

Basamaklı Sağlık Hizmeti Sunumu: Sevk Sistemi Nasıl İşliyor?

Tiered Healthcare Service Delivery: How Does the Referral System Work?

Sebla AK

Universidad Empresarial de Costa Rica (UNEM)

Dr.

sebla.ak@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4691-8100

Gönderilme Tarihi

19 Mayıs 2025

Kabul Tarihi

12 Kasım 2025

Yayınlanma Tarihi

31 Aralık 2025

Anahtar Kelimeler

Basamaklı Sağlık Hizmeti, Sevk Sistemi, Aile Hekimliği

ÖZET

Sağlık, bir ülkenin vazgeçilmez unsurlarından biridir. Sağlık, yalnızca hastalık hali değil, aynı zamanda bireyin psikolojik ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde olmasıdır. Sağlıklı bireylerin oluşturduğu toplumlar, ülkelerin kalkınmasında önemli bir rol oynamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin en dikkat çekici özelliklerinden biri, sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmasıdır. Günümüzde sağlık hizmetleri, birinci, ikinci ve üçüncü basamak şeklinde organize edilmiştir. Bu basamak sisteminde, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak, maliyetleri düşürmek ve daha kaliteli hizmet sunmak amacıyla sevk sistemi uygulanmaktadır. Sevk sistemi, sağlık sistemlerinde ilk başvuru noktası olması, koordinasyon, süreklilik ve kapsamlılık özellikleri nedeniyle özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sistem, birinci basamak hekimlerinin hasta takibini ve yönlendirmesini kolaylaştırarak olumlu katkılar sağlamaktadır. Ayrıca, sevk sistemi sayesinde hastaların ihtiyaçlarına en uygun sağlık hizmetini alması sağlanırken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının kaynakları daha etkin kullanılabilir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yeni politikaların geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Bu program çerçevesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimliği modeline yönelik düzenlemeler yapılmış ve 2010 itibarıyla tüm ülkede aile hekimliği modeline geçilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan ve aile hekimliği modelini desteklemesi beklenen sevk sistemi ise programın hayata geçirilemeyen tek bileşeni olarak kalmıştır. Bu derlemede, Türkiye’de sağlık sisteminin tarihsel gelişimi, tanımı ve mevcut durumu ele alınarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde temel bir rol üstlenen aile hekimliği ile sevk sisteminin nasıl bir uyum içinde olduğu ve sevk sisteminin neden önemli olduğu üzerinde durulmuştur. Ayrıca sevk sisteminin etkili işleyebilmesi, güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetleri ve halkın bu sisteme duyduğu güvenin yeniden kazanılmasıyla mümkün olması beklenmektedir.

ABSTRACT

Health is one of the indispensable components of a nation. It is not merely the absence of disease but also a state of complete physical, psychological, and social well-being. Societies composed of healthy individuals play a significant role in the development of countries. One of the most notable characteristics of developing countries is the establishment and implementation of effective health policies. Today, healthcare services are organized in a tiered system consisting of primary, secondary, and tertiary levels. Within this system, the referral mechanism is implemented with the aim of enhancing the effectiveness of healthcare delivery, reducing costs, and providing higher-quality services. The referral system holds particular importance for primary healthcare due to its role as the initial point of contact, as well as its functions of coordination, continuity, and comprehensiveness. It facilitates patient follow-up and guidance by primary care physicians, thereby contributing positively to healthcare delivery. Moreover, through the referral system, patients can access the most appropriate healthcare services for their needs, while the resources of secondary and tertiary institutions can be utilized more efficiently. In Türkiye, the Health Transformation Program was launched in 2003 with the objective of developing and implementing new health policies. As part of this program, reforms were introduced to establish the family medicine model within primary healthcare, and by 2010, the family medicine system had been adopted nationwide. However, the referral system—which was included in the program and expected to complement the family medicine model—remained the only component that could not be effectively implemented. This review addresses the historical development, definition, and current structure of the Turkish healthcare system, focusing on the alignment between family medicine, which plays a fundamental role in primary healthcare, and the referral system, as well as the significance of the latter. Furthermore, it is emphasized that the effective functioning of the referral system is contingent upon strengthening primary healthcare services and rebuilding public trust in this mechanism.

