Üstü</b>	117	,56	1,462
<b>Toplam</b>	335	1,30	1,601

Tablo 40'da hangi gelir grubunda kaç kişinin anketi cevapladığı görülmektedir. Buna göre 500 TL ve altı gelir grubunda 51 kişi, 500-1000 TL gelir grubunda 41 kişi, 1000-1500 TL gelir grubunda 72 kişi, 1500-2500 TL gelir grubunda 54 kişi ve son olarak 2500 TL ve üstü gelir grubunda 117 kişi anketi cevaplamıştır.

### 3.5.2.Acil Sağlık Hizmeti Kullanımında Gelir Açısından Farklılık Analizi

$H_0$ : Son bir yılda 112 acil çağrı merkezinin aranma sayısında grup ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

$H_1$ : Son bir yılda 112 acil çağrı merkezinin aranma sayısında grup ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Oluşturulan hipotezlerin analizinde kullanılan tek yönlü varyans analizinin varsayımları bu bölümde incelenecektir. Araştırmamızda yer alan gruplar farklı gelir gruplarında bulunmakta ve birbirinden bağımsız gruplardır. İkinci varsayım olan verilerin normal dağılımında ise, araştırmamızda yer alan grupların aralıkları birbirine yakın olarak belirlenmiş ve verilerin normal dağıldığı görülmüştür.

Son varsayım ise grupların varyanslarının homojen olmasıdır. Homojenlik testinde p değeri 0,05'den büyükse varyansların homojen olduğu kabul edilmektedir. Araştırmanın homojenlik testi sonucunda p değeri 0,119 hesaplanmıştır. Bu sonuca göre grupların varyansları homojendir. Grupların varyanslarının homojen olması şartı da sağlandığından tek yönlü varyans testi anlamlılık kazanmıştır. Ankete verilen yanıtların tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 41'de gösterilmiştir.

**Tablo 41: Acil Sağlık Hizmeti Kullanımında Gelir Açısından Farklılık Analizi**

	<b>Kareler Toplamı</b>	<b>Serbestlik Derecesi</b>	<b>Ortalama Kareler</b>	<b>F</b>	<b>Anlamlılık</b>
<b>Gruplar Arası</b>	3,891	4	0,973	4,020	0,003
<b>Gruplar İçi</b>	79,858	330	0,242		
<b>Toplam</b>	83,749	334			

Ankete katılanların verdikleri yanıtların genel ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Dolayısıyla  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir



( $p=0,003$ ). Bu aşamada grupların birbirlerinden farklı oldukları tespit edilmiştir. Hangi grup diğerinden farklı sorusuna ise çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi kullanılarak cevap aranacaktır. Tukey testi sonuçları Tablo 42’de gösterilmiştir.

**Tablo 42: Acil Sağlık Hizmeti Kullanımında Gelir Açısından Farklılık Derecesi**

Tukey

(I) Gelir Düzeyiniz	(J) Gelir Düzeyiniz	Ortalama Fark	Standart Hata	Anlamlılık
<b>500 TL ve Altı</b>	500-1000	0,13	1,103	,988
	1000-1500	0,18	1,090	,925
	1500-2500	0,80	1,096	,023
	2500 ve Üstü	1,20	,083	,038
<b>500-1000</b>	500 TL ve Altı	-0,13	1,103	,988
	1000-1500	0,05	1,096	,999
	1500-2500	0,67	1,102	,049
	2500 ve Üstü	1,07	,089	,047
<b>1000-1500</b>	500 TL ve Altı	-0,18	1,090	,925
	500-1000	-0,05	1,096	,999
	1500-2500	0,62	1,089	,985
	2500 ve Üstü	1,02	,074	,021
<b>1500-2500</b>	500 TL ve Altı	-0,80	1,096	,023
	500-1000	-0,67	1,102	,049
	1000-1500	-0,62	1,089	,985
	2500 ve Üstü	0,40	,081	,008
<b>2500 ve Üstü</b>	500 TL ve Altı	-1,20	1,083	,038
	500-1000	-1,07	1,089	,047
	1000-1500	-1,02	1,074	,021
	1500-2500	-0,40	1,081	,008

\*  $\alpha= 0,05$

Acil sağlık hizmeti kullanımında gelir açısından 500 TL ve altı grubu ile 1500-2500, 2500 ve üstü gelir grupları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ( $p=0,023-0,038$ ). Anketi cevaplayanların

yanıtlarına göre 500 TL ve altı gelir grubu ile 1500-2500 TL gelir grubu arasındaki ortalama fark 0,80; 500 TL ve altı gelir grubu ile 2500 ve üstü gelir grubu arasındaki ortalama fark 1,20 olarak belirlenmiştir.

Acil sağlık hizmeti kullanımında gelir açısından 500-1000 TL gelir grubu ile 1500-2500, 2500 ve üstü gelir grupları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ( $p=0,049-0,047$ ). Anketi cevaplayanların yanıtlarına göre 500-1000 TL gelir grubu ile 1500-2500 TL gelir grubu arasında ortalama fark 0,67, 500-1000 TL gelir grubu ile 2500 ve üstü gelir grubu arasındaki ortalama fark 1,07 olarak belirlenmiştir.

Acil sağlık hizmeti kullanımında gelir açısından 1000-1500 TL gelir grubu ile 2500 ve üstü gelir grubu arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ( $p=0,021$ ). Anketi cevaplayanların yanıtlarına göre 1000-1500 TL gelir grubu ile 2500 ve üstü gelir grubu arasında ortalama fark 1,02 olarak belirlenmiştir.

Acil sağlık hizmeti kullanımında gelir açısından 1500-2500 TL gelir grubu ile 2500 ve üstü gelir grubu arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ( $p=0,008$ ). Anketi cevaplayanların yanıtlarına göre 1500-2500 TL gelir grubu ile 2500 ve üstü gelir grubu arasında ortalama fark 0,40 olarak belirlenmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgulara bakıldığında gruplar arasındaki ortalama farkların artması ve p olasılık değerleri, gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğunu göstermektedir. Başka bir ifadeyle acil sağlık hizmetleri talebinin gelire karşı duyarlı olduğu ve gelir azaldıkça acil sağlık hizmetleri talebinin artma eğilimi gösterdiği görülmektedir.

## SONUÇ

Sağlık kavramının, ülkelere, toplumlara, cinsiyete, yaşa ve artırılabilir bir çok koşula göre değişen tanımları yapılmıştır. Hasta olmayan insan sağlıklıdır şeklinde yapılan basit tanımların yanı sıra bedendeki her bir hücrenin maksimum kapasite ve tam bir denge içinde çalışması gibi yapılan bilimsel tanımlar bulunmaktadır. Sağlık kavramı birçok bilimde olduğu gibi, iktisat biliminde de önemli bir konuma sahiptir. İktisat biliminde sağlık, satın alınabilen ya da satılabilen, tüketicilerin hem üretebildiği hem de tüketebildiği bir mal olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ise sağlığı, yalnızca bir hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak ifade etmektedir.

Sağlık hizmetleri kavramı ise, kişi ve toplum sağlığının korunmasını, tedavilerinin yapılmasını, sakat kalanların kimseye bağımlı kalmadan yaşamalarını sağlamayı, bunların yanında toplumun sağlık seviyesini daha iyi duruma getirmeyi amaçlayan çalışmaların tümü şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık ve ekonomi ilişkisinin en göze çarpan noktası, toplumsal sağlık düzeyinde yaşanan gelişmelerin dolaylı ve dolaysız olarak toplumsal refah üzerinde etkide bulunmasıdır. Kişilerin sağlık durumundaki bozulma, bazı olumsuz ekonomik sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Sağlığı, çalışmaya elverişsiz duruma gelen kişi gelir kaybına uğrayacak, buna ek olarak tedavi içinde belirli bir harcama yapacak ve gelir kaybı daha da artacaktır. Bu durum ülke açısından düşünüldüğünde, ekonomik kalkınma ve refah seviyesinde yükselme için sağlıklı bireylere sahip olmak hayati bir önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetleri üç temel grup altında incelenmiştir. Bunlar koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleridir. Çalışmanın konusunu, tedavi edici sağlık hizmetleri grubunda bulunan 112 Acil Sağlık Hizmetleri oluşturmaktadır. Araştırmanın temel amacı, gelir durumunun 112 Acil sağlık hizmeti talebine karşı duyarlı olup olmadığını tespit etmektir. Bu amaç doğrultusunda Tokat ili genelinde kentsel ve kırsal bölgede ikamet eden kişilere anket çalışması uygulanmıştır. Kentsel ve kırsalda farklı ikamet yerlerinde anket çalışması yapılmasında farklı demografik özelliklere sahip kişilere ulaşmak amaçlanmıştır.

Örnekleme oluşturan 400 hanehalkına yapılan anketlerden veri temini konusunda sıkıntı yaşanılmayan 335 anket verisi sonuçlarına göre, anketi cevaplayanların % 55'ini kadınlar, % 45'ini erkekler oluşturmaktadır. Anketi cevaplayanların % 88' i 17-45 yaş arasındaki kişilerdir. Elde edilen bir başka sonuç ise, katılımcıların % 43,9'u lisans mezunu, % 31,9'u ise lise mezunudur. Anketi cevaplayanların % 38,7'sini memurlar, % 23,7'sini öğrenciler, %14'ünü ise ev hanımları oluşturmaktadır. Anketi cevaplayanların yarısından fazlası il merkezinde ikamet ettiğini, yaklaşık dörtte biri ise ilçe merkezinde ikamet ettiğini belirtmiştir.

Araştırmanın asıl amacını oluşturan gelir durumunun 112 Acil sağlık hizmeti talebine duyarlılığını araştırmak amacıyla ankette 5 ayrı gelir grubuna yer verilmiştir. 51 kişi 500 TL ve altı gelir grubunda, 41 kişi 500-1000 TL grubunda, 72 kişi 1000-1500 TL gelir grubunda olduğunu, 54 kişi 1500-2500 TL gelir grubunda yer aldığını belirtmiştir. 117 kişi 2500 TL ve üstü gelir grubunda bulunduğu yanıtını vermiştir.

Çalışmanın sonucunda elde edilen bulgulara göre, oluşturduğumuz gelir gruplarının 112 acil sağlık hizmeti talebi ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. 500 TL ve altı gelir grubuna dahil olan 51 kişinin 112 Acil sağlık hizmeti talebi ortalaması 1,76 olarak hesaplanmıştır. 500 TL ve altı gelir grubu ile 1500-2500, 2500 ve üstü gelir grupları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ( $p=0,023-0,038$ ). Anketi cevaplayanların yanıtlarına göre 500 TL ve altı gelir grubu ile 1500-2500 TL gelir grubu arasındaki ortalama fark 0,80, 500 TL ve altı gelir grubu ile 2500 ve üstü gelir grubu arasındaki ortalama fark 1,20 olarak belirlenmiştir. Araştırmadaki bir diğer grup olan 500-1000 TL gelir grubuna dahil olan 41 kişinin 112 acil sağlık hizmeti talebi ortalaması 1,63 olarak hesaplanmıştır. Bu grup ile 1500-2500, 2500 ve üstü gelir grupları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ( $p=0,049-0,047$ ). Anketi cevaplayanların yanıtlarına göre 500-1000 TL gelir grubu ile 1500-2500 TL gelir grubu arasında ortalama fark 0,67; 500-1000 TL gelir grubu ile 2500 ve üstü gelir grubu arasındaki ortalama fark 1,07 olarak belirlenmiştir. 1000-1500 TL gelir grubunda bulunan 72 kişinin 112 acil sağlık hizmeti talebi ortalaması 1,58 olarak hesaplanmıştır. Bu grup ile 2500 ve üstü gelir grubu arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya

çıkıştır (p=0,021). Anketi cevaplayanların yanıtlarına göre 1000-1500 TL gelir grubu ile 2500 ve üstü gelir grubu arasında ortalama fark 1,02 olarak hesaplanmıştır.

Bu çalışma, Türkiye’de 112 acil sağlık hizmetlerinin işleyişini, acil sağlık hizmetlerinin özelliklerini, bu alana yapılan harcamaları incelemekle birlikte acil sağlık hizmetleri alanındaki güncel veriler ile Türkiye ve OECD ülkelerini karşılaştıran ve bunların yanında Tokat ilinde 112 acil sağlık hizmeti talebine yönelik çok az sayıda çalışmadan biri olması açısından önem arz etmektedir. Çalışmada kullanılan tanımlayıcı istatistikler ve farklılık analizi sonuçları, gelir durumunun 112 acil sağlık hizmeti talebine karşı duyarlı olduğunu ve gelir düzeyi arttıkça 112 acil sağlık hizmeti talebinin azaldığını göstermektedir. Genel olarak gelir düzeyindeki artış sağlık hizmetleri kullanımında bir artışa yol açması beklenirken, 112 acil sağlık hizmetleri kullanımında ise tam tersi bir durum söz konusu olabilmektedir. Bunun altında yatan temel nedenler ise orta ve üst gelir düzeyine sahip hanhalklarının öncelikle aile hekimlerine başvurmaları, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine sahip olma ihtimallerinin yüksek olması, daha iyi konutlarda barınmaları, beslenme kalitelerinin iyi olması ve diğer benzeri hayat standartlarının gelir seviyesi düşük hanhalklarına göre daha iyi durumda olması gösterilebilir. Bu nedenler hanhalklarının sağlık statülerini doğrudan etkilemekte ve acil sağlık hizmetleri kullanımını azaltmaktadır. Bunların yanında gelir seviyesi yüksek olan ailelerin ulaşım aracına sahip olmaları, aile bireyleri arasında acil durumlarda iletişimin teknolojik unsurlarla kolay bir şekilde gerçekleşebilmesi ve ikamet yerlerinin şehir merkezleri olması dolayısıyla sağlık kuruluşlarına başvurmalarının daha kolay olması nedeniyle 112 acil sağlık hizmetlerine yönelik talepleri gelir arttıkça azalabilmektedir. Genellikle gelir düzeyi kentte yaşayanlara göre düşük olan kırsal bölgede ikamet eden kişilerin sağlık kuruluşlarına ulaşım maliyetinin yüksek olması da 112 acil sağlık hizmetleri talebini arttıran bir diğer neden olarak sayılabilir. Bundan sonraki akademik çalışmalarda uygulama alanı tek bir il ile kısıtlanmayıp birçok ilin veya bölgenin 112 acil sağlık hizmetine yönelik taleplerinin gelir ve benzeri diğer ekonomik göstergelere karşı duyarlılığının analiz edilmesi ve bu alandaki problemlere yönelik doğrusal olmayan modeller gibi farklı ekonometrik modellerle tahminleme yapılması politika karar vericilere ışık tutabileceğinden dolayı önemli bir çalışma alanı oluşturabilir.

## KAYNAKLAR

- Aggleton, P. (1990). Health, Routledge, London.
- Akad, M. (1992). Teori ve Uygulamada Sosyal Güvenlik Hakkı. İstanbul, Kazancı Hukuk Yayınları, (112).
- Akın, C. S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akın, J.S. , Birdsall, N. ve De Ferranti, D. M. (1987). Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda For Reform (Vol. 34). World Bank Publications.
- Alp, Ömer (2008), Yeni Bir Refah Devleti Modeline İlişkin Temellendirme (Aristotelesçi Bir Yaklaşım: Yetenekler ve İşlevlilikler, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Baloğlu, B. (2006). Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık. Der Yayınevi, İstanbul.
- Bekir M. (2003). Türkiye’nin Sağlık Sorunları- Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları, Ankara.
- Briggs, Asa(1961), “The Welfare State At Historical Perspective”,Archives Européennes de Sociologie, 2, 221-258.
- Bulut, N. (2003). Sosyal Devletin Düşünsel Temelleri ve Çağdaş Sosyal Devlet Anlayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi.
- Bulutoğlu, K. (1977). Kamu Ekonomisine Giriş. Sermet Matbaası, İstanbul.
- (1981). Kamu Ekonomisine Giriş. Filiz Kitapevi, İstanbul.
- (1988). Kamu ekonomisine giriş: devletin ekonomik bir kuramı. Filiz Kitabevi.

- Culyer, A. J. (1991). *The Economics of Health, Volume I and II*. Aldershot: Edward Edgar.
- Cushman W. P. and, Beyrer M. K. (1965). *Positive Health: Designs for Actions*, Marian K.
- Çalışkan, A. (2001). *Sosyal Refahın Sağlanması ve Devletin Etkinliği ve Türkiye Örneği*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi SBE.
- Çelik, Abdülhalim (2007), "Refah Devletinde Kriz ve Yeniden Yapılanma", İstanbul Üniversitesi Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, (50), 302-318.
- Çıraklı, Z. L. , Sayım, F. (2009). *Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin Güncellenmesi*. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, 2.
- Çilingiroğlu, Nesrin. *Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi*, Yeni Türkiye, Sayı. 40, Temmuz- Ağustos 2001.
- David, W. ve Black, N. (2005). *Introduction to Health Economics*.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2001). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı- Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara.
- Demirhan, N. (2003). *Türkiye’de 112 İlk ve Acil Yardım Hizmetleri ve Afetlerdeki Rolü*. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri.
- Duis, C. Van Der Werken, (2003). "Trauma Care Systems On The Netherlands", *International Journal Of The Care Of The Injured*, 723.
- Ege, R. (1995). *Kaza, Hastalık ve Yaralanmalarda İlk ve Acil Yardım*. Türk Hava Kurumu Basımevi.
- Ekin, N., Alper, Y. Ve Akgeyik, T. (1999). *Türk Sosyal Güvenlik Sistemi'nde Arayışlar: Özelleştirme ve Yeniden Yapılanma*, İstanbul.

- Ener, M. , Demircan, E. (2008). Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları. Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(1), 57-82.
- Eren, N. ve Tanrıtanır, N. (1998). Cumhuriyet ve Sağlık. Ankara: TTB Yayınları.
- Fişek Nusret H. (1985). Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirici Merkezi, Yayın No:2, Ankara, s.4
- Giray F.(1989). Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’deki durum, IV. Ve V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Gözübüyük, Şeref (2006). Anayasa Hukuku, Ankara: Turhan Kitabevi.
- Grossman, M. (1972). On The Concept of Health Capital and The Demand For Health. Journal of Political Economy, 80(2), 223-255.
- Günaydın, Davuthan (2011). “Küreselleşmenin Refah Devleti Sağlık Politikalarına Etkileri: Türkiye Örneği”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hansluwka, H. E. (1985). Measuring The Health of Populations Indicators and Interpretations. Social Science & Medicine, 20(12), 1207-1224.
- Howard, John M. (2000). “ Special Contributions Historical Background to Accidental Death and Disability”: The Neglected Disease of Modern Society.
- Işık, Abdülkadir vd. (1997). Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Tarihsel Gelişimi, Ankara.
- (2002). Sağlık Ekonomisi Terimler Sözlüğü, Beta Yayınları, İstanbul.
- Karabulut, K. (1998). Türkiye’de Sağlık Sektörü-Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama.



- Karasioğlu, F. ve am, A. V. (2008). Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması.
- Kıdak, Keskinoğlu P. , Sofuoğlu T. , lmezoğlu Z. (2009). İzmir ilinde 112 Acil Ambulans Hizmetlerinin Kullanımının Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 19(3), 113-119.
- Klarman, H. E. (1979). Health Economics and Health Economics Research. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 57(3), 371-379.
- Kurtulmuş, S. (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Larson, J. S. (1991). The measurement of health: Concepts and indicators(Vol. 31). Greenwood Publishing Group.
- MEB (2011). Acil Sağlık Hizmetleri, Ambulanslar, Ankara.
- Mcpake, B.Kumaranayeke, L.ve Normand C.(2002).Health Economics an International Perspective.London and Newyork:Routledge.
- Metin, B. (2003). Türkiye'nin Sağlık Sorunları: Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları.
- Mushkin,J.S.(1958). Toward a Definition of Health Economiscs Public Healths Reports.73(9):785-794
- Nadaroğlu, H. (1981). Kamu Maliyesi Teorisi, 5. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 34.
- (1996). Kamu maliyesi teorisi. Beta Basım Yayım Dağıtım Ař.
- OECD Health Statistics (2016). Frequently Requested Data.
- Okur, A. R. (1992). Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları.
- Over, A. M. (1991). Economics For Health Sector Analysis: Concepts and Cases. World Bank Publications.

- Özdamar, Ö. (2007). Sosyal Politikalarının Refah Etkilerinin Ampirik Ölçümü: Türkiye'de Temel Eğitimle İlgili Politikaların Ve Sosyal Yardımların Refah Etkilerinin Değerlendirilmesi.
- Özdemir G. (2011). Sağlık Nedir? <https://www.doktorsitesi.com/makale/saglik-nedir> internet adresinden 21/04/2017 tarihinde erişildi.
- Özsarı, H. (2000). Sağlık ve Sigorta. Sigorta Dünyası Dergisi, 472, 20-26.
- Öztek, Z. (2001). Sağlıkta Kavramlar. Yeni Türkiye Dergisi, 39.
- \_\_\_\_\_ (2001). Türkiye'de sağlık hizmetleri. Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, 1(39).
- \_\_\_\_\_ (2004). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Reinhardt, U. E. (1989). Economists İn Health Care: Saviors, or Elephants in a Porcelain Shop. The American Economic Review, 79(2), 337-342.
- Rice, T. (1984). Physician-İnduced Demand For Medical Care: New Evidence From The Medicare Program. Advances in Health Economics and Health Services Research, 5, 129.
- Robinson J. and Elkan R. (1996). Health Needs Assessment. Pearson Professional Limited. New York.
- Saltık, A. (1995). Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar. Toplum ve Hekim, 10(68).
- Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and The Birth of Health Economics. Bulletin of the World Health Organization, 82(2), 139-140.
- Seedhouse D.(1986). Health: The Foundations For Achievement John Wiley, Chichester, England, 134.
- Sekaran, Uma; (1992), Research Methods for Business: A Skill Building Approach, Second Edition, John Wiley ve Sons, 450s.

- Seyidoğlu, Halil (1999). Ekonomik Terimler Ansiklopedik Sözlük, İstanbul: Güzem Can Yayınları.
- Shoup C. S (1987). “Kamu Hizmetleri ve Nüfus Artısı”, Çev. Batirel Ö. F. , Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt. 4, sayı. 2, 241-255.
- Sofuoğlu, Turhan (2015). <http://www.aahd.org.tr/tarihce/.11.02.2017>.
- Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), Özel Ek, 23-25.
- Taban, S.(2006). Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi. Sosyoekonomi, 4(4).
- TC Milli Eğitim Bakanlığı ASH(2011). ASH' nin Yapısı, Ankara, s. 37
- TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü (2008). Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi İlk Yardım Modülleri, Ankara.
- TC Sağlık Bakanlığı (2000), Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, RG, S. 24046
- TC Sağlık Bakanlığı ASH Genel Müdürlüğü (2012). ASH Genel Müdürlüğü'nün Teşkilat ve Görevlerine Dair Yönerge, Ankara, m. 6.
- TC Sağlık Bakanlığı (2004). ASHY, RG, S. 25412, Değişik m. 8
- TC Sağlık Bakanlığı (2012). Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara.
- TC Sağlık Bakanlığı ASH Genel Müdürlüğü (2012). ASH Genel Müdürlüğü'nün Teşkilat ve Görevlerine Dair Yönerge, Ankara, m. 6
- TC Sağlık Bakanlığı (2000). ASHY, RG, S. 24046, m. 9
- TC Sağlık Bakanlığı (2005). İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi, S. 872, m. 5
- TC Sağlık Bakanlığı (2005). İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi, S. 872, m. 5
- TC Sağlık Bakanlığı (2014). Temel Sağ. İst. Modülü Sağlık İstatistikleri Modülleri.

- Tekin F. (1987). "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı", Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt. 5, Sayı. 1, Eskişehir,263.
- Tosun, U. Kızıllan, Ç., Kılıç, S., Özer, M. ve Yıldırım, N. (2009). Yeni Mezun Paramediklerin İlk ve Acil Yardım Teorik/Uygulamalı Eğitim Düzeyi ve Yeterlilik Algıları. TAF Preventive Medicine Bulletin (TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni), 8(4), 291-292.
- T. L. Thomas (2005). "Developing and Implementing Emergency Medicine Programs Globally", Emergency Medicine Clinics Of North America, C. 23, S. 1, 179.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2015), Ölüm Nedeni İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>, (14.03.2016).
- Tüsiad (1995),Optimal Devlet, İstanbul: TÜSİAD Yayınları.
- Uz H. (2001). "Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü'nün Tanımı Üzerine Düşünceler", Yeni Türkiye, Sayı. 39, Sağlık Özel Sayısı, 321-322.
- Velicangil S. (1985). Halk Sağlığı Bilimi, Gür-Ay matbaası, İstanbul.
- Wilbur, R. L. (1932). The Economics of Public Health and Medical Care. The Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin, 10(3), 169-190.
- Williams, A. (1987). Health Economics: the Cheerful Face of the Dismal Science. In Health and Economics. Palgra ve Macmillan UK.
- World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). World Health Statistics.
- Walz, Bruce J. (2001). Introduction to EMS Systems, Delmar.
- Yazgan, M. (2009). Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Yeğınboy, E. Y. (1993). Ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.



## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Aziz ŞAHİN

**Doğum Yılı ve Yeri** : 1989, Batman

### **Eğitim Durumu**

**Lisans Öğrenimi** : Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler

Fakültesi Maliye Bölümü

**Yüksek Lisans Öğrenimi** : GaziOsmanPaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
İktisat AnaBilim Dalı

**Yabancı Dili** : İngilizce

### **Bilimsel Faaliyetler:**

**İş Deneyimi** : Sağlık Bakanlığı, Tokat 112 ASOS Birim Sorumluluğu

### **İletişim**

**E-Posta Adresi** : sahinaziz60@gmail.com