

# Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi

## Referral System in Health Care

<sup>1</sup> Sinan BULUT<sup>a</sup>, <sup>2</sup> Özgür UĞURLUOĞLU<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Çorum, TÜRKİYE

<sup>b</sup>Hacettepe Üniversitesi İdari ve İktisadi Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara, TÜRKİYE

**ÖZET** Ülkeler sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde sunulmasına yönelik pek çok politika geliştirmekte ve uygulamaktadırlar. Bunlar koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi uygulamaları, araştırma geliştirme faaliyetleri, finansal yapı, örgütlenme ve organizasyon gibi alanlarda olmaktadır. Basamaklandırılmış sağlık hizmetlerinde her basamak hizmet sunumunda verimliliği artırmak, maliyetleri düşürmek ve daha iyi sağlık hizmeti sunmak için uygulanan sevk sistemi de bu uygulamalar arasında yer almaktadır. Sevk sistemi, sağlık sistemlerinde ilk başvuru, koordinasyon, süreklilik ve kapsamlılık özelliklerinden dolayı birinci basamak sağlık hizmetleri başta olmak üzere ülkelerin genel sağlık sistemleri kapsamında önemli bir uygulama olarak görülmektedir. Uygulamanın, birinci basamak hekimi açısından, hasta takibi ve hastayı yönlendirme gibi süreçlere yönelik olumlu katkıları olmaktadır. Ayrıca sevk sistemi ile hastaların kendilerine en uygun hizmeti almaları, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının olanaklarının maliyet etkin kullanımı da sağlanabilmektedir. Ancak sevk sisteminin etkinliğinin söz konusu olabilmesi için sistemin iyi şekilde kurulması ve işleme gerekmektedir. Bunun sağlanması da sistemin tüm bileşenlerinin birbirleriyle eşgüdümlü çalışmasına bağlıdır. Dünya genelinde sevk sisteminin yapısına ve işleyişine ilişkin farklı uygulamaların olduğu bilinmektedir. Türkiye’de sevk sisteminin uygulanması için geçmişten günümüze birtakım girişimler ve yasal mevzuat çalışmaları yapılmıştır. Ancak gerek sağlık sistemi kaynaklı gerekse toplumsal etkenler nedeni ile uygulamada henüz başarı sağlanamamıştır. Türkiye ve sistemi kurmaya yönelik çaba sarf edecek diğer ülkelerin, iyi işleyen bir sevk sistemi inşası için sistemin bileşenlerinin her birini ayrı bir şekilde değerlendirerek gerekli adımları atması ve bileşenler arasında entegrasyonu sağlaması etkili olacaktır. Bu bileşenler, sağlık sistemine ilişkin genel belirleyiciler, sevk eden, sevk kabul eden kurumların yapıları, denetim ve geliştirme gibi alanlardan oluşmakta ve her bileşen, kendine özgü yapısı nedeni ile iyi bir organizasyon gerektirmektedir. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin etkin olarak yürütülmesinde önemli bir yeri olan sevk sisteminin tarihsel süreci, önemi, Türkiye’deki gelişim süreci ve bileşenleri ele alınarak değerlendirme yapılmıştır.

**ABSTRACT** Countries are implementing a number of policies aimed at the efficient delivery of health services. These are in areas such as giving importance to preventive health services, health promotion practices, research and development activities, financial structure, and organization. In stepped health services, referral system is also among those applications in order to increase efficiency in each step service delivery, reduce costs and provide better health care. The referral system is seen as an important application in the general health systems of countries, due to its being initial application, coordination, continuity and comprehensiveness features. The application has positive contributions to the processes such as patient follow-up and patient orientation in terms of primary care physician. In addition, the referral system enables the patients to receive the most appropriate service, and the cost-effective use of the facilities of the second and tertiary health institutions can also be provided. However, in order for the referral system to be effective, the system must be properly installed and operated. And this depends on the coordinated operation of all components of the system. It is known that there are different applications regarding the structure and operation of the referral system throughout the world. A number of initiatives and legislative work has been done from past to present for the implementation of the referral system in Turkey. However, no success has been achieved in practice due to both health system and social factors. It will be effective to take the necessary steps by evaluating each of the components of the system separately and to ensure the integration between the components for both Turkey and other countries that will make efforts to establish the system for the construction of a well-functioning referral system. These components are made up of general determinants of the health system, the structures of referrers, the structures of acceptor organizations, inspection and development, and each component requires a good organization due to its unique structures. In this context, historical process, importance, development process in Turkey and the components of referral system, with an important role in the delivery of health services, is evaluated in this study.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta sevk sistemi, sağlık hizmeti, kapı tutuculuk; basamaklandırma

**Keywords:** Patient referral systems; health care; gatekeeping; delivery of health care

**Correspondence:** Sinan BULUT

Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Çankırı, TÜRKİYE/TURKEY

**E-mail:** sinanbulut@karatekin.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences.

**Received:** 26 Dec 2018

**Received in revised form:** 20 May 2019

**Accepted:** 26 May 2019

**Available online:** 14 May 2019

2536-4391 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Sağlık sistemlerinin sağlığın geliştirilmesi, toplumun ihtiyaçlarına yanıt verme ve hastalıkların maliyetlerine karşı hastaları finansal açıdan korumak olmak üzere üç temel amacı bulunmaktadır.<sup>1</sup> Bu amaçlar doğrultusunda sağlık sistemlerinde hizmetlerin örgütlenmesine gidilirken, bir yandan güncel gelişmeler, tıbbi ilerlemeler takip edilerek toplumun sağlığını geliştirmek, diğer yandan ise sağlık hizmetlerine erişimde, toplumun tüm kesimleri arasındaki farklılık ve eşitsizlikleri mümkün olduğunca asgari düzeye indirmek hedeflenmektedir.<sup>2</sup> Sağlık sistemlerinde bu hedeflere ulaşmak için kaynaklar, organizasyonlar, hizmet sunucuları, finansman organları ve yönetim yaklaşımları gibi bileşenler önemli rol oynamaktadır. Bu bileşenler, sağlık sistemlerinde en önemli iki problem olan kaynakların adaletsiz dağılımı ve sağlık probleminin yaygınlığına göre tahsis edilmemesinin önlenmesi amacıyla koordineli ve entegre bir şekilde organize edilmektedir.<sup>1</sup>

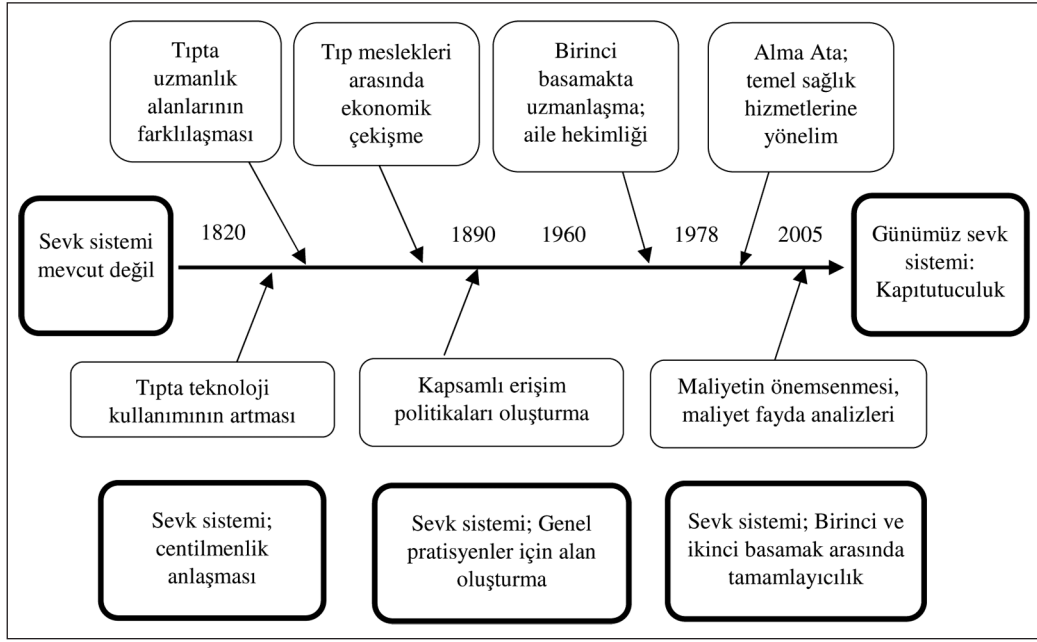
Başta sanayileşmiş ülkeler olmak üzere bütün ülkeler, sağlık hizmetlerinde temel amaçları gerçekleştirmek için birtakım gelişmeler doğrultusunda hizmet yapılanmalarını oluşturmaktadırlar. Sanayileşmiş ülkelerde, 19. yüzyılın başlarında sağlık hizmetlerinde henüz formal olarak sevk uygulaması yer almazken, sevk süreci, daha çok hekimler arasında yapılan anlaşmalar ile hastaların yönlendirilmesi şeklinde olmaktadır. 1820'lerden sonra tıpta uzmanlık alanlarının farklılaşması ve teknoloji kullanımının giderek artması ile 19. yüzyılın sonlarından başlayıp 20. yüzyılda da devam eden, doğru sağlık hizmeti sunumunda hizmete erişimin artırılması için sevk uygulamasını da konu alan yeni politika arayışlarına yönelimler başlamıştır. Sevk uygulaması, 19. yüzyılın sonlarında hastaların genel pratisyen üzerinden uzman hizmetine erişebilme olanağı olarak kabul görmüş bir etik bir ilke hâline gelmiş, böylece sağlık sektöründe hekimlerin birbirleri ile çıkar çatışması yaşamaları yerine uzmanlar ile genel pratisyenler arasında bir denge sağlanmıştır. Sevk uygulamasında benimsenen ilkeler ile iki alan olan "hastanelere hâkim hekimler ve cerrahlar" ile "hastalara hakim olan genel pratisyenler" in dayanışmaları sağlanmıştır (Şekil 1).<sup>3</sup>

Bir yandan teknolojinin hızla gelişmesi ve sağlık hizmeti maliyetlerinin artması, diğer yandan tıpta uzmanlaşmanın yaygınlaşması koruyucu sağlık hiz-

metlerinin önemini de ön plana çıkarmıştır. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli olarak sunulabilmesi için dünyada genel kabul gören yapı, hizmetlerin basamaklandırılma şeklinde sunulmasıdır. 1978 Alma Ata Konferansı'nda sağlık hizmetlerinde karmaşık uzmanlık gerektiren hizmet sunumu yönünde bir yapılanma yerine, daha az maliyetli ve rasyonel olan hizmet sunum şekline önem verilmesi gerekliliği belirtilmiştir. Konferansta, sağlık sorunlarının %85-90'ının birinci basamak düzeyinde çözülebileceği de vurgulanmıştır.<sup>4</sup> Sağlık sistemlerinin basamaklandırılması, istenilen amaçlara ulaşılması açısından yeterli olmamaktadır. Basamaklandırılmış sağlık sistemlerinin işlevselliği ve hastaların birinci basamakta tutulabilmesi için sevk sistemi gerekliliği de bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün önerileri ve sağlık hizmetlerinde özellikle 2. ve 3. basamak hizmet maliyetlerinin giderek artması, ülkeleri sevk sistemlerinin uygulanmasına yönlendirmiştir.

Pek çok ülkede, sevk sisteminin uygulanması ya da sistemin daha etkin hâle getirilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Sevk sistemlerinin uygulamalarına ve işleyişlerine yönelik uluslararası yazında raporlar, çalışmalar olduğu görülmektedir. Ancak Türkiye'de uygulama ile ilgili çalışmalara az sayıda rastlanılmaktadır. Mevcut çalışmalarda, çoğunlukla sevk sisteminin gerekliliğine vurgu yapılmakta ve uygulamanın, ikinci ve üçüncü basamaktaki hasta yükünü azaltıcı etkisi ve böylece maliyet etkin hizmet sunumu sağlanacağı üzerinde durulmakta, sistemin unsurlarına ayrıntılı değinilmemektedir.

Bu çalışmada ise hasta, hekim ve uygulamayı etkileyebilecek diğer unsurlar ile birlikte sevk sistemi kapsamındaki tüm bileşenler ele alınarak, uygulamanın işlevliliğinin sağlanması açısından değerlendirme yapılmıştır. Çalışmada hasta sevkini tarihsel gelişimi ve tanımına değinilmiş, Türkiye'deki gelişim sürecine ve mevcut duruma yer verilmiş, hasta sevkini etkileyen faktörler belirtilmiştir. Bununla birlikte, çalışmada sevk sistemini oluşturan bileşenler ele alınarak, iyi işlemesi beklenen bir sevk sistemi için gerekli süreçler aktarılmıştır. Ayrıca çalışma ile bu bileşenlerin birbirlerini nasıl tamamladıkları ve her bir bileşenin sistem için olmazsa olmaz öneme sahip olduğu ortaya konulmuştur. Bu kapsamda, çalışmada sevk



ŞEKİL 1: Gelişmiş ülkelerde sevk sisteminin tarihsel gelişimi.<sup>3</sup>

sisteminin ayrıntılı bir şekilde ele alınması ve değerlendirilmesinin hem uygulayıcılar için kaynak teşkil edeceği hem de bilimsel bilgiye katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

## HASTA SEVKİ

Birinci basamakta sunulan hizmetin özelliğinin ülkeden ülkeye değişmesi ile işlevselliği de değişebilmektedir. Kapsayıcı ve işlevsel bir birinci basamak sağlık hizmeti dört temel özelliğe sahiptir. Bu özellikler; hastanın sağlık hizmetine erişiminde *ilk başvuru noktası* olması, hastanın sadece hastalandığı dönemde değil uzun süreli olarak izlenmesi (*süreklilik*), sadece belirli ve acil durumlarda değil, koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin sunulması (*kapsayıcılık*) ve sağlık sisteminin diğer basamakları ile entegre (*koordinasyon*) çalışmasıdır.<sup>5,6</sup> Bu özellikler, birinci basamak sağlık hizmetinin fonksiyonelliğinin de göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Birinci basamakta istenilen verimlilikte sağlık hizmeti sunulmasının sağlanmasında sevk sistemi gerekli bir uygulama olarak değerlendirilmektedir. DSÖ, 1978 yılından itibaren ele aldığı sevk sistemini, herhangi bir sağlık sisteminin temel bileşenlerinden biri olan hastanın uygun bir uzman ya da kuruma

yönlendirilme süreci olarak ifade etmektedir.<sup>7</sup> DSÖ'ye göre hasta sevk; sağlık sisteminin bir düzeyinde çalışan hizmet sunucusunun kaynak yetersizliği (ilaç, malzeme, beceri gibi) nedeni ile, klinik durumları yönetmek, hastaya yardımcı olmak ve hasta sorumluluğunun verilmesi için aynı seviyede ya da üst seviyede daha iyi veya farklı kaynaklara sahip hizmet sunucularından yararlanılması olarak tanımlanmaktadır.<sup>8</sup>

Diğer bir tanımla sevk, birinci basamak hekiminin hastanın bakımında, tanı ve tedavi edici hizmet sunumunda karar verme sürecini bir ya da daha fazla uzman hekim ile paylaşması ve iş bölümü olarak da tanımlanmaktadır.<sup>9</sup> Sevk, hastanın bakımıyla ilgili sorumlulukların bir bölümünün aktarılması olarak da tanımlanabilmekte ve dönemsel, eş zamanlı ve aktarma şeklinde olabilmektedir. Dönemsel sevk; hastanın ameliyat için hastaneye yatırılması, eş zamanlı sevk; hastanın bakım sorumluluğunun korunması, bazı özel sorunlar için yardım istenmesi ve aktarma sevk ise hastanın sorumluluğunun bütünüyle bir başka hekime bırakılması şeklinde ifade edilmektedir.<sup>10</sup>

Sevk sistemi terminolojisine bakıldığında, farklı şekillerde sevk uygulamalarından söz edilmektedir. Öncelikle sevk sistemi, hastaları bir bakım düzeyin-

den bir başka bakım düzeyine aktarmanın formal ya da informal şekli olarak ifade edilmektedir. Bu terminolojiyi net olarak tanımlamak kolay değildir. Çünkü sevk sistemi bileşenlerinin bakış açıları farklılık gösterebilmekte olup, kullanılmakta olan sevk tanımları şu şekilde belirtilmektedir:

**Acil sevk;** hastanın acil durumda bir başka sağlık kurumuna nakledilmesini ifade etmektedir.

**Soğuk sevk;** hastanın herhangi bir acil durumunun olmadığı, sadece tedavisine devam etmek veya tedaviye başlamak için bir öneri veya laboratuvar testi gereken durumlarda yönlendirilmesini ifade etmektedir.

**Uygun sevk;** hastanın sevkinin gerekli ve yararlı olduğu durumlarda yapılmasını ifade etmektedir.

**Uygun olmayan sevk;** hasta sevkinin gerekçelendirilmediği, rutin işlemlere uyulması durumunda alt düzeyde hizmet alabilecek bir hasta sevkini ifade etmektedir.

**Yasal sevk;** sevk işleminde sistemin tüm gereklerine uyulmuş olarak yapılan sevkini ifade etmektedir.

**Oto-sevk/kendiliğinden sevk;** hastanın sevk hiyerarşisine uymadan doğrudan üst düzeye yaptığı başvuruyu ifade etmektedir. Hasta burada, acil bir durumu olduğu gerekçesiyle ya da alt düzeyde zaman kaybı yaşamak istememesi sebebiyle hareket etmektedir.<sup>3</sup>

Sevk sistemleri, sağlık hizmetlerinde her düzeyde hizmet sunucuları arasında hasta akışını kolaylaştırmak için bir araç olarak kullanılmaktadır. Sevk sistemi kaliteli bir klinik bakımın kritik bir bileşeni olduğundan her sağlık sisteminde önemli bir faaliyet olarak görülmektedir. Sevk sistemlerinin etkin bir şekilde uygulanması durumunda, sağlık hizmetlerinin optimum kullanımı ile hasta sonuçlarının iyileştirilmesi ve maliyetlerin düşürülmesiyle yüksek standartlarda sağlık hizmetlerine katkıda bulunabilir. Yüksek standartlarda tıbbi hizmetlerin etkililiği, verimliliği ve güvenliği için optimum düzeyde bir sevk süreci olmalıdır.<sup>11</sup>

Hasta sevkinin kalitesi, aşağıda belirtilen faktörlerin birleşiminden etkilenmektedir. İdeal olarak her sevk bu kriterleri sağlaması gereklidir.<sup>3,12</sup>

■ Hasta zamanında sevk edilmelidir. Sevk, sevk eden ve sevk edilen hekim açısından doğru zamanda yapılmalıdır; ne erken ne de geç.

■ Sevk maliyet-etkin olmalıdır, hasta sevkinin sağladığı fayda, maliyetlerden daha ağır basmalıdır.

■ Sevk, hasta için gerekli olmalıdır.

■ Uzman görüşü alınmalıdır

■ Ek beceri odaklı hizmet alınmalıdır

■ Daha üst bir merkezde kabul edilmek, yönetilmek ve teşhise ilişkin müdahalede bulunmak gereklidir

Bu kriterlerin sağlandığı ve yeterli bir altyapıya sahip olan iyi bir sevk sistemi ile;

■ Hastaların en uygun düzeyde ideal hizmeti almaları sağlanır,

■ Hasta sonuçlarının iyileştirilmesi sağlanır,

■ Hastane imkânları ideal düzeyde maliyet-etkin kullanılır,

■ Uzman hekime en çok ihtiyaç duyan hastalar için zamanında uzman hekime erişim sağlanır,

■ Birinci basamak sağlık hizmetleri ideal düzeyde kullanılır,

■ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin itibarı artar.<sup>11</sup>

Günümüzde pek çok ülkede uygulanan sevk sistemi, hastaların üst basamağa gereksiz başvurularını önlemektedir. Sevk sistemleri geliştirilip ve bir bakıma katılaştırılarak, “kapitütuculuk sistemi” olarak uygulanmaya ve adlandırılmaya başlanmıştır. Kapitütuculuk; “birinci basamak hekimlerinin hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarına başvurularını kontrol etme yetkisine sahip olması ve hastaların her türlü sağlık sorunlarında ilk olarak genel pratisyene başvurması, karmaşık ya da çözülemeyen durumlarda uzman hekime sevk edilmesi” olarak tanımlanmaktadır.<sup>13,14</sup> Bir diğer ifade ile kapitütuculuk, aile hekiminin diğer hizmet basamakları üzerinde yetki ve kontrol sahibi olduğu uygulama olarak ifade edilmektedir.<sup>15</sup> Kapitütuculuk sistemini uygulayan birçok ülkede, birinci basamak hekimi olan genel pratisyenler kapitütucu rolü üstlenmekte ve hastalar ancak birinci basamak hekiminin sevk etmesi duru-

munda uzman hekim hizmetine erişebilmektedirler. Kapıtutuculuk sisteminde, birinci basamak hekimleri sadece hastanın sevk edilmesinden veya hastaya ilk hizmeti vermekten sorumlu olmayıp, ayrıca hastasının sevk sonrası sürecini takip ederek izlemine de gerçekleştirmektedir. Bu durum, birinci basamak hekimine, hastasının sağlık sisteminde birinci basamak dışındaki diğer aşamalarda hizmet kullanımını da kontrol etme imkânı sağlamaktadır.<sup>13</sup>

Hizmet kalitesinin artırılmasını sağlamak için hastaların 2. ve 3. basamaklara gereksiz başvurularının önlenmesine ve sağlık hizmeti kullanımını kontrol etmeye yönelik uygulanan sevk sistemi/kapıtutuculuk uygulamasının yanında 2. ve 3. basamaklara yapılan hasta sevk nedenlerinin de irdelenmesi gereklidir. Hizmet kalitesinin geliştirilmesi sadece sisteme yönelik girişimleri değil, dış çevre, kültürel yapı, ekonomik yapı ve yasal düzenlemeler gibi hasta sevkini etkileyen faktörlere yönelik iyileştirmeleri de gerekli kılabilir. **HASTA SEVKİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sevk süreci, sevk kararını ve iletişimi içeren doğal olarak karmaşık bir süreçtir. Sevk kararı, hekim tarafından verilen ve sevk kararını gerektiren sevk edilecek hekim ya da hizmet basamağına yönelik karardır. İletişim ise sevk kararından sonra sevk eden ile sonrasında hizmet veren arasındaki etkileşim ile ilgilidir. Sevk sürecinin bu iki önemli yönü, hizmet sunucular arasında çeşitli bilgi formlarının transferini ve koordinasyonunu gerektirir. Sürecin karmaşıklığı çoğu zaman verimsiz sevk kararlarına ve sevk iletişimine neden olur ve bu da bakımın kalitesini ve maliyetini etkiler. Bu nedenle sevk sistemlerinde hem karar almak hem de iletişim unsurlarını geliştirmek önemlidir. Sevk süreci sadece hastanın bir yöne sevk edilmesidir. Hastanın sevk edildiği yerden yapılması gereken geri bildirimlere de eşit derecede önem verilmelidir. Etkili bir sevk sistemi, hastanın sistemin her seviyesinde en iyi hizmeti alması için hizmet sunucular arasında açık iletişim gerektirir. Bu iletişimin, sevk eden ve sevk edilen arasında her iki yönde olması gerekir. Hastaların acil servislere başvuruları dışında, hastane hizmetine erişimi birinci basamak sağlık merkezleri aracılığıyla yapıl-

malıdır. Hastanın sevk sürecine aktif katılımı, hizmet verenler ve hastalar için etkili bir sonuç, yüksek memnuniyet düzeyi ve sağlık maliyetlerinde azalma sağlamaktadır.<sup>11</sup>

Sistemlere özgü farklılıklar ile birlikte sevk sisteminin işler olabilmesi, birinci basamaktan yapılan sevk sayısının istenilen düzeyde kalabilmesi, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin yoğunluğunun giderilmesi için sevk etkileyen bazı faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu faktörler hekim ile ilişkili, hasta ile ilişkili ve yapısal olabileceği gibi, toplumsal birtakım faktörler de olabilmektedir.

Hekimin hastasını sevk etmesi farklı nedenlerden dolayı olmaktadır. Hekimler tarafından yapılan hasta sevkinde; hekime ilişkin, hastaya ilişkin, yapısal ve toplumsal pek çok faktör belirleyici olabilmektedir (Tablo 1). Hekimin sevk kararını etkileyen faktörler, hekimin kaç hastayı sevk ettiğini veya etmediğini doğrudan belirleyen faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Öte yandan, hangi durumlarda sevk gerekli olduğu, en iyi sevk oranının ne olması gerektiği, sağlık personeli için en iyi uygulamanın ne olacağına yönelik kriterler yetersiz kalabilmektedir. Bu çerçevede, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki genel sevk oranlarının -bazı istisnai hastalıklar dışında- artmasının mı yoksa azalmasının mı daha istenilen bir durum olduğunu söylemek zorlaşmaktadır ki tıp eğitimlerinde hasta sevkine yönelik standartlar da yetersiz kalmaktadır. Bu kapsamda, birinci basamaktan yapılan ya da yapılmayan sevkler için bakış açıları da değişebilmektedir. Yüksek sevk oranı yetersiz veya bilgisiz sağlık personeli olarak yorumlanabileceği gibi, düşük sevk oranı da deneyimli ya da umursamaz sağlık personeli olarak değerlendirilebilmektedir.<sup>17</sup> Ancak sevk süreci karmaşık ve belirleyici birçok faktörün bulunduğu bir süreç olduğundan, sevk oranı ile hizmet kalitesi arasındaki ilişki konusunda aceleci çıkarsamalar yapmaktan kaçınılmalıdır.<sup>10</sup>

Güçlü bir birinci basamağına sahip ülkelerde 2. ve 3. basamaklara yapılan sevk oranları %15'lere kadar düşebilmekte, hastaların büyük çoğunluğu birinci basamakta tedavi ve takip işlemlerini sağlayabilmekte ve hizmet ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.<sup>20</sup>

**TABLO 1: Hasta sevkini etkileyen faktörler.** <sup>16-19</sup>

<b>TABLO 1: Hasta sevkini etkileyen faktörler.</b> <sup>16-19</sup>	
<b>Hekim ya da uygulamaya ilişkin faktörler</b>	Hekimin, sevk sonucu sağlanacak yararlar ya da sevkten beklentileri Hekimin yaşı ya da deneyimleri Hekimin cinsiyeti Hekimin uzmanlık derecesi Hekim-hasta ilişkileri ve uyumu Hekimin uzman hekim ile ilişkisi Uygulamanın boyutu Erişilebilir hizmetler Hekimin psikolojik özellikleri (belirsizlik ve risklerin tolere edilmesi) Hekimlik süresi Sevk sistemine ilişkin bilgi düzeyi Hizmet kalite algısı Özel sağlık sorunlarına ilişkin geçmiş deneyimleri Hastanın sevke uyma kapasitesini algılama Zaman
<b>Hasta ile ilişkili faktörler</b>	Semptomların şiddeti Sevk isteği Yaş Cinsiyet Sosyal sınıf Teşhis Eş zamanlı hastalıklar Davranışlar Sorun algısı Tedaviye yönelik tutum Sağlık sistemi ile geçmiş deneyimleri Hastalığın şiddeti, süresi Hastanın, hekimin yeterliliği konusundaki algısı
<b>Yapısal faktörler</b>	Uzman hizmetinin dağılımı Mahrumiyet Uzman hekim hizmetine erişilebilirlik ve kullanılabilirlik Toplum için kullanılabilir alternatif uzman hizmeti Tedavi için yeterli zaman Sevk sistemi ile ilgili kılavuzlar, yönergeler Birinci basamak klinik yeterliliği Sevk edilen kurumda sunulan hizmet kalitesi, maliyeti ve kapsamı Sevk edilen kurumdaki çalışanların kapasitesi, motivasyonu Sağlık güvencesi
<b>Toplumsal faktörler</b>	Bölgesel olarak kişi başına düşen uzman hekim sayısı Toplumun kırsal, kentsel ya da büyük şehirlere dağılımı Sağlık okuryazarlığı Tıp eğitimi okullarının mevcudiyeti Hastalık etiketlenmesi Toplumsal ortak deneyimler

Pek çok ülkede çoğunlukla birinci basamaktan yapılan sevk oranlarının düşük olması istenmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunumunda hizmetin kap-

samının geliştirilmesi, sürekliliğinin sağlanması ve etkililiğinin artırılması temel amaçlardır. Hastaların, yaşadıkları yerlerde sağlık hizmeti sunucularına ve

kurumlarına kolayca ulaşabilmeleri iyi işleyen sevk sistemleri ile sağlanabilmektedir. Sevk sistemleri, hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanması için strateji sağlamaktadır. Ancak tüm hastaların, öncelikle sevk için gerekli olup olmadığının tespiti için birinci basamak hekime başvurmaları gereklidir. Diğer bir ifade ile acil durumlar dışında hastane hizmetine ulaşabilmek için birinci basamak hekime başvurmak gerekmektedir.<sup>17</sup> Aksi takdirde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında gereksiz yığılmalara sebebiyet verilecek ve bu durum, hem birinci basamağın etkinliğini düşürecek hem de sağlık hizmet maliyetini artırarak sistemin işleyişini aksatacaktır. Dünya genelinde sevk sisteminin yapısı ve işleyişine ilişkin farklı uygulamalar bulunmakta ve ülkeler, bu uygulamaların geliştirilmesine yönelik çabalar sarf etmektedirler. Türkiye’de de sevk sisteminin uygulanması için geçmişten günümüze birtakım çalışmalar gerçekleştirilmiş ve uygulanmış olmasına rağmen gerek sağlık sistemi kaynaklı gerekse toplumsal etkenler nedeni ile uygulamada henüz başarı sağlanamamıştır.

## TÜRKİYE’DE SEVK SİSTEMİ UYGULAMASI

Sağlık sistemlerinde, sevk sistemleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden yararlanacak hasta sayısı, basamaklar arasındaki hasta hareketliliğinin düzeyi ve hasta tarafından ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin nerede ve kim tarafından karşılanacağına yönelik kararların birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilmesi sebebiyle bu basamak, pozitif sonuçlar elde edecek sağlık sistemlerinin inşasında “köşe taşı” olarak da ifade edilmektedir.<sup>21</sup> Türkiye’de, basamaklandırılmış sağlık hizmetlerinde birinci basamağın temel fonksiyonlarını yerine getirmesini sağlamak amacıyla birtakım düzenlemeler yapılmıştır.

Türkiye’de hasta sevkini tarihsel sürecine baktığında, Türk Sağlık Sistemi’nde önemli bir yeri olan ve bir dönem sağlık politikalarını şekillendiren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile sevk sisteminin uygulanmasının sağlanmaya çalışıldığı görülmektedir. Kanun’da “*Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen, acil vakalar hariç, evvela sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar.*” hükmü yer almakta ve bu

hüküm doğrultusunda “*Sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere müracaat edenlerin*” muayene ve tedavisi, ücrete tabi olan ilaç bedellerinin kendilerince karşılanması gerektiği belirtilmiştir. Kanun’a göre, sevk edilen her hasta için bir Form 019 doldurulup hastaya teslim edilmelidir. Bu form üç parçadan (A, B, C) oluşmaktadır. Sevk edilen hastaya (resmî hastalar dâhil) bu formun B ve C parçaları verilmekte, sevk edilen kuruluş (hastane) B parçasını almakta olup, C parçasının tarih, bulgu, tanı, sonuç ve diğer bölümlerinin doldurulması en kısa zamanda sağlık ocağına gönderilmesi gerekli görülmüştür. Son işlem olarak ise sağlık ocağı hekiminin bu sevk formu parçasında yer alan hastanın tanı ve tedavisi ile ilgili bilgileri hastanın kişisel sağlık fişine işleme gerektiği belirtilmiştir.<sup>22</sup> 224 sayılı Kanun her ne kadar sevk sisteminin uygulanmasına yönelik esasları belirlemiş olsa da nihayetinde istenilen düzeyde bir uygulamaya erişilememiştir. Son yıllarda ise sağlık hizmetlerinde maliyeti düşürmek amaçlı dünya genelinde birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de birtakım reformlar yapılmıştır. 1990’lardan başlayarak Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında yeniden yapılanma ve yeni düzenlemeler söz konusudur. Sağlık hizmetlerinde yapılan ve yapılması planlanan reformlar kalkınma planlarında yer almış ve bu planlarda, sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sisteminin geliştirilmesi hedeflenmiş ve sağlık harcamalarının etkinleştirilmesi için kademeli bir şekilde sevk uygulamasının gerekliliği vurgulanmıştır.<sup>23</sup>

Gerek 224 sayılı Kanun’da gerek kalkınma planlarında yer aldığı gibi, Sağlık Bakanlığı tarafından 2000’li yıllarda Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında çıkarılan mevzuatta da sevk sisteminin uygulanması zorunluluğu belirtilmiştir. Program doğrultusunda çıkarılan 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda, sevk sistemi uygulaması ve sevke uymayan hastalara yönelik yaptırımlara yer verildiği görülmektedir.

Türkiye’de, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek, diğer hizmet basamakları ile bütünleştirilmesi amacıyla aile hekimliği uygulamasına

geçilmiştir. Uygulamaya Düzce ilinde başlanmış ve kademeli bir şekilde 2010 yılı sonunda 81 ilin tamamında aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile hekimliği uygulaması ve SDP'nin bir diğer bileşeni olan "etkili, kademeli sevk sistemi" ile hastanelerle entegre sağlık sistemine uygun bir sevk sisteminin geliştirilmesi amaçlanmış ve aile hekimliği ile daha fazla muayene ve üst basamaklara daha az sevk hedeflenmiştir.<sup>24</sup> Böylece, hastanelerle entegre bir sağlık sistemine uygun sevk sisteminin geliştirilmesi, aile hekimliği ile daha fazla muayene ve üst basamaklara daha az sevk planlanmıştır. Bu doğrultuda zorunlu sevk sistemi uygulamasına yönelik atılan ilk adım, 2008 yılında, Denizli, Bayburt, Isparta ve Gümüşhane illerinde uygulamanın yürürlüğe konulmasıdır. Hastaların birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamaklara sevk zorunlu kılınmış ve bu sevklerin %15'i aşması durumunda aile hekimliği personelinin ücretlerinden kesinti yapılması öngörülmüştür.<sup>25,26</sup> Ancak uygulama, sistemde bazı sorunlara ve aile hekimlerinin iş yükünde önemli artışlara neden olmuş, 2008 yılında Anayasa Mahkemesi tarafından alınan bir kararla iptal edilmiştir.<sup>27</sup>

Sevk sistemi uygulamasının durdurulması, birinci basamağın güçlendirilmesinin de gecikmesi, ikinci ve üçüncü basamaklara olan talebin artışının devamına neden olmaktadır. Ayrıca uygulamanın eksikliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin maliyet-etkin sunumunu olumsuz etkilemenin yanı sıra aile hekiminin sağlık hizmetini koordine etmesini de güçleştirmektedir.<sup>28</sup> Dolayısıyla birinci basamağın güçlendirilmesi ve etkili bir aile hekimliği uygulaması için sevk sisteminin uygulanması bir ön koşuldur.<sup>29</sup>

Her ne kadar pilot uygulama birtakım sorunlara yol açması sebebiyle iptal edilmiş olsa da Sağlık Bakanlığınca sevk sistemi uygulaması önemini korumakta ve çeşitli planlarda yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 2010-2014, 2014-2017 yıllarını kapsayan stratejik planlar incelendiğinde, Sağlıkta Dönüşüm Acil Eylem Planı'nda olduğu gibi sevk sisteminin uygulanmasına yönelik amacın bu planlarda da yer aldığı görülmektedir. Yine bu dönemlerde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2014 yılında sevk sistemi uygulamasına yönelik hazırlık çalışmaları başlatılmış, 2015 yılında sistem için altyapının kurulacağı, 2016 yılında gerekli

mevzuat çalışmalarının başlayacağı ve 2017 yılında da sevk sisteminin uygulamaya konulacağı belirtilmiştir. Böylece basamaklar arası veri akışının etkin ve verimli hâle getirilmesi ile sağlık hizmetinin bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde sunulması hedeflenmiştir.<sup>30</sup> Ancak bu hedefe ulaşılamamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulmasına yönelik sürekli çaba harcanan, ancak tam olarak uygulanamayan sevk sistemine ilişkin son yıllarda birtakım girişimlerin olduğu, yine Bakanlık tarafından yayımlanan 2018 yılı faaliyet raporunda görülmektedir. Raporda, Bakanlığın eylemleri arasında aile hekimliği sisteminin güçlendirilmesi ve böylece, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gereksiz başvuruları azaltmak amacıyla aile hekimliği sevk sistemi pilot çalışmasının dört ilde (Malatya, Edirne, Bartın ve İstanbul/Silivri) tamamlanmış olduğu belirtilmektedir.<sup>31</sup> Pek çok mevzuatta basamaklar arası sevk sistemi zorunluluğu öngörülmesine karşın, aile hekimi sayısının yetersizliği ve geçiş sürecinde yaşanan sorunlar nedeni ile sevk sistemi uygulaması bir türlü istenilen düzeyde uygulanamamış ve sistem, açık sistem olarak yürütülmeye devam etmiştir. Hekim sayısının yetersizliği yanında sevk sisteminin uygulanamamasında, aile hekimine bağlı nüfusun fazla olması, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, aile sağlığı merkezlerinin tetkik kapasitelerinin sınırlı olması, fiziki alanlarının hasta yoğunluğunu karşılamada yetersiz kalabilmesi ve aile hekimi dışında diğer sağlık personelinin yetersizliği gibi nedenler de etkili olmaktadır.<sup>32</sup> Türkiye'de belirtilen bu sebeplerden dolayı uygulanamayan sevk sistemi, farklı ülkelerde farklı şekillerde yürütülmektedir (Tablo 2).

2010 yılında tüm Türkiye'de hayata geçirilen aile hekimliği uygulamasında her bireyin bir aile hekimine kaydı yapılmıştır. Hasta olan kişiler aile hekimlerine başvurarak gerekli durumlarda ikinci ya da üçüncü basamağa sevk edilebilecekleri gibi, hastalar, bu yönde zorlayıcı bir yaptırım olmaması nedeni ile doğrudan ikinci ya da üçüncü basamağa başvuru serbestliğine de sahiptirler. Türkiye'de sistem sevk zincirine uygun işletilemezken, dünyada farklı ülkelerce farklı şekilde işletilmekte, ülkelerin sağlık sistemleri birbirlerinden oldukça farklı organize edilmektedir. Bazı ülkelerde birinci basamak hekimine kayıt zo-



**TABLO 2:** Kapıtutuculuk sistemi ülke yapıları.<sup>33</sup>

		Birinci basamak hekiminden ikinci basamağa sevk		
		Zorunlu	Teşvik	Zorunluluk ve teşvik yok
Hastaların birinci basamak hekimine kayıt olmaları için zorunluluk veya teşvik	Zorunlu	Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İtalya, Hollanda, Portekiz, Slovenya, İspanya		Çek Cumhuriyeti
	Teşvik	Avustralya, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya	Belçika, Fransa, İsviçre	
	Zorunluluk ve teşvik yok	Kanada, Şili, Birleşik Krallık	Meksika	Avusturya, Almanya, Yunanistan, İzlanda, İsrail, Japonya, Kore

runlu iken, bazılarında kayıt için teşvik edici uygulamalar bulunmaktadır. Aynı şekilde, ikinci basamak hizmetine erişim bazı ülkelerde birinci basamak hekiminin sevkine tabi iken, bazı ülkelerde erişim serbesttir ya da sevk yönünde teşvik edici uygulamalar bulunmaktadır (Tablo 2).

## DOĞRUDAN İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE BAŞVURU

Hastaların ve ailelerinin sevk sürecine aktif katılmaları, etkili çıktıların oluşmasını, hizmet sunucuları ve hastalar için memnuniyet düzeyinin artmasını, sağlık harcamalarının azalmasını sağlamaktadır. Aksi durumda, kendi kararlarıyla uzman hekime giden hastalar, uzman hekimin iş yükünün artmasına neden olmakta ve dezavantajlı grupların uzman hekimden yararlanmasını engelleyebilmektedir. Bu durum ise kişisel olarak ve sağlık sistemi açısından bazı sorunları ortaya çıkarmaktadır. Bu sorunlar,<sup>34</sup>

- Sistemde gereksiz maliyet artışı,
- Hastalar için ödeme güçlüğü,
- Hastalar için kapsamlı sağlık bilgisi eksikliği,
- Hizmetin sürekliliğinin sağlanamaması ve sevk planı eksikliği,
- Aşırı iş yüküne bağlı olarak uzman hizmetinin standardının düşmesi,
- Yürütölen yerleşmiş sevk sistemi için risk oluşturması,
- Hastanın uzmana ulaşım problemleri,
- Hastaların sağlık sistemi bileşenlerine erişimi-

minde adaletsizlik yaratma,

- Hastaların sevk sistemi ile ilgili değer algısında azalma,
- Sağlık sistemine olan güvende azalma,
- Hasta ve hekimlerin, sevk uygulamasının gerekliliğinden ve amacından uzaklaşması,
- Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında hasta verisi iletiminde ve iletişimde zayıflama,
- Geri bildirim ve tedavi sonrası takip süreçlerinde azalma.

Hastaların birinci basamak hekimlerini atlayarak doğrudan ikinci veya üçüncü basamak hizmete başvurmalarına yönelik kararlarını üç temel faktörün etkilediği söylenebilir. Bunlardan ilki, hasta ile ilişkili faktörlerdir. Hastanın demografik özellikleri, başvuracağı hekimi seçmede önemli olmaktadır. Hastanın yaşı, tıbbi problemlerinin tedavisi için birinci basamak hekiminden ziyade uzman hekim tercihine sebep olabilmektedir. Bunun nedeni, hastaların sağlık sorunu için fazla endişeli olmaları ya da sorunu acil olarak değerlendirmeleri olabilmektedir.

İkincisi ise hastanın sosyal ve ekonomik özellikleri, geliri, eğitimi ve yaşadığı bölge bazı kısıtlılıklar getirebilmekte, bu durum hastanın uzmana doğrudan başvurusuna neden olabilmektedir. Yüksek gelirli hastalar için birinci basamak hekiminden sevk almadan uzman hekime gitmenin doğuracağı finansal maliyet önemsiz görülebilir. Ancak düşük gelirli hastalar, sigorta kuruluşları tarafından ekstra maliyet çı-

karılabileceği düşüncesiyle uzman hekime başvurmayabilmektedirler. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan kişiler, birinci basamak hekiminin yönlendirmesi olmadan uzman hekime başvurmanın bir hak olduğunu düşünmektedirler. Bu kişiler, hastalıkları hakkında bilgi sahibi olabilmekte; bu sebeple başvuracakları uzman hekimle ilgili bir fikirleri olabilmektedir. Bu durum, birinci basamak hekimine başvurmak için olumsuz bir motivasyon oluşturabilmektedir. Öte yandan, kentleşme oranının yüksek olduğu yerlerde yaşayan kişiler, daha küçük yerleşim birimlerinde yaşayanlara göre uzman hizmetine erişimde avantajlı olmaktadır ve bu da hastaları doğrudan uzman hekime başvurmaya yöneltmektedir.

Üçüncüsü ise hastaların sosyal ilişkileridir. Sosyal ilişkiler, başvuru yeri açısından önemli olabilmektedir. Hastalar, uzman hekime daha kolay ulaşabilmelerini sağlayacak kişiler ile ilişki hâlinde olabilmekte, bu sayede uzman hekime ulaşmada oluşacak bariyerleri (sevk veya bekleme listeleri gibi) aşabilmekte ve randevu alabilmektedirler.<sup>35</sup> Hastaların sağlık sorunlarını önemli görmeleri, onların hekime başvurmalarındaki kararlarını etkilemektedir. Hastalar, bu şikâyetlerini ciddi, hayatı tehdit edici ve acil olarak algıladıklarında, uzman hekime daha fazla yöneleceklerdir. Ayrıca hastalar, bu sağlık sorunlarında birinci basamak hekiminin yetersiz kalacağını düşünüp, bunu da zaman kaybı olarak değerlendirebilmektedirler.<sup>35</sup>

Hastaların çoğunlukla birinci basamak düzeyini atlayarak üst basamaklara başvurusu, ülkelerin ortak bir sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu da üst basamaklardaki sağlık kuruluşlarının kalabalıklaşmasına neden olmaktadır. Alt basamaklarda kaynak kullanılabilirliğinde ve bakım kalitesinde iyileşmenin ilk ve önemli önceliği, birinci basamağı hastaların gözünde çekici ve inandırıcı kılmak için güçlendirmektir. Bunun için, hastanelere sevsiz olarak gelen hastaların daha fazla sıra beklemek zorunda kalacakları (acil ve ciddi vakalar hariç tutularak) hastalara açıklanmalıdır. Ayrıca pahalı sağlık kurumları olan ikinci ve üçüncü basamak kuruluşların gereksiz kullanımını önlemek için sevsiz gelen hastalara bazı yaptırımlar uygulanabilir. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının ayrı (fakat yakın) bölgelere kurulması, sevk politikasının birinci basamak sağlık kuruluşla-

rında daha titizlikle uygulanmasını sağlar. Yoğun olarak toplumsal eğitim ve iletişim ile hastanın sağlık hizmeti ihtiyacında nereye, nasıl, ne zaman başvuracağı ve hangi seviyelerde sağlık hizmeti alması gerektiğine yönelik bilgi vermek, alt basamaklardaki sağlık tesislerinin sundukları hizmete olan güveni sağlamak için önemlidir.<sup>8</sup>

Hastanın sevk sistemine uyumu, uygulamaya konulacak birtakım yaptırımlarla sağlanabilir. Ancak sevk sisteminin tüm bileşenleri ile birlikte ele alınarak sistemin organize edilmesi hem hastanın hem de hizmet sunucunun daha kolay uyum göstermesini sağlayacaktır.

## SEVK SİSTEMİNİN BİLEŞENLERİ

Gelişmekte olan birçok ülkede ikinci basamakta ayakta tedavi alan hastaların yüksek bir oranı, hem hastalar hem de sağlık sistemleri için daha düşük maliyetle birinci basamakta tedavi edilebilir. Bu hastaların birinci basamaktan hizmet almalarının sağlanması için iyi işleyen bir sevk sisteminin oluşturulması gerekmektedir. İyi işleyen bir sevk sistemi ise **Tablo 3**'te verilen bileşenlerin uyumlu organizasyonuna bağlıdır.

Sevk sisteminin tasarımı ve fonksiyonları, ülkelerin sağlık sistemlerine özgü faktörlerden (uzman personelin mevcudiyeti, eğitim kapasitesi, örgütsel düzenlemeler, kültürel konular, siyasi konular ve gelenekler) ve genel faktörlerden (nüfus büyüklüğü ve yoğunluğu, kırsal ve kentsel nüfus dağılımı, hastalık yükü ve örüntüsü, talep ve ödeme kabiliyeti) etkilenmektedir. Bu faktörler çerçevesinde DSÖ tarafından sevk sisteminin önemli bileşenleri beş başlık altında incelenmektedir (**Tablo 3**).<sup>8</sup>

## SAĞLIK SİSTEMİNE İLİŞKİN HUSUSLAR

Ülkelerin sevk sistemlerinin tasarımı ve işleyişine ilişkin önemli bir belirleyici olan sağlık sistemine ilişkin bileşenler, kamu ya da özel olmak üzere sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunum şekilleri, bu hizmetlerin kalitesi, uygulamaya ilişkin beklentilerin gerçekleşmesi ve iş birliğidir. Bu çerçevede, sistem ile ilgili bileşenler iki başlık altında incelenmektedir.

### Hizmet Sunucular (Kamu, Özel) ve Hizmet Kalitesi

Sevk sistemlerinin en iyi şekilde çalışabilmesi için hizmet sunucular arasındaki ilişkilerin resmî olması, sevk süreçlerinin kabul görmesi ve onaylanması, birinci basamak sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere sağlık sisteminin her seviyesinde tüm kurumların uyumlu bir şekilde çalışması gerekmektedir. Bunun sağlanması için her basamaktaki sağlık hizmeti sunucularının; rollerinin, sorumluluklarının ve sınırlarının açık bir şekilde tanımlanması, hizmet sunumuna yönelik protokollere sahip olması ve uygun iletişim-ulaşım araçlarına sahip olması gerekmektedir. Hizmet sunucular arasındaki iletişim genellikle sevk formları ile olmasına karşın ek olarak telefon, faks gibi araçlarla da olabilmektedir. Ancak kamu kurumlarınca hizmetin sağlanmasında yetersiz kalınan durumlarda (ulaşım, iletişim vb.) sivil toplum kuruluşları tarafından bu hizmetler sağlanabilmelidir. Bütün bu gerekliliklerin yanında sağlık alanında sevk sistemlerinin iyi işleyebilmesi için toplumun sağlık okuryazarlığı konusunda da eğitilmesi gereklidir.<sup>8</sup>

### İş Birliği ve Performans Beklentisi

Sevk sistemlerinin tasarımı ve işleyişine ilişkin, sağlık sistemlerinin önemli bir belirleyicisi de sevk sistemi performansı ve yapılan iş birlikleridir. Sevk sistemlerinde tüm hizmet sunucularının sevk sistemine uymaları, hastaları uygun şekilde sevk etmeleri ve kabul edilmiş olan hizmet protokollerine göre hareket etmeleri sevk sistemini etkili bir şekilde çalıştıracaktır. Bu süreçlerin izlemi, sağlık otoritelerince belirlenecek uygun denetçiler ile yapılarak elde edilecek geri bildirimlerle sağlanmalıdır. Sağlık sisteminde tüm basamaklarda beklenen performansın gerçekleştirilebilmesi, meslek kuruluşlarının da dâhil edildiği sevk süreçlerinin standartlarının belirlenmesini ve bu standartların tıp ve hemşirelik gibi eğitim programlarında yer almasını gerektirmektedir.<sup>8</sup>

### SEVK SÜRECİNİ BAŞLATAN HİZMET SUNUCU

Sistemin ikinci bileşeni, sevk sürecini başlatan sağlık kuruluşudur. Sevk sistemlerinde hastayı sevk ederek süreci başlatan sağlık kurumları için önemli hususlar şu şekilde ifade edilmektedir:<sup>8</sup>

- Hastanın sağlık hizmeti almak için hizmet sunucuya başvurduğu anda hizmet sunucunun, hastanın

inançlarına, mahremiyetine, gizlilik kurallarına uygun davranarak hareket etmesi, hastanın ihtiyacı olan sağlık hizmetini belirlemek açısından önemlidir.

- Sağlık kuruluşları arasında sevk sürecine ilişkin protokollerin bulunması durumunda, sağlık hizmeti sunan personelin bu protokollere erişebilmesi ve protokoller hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Protokollerde sevk sürecinde ihtiyaç duyulan bilgi ve belgelerin tanımlanması, süreci kolaylaştırmaktadır.

- Sağlık çalışanları, hastayı değerlendirip gerekli bilgileri toplayarak, hastaya sağlık kuruluşunda mümkün olan gerekli tüm hizmetleri sağlamalıdır. Acil durumlarda, sevk sürecine kadar tüm hayati fonksiyonların korunması ve oluşacak hasarı en aza indirmek önemlidir.

- Sağlık çalışanları, gerekli tüm bilgi ve belgeleri sağladıktan sonra ilgili hizmet protokolleri doğrultusunda sevk kararı verebilir. Sağlık çalışanının sevk kararı vermesi, onun bilgisiz veya yetersiz olduğu anlamına gelmemelidir.

### SEVK SİSTEMİNİN UYGULANABİLİRLİĞİ

Oluşturulan sevk sistemlerinin etkin bir şekilde çalışabilmesi için önemli olan bir diğer bileşen ise uygulanabilirliktir. Sevk sürecinde bazı araçların (sevk formu, randevu sistemi, kayıt mekanizması gibi) mevcudiyeti ve bu süreçte hastanın ruhsal ve sosyo-ekonomik durumunun göz önünde bulundurulması sevk sisteminin uygulanabilirliğini artıracaktır. Sevk sisteminin uygulanabilirliğinin artırılması için dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekilde sıralanmaktadır:<sup>8</sup>

- Hizmet sunucuları için oluşturulmuş bir ağda standartlaştırılmış bir sevk formunun oluşturulması, her sevk işleminin başlatılmasında gerekli olan bilgiyi sağlamakta, her iki yönde iletişimi kolaylaştırmaktadır. Sevk formunda, her hasta için klinik bulgular, teşhis ve tedavi ile sevk kararının nedeni yazılmalıdır. Sevk formu mümkün olduğunca hasta tarafından başvuru kuruma iletilmeli ve hastayı gönderen sağlık kurumu bilgisi sevk formunda yer almalıdır. Dikkatle doldurulmuş bir sevk formu, hastanın gittiği sağlık kuruluşunda zamanında hizmet almasını sağlamaktadır.

**TABLO 3: Sevk sisteminin bileşenleri.<sup>8</sup>**

<b>1. Sağlık sistemine ilişkin hususlar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hizmet sunucular (kamu ve özel) ve hizmet kalitesi           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmeti</li> <li>ii. Sağlık hizmetlerinde her basamağın ve kurumun rolünün netliği</li> <li>iii. Her sağlık kuruluşunun koşullarına uygun hizmet protokollerinin varlığı</li> <li>iv. İletişim ve ulaşım imkânlarının bulunması</li> </ul> </li> <li>b. Performans beklentileri           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Hizmet protokollerine uygun başvuru ve takip beklentisi</li> <li>ii. Sağlık çalışanlarının ve hastaların sevk sistemi disiplinine bağlı kalmaları beklentisi</li> <li>iii. Düzenli denetim ve kapasite geliştirme</li> </ul> </li> <li>c. Yapılanmaya katılım           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Sağlık Bakanlığı</li> <li>ii. Tıp ve hemşirelik fakülteleri</li> <li>iii. Tıp ve hemşirelik profesyonellerinin iş birliği</li> </ul> </li> </ul>
<b>2. Sevk sürecini başlatan sağlık kurumu</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hasta ve olanakları</li> <li>b. Hizmet veren kurumun hasta koşullarına yönelik protokolü</li> <li>c. Tedavi ve tedaviye ilişkin dokümanların oluşturulması</li> <li>d. Sevk kararı</li> </ul>
<b>3. Sevk sisteminin uygulanabilirliği</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Başka bir kuruma sevk formu</li> <li>b. Sevk edilen kurum ile iletişim (hazırlıkların yapılması)</li> <li>c. Hasta ve ailesini bilgilendirme/destek ağı           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Sevk etmenin önemi ve sebepleri, sevk etmemenin riskleri</li> <li>ii. Sevk edilen kurumun yeri ve ulaşım bilgisi</li> <li>iii. Sevk edilen kurumda kime başvurulacağı veya olması muhtemel durumlar</li> <li>iv. Geri bildirimlerin takibi</li> </ul> </li> <li>d. Empati, hasta ve ailesini anlama           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Genel korku</li> <li>ii. Ulaşım, tedavi ve hasta ailesinin konaklama maliyeti</li> </ul> </li> <li>e. Sevk sürecinin kaydedilmesi, izlenmesi ve istatistiksel veri toplanması</li> </ul>
<b>4. Sevk edilen sağlık kurumu</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kabul edilen hastanın sevk formunun işleme alınması</li> <li>b. Tedavi ve tedaviye ilişkin dokümanların oluşturulması</li> <li>c. Hasta ve ailesine yönelik rehabilitasyon ve izlem planlarının yapılması</li> <li>d. Sevk eden kuruma sevk uygunluğunun geri bildirilmesi</li> <li>e. Sevk sürecinin kaydedilmesi, izlenmesi ve istatistiksel veri toplanması</li> <li>f. Sevk geri bildirim formunun düzenlenmesi</li> </ul>
<b>5. Denetim ve kapasite geliştirme</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Başka kuruma yapılan sevklerin izlenmesi           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Sevklerin sayısı ve protokollere uygunluğu</li> <li>ii. Kayıtların kalitesi</li> <li>iii. İzlem tutarlılığı ve sıklığı</li> </ul> </li> <li>b. Çalışanlara geri bildirim, destek ve eğitimin sağlanması</li> <li>c. Merkezi düzeye geri bildirim sağlanması</li> </ul>

■ Bazı durumlarda, başvuru için randevu almak veya bir acil durumun beklemede olduğunu bildirmek için sevk edilen kurum ile iletişim kurmak ve hastanın sağlık durumuna göre bir sağlık görevlisinin eşlik etmesi gerekebilecektir.

■ Sevk kararı, hasta veya ailesi için endişe verici ya da üzücü olabilir. Bu nedenle sağlık çalışanın hastaya, sevk sebebi, önemi, gitmemesi durumunda riskleri, sevk edilen yere ulaşımı ve sevk sonrası takip sürecine yönelik bilgi vermesi gerekmektedir.

■ Sağlık çalışanı, hastanın veya ailesinin, ölüm ya da hastalığın ilerleme korkusu, tedavi ve konaklama masrafları, hastanın işinden ayrılma olasılığı gibi konularda duyacakları endişenin giderilmesi için empati kurmalı ve destekleyici yönlendirmeler yaparak bilgi vermelidir.

■ Sevk sistemi ağındaki her sağlık kuruluşunun tüm sevklerin sürecini takip edebilecek bir sisteme sahip olması gerekmektedir. Bu sistem, tüm sevk kayıtlarını, sevk eğilimlerini kayıt altına almalıdır. Sağlık kuruluşlarında hastanın sevk edildiği anda kullanılacak bir standart yapı sevk sürecinin takibini kolaylaştıracaktır.

Sevk sisteminde ortaya çıkabilecek iletişim bozukluğu, sadece sevk eden hekim ve uzmanların etkili bir değerlendirme yapmalarını değil, aynı zamanda tekrarlanan ziyaretlerden ve testlerden doğan ek masrafları ödemeleri gereken hastaları da doğrudan etkilemektedir. Hastaların teşhis veya tedavilerinde gecikmelere ve bu süreçte, tıp mesleğine olan inançlarını kaybetmelerine neden olmaktadır.<sup>36</sup> Hasta sevkini gerçekleştiren hekimlerden uzmanlara yapılan sevklerde iletişim ve iş birliğiyle ilgili birçok problemin olabileceği düşünüldüğünde, süreci iyileştirebilecek araçları incelemek gerekmektedir.

### SEVKLİ HASTAYI KABUL EDEN HİZMET SUNUCU

Sevk sistemlerinin bileşenlerinden bir diğeri de sevk edilen hastayı tedavi için kabul eden sağlık kurumudur. Bu kurum, sevkli gelen hastaya gerekli hizmeti sunarak tedavi sürecini ya da sevk sürecini tamamlayabilmektedir. Sevk eden ve edilen kurumlar arasında hastaya verilen hizmetlere ilişkin kurulacak iletişim, sevk sisteminin etkili çalışmasına katkı sağlayacaktır. Sevk edilen kurumun sevk sürecine ilişkin uygulamaları aşağıdaki şekilde olabilmektedir:<sup>8</sup>

■ Hastanın sevkine yönelik önceden yapılan bilgilendirme ile gelen hastayı kabul eden sağlık kuruluşu, hasta hakkında önceden bilgi sahibi olacaktır. Sağlık kuruluşu, hastanın değerlendirilmesine ve tedavi sürecine başlamadan önce sevk formundaki bilgileri kullanmaktadır.

■ Hastayı kabul eden sağlık kuruluşu, yüksek kalitede hizmet sunmak ve kabul edilmiş standartlara göre bilgi ve belgeleri muhafaza etmek için kendi özel kaynaklarını kullanabilmektedir.

■ Hastanın tedavi süreci ilerledikçe sağlık kurumu, sonraki süreçler için hastaya veya ailesine yönelik program ve planlamalar yapabilmektedir; hastanın üst basamakta tedavi sürecinin tamamlanması neticesinde tedaviyi tamamlayan kurumun, teşhis, tedavi, özel uygulamalar ve hastanın takibi gibi bilgileri sevk eden kuruma bildirmesi gerekmektedir. İki kurum arasındaki bu geri bildirim yalnızca uygun hasta bakımı ve takibini gerçekleştirmekle kalmakta, aynı zamanda sevk eden kurumdaki sağlık çalışanına da sürekli eğitim sağlamaktadır. Ancak, denetim ya da izlem yapan kişilerce bu geri bildirim süreci takip edilmelidir.

■ Sevk başvurusunun uygunluğuna ilişkin olarak sevk zamanlaması, hızı, içerdiği bilgiler konusunda herhangi bir sorun olması durumunda sevk edilen kurum, sevk kararını veren kuruma özel geri bildirim de verebilmelidir. Bu geri bildirim, sevk eden kurumun sonraki sevklerinde yardımcı olacak ve yapılan işlemlerden emin olmasını sağlayacaktır.

### DENETLEME VE KAPASİTE GELİŞTİRME

Sevk sistemlerinde önemli bir diğer bileşen, sistemin kontrolü ve geliştirilmesidir. Sevk sistemlerine ilişkin tüm süreçlerin izlenmesi, sistemin geliştirilmesinde yol gösterici olmaktadır.

Her basamaktaki sağlık kurumu yöneticileri ve denetleyicileri, diğer sağlık kurumundan gelen tüm sevkleri aylık dönemlerde izlemelidir. Genellikle birinci basamak sağlık kuruluşunda görülen hastaların %5-10'u, teşhis hizmetleri veya uzmanlaşmış bakım için daha üst basamağa sevk edilmektedir. Bir başka kuruma yapılan sevkler izlenirken şu hususlar göz önünde bulundurulmalıdır:<sup>8</sup>

- Uygun sevki bulunmayan hastalar için süreçlerin tanımlanması
- Sevk edilmesi gereken fakat sevk edilmeyen hastalar için yapılacak işlemlerin tanımlanması,
- Sevk edilen hastaya ilişkin alınan geri bildirimlerin değerlendirilmesi ve sevkle iletilen bilginin yeterliliğinin tespiti,
- Sevk edilen, ancak geri bildirim alınmayan hastaların izlenmesi,
- Sevk sürecinde paylaşılan bilginin bütünlüğü, zamanlaması ve çabukluğu konusunda bir sorun olup olmadığının kontrolünün sağlanması.

Bu hususların analizi, klinik ve sevk sürecine dâhil olan diğer personel ile birlikte değerlendirilmelidir. Sevk sürecine ilişkin sorunların personel ile tartışılması bazı durumların geliştirilmesini sağlamaktadır. Bu durumlar, klinik eğitimler ya da sistemin ve prosedürlerin bir kısmının güçlendirilmesi olabilir. Düzenlenecek hizmet içi eğitimler ile de kapasite geliştirilebilmektedir.

Sevk sisteminin istenilen bir şekilde işleyebilmesi için resmî bir sevk politikasına, gelişmiş ve güçlendirilmiş iletişim stratejilerine ihtiyaç vardır. Tüm sağlık çalışanlarına, her bakım düzeyinde gerekli koşulların ve uygun eğitim fırsatlarının sağlanması da gerekmektedir. Ayrıca sistemin işleyişi, tüm hizmet basamaklarının uygun bir şekilde donatılmasını gerektirmektedir.<sup>12</sup>

Sevk sisteminde çoğunlukla sevk sürecini başlatan, birinci basamak hekimi olmaktadır. Hekim, hastanın olanakları, sevk edilen kurum ile yapılan protokol ve ilgili dokümanlara uygun şekilde hasta sevkini başlatmaktadır. Sevk edilen hasta, sevk edildiği sağlık kurumuna başvurarak gerekli tanı ve tedavi hizmetlerini almaktadır. Sevki kabul eden sağlık merkezi de sürecin sağlıklı işlenmesi açısından ilgili dokümanları düzenlemekle yükümlüdür. Ayrıca sevki kabul eden merkezin, sevk eden hekime geri bildirim verme gerekliliği de bulunmaktadır. Tanı ve tedaviye yönelik sevk süreci işlerken, aynı zamanda sürekli denetim ve kapasite geliştirme çalışmaları da yürütülmektedir. Bu denetim ve kapasite geliştirme, sevk sürecine ilişkin paydaşlardan alınan geri bildirimler ve bilgi sistemleri aracılığı ile sağlanan veriler ve ra-

porlar ile olabilmektedir. Denetim ve kapasite geliştirme çalışmaları ile hem sağlık sistemine ilişkin hususlarda hem de sevk eden ve sevki kabul eden sağlık kuruluşu açısından iyileştirmeler yapılabilmektedir (Şekil 2).

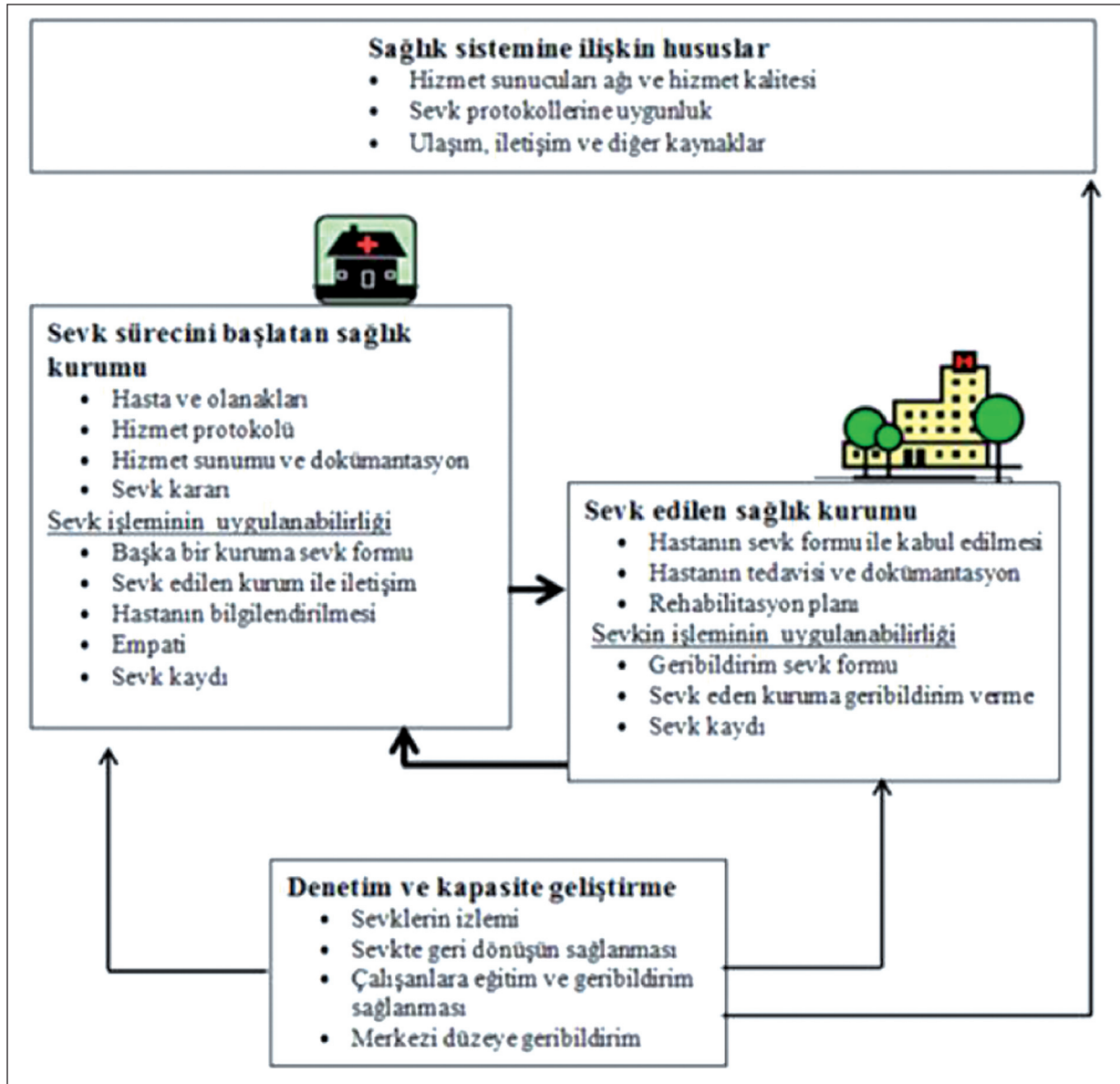
Sevk sistemi bir açık sistem olarak düşünüldüğünde, kendi iç unsurlarının işlerliğinin sürekliliği yanında, dış çevreden kaynaklı değişim-dönüşüm gerekliliklerini de sağlamak zorunda kalabilmektedir. Sevk sistemi, kendi içerisinde alt sistemler olarak da ifade edebileceğimiz sevk eden kurum, sevki kabul eden kurum veya denetleme-geliştirme gibi sistemlerin dengeli bir şekilde uyumunu oluşturmalıdır. Öte yandan yasal, teknolojik ve ekonomik gelişmeler doğrultusunda da dinamikliğini sağlayabilmelidir.

Sevk sisteminin bileşenlerine ve sistemin akışına yönelik süreçlerin izlenmesi ve geliştirilmesinin yanı sıra sevk sistemleri, pratik deneyimler doğrultusunda ve genel olarak sağlık sisteminin amaçlarını karşılamak için revizyona açık olmalıdır. Bu revizyonlar için istatistiksel modellere ve trendlere bakmanın ötesinde, işleyiş periyodik olarak analiz edilmelidir.<sup>8</sup>

## SONUÇ

Günümüzde, ülkelerin sağlık sistemleri ile ilgili önemle üzerinde durmaları gereken konular arasında tahsis verimliliğinin sağlanması gelmektedir. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların verimli kullanımı, kaynakların nasıl tahsis edileceği, önceliklerin belirlenmesi gibi konularda verilecek kararlar sağlık sistemini olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir. Kaynakların verimli kullanılmasının bir yolu, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısıdır. Sağlık sistemlerinin olmazsa olmazı olarak değerlendirilebilecek olan birinci basamak sağlık hizmetleri, koordine etme özelliği dolayısıyla tüm sistemde kaynakların verimli kullanılmasında etkin rol oynamaktadır. Ancak, bu rolün etkinliği için birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlevselliğinin yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin de verimli kullanılması için sevk sistemi uygulaması gerekli görülmektedir.

Sevk sistemleri ülkeler arasında farklılık gösterebilse de temelde hastanın bir üst basamağa veya

ŞEKİL 2: Sevk sistemi akış şeması.<sup>8</sup>

uzman hekime başvurabilmesi, birinci basamak hekiminin uygun görmesi ve yönlendirmesi ile olmaktadır. Bu sayede birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri olan kapsayıcılık, süreklilik, koordinasyon ve ilk başvuru sağlanmış olurken, diğer taraftan uzman hekim daha verimli kullanılmakta ve gereksiz maliyetlerin önüne geçilmiş olmaktadır. Uygulanan sevk sisteminin iyi işleyebilmesi için sağlık sistemlerine özgü birtakım hususların iyi düzenlenmiş olmasının yanında, sevk sürecini başlatan ve sevki kabul eden hizmet sunucuları arasında da iyi kurulmuş entegre bir

yapının olması gereklidir. Sevki başlatan ve kabul eden tarafların eş güdüm içerisinde bir yapıda olmaları gerekmektedir. Bu yapı elektronik ortamda oluşturulacak sistemler ile sağlanabileceği gibi, ihtiyacı karşılayacak formların oluşturulması kaydıyla yazılı dokümanlar ile de sağlanabilir. Sevk sisteminin gerek elektronik ortamda gerekse yazılı formlar ile uygulanmasında ilgili tüm dokümanların içeriği, ihtiyacı karşılayacak şekilde düzenlenmelidir. Bu hem sevk eden hem de sevk kabul eden hizmet sunucular açısından daha iyi hizmet sunumunu sağlayacaktır.

Sistemleri oluşturan, işlerliği sağlayan bileşenlerden biri de ve belki de en önemlisi insan faktörüdür. Oluşturulacak bir sevk sisteminde sevk süreci ile ilişkili işleri yürüten pek çok çalışan yer almaktadır. Sevk sürecini başlatan hekimden başlamak üzere diğer sağlık personeli (hasta bilgilerinin kaydını, ulaşımını, iletişimi, yönetimi sağlayan kişiler) bu süreçte yer alabilmektedir. Önemli bir faktör olarak yer alan bu çalışanların eğitimi, güçlendirilmesi, dağılımı, koordinasyonu ve temini gibi hususlarda atılacak adımlar sevk sisteminin işlerliğine doğrudan katkı sağlayacaktır.

Sevk sisteminin oluşturulmasında göz önünde bulundurulması gereken bir diğer bileşen toplum olmalıdır. Toplumun sağlık hizmeti kullanım alışkanlığı, sağlıklarını etkileyecek yönde sergiledikleri davranışlar, sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi ve hizmete ulaşım gibi özellikleri uygulanan sevk sisteminin işlerliğine etki edecektir. Bu etki sevk sisteminin aksaması ve işlememesi yönünde olabileceği gibi, sistemin diğer basamaklarını da olumsuz etkileyebilecektir. Ancak toplumun yapısı irdelenerek buna uygun oluşturulacak sevk sistemi toplum tarafından daha çabuk benimsenecek ve kabul görecektir.

Sevk uygulamasının sürekliliği ve işlevselliğinin sağlanmasında göz ardı edilmemesi gereken bir diğer husus ise sürecin denetimi, kapasitenin geliştirilmesi faaliyetlerinin yürütülmesidir. Sistem, bileşenlerine yönelik süreçlerin izlenmesi, geliştirilmesinin yanı sıra pratik deneyimler doğrultusunda ve genel olarak sağlık sisteminin amaçlarını karşılamak için revizyona açık olmalıdır. Sistemin kullanıcıları arasında yapılan geri bildirimler, sürecin

aksayan yönlerinin tespit edilmesine ve iyileştirmelere imkân sağlayacaktır.

Sistemlerin, belirli parçaların bir araya gelerek sıkı bir ilişki içinde oldukları ve aynı zamanda dış çevre ile ilişkili olan bir bütünü oluşturdukları göz önünde bulundurulursa, sevk sistemleri de oluşturulurken tüm bileşenlere odaklanılmalıdır. Sistem; personel, bina, tıbbi malzeme, araç-gereç planlaması, maliyetler ve gelir-gider dengesi, entegre bilgi sistemlerinin oluşturulması, toplumun ve personelin eğitim gereksinimlerinin karşılanması, izleme ve değerlendirmenin yapılması, yasal mevzuat gibi hususlar doğrultusunda oluşturulmalıdır. Bu çalışma ile de planlama ve uygulamaya kaynak olması açısından sevk sistemi kapsamlı bir bakış açısı ile ele alınmış ve temel bileşenler üzerinde durularak sevk sistemi değerlendirilmiştir.

#### **Finansal Kaynak**

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

#### **Çıkar Çatışması**

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

#### **Yazar Katkıları**

*Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.*

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). The World Health Report, Health Systems-Improving Performance, 2000. [\[Link\]](#)
2. Başak O. [Stepped health service delivery and primary health care]. Türk Aile Hek Derg. 2007;11(3):135-9.
3. Bossyns P. The Referral system: a Neglected Element in The Health District Concept. Eight Years Field Research in Rural Niger. Vrije Universiteit Brussel; 2006. p.285. [\[Link\]](#)
4. Kılavuz E. [Rising health care costs and primary health care]. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2010;29(2):173-92.
5. Beasley W, Starfield B, van Well C, Rosser WW, Haq CL. Global health and primary care research. J Am Board Fam Med. 2007;20(6): 518-26. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
6. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Chapter III, Accountability in Primary Care. New York: Oxford University Press; 1998. p.430.
7. Alkinaidri A, Alsulami H. Improving healthcare referral system using lean six sigma. American Journal of Industrial and Business Management (AJIBM). 2018;8:193-206. [\[Crossref\]](#)
8. World Health Organization (WHO). Referral Systems - A Summary of Key Processes to Guide Health Services Managers, 2015. [\[Link\]](#)



9. Grembowski DE, Cook K, Patrick DL, Rousel AE. Managed care and referral. *Med Care Res Rev.* 1998;55(1):3-31. [Crossref] [PubMed]
10. Çağlayaner H. [Physician, patient, colleagues: referral and consultation]. *Türk Aile Hek Derg.* 2006;10(1):31-8.
11. Tabish SA. Referral System in Health Care. 2010. [Link]
12. Tabish SA. Establishing referral system in healthcare. 2017. [Link]
13. Öcek Z, Çiçeklioğlu M, Türk M. [What is gatekeeping in primary health care services? Can it be applied in Turkey?]. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 2006;15(8):144-8.
14. Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. *Health Policy.* 2006;76(1):72-9. [Crossref] [PubMed]
15. Sosyal A, Kıracı R, Alu A. [The satisfaction measures Diyarbakir of family medicine public system and family medicine in Turkey]. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.* 2016;6(10):76-88.
16. Foot C, Naylor C, Imison C. The Quality of GP Diagnosis and Referral. 2010. [Link]
17. Macintyre K, Lochigan M, Letipila F. Understanding referral from primary care clinics in rural Kenya: using health information systems to prioritize health services. *International Journal of Health Planning and Management (IJHPM).* 2003;18(1):23-39. [Crossref] [PubMed]
18. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, von Schrader S. Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. *J Fam Pract.* 2002;51(3):215-22. [PubMed]
19. Chan BT, Austin PC. Patient, physician, and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada: a population-based, multi-level modelling approach. *Med Care.* 2003;41(4):500-11. [Crossref] [PubMed]
20. Başer DA, Kahveci R, Koç EM, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. [Strong primary care for effective health systems]. *Ankara Med J.* 2015;15(1):26-31.
21. Shi L. The impact of primary care: a focused review. *Scientifica (Cairo).* 2012;2012:432892. [Crossref] [PubMed] [PMC]
22. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun [The Law on Socialization of Health Services]. Kanun Numarası: 224, Kabul Tarihi: 05.01.1961, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarihi: 12.01.1961, Yayımlandığı Resmî Gazete Sayısı: 10705. [Link]
23. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Kalkınma Planları, 2019. [Link]
24. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Değerlendirme Raporu (2003-2010), Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:839. 2011. p.381.
25. Aytakin S. [The evaluation of the family medicine practice effects on health care expenditures in Turkey]. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2012;(9):33-44.
26. Çiçeklioğlu M, Öcek Z, Yücel U, Özdemir R, Türk M, Taner Ş. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2013. p.178.
27. Anayasa Mahkemesi Kararı, 2008 (Esas Sayısı: 2005/10, Karar Sayısı: 2008/63, Karar Günü: 21.2.2008). T.C. Resmî Gazete. [Link]
28. Akman M. [Strength of primary care in Turkey]. *Türk Aile Hek Derg.* 2014;18(2):70-8. [Crossref]
29. Akdağ R. Türkiye sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları Yayın No: 770. 2008. p.170.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014-2017 Stratejik Planı. 2014. p.92. [Link]
31. T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2018. Yayın No: 1121. <https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9F%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202018.pdf> Erişim: 16 Mayıs 2019. [Link]
32. Bulut S, Uğurluoğlu Ö. [Evaluation of referral from perspective of family physicians]. *Türk Aile Hek Derg.* 2018;22(3):118-32.
33. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Organisation of Health Care Delivery, OECD Health System Characteristics Survey 2012. [Link]
34. Rasoulnejad SA. Study of self-referral factors in the three-level healthcare delivery system, Kashan, Iran, 2000. *Rural Remote Health.* 2004;4(4):237. [PubMed]
35. Kulu-Glasgow I, Delnoij D, de Bakker D. Self-referral in a gatekeeping system: patients' reasons for skipping the general-practitioner. *Health Policy.* 1998;45(3):221-38. [Crossref] [PubMed]
36. Piterman L, Koritsas S. Part II. General practitioner-specialist referral process. *Intern Med J.* 2005;35(8):491-6. [Crossref] [PubMed]