Received

May 19, 2025

Accepted

November 12, 2025

Published Online

December 31, 2025

Key Words

Stepped Health Care, Referral System, Family Medicine

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık, sadece hastalık ya da sakatlık olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanır. Bu tanım, sağlıklı olmanın ruhsal ve zihinsel iyilik durumunu da kapsadığını açıkça belirtmektedir. Bu nedenle, sağlık konusunu ele alırken sadece fiziksel sağlık sorunlarının olmaması yeterli değildir; sağlıklı bir bedeni sağlıklı bir zihin ve ruh hali de tamamlamalıdır. Dolayısıyla, sağlık sisteminde stratejileri oluştururken bu yöne de dikkat edilmelidir. Sevk sistemi, sağlık sisteminin işlerliğini sağlamak ve sürdürülebilirliğini devam ettirmek açısından büyük önem taşımaktadır. Sevk sisteminin gerekliliği ve uygulanması, 2003 yılında ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin hedefleri arasında bulunmaktadır.

SDP, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık politikalarının etkili, verimli ve adil bir şekilde uygulanması amacıyla tasarlanmıştır. Kademeli sevk sisteminde başlıca amaç, hastaların en uygun sağlık hizmetini en uygun hizmet sağlayıcıdan almasının sağlanmasıdır. Aile hekimleri, hastaların yönlendirilmesi açısından ilk başvuru noktası olduklarından, sevk uygulamasında önemli bir rol üstlenmektedirler. Ayrıca, aile hekimleri sevk sistemi uygulamasında sevk sürecini başlatan hekimler olarak uygulamadan en çok etkilenen grup içerisinde yer almaktadırlar. Bu derlemede, Türkiye'de sağlık sisteminin tarihsel gelişimi, tanımı ve mevcut durumu ele alınmıştır. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinde temel bir rol üstlenen aile hekimliği ile sevk zincirinin nasıl bir uyum içinde olduğu ve sevk sisteminin neden önemli olduğu üzerinde durulmuştur.

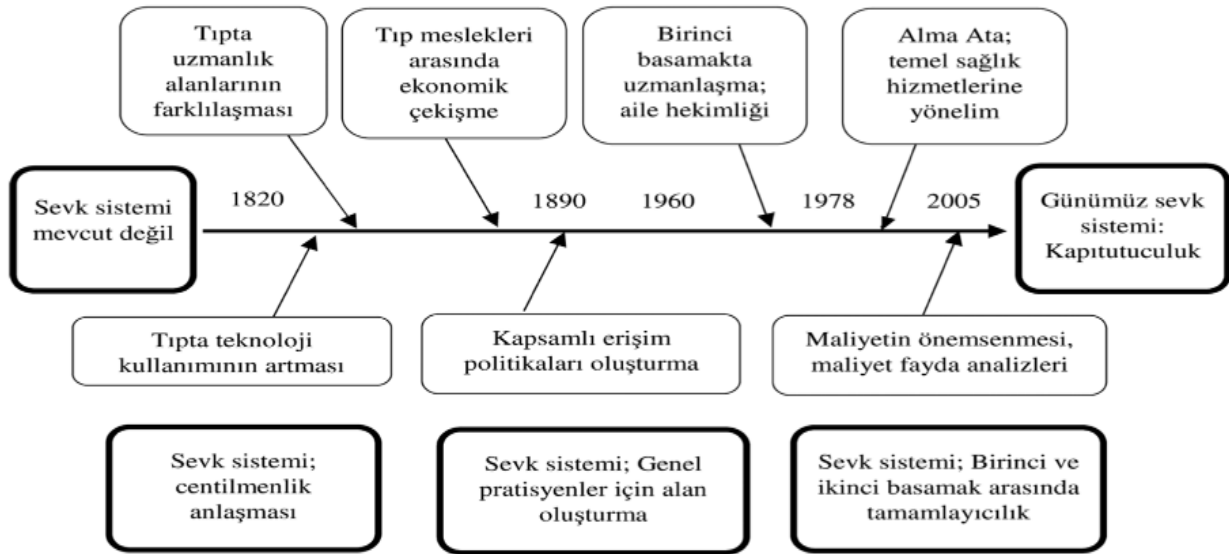
Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi
Sağlık sistemlerinin sağlığı mükemmelleştirmek, toplumun ihtiyaçlarına cevap vermek ve hastaları finansal olarak korumak olmak üzere üç temel amacı vardır (Word Health Organization, 2000). Sağlık sistemlerinde hizmetler bu amaçlar

doğrultusunda düzenlenirken, bir yandan güncel gelişmeler ve tıbbi ilerlemeler takip edilerek toplum sağlığının iyileştirilmesi, diğer yandan da sağlık hizmetlerine erişimde toplumun tüm kesimleri arasındaki farklılıkların ve eşitsizliklerin mümkün olduğunca en aza indirilmesi hedeflenmektedir (Başak, 2007).

Sağlık sistemlerinin bu amaçlara ulaşılabilmesi için; kurumlar, kaynaklar, hizmet sunucular, finansman organlar ve işleyiş yaklaşımları gibi unsurlar önemli rol oynamaktadır. Bu faktörler, sağlık sistemlerindeki en önemli iki sorun olan kaynakların dengesiz dağılımı ve sağlık sorunlarının sıklığına göre tahsis edilmemesinin önlenmesi için düzenli ve bütünsel bir şekilde organize edilmektedir (Word Health Organization, 2000). Başta sanayileşmiş ülkeler yer almak üzere tüm devletler, sağlık hizmetlerinde esas amaçlarını gerçekleştirmek için birtakım büyümeler sonucunda hizmet yapılarını yaratmışlardır.

19. yüzyılın başlarında sanayileşmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinde resmi bir sevk uygulaması bulunmazken, sevk süreci büyük ölçüde doktorlar arasında anlaşmalarla hastaların yönlendirilmesi şeklinde gerçekleşmektedir. 1820'lerden sonra tıpta uzmanlık alanlarının farklılaşması ve teknoloji kullanımının da eklenmesiyle, 19. yüzyılın sonlarında başlayan ve 20. yüzyılda da devam eden yeni politika arayışları, uygun sağlık hizmeti sunumunda hizmete erişimi artırmak amacıyla sevk uygulamasını da içeren yeni politika arayışlarıyla tanışmaya başlamıştır. Sevk uygulaması, 19. yüzyılın sonlarında, hastaların uzmanlık hizmetlerini genel pratisyen aracılığıyla uzman hizmetine ulaşabilmesi için bir fırsat olarak kabul edilen bir etik ilke haline gelmiş, böylelikle sağlık sektöründe birbirleriyle çıkar çatışması yaşayan doktorlar yerine uzmanlar ve genel pratisyenler arasında bir denge kurulmuştur. Sevk uygulamasında benimsenen ilkeler, "Hastanelere hakim olan doktorlar ve

cerrahlar” ile “Hastalara hakim olan genel pratisyenler” olmak üzere iki alanın dayanışmasını sağlamıştır. (Şekil 1)



Şekil 1: Gelişmiş Devletlerde Sevk Sisteminin Tarihsel Süreci

Kaynak: Bossyns, 2006

Teknolojinin hızla büyümesi ve sağlık hizmet maliyetlerinin yükselmesi ve tıpta uzmanlaşmanın öneminin artmasıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi de ön plana çıkarmıştır. Etkin ve verimli sağlık hizmeti sunumu için dünyada genel kabul gören yapı, hizmetlerin basamak sistemi ile sunulmasıdır. 1978 Alma Ata Konferansı'nda "2000 yılında herkese sağlık" sloganı benimsenmiş ve temel sağlık hizmetlerinin sistem içindeki önemine dikkat çekilmiştir (Kılavuz, 2010). Ayrıca, sağlık sorunlarının %85-90'nın birinci basamakta çözülebileceği vurgulanmıştır (Başol, 2015). Basamaklı sağlık sistemlerinin işlevsel olabilmesi için sevk zinciri büyük önem taşımaktadır. DSÖ, özellikle yüksek maliyetli ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinin kontrol altına alınması için sevk sistemlerini tavsiye etmektedir. Sağlık sektörü, diğer sektörlerden farklı özelliklere sahiptir. Hastalık ve sakatlık durumlarının ne zaman, nerede ve nasıl karşılaşılabileceğinin bilinmemesi, sağlık hizmetlerinin finansal yapısında belirsizliğe yol açmaktadır. Sağlık hizmetleri genellikle kâr amacı gütmeyen sosyal hizmetlerdir. Bu

nedenle maliyet, fayda ve kârlılık gibi piyasa ekonomisi kavramları sağlık sektöründe farklı anlam kazanmaktadır. Sağlık hizmetleri ertelenemez, acil ve uzmanlaşma gerektiren hizmetlerdir. Ayrıca hizmet alanlar genellikle hizmet sunanlara bağımlıdır (Akman ve Tarım, 2020). 2003 yılında Türkiye'de uygulamaya konulan SDP ile sağlık politikalarında köklü değişiklikler yapılmıştır. Sağlık sektörünün insan kaynakları, fiziki altyapısı, organizasyonu, finansmanı ve hizmet sunum süreçleri yeniden düzenlenmiştir. Aile hekimliği modeli, bu programın temel unsurlarından biri haline gelmiştir ve Türk sağlık sisteminin tarihsel gelişim sürecinde önemli bir yer edinmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetleri üç basamaklı bir sistemle sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerini ve aile sağlığı merkezlerindeki ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerini kapsar. İkinci basamakta hastaneler tarafından ayaktan ve yatarak tedavi hizmetleri sunulurken, üçüncü basamak özel dal hastaneleri, eğitim hastaneleri ve üniversite hastanelerinden oluşur (Tırpan, 2010).

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin İlk Aşaması: 1.Basamak

Türkiye’de Refik Saydam’ın öncülüğünde dikey bir teşkilatlanma benimsenmiş ve 20. yüzyılın ortalarına kadar devam etmiştir. Bu dönemde trahom, cüzzam, sıtma, tüberküloz gibi salgın hastalıklara karşı mücadele çalışmaları başlatılmıştır. Nusret Fişek ile 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası gündeme gelmiş ve bu yasanın 1963 yılında yürürlüğe girmesi ile “Sağlık Ocağı” uygulaması Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri teşkilatlanmasının temelini oluşturmuştur (Öcek ve Soyer, 2007). Ebeler ve pratisyen doktorlar birincil hizmet sunucuları olarak görevlendirilmiştir. Verilecek hizmet, bütüncül bir bakış açısıyla tasarlanmıştır. Yani koruyucu, önleyici, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin bir arada sunulması kararlaştırılmıştır. Bu hizmetlerin bir kamu hastanesinde kişilere ücretsiz olarak sunulması sağlanılmıştır (Öcek ve Çiçeklioğlu, 2013). Bu yasanın önemli özelliklerinden biri de sağlık hizmetlerinin basamaklı bir şekilde tasarlanmış olmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri “İlk başvuru yeri” olarak belirlenmiştir. Birinci basamak doktoru, literatürde “Gatekeeper” olarak da bilinen “Kapı Tutucu” görevindedir. Kapı tutucular, hastanın sağlığıyla ilk olarak ilgilenen ve ihtiyaç duyulduğunda üst bir kuruma sevk eden doktorlardır. Ancak Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile getirilen zorunlu sevk sistemi tam olarak hayata geçirilmemiş ve kısa bir süre sonra uygulamadan kaldırılmıştır (Top, 2016).

1978’de Alma-Ata ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetleri daha kapsamlı hale getirilmiştir. Ortaya çıkan “Sağlık Reformu” tartışmaları, birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerçekleşen eşitsizlikleri azaltmak adına aile hekimliği temelli yaklaşım önem kazanmıştır. 1980 sonrası dönemde sağlık politikasının genel çerçevesi, 1982 Anayasası’nın “Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” başlıklı 56. maddesiyle belirlenmiştir. Bu maddede, “Herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama

hakkına sahip olduğu” ifade edilmiştir. Ayrıca, devletin bireylerin yaşamlarını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürebilmesi için gerekli düzenlemeleri yapması, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayarak hizmet sunumunu organize etmesi gerektiği belirtilmiştir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik olarak genel sağlık sigortasının kanunla kurulabileceği hükme bağlanmıştır. Devletin, sağlık hizmetlerini kamu ve özel sektör iş birliğiyle sunup denetleyeceği de aynı maddede vurgulanmıştır. Bu düzenlemeler, sağlık sisteminde merkezileşme çabalarını ortaya koymaktadır.

1983 sonrası dönemde ise sağlık hizmetlerinin arzında çok başlı bir yapı oluşmuştur. Bu dönemde sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Sosyal Sigortalar Kurumu’na (SSK) bağlı hastaneler, klinik ve tedavi hizmetleri sağlayan üniversite hastaneleri, askeri hastaneler gibi kamu kuruluşlarına ait sağlık tesisleri, özel sektör sağlık kuruluşları ve bireysel hekim muayenahaneleri aracılığıyla sunulmuştur. Sağlık sisteminde “Kapsayıcı sağlık sistemi” modelinden “Refah odaklı sağlık sistemi” modeline geçiş süreci başlatılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu değişim, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ön planda olduğu, sağlık hizmetlerine erişimde bireysel harcamaların arttığı bir dönemi de beraberinde getirmiştir. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinin temel ilkelerini düzenleyen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu yürürlüğe girmiştir. Uluslararası kuruluşlarca hazırlanan raporlar ve ulusal sağlık kongrelerinde geliştirilen öneriler esas alınarak “Milli Sağlık Politikası” adlı nihai doküman oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Bu politika, 2000 yılı için belirlenen “Herkesin Sağlık” hedefi doğrultusunda şekillendirilmiş ve koruyucu hekