

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI KAPSAMINDA TÜRKİYE'DE 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ: DURUM ANALİZİ VE POLİTİKA ÖNERİLERİ

Fatih ORHAN^{a,*} | Pelin YILIK^b | Asiye GÖKÇE^c | Umut BEYLİK^d

^aSağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Türkiye, ORCID:0000-0002-3562-1961

^bTürkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu, Türkiye, ORCID: 0000-0002-4210-3898.

^cNevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bölümü, Türkiye, ORCID: 0000-0003-4455-6126.

^dSağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Türkiye, ORCID: 0000-0002-4950-9604

*Sorumlu Yazar; Asiye GÖKÇE, E-Posta: asiye.gokce@sbu.edu.tr

ÖZET

Anahtar Kelimeler

- Acil sağlık hizmetleri,
- Sağlıkta dönüşüm programı,
- Sağlık politikası

Makale Hakkında

Araştırma Makalesi

Gönderim Tarihi

26.02.2025

Kabul Tarihi

18.04.2025

Amaç: Bu çalışma Türkiye'de acil sağlık hizmetlerinin mevcut durumunu tespit etmek ve sağlık dönüşüm programı kapsamında gelişimini analiz etmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları üzerinden 2002 – 2022 yılları arasında acil sağlık hizmetleri kapasite ve kapasite kullanım verilerini kapsamaktadır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığınca yayınlanan acil sağlık hizmetleri hakkındaki sağlık istatistikleri değerlendirmeye alınmıştır. Bu veriler arasında acil yardım istasyon ve ambulans sayıları ve gelişimi, nüfus ve vaka başına düşen ambulans ve istasyon sayıları, asılsız ihbar oranları yıllar, bölgeler ve iller kapsamında trend analizi yöntemiyle kıyaslanmıştır.

Bulgular: Türkiye'de acil yardım ve ambulans sayıları artış hızı nüfus artış hızından yüksek gerçekleşmiş, ambulans çeşitliliği artmış ve acil sağlık hizmetlerine erişim yükselmiştir. Bununla birlikte 2022 yılı asılsız ihbar oranı 2020 yılına göre %22'nin üzerinde artış göstermiştir. Ayrıca hasta nakli odaklı acil sağlık hizmeti sunulduğu görülmektedir.

Sonuç: Acil sağlık hizmetlerine erişim artmakla birlikte acil sağlık hizmetlerinin niteliğinin artırılması önerilmektedir. Asılsız ihbar oranlarının düşürülmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

112 EMERGENCY HEALTH SERVICES IN TURKEY WITHIN THE SCOPE OF HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM: SITUATION ANALYSIS AND POLICY RECOMMENDATIONS

Fatih ORHAN^{a,*} | Pelin YILIK^b | Asiye GÖKÇE^c | Umut BEYLİK^d

^a Health Sciences University, Gulhane Health Vocational School, Department of Health Institutions Management, Türkiye, ORCID:0000-0002-3562-1961

^b Health, Family, Labor and Social Affairs Committee of the Turkish Grand National Assembly, Türkiye, ORCID: 0000-0002-4210-3898.

^cNevşehir Hacı Bektaş Veli University, Institute of Social Sciences, Department of Production Management and Marketing, Türkiye, ORCID: 0000-0003-4455-6126.

^d Health Sciences University Gulhane Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, Türkiye, ORCID: 0000-0002-4950-9604

*Corresponding Author; Asiye GÖKÇE, E-mail: asiye.gokce@sbu.edu.tr

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the current status of emergency health services in Turkey and to analyze their development within the scope of the health transformation program.

Methods: The study covers emergency health services capacity and capacity usage data from Health Statistics Yearbooks between 2002 and 2022. For this purpose, health statistics on emergency health services published by the Ministry of Health were evaluated. Among these data, the number and development of emergency aid stations and ambulances, the number of ambulances and stations per population and case, and false report rates were compared within the scope of years, regions and provinces.

Results: The rate of increase in emergency aid and ambulance numbers in Turkey was higher than the population growth rate, the variety of ambulances increased and access to emergency health services increased. However, false report rates are still quite high (10%). In addition, it is seen that emergency health services are provided with a focus on patient transport.

Conclusion: While access to emergency health services is increasing, it is recommended that the quality of emergency health services be increased. Regulations should be made to reduce false reporting rates.

Keywords

- Emergency health services,
- Health transformation program,
- Health policy

Article Info

Research article

Received

26.02.2025

Accepted

18.04.2025

GİRİŞ

Acil sağlık hizmetleri, bireylerin yaşamını tehdit eden durumlara hızlı ve etkili bir müdahale sağlamak amacıyla tasarlanmış bir sağlık hizmeti organizasyonudur (1,2). Modern toplumlarda, acil sağlık hizmetlerinin etkinliği, halk sağlığı göstergeleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle şehirleşmenin hızla arttığı, nüfusun yoğunlaştığı ve trafik kazaları, doğal afetler gibi risklerin arttığı günümüzde, bu hizmetlerin ulaşılabilirliği ve kalitesi, sağlık sistemlerinin başarısında belirleyici bir rol oynamaktadır (3,4).

Acil sağlık hizmetleri, genel olarak dünyada iki temel yaklaşım çerçevesinde incelenmektedir (5,6). Bu yaklaşımlardan ilki, İngiliz-Amerikan modeli olarak tanımlanmakta olup, temel felsefesi, hastanın olay yerinden hızlı bir şekilde alınarak en kısa sürede hastaneye ulaştırılmasına dayanmaktadır. Diğer yaklaşım ise Fransız-Alman modeli olarak adlandırılmakta ve sağlık hizmetlerinin, hastanın bulunduğu yerde doğrudan sunulacak şekilde organize edilmesini esas almaktadır (7,8).

28

Fransız-Alman modelinde, hastalara olay yerinde acil tedavi uygulanarak vital bulguların stabilizasyonu sağlandıktan sonra, hastalar ilgili hastane birimlerine sevk edilmektedir. Bu modelde, olay yerinde gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerin ardından hastalar doğrudan hastanelerin servislerine veya yoğun bakım ünitelerine taşınmaktadır (9-11). Genellikle anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlarının görev aldığı bu modelde, hekimler ve acil tıp teknolojisi ekipmanları olay yerine taşınmakta ve acil sağlık hizmetleri anestezi uzmanlarının koordinasyonu altında yürütülmektedir (12).

İngiliz-Amerikan modeli ise Amerika Birleşik Devletleri (ABD) tarafından geliştirilmiş olup bu modelde, hasta ya da yaralılara en kısa sürede ulaşarak, en yakın hastanelere hızlı bir şekilde nakil işlemlerinin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır (13). Bu modelin hedefi, daha az hastane öncesi girişimler ile hastayı hızlı bir şekilde hastaneye ulaştırmak olarak özetlenebilir (14). Acil yardım uygulamaları yoğun olarak paramedikler (az sayıda pratisyen hekim) üzerinden gerçekleşmekte, acil bakım ise hastane acil servislerinde verilmektedir. Türkiye’de hasta ya da yaralıların hastaneye ulaştırıldığı model olan İngiliz-Amerikan modeli günümüzde de benimsenen bir model olarak uygulanmaktadır (15).

Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları Cumhuriyet’in kuruluşundan itibaren çeşitli dönemlerde temel değişimlerden geçmiştir. Bunlar arasında; 1923 Refik Saydam Dönemi, 1946 Behçet Uz Dönemi, sağlık hizmetlerinde sosyalizasyonun başladığı 1963 Nusret Fişek Dönemi önemli dönüm noktaları olarak sıralanabilir. Son dönemdeki gelişmelerin temeli ise 2003 yılında hayata geçen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olduğu görülmektedir (16). Bu program kapsamında gerçekleştirilen süreçlerden bazıları şöyle sıralanabilir:

- Karayollarındaki ilkyardım istasyonları acil sağlık istasyonların dönüştürülmüştür (17).
- Afete maruz kalmış kişilere doğru ve hızlı müdahale ederek, ölü ve yaralı sayısını kabuledilebilir rakamlara indirmek amacıyla, afetlerde sağlık organizasyonu kapsamında Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) kurulmuştur (18).

- 2005 yılında 112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) ambulansları ile hastaneler arası nakiller tüm vatandaşlar için ücretsiz hale getirilmiştir (19).
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM) 2009 yılında hizmet sunmaya başlamıştır (19).
- 2011 yılında Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat yapısı içerisinde Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kuruldu (20).
- Avrupa Birliği'ne uyum süreci çerçevesinde Türkiye'de; "Tek Acil Çağrı Numarası" oluşturma çalışmaları kapsamında tüm acil numaralar 112'de toplanmıştır (21).

Bu çalışmanın amacı; Türkiye'de acil sağlık hizmetleri mevcut durumunu ortaya koymak ve sağlıkta dönüşüm programı kapsamında 2002-2022 yılları arasındaki gelişimini değerlendirmektir.

YÖNTEM

Çalışmada öncelikle Türkiye'de uygulanan acil sağlık hizmetleri sisteminin mevcut durumu ve gelişimi ortaya konmuştur. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıkları (2022 ve 2023) temel ikincil veri kaynağı olarak kullanılmış olup (22,23) verilerin yıllara göre yüzdelik değişimleri incelenmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı öncesi 2002 yılı referans alınarak 2022 yılına kadar gelişim süreci yıllar, bölgeler ve iller bazında değerlendirilmiştir. Bu amaçla acil yardım ambulans ve istasyon sayıları, nüfus ve vaka başına düşen ambulans ve istasyon sayıları, acil sağlık hizmetleri kullanım nedenlerine yönelik veriler çalışma kapsamına alınmıştır. Ayrıca asılsız ihbar oranları da çalışma kapsamında ele alınmıştır. Yapılan değerlendirmeler çerçevesinde tartışma yapılmış ve öneriler geliştirilmiştir.

Bu çalışma kapsamında temin edilen veri ve bilgiler, kamuoyuna açık nitelikte olduğundan, etik ve idari izin alınması gerekli olmamıştır.

BULGULAR

Acil Sağlık Hizmetleri Mevcut Durumu

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kurumlar ile acil yardım ambulans ve istasyon sayıları 2023 yılı itibarı ile Tablo 1'de gösterilmiştir. Acil yardım istasyonu başına 1,7 acil yardım ambulansı düşmektedir.

Tablo 1. Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları (23).

Servis	2023
Aile Hekimliği Birimi	28,054
Aile Sağlığı Merkezi	8,163
Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)	973
Sağlık Evi	4,909
Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi (ÇEKÜS)	93
Verem Savaş Dispanseri (VSD)	173
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	381
Halk Sağlığı Laboratuvarları	84
Acil Yardım İstasyonu	3,420
Acil Yardım Ambulansı	5,908

İstatistiki bölge birimleri sınıflandırmasına (İBBS-1) göre Türkiye’de 2023 yılında acil sağlık hizmetleri ile ilgili bazı göstergeler Tablo 2’de gösterilmiştir. Tablo 2’ye göre acil yardım istasyonu başına düşen nüfus 24.963, acil yardım ambulansı başına düşen nüfus 14.450 olarak gerçekleşmiştir. Bölge bazında bakıldığında, acil yardım ambulansı başına düşen nüfus ve vaka sayısının en düşük olduğu bölge Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi iken İstanbul, acil yardım ambulansı ile acil yardım istasyonu başına nüfus açısından en yüksek veriye sahip çıkmıştır. Vaka sayıları bakımından Batı Marmara ve Orta Anadolu bölgeleri Türkiye ortalamasına en yakın verilere sahip bölgeler olduğu görülmüştür.

Tablo 2. İBBS-1'e Göre Bazı Acil Sağlık Hizmetlerine İlişkin Göstergeler (23).

İBBS-1	Acil Yardım İstasyonu Başına	Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı	Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus	Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Vaka Sayısı
İstanbul	40,877	2,098	26,535	1,362
Batı Marmara	20,256	1,952	11,975	1,154
Ege	26,251	2,149	16,687	1,366
Doğu Marmara	27,297	2,147	16,102	1,266
Batı Anadolu	29,023	2,031	18,723	1,310
Akdeniz	26,993	2,181	15,636	1,264
Orta Anadolu	18,420	1,955	10,051	1,067
Batı Karadeniz	16,369	1,713	9,062	948
Doğu Karadeniz	13,945	1,507	7,635	825
Kuzeydoğu Anadolu	17,150	1,594	6,581	628
Ortadoğu Anadolu	17,320	1,437	9,169	761
Güneydoğu Anadolu	26,213	1,786	15,252	1,039
Türkiye	24,963	1,934	14,450	1,119

İller kapsamında bakıldığında; 2022 sağlık istatistiklerine göre İstanbul acil yardım İstasyonu başına nüfus bakımından 42.308 ile ilk sırada, Artvin ise 6.516 nüfus ile son sırada yer almış olup Türkiye ortalaması 25.921 olarak gerçekleşmiştir. Acil yardım ambulansı başına düşen nüfus bakımından da İstanbul ili 28.356 ile ilk sırada yer almış, son sırada ise 2.371 ile Ardahan yer almış olup, Türkiye ortalaması 14.870 çıkmıştır (22).

Tablo 3'te 2023 yılında Türkiye'de 511 donanımlı ambulans, 13 helikopter ambulans, 2 uçak ambulans ve 6 deniz ambulans ile acil sağlık hizmeti verdiği görülmüştür. Ayrıca 2023 yılında 231 kar paletli ambulans, 92 yoğun bakım ve obez ambulans ile 49 yenidoğan ambulans hizmet vermiştir.

Tablo 3. Ambulans Türlerine Göre Araç Sayısı (23).

Ambulans Türü	2023
Kar Paletli Ambulans	231
Yoğun Bakım & Obez Ambulans	92
4 Sedye Ambulans	62
Motosiklet Ambulans	56
Yenidoğan Ambulans	49
Snow Track Ambulans	21
Helikopter Ambulans	13
Uçak Ambulans	2
Deniz Ambulans	6

Acil yardım ambulansı ile il içi ve dışı ilk 10 nakil nedenlerinin 2022 yılına göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir. Hekim ve yoğun bakım ihtiyaçları ile boş yer bulunmaması ve tıbbi ekipman ihtiyaçları ön plana çıkmıştır.

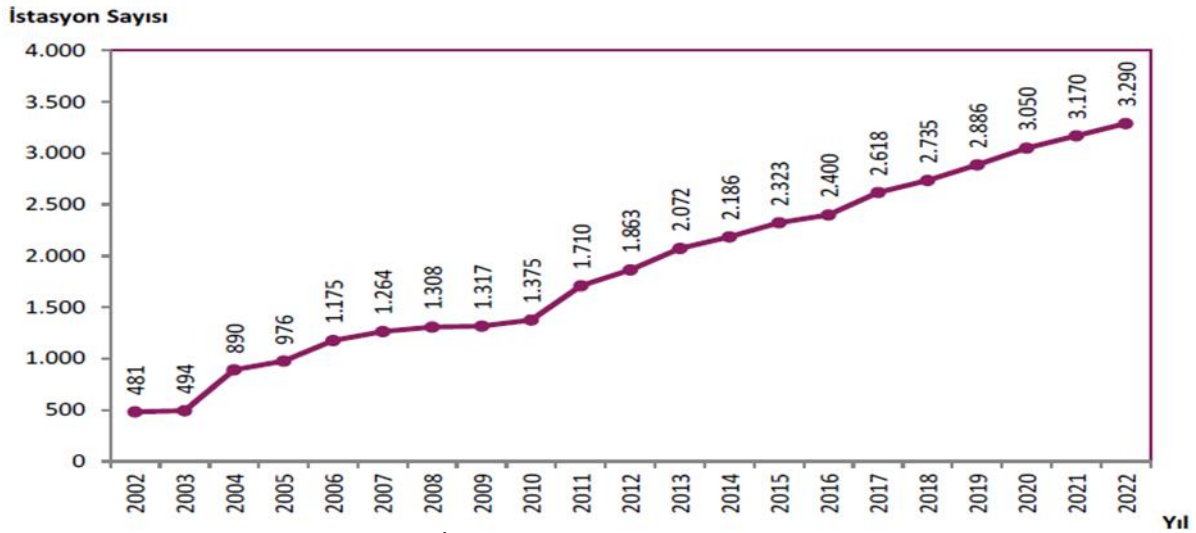
Tablo 4. Acil Yardım Ambulansı ile İl İçi ve İl Dışı İlk 10 Nakil Nedeninin Dağılımı, (%) (22).

İl İçi Sevk Nedenleri			İl Dışı Sevk Nedenleri		
Sıra	Neden	İl İçi (%)	Sıra	Neden	İl Dışı (%)
1	İleri Özelleşmiş Hekim İhtiyacı	33,31	1	İleri Özelleşmiş Hekim İhtiyacı	33,53
2	Uzman Hekim İhtiyacı	30,39	2	Uzman Hekim İhtiyacı	20,04
3	Yoğun Bakım İhtiyacı	10,95	3	Yoğun Bakım İhtiyacı	14,00
4	Boş Yer Olmaması	9,84	4	Tıbbi Ekipman İhtiyacı	8,88
5	Tıbbi Ekipman İhtiyacı	6,72	5	Bir Üst Seviye Yoğun Bakıma Sevk	6,64
6	Bir Üst Seviye Yoğun Bakıma Sevk	3,03	6	Boş Yer Olmaması	5,92
7	Hasta İsteği	1,51	7	Hasta İsteği	3,26
8	Servise Sevk	1,07	8	İleri Merkeze Sevk (Yenidoğan Nakil)	2,37
9	Aynı Seviye Yoğun Bakıma Sevk	0,93	9	Yan Dal Uzman Hekim İhtiyacı	1,55
10	Yan Dal Uzman Hekim İhtiyacı	0,76	10	Yanık Ünitesi İhtiyacı	0,98

2002 – 2022 Arası Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

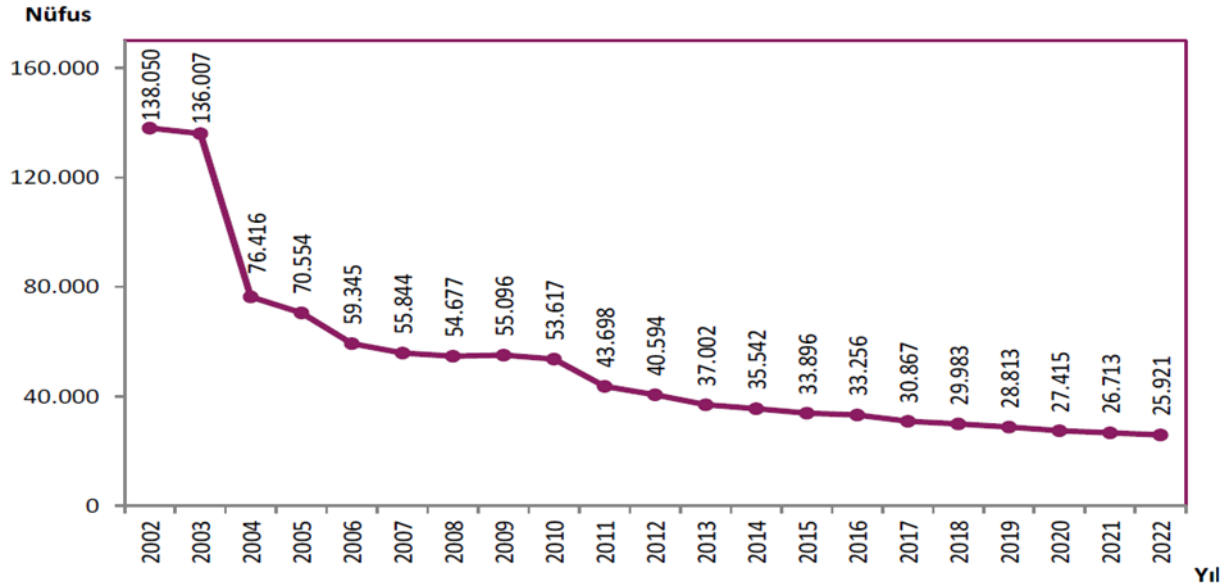
Bu başlıkta; sağlıkta dönüşüm programı hemen öncesi olan 2002 yılı acil sağlık hizmetleri verileri ile Sağlık Bakanlığınca son yayınlanan sağlık istatistikleri yıllığı olan 2022 yılı verileri kapsamında yıllara göre gelişim ve değişim değerlendirilmiş olup temel doküman olarak 2022 Sağlık İstatistikleri Yıllığı kullanılmıştır.

2002 ile 2022 yılları arası acil yardım istasyon sayılarının değişimi Şekil 1’de gösterilmiş olup 6,8 kat arttığı tespit edilmiştir. En yüksek miktar ve oranda artışların 2004 yılı ile 2011 yılında gerçekleştiği görülmektedir. 2002-2003 ile 2008-2009 yılları durağan dönemler olarak dikkat çekmiştir.



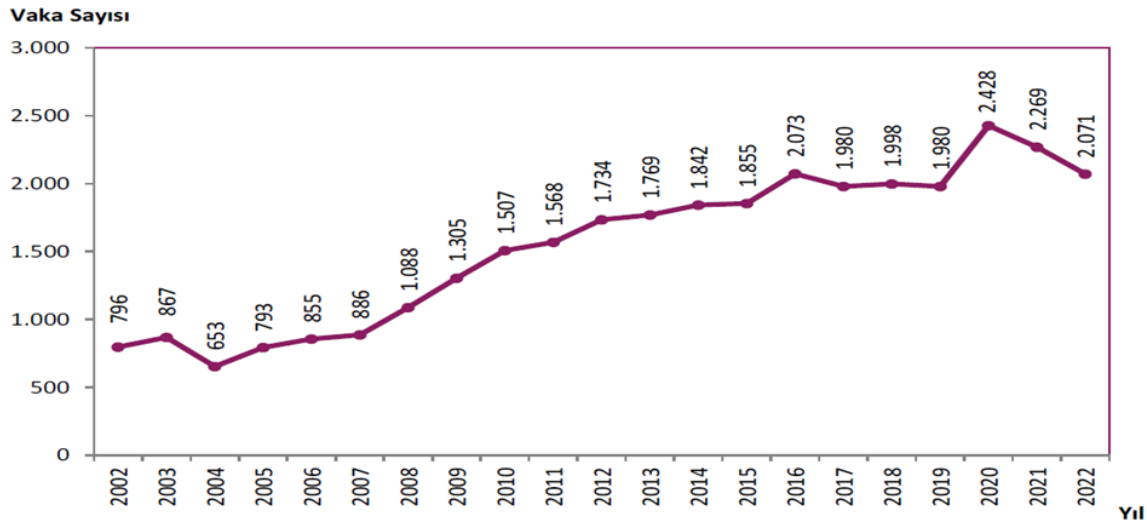
Şekil 1. Yıllara Göre Acil Yardım İstasyon Sayısı (22, syf 261).

Yıllara göre acil yardım istasyonu başına nüfusun gösterildiği Şekil 2’ye göre 2002 yılına göre 2022 yılında düşen nüfus 5,3 kat azalarak 25.921’e düşmüştür. Nüfus artışı da eklendiği için acil yardım istasyonu artış hızından daha düşük bir veri karşımıza çıkmıştır. 2003-2004 döneminde önemli bir düşüş yaşandığı, daha sonra 2010-2011 döneminde de düşüş hızının yüksek olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 2. Yıllara Göre Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus, (22, syf 261).

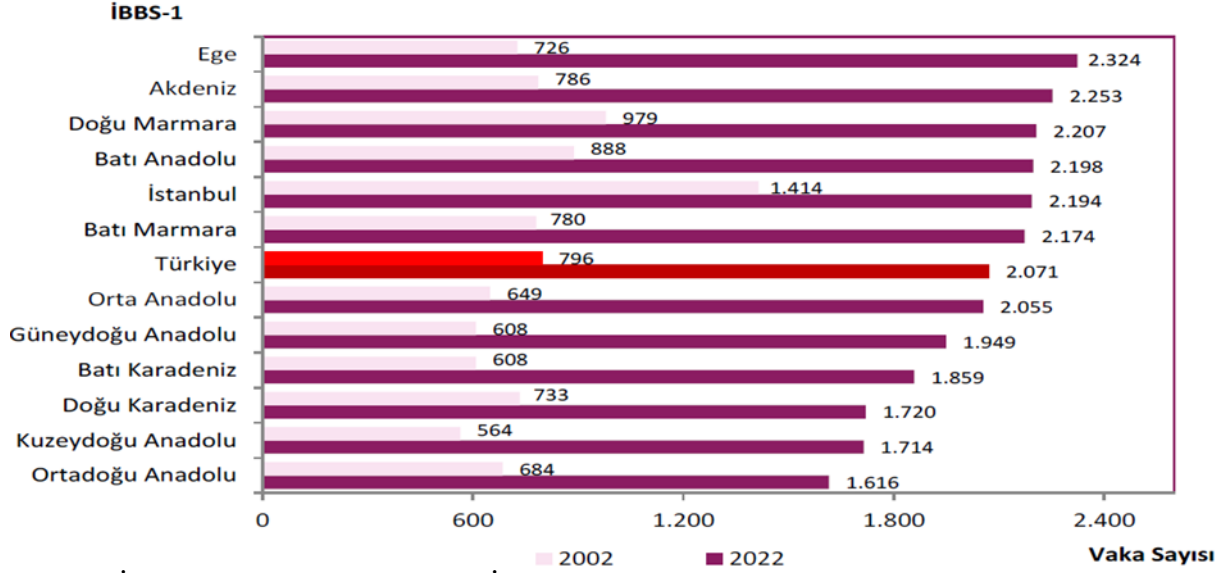
Şekil 3’de acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayılarına bakıldığında 2002 yılına göre 2022 yılında yaklaşık 2,5 kat fazla vakaya bakıldığı, yaşanan pandemi nedeniyle en yüksek vaka ortalamasının 2020 yılında, en düşük vaka sayısının ise 2004 yılında gerçekleştiği görülmüştür. Şekil 1 ve 2 ile uyumlu olarak 2004 yılında istasyon sayısının diğer yıllara göre daha çok artması bu veriyi desteklemiştir. 2017 – 2019 dönemi durağan sayılabilecek bir dönem olarak dikkat çekmiştir.



Şekil 3. Yıllara Göre Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı (22, syf 263).

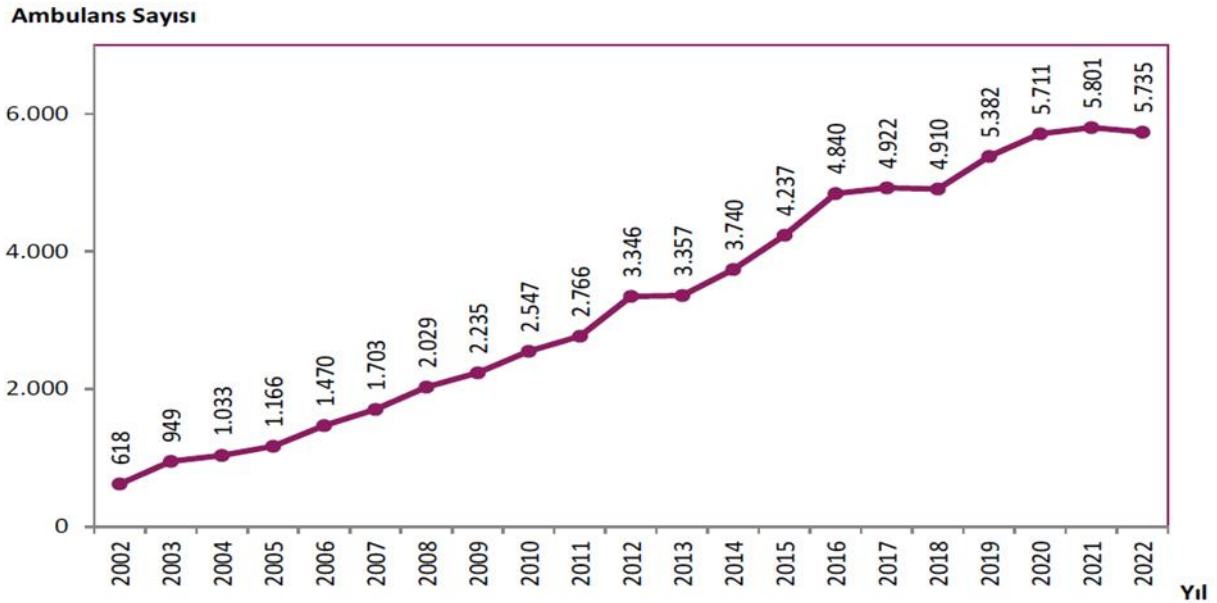
Bölgelere göre acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayılarının 2002 – 2022 yılları arasındaki değişimini gösteren Şekil 4’e bakıldığında en az gelişme yaklaşık 1,5 kat ile İstanbul bölgesinde gerçekleşmiş olup bu bölgenin diğer bölgelere göre nüfus artış hızının yüksekliği

ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ege, Orta, Güneydoğu ve Kuzeydoğu Anadolu ile Batı Karadeniz bölgelerinde bu oran 3 katın üzerinde olup Türkiye ortalaması 2,6 kat olarak gerçekleşmiştir.



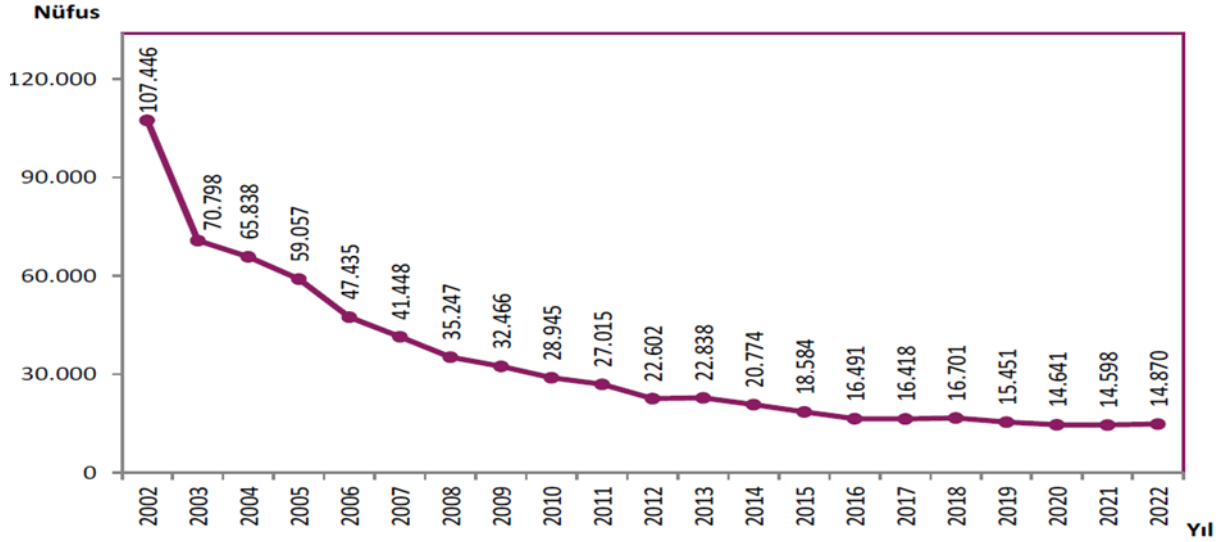
Şekil 3. İBBS-1'e Göre Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı (22, syf 264).

2002 ile 2022 yılları arasında Sağlık Bakanlığı acil yardım ambulans sayılarının değişimi Şekil 5'da gösterilmiştir. Yaklaşık 9,3 kat artmış olan ambulans sayıları 2012-2013 ile 2017-2018 dönemlerinde durağan bir hıza, 2021-2022 dönemi tek düşüş hızına sahip iken diğer tüm yıllarda artış eğilimi göstermiştir.



Şekil 5. Yıllara Göre Acil Yardım Ambulans Sayısı, (22, syf 265).

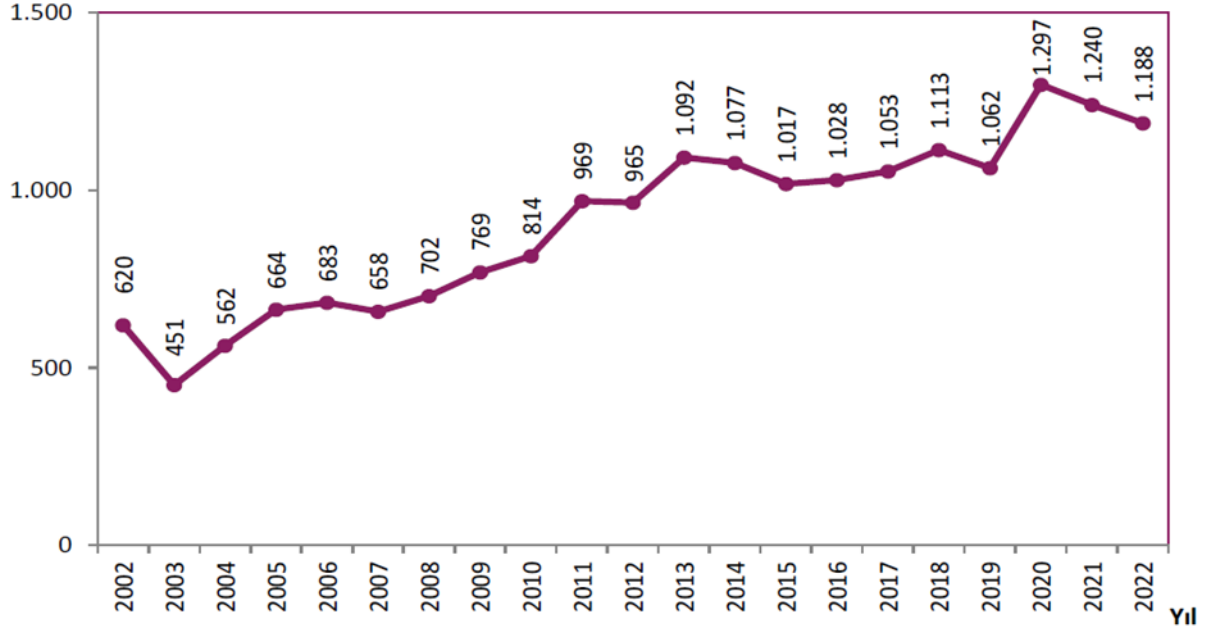
Şekil 6’de 2002 – 2022 yılları arası acil yardım ambulansı başına nüfus gösterilmiş olup 7,2 kat düşüş gerçekleşerek 107.446’dan 14.870’e inmiştir. 2003 yılında en yüksek düşüş hızı yaşanmış olup 2016 – 2022 dönemi durağan ve en yavaş düşüş dönemi çıkmıştır. Hatta 2022’de 2021’ göre yükselme söz konusudur.



Şekil 6. Yıllara Göre Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus, (22, syf 265).

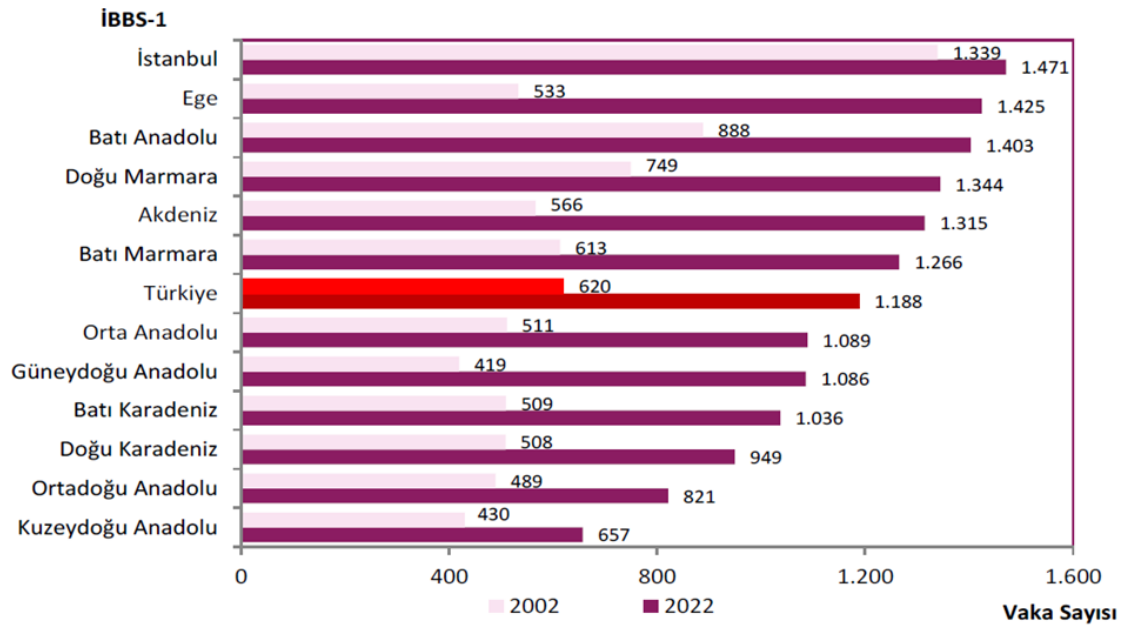
Şekil 7’de gösterilen yıllara göre acil yardım ambulansı başına düşen vaka sayılarına bakıldığında 2002’ye göre 2022’de 2 kattan biraz az vaka sayısı gerçekleşmiş, ambulans başına en az vaka sayısı 451 ile 2003’de, en fazla ise 1.297 ile pandemi dönemi olan 2020’de gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı ambulans sayısının en hızlı arttığı yıl olan 2003 yılı ile uyumludur. Şekle göre vaka sayısının artışının acil yardım ambulanslarına erişim hızının yükselmesi ile açıklanabileceği, veriler kapsamında bu hızın ambulans sayısı artış hızından daha yüksek gerçekleştiğini düşündürmüştür.

Vaka Sayısı



Şekil 7. Yıllara Göre Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Vaka Sayısı (22,syf 267).

Bölgeler kapsamında 2002 ile 2022 yılları arasında değişimi gösteren Şekil 8'a göre en yüksek olarak Ege bölgesinde 3 kata ulaşan ambulans sayısı başına düşen vaka sayısı gerçekleşmiştir. İstanbul verisi ise sadece %10'luk bir artışla en az vaka sayısının yükseldiği bölge olmuştur. Türkiye ortalaması 2 katın biraz altındadır.



Şekil 8. İBBS-1'e Göre Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Toplam Vaka Sayısı (22,syf 268).

Acil Çağrı Merkezi Asılsız İhbar Oranları

Acil Çağrı Merkezine gelen ve ambulans görevlendirilmesine karar verilen acil sağlık çağrıları için ambulans ekibinin belirtilen adres ulaşması ancak çağrıya konu vakanın olmaması durumu olarak tanımlanan asılsız ihbar sayısı; acil yardım ambulansı toplam çıkış sayısı – acil yardım ambulansı toplam vaka sayısı şeklinde hesaplanır. Asılsız ihbar oranı (%) ise; (asılsız ihbar sayısı x100) / (acil yardım ambulansı toplam çıkış sayısı) şeklinde hesaplanmaktadır.

2019 – 2022 yılları arasında bölgelere göre acil çağrı merkezine yapılan asılsız ihbar oranları Tablo 5’te gösterilmiştir. Pandemi dönemi olan 2020’de asılsız ihbar oranı Türkiye ortalaması %8,5 ile en düşük çıkmış olup toplumun daha bilinçli bir davranış sergilediği görülmüştür. 2019’da %12, 2021’de %9,4 ve 2022’de artarak %10,3’e çıkmıştır. Batı Anadolu ve İstanbul bölgeleri her dönem en yüksek oranlara sahip bölgeler iken Batı Karadeniz ve Orta Anadolu en düşük oranlara sahip bölgeler olmuşlardır.

Tablo 4. Yıllara ve İBBS-1’e Göre Acil Çağrı Merkezine Yapılan Asılsız İhbar Oranı, (%) (22).

İBBS-1	2019	2020	2021	2022
Batı Anadolu	17,8	15,1	15,5	16,1
İstanbul	18,2	12,1	13,6	15,6
Güneydoğu Anadolu	11,8	8,1	9,4	10,7
Türkiye	12,0	8,5	9,4	10,3
Ege	11,3	7,9	9,2	10,2
Akdeniz	10,2	8,0	8,6	9,4
Ortadoğu Anadolu	12,1	7,9	8,5	9,1
Kuzeydoğu Anadolu	13,3	8,1	9,0	8,7
Batı Marmara	10,3	7,6	7,9	8,5
Doğu Marmara	9,0	7,0	7,3	7,9
Doğu Karadeniz	8,7	5,9	6,9	7,2
Batı Karadeniz	7,5	4,4	5,1	6,0

İl bazında 2022 yılı asılsız ihbar oranlarına bakıldığında, sırasıyla en yüksek veriye sahip ilk üç il; Ankara (%21,1), Şırnak (%18) ve İstanbul (%15,6) olarak gerçekleşmiş bu illeri İzmir ve Adana takip etmiştir. En düşük veriye sahip iller ise; Çankırı (%3,7), Karaman (%4), Yozgat (%4,1) olup; bu illeri Bayburt ve Kayseri takip etmektedir. 81 ilin 15'i Türkiye ortalamasından (%10,3) yüksek olmakla birlikte genelde büyük şehirler olması nedeniyle oranı yukarı çıkarmışlardır. Asılsız ihbar oranlarının düşürülemediği ancak il ve bölge bazında farklılıklar arz ettiğinden hareketle tedbirler alınması gerektği söylenebilir (22).

TARTIŞMA

Sağlık sistemi içerisinde acil ambulans hizmetlerinin öncelikli bir yeri vardır (24). Ambulans sayısının artması ile acil durumlarda daha hızlı müdahale ve daha fazla acil duruma erişim olanağı sağlanabilmektedir. İngiltere'de 1990-2000 yılları arasında yapılan bir araştırmada her yıl %4 oranında hastaların ambulans talebinin yükseldiği ortaya konmuştur (25). Türkiye'de son dönemde ambulans sayıları artmış ve donanımlı ve araç çeşitliliği olan ambulanslar da hizmete sunulmuştur. Bu kapsamda ambulans sayısı artış hızı nüfus artış hızından yüksek gerçekleşerek ambulans başına düşen nüfus sayısı azalmıştır. Ancak ambulans başına düşen vaka sayısının ise arttığı tespit edilmiştir. Acil yardım istasyonlarına ait veriler kapsamında da benzer bulgulara ulaşılmıştır. Acil yardım ambulansları bu istasyonlardan hareket etmektedir ve istasyon başına 1,7 ambulans düşmektedir. Burada elbette istasyonların konumlandıkları yerler zaman yönetimi açısından en önemli husustur. Bahsedilen durumlar birlikte değerlendirildiğinde Türkiye'de acil sağlık hizmetlerine erişimin zaman ve miktar olarak iyileştiği söylenebilir.

Yeni acil sağlık istasyonlarının açılması, yeni personel istihdamını da arttıracığından acil sağlık hizmetlerinin kapasitesi de yükselmektedir. Böylece daha fazla vakaya daha fazla ambulans ve sağlık personeli hizmet sunulmaktadır. Yeni açılacak acil sağlık hizmetleri istasyonları coğrafi açıdan daha geniş bir alana hizmet sunma olanağı da sağlamaktadır. Özellikle araç çeşitliliğinin artması, hava ve deniz ambulans araçları ile kış mevsimi başta olmak üzere zor şartlarda hizmet sunabilen araçların sisteme eklenmesi ile uzak bölgelerde yaşayan vatandaşların da acil sağlık hizmetlerine erişimini artırmakta, sağlık sisteminin mortalite ve morbidite göstergelerine olumlu katkılar vermektedir.

Acil sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve sürdürülebilirliği açısından istasyon başına düşen nüfus ve ambulans başına düşen nüfusun dengeli bir şekilde planlanması ve yönetilmesi, acil yardım hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve acil durumlara daha hızlı müdahale edilmesi açısından elzemdir. Bu durum, hizmetin daha etkin bir şekilde sunulabileceğini gösterirken, istasyon ve personel sayılarının artırılması gerekliliğini de ortaya koymaktadır (26). Ayrıca vaka yoğunluğunun az olduğu durumlarda acil sağlık hizmetleri çalışanlarının uykusuzluk veya yorgunluk kaynaklı iş performanslarında azalmalarda görülmeyecektir (27). Uzun süreler görev alan acil sağlık hizmetleri personeli bu süre zarfında yoğun iş yükü ile karşılaştığında acil müdahale performanslarının da düştüğü araştırmalarda ortaya konmuştur (28). Bu durumlarda istasyon ve personel planlamalarında dikkate alınması gerekmektedir.

Türkiye’de acil sağlık hizmetlerine yapılan asılsız ihbar oranları %10 civarında olup bu veride iyileşme sağlanamadığı görülmektedir. Bu kapsamda uygulanan idari para cezaları yetersiz kalması nedeniyle artırılması değerlendirilebilir. Ayrıca kamuoyunu bilgilendirici faaliyetler de yapılması gereklidir. Özellikle büyük şehirlerde bu oranın yüksek çıkmış olması da dikkat çekmiştir. 2019-2022 dönemini kapsayan ve bir büyükşehirde yapılan çalışmada asılsız ihbar oranlarının pandemi sürecinde %75,6 arttığı tespit edilmiştir (29). Bu kapsamda acil sağlık sistemini tıkayıcı bir durum olan asılsız ihbarların meydana getirdiği sonuçların ciddiyeti açısından idari para cezasının dışında da cezai yaptırımlar düşünülebilir.

Acil sağlık hizmetlerine ihtiyaç nedenleri arasında Türkiye’de öncelikle hekim, tıbbi donanım ve yoğun bakım ihtiyacı kaynaklı olduğu öncelikli olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum Türkiye’de benimsenen İngiliz-Amerikan yaklaşımının gerek coğrafi koşullar gerekse sosyo-ekonomik koşullar çerçevesinde Fransız-Alman modelini de içerecek şekilde genişletilmesi fayda sağlayabilir. Özellikle uzak mesafelere yönlendirilen veya çağrı personeline belirlenen şiddet düzeyine göre içinde hekim olan ve daha donanımlı ambulanslar da hizmete kazandırılabilir.

40

Son olarak acil sağlık hizmetlerinde görevli ekibin birbiriyle uyumlu olması vakalara müdahale başarısının etkililiğinde oldukça önemli faktörler arasındadır. Yapılan araştırmalarda acil sağlık ekibi içindeki iletişim sorunlarının acil müdahale performansını etkilediği belirlenmiştir (30).

SONUÇ

Bahsedilen bulgu ve tartışmalar ışığında; Türkiye’de nüfus artış hızından daha hızlı şekilde artan ambulans ve istasyon sayıları acil sağlık hizmetlerine erişimi artırmıştır. Özellikle araç çeşitliliğinin zor koşullara göre de sağlanmış olması hızlı ve etkili acil müdahaleler sağlanması açısından olumlu gelişmeler arasında yer almıştır. Bu kapsamda sağlıkta dönüşüm programında amaçlanan daha erişilebilir ve yaygın sağlık hizmetleri acil sağlık hizmetlerinde iyileşme olarak yansıdığı söylenebilir. Bu durum ambulans ve istasyon sayısı artmasına rağmen ulaşılan vaka sayılarında meydana gelen artışla açıklanabilir. Bununla birlikte acil sağlık hizmetleri sistemi ile ilgili aşağıdaki hususlar önerilmektedir:

- Asılsız ihbar oranlarının düşürülmesine yönelik mevcut idari cezai yaptırımlar, idari ve adli yaptırımlar kapsamında yeniden ele alınmalıdır. Acil sağlık hizmetler sunumundaki gecikme ve eksiklikler düşünüldüğünde buna yönelik toplumun bilinçlendirilmesi elzemdir.
- Ambulans ve istasyon dağılımları bölgelere göre dengesiz dağılımlar gösterebilmektedir. Bu kapsamda bölgesel özellikler tüm yönleriyle dikkate alınarak daha dengeli olacak şekilde dağılımı gözden geçirilmelidir.
- Hava ve deniz ambulansları ile Türkiye’de kış mevsiminin uzun ve yoğun yaşandığı yerlere yönelik acil araç sayıları artırılmalıdır.
- Sağlık sisteminin bütüncül olması unutulmamalı, yataklı tedavi kurumları ile acil sağlık hizmetleri entegrasyonu sağlanarak boş olmayan sağlık kurumlarına ambulans yönlendirilmesinin önüne geçilmelidir.

- Türkiye’de acil sağlık hizmetleri kullanımına bakıldığında Fransız-Alma modelini de içeren yani karma bir acil sağlık hizmeti sunumu yapılmalıdır. Hekim müdahalesinin elzem olduğu, yoğun bakım şartlarına acil ihtiyaç durumları dikkate alınarak acil sağlık sistemi bu anlamda güçlendirilmelidir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılığı; çalışmada kullanılan acil sağlık istatistikleri ile ilgili verilerin doğruluğu ve kapsamı olup yazarlar bu çerçevede yorum ve çıkarımlarda bulunmuştur.

Yazar Katkıları

FO, PY, AG, UB, araştırma tasarımı; PY, FO, UB veri toplama ve analizi; FO, PY, UB, makale yazımına, AG dergi süreçlerine katkıda bulunmuştur.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Oostema JA, Nickles A, Allen J, Ibrahim G, Luo Z, Reeves MJ. Emergency medical services compliance with prehospital stroke quality metrics is associated with faster stroke evaluation and treatment. Stroke. 2024.
2. Sharofitdinovna NP, Abduriziqovich KA, Dilovarovna BJ. Emergency care organization. Web Med J Med Pract Nurs. 2024;2(4):18- 20.
3. Gerard, D. (2024). The intersection of emergency medical services: a human right, public good and an essential service. JEMS. 2024.
4. Khazaei A, Afshari A, Khatiban M, Borzou SR, Oshvandi K, Nabavian M, et al. Perceptions of professional challenges by emergency medical services providers: a qualitative content analysis study. BMC Emerg Med.2024;24(1):38.
5. Eren, R. 112 Sağlık Hizmetleri Ambulans Nakil Vakalarının Retrospektif Analizi [Yüksek lisans tezi]. Tokat: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi;2023
6. Mahon SE, Rifino JJ. Role of emergency medical services in disaster management and preparedness. Ciotton's Disaster Medicine: Elsevier; 2024. p. 12-8.
7. Düzova S. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışan personelin iş doyumu: Ankara ili örneği: [Doktora tezi]. Ankara: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
8. Labrak Y, Bazoge A, Dufour R, Rouvier M, Morin E, Daille B, et al. DrBERT: A robust pre-trained model in french for biomedical and clinical domains. arXiv preprint arXiv:230400958. 2023.
9. Gostak, H. (2014). Cankurtaran. Songür Yayıncılık; Ankara.
10. Olave-Rojas D, Nickel S. Modeling a pre-hospital emergency medical service using hybrid simulation and a machine learning approach. Simul Model Pract Theory. 2021;109:102302.

11. Makrides T, Ross L, Gosling C, Acker J, O'Meara P. Exploring the structure and characteristics of the Anglo-American paramedic system in developed countries: a scoping review. *Int J Emerg Serv.*2022;11(2):248-62.
12. MEGEP. Acil Sağlık Hizmetleri Ders Kitabı 'Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı Modülü'. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı; 2011
13. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med.*2003;18(1):29-37.
14. Paksoy VM. Acil Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Uygulama Modellerinin Karşılaştırması: Anglo-Amerikan ve Franko-German Modeli. *İnönü Üniv Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Derg.* 2016;4(1):6-24.
15. Aslan Ş, Güzel Ş. Türkiye'deki hastane öncesi acil sağlık hizmetleri. *Int J Soc Humanit Sci Res (JSHSR).* 2018;5(31):4995-5002.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011 Değerlendirme Raporu). Akdağ R, editör. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2012.
17. Atasever M. Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi. Mehmet Atasever; 2014.
18. Günaydın M, Tatlı Ö, Genç EE. Arama kurtarma örgütleri ve UMKE. *Doğal Afetler ve Çevre Derg.* 2017;3(1):56-63.
19. Korkut S, Gostak H. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü ile röportaj [röportaj]. T.C. Sağlık Bakanlığı ASH Genel Müdürlüğü. Ankara; 2021.
20. Resmî Gazete, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname, Sayı: 28103, [Erişim tarihi:05.03.2025]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1-3.htm>
21. 112 Acil Çağrı Merkezi. (2021). Tüm Acil Numaralar 112'de Toplandı. İçişleri Bakanlığı Acil Çağrı Merkezi.[Erişim tarihi:05.03.2025]. Erişim adresi: <https://www.112.gov.tr/kutahya/tum-acil-numaralar-112de-toplandi>.
22. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. (2023), Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. [Erişim tarihi:05.03.2025]. Erişim adresi:<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>
23. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. [Erişim tarihi:05.03.2025]. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/49429/0/haber-bulteni-2023-30092024pdf.pdf>
24. Klugman CM. Why EMS needs its own ethics. What's good for other areas of healthcare may not be good for you. 2007.
25. Fischer A, O'Halloran P, Littlejohns P, Kennedy A, Butson G. Ambulance economics. *J Public Health.* 2000;22(3):413-21.
26. Esen E. 2013-2022 yılları arasında 112 acil sağlık hizmetlerinde istasyon, personel, ambulans ve vaka sayıları dağılımının hizmet sunumu açısından değerlendirilmesi: Ankara örneği [Yüksek lisans tezi]. Çankırı: Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2024.
27. Sofianopoulos, S., Williams, B., Archer, F., & Thompson, B. The Exploration of Physical Fatigue, Sleep and Depression in Paramedics: A Pilot Study. *Australasian Journal of Paramedicine*, 2011; 9, 1-33.
28. Patterson, P. D., Klapac, S. E., Weaver, M. D., Guyette, F. X., Platt, T. E., & Buysse, D. J.

- Differences in Paramedic Fatigue before and after Changing from a 24-hour to an 8-hour Shift Schedule: A Case Report. *Prehospital Emergency Care*, 2016; 20(1), 132-136.
29. Akçay A. Covid-19 pandemisinin 112 acil sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerinin sağlık yönetimi açısından incelenmesi: Ordu ili örneği [Yüksek lisans tezi]. Ordu: Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2024.
30. Rasool, S. F., Wang, M., Zhang, Y., & Samma, M. Sustainable Work Performance: The Roles of Workplace Violence and Occupational Stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(3), 912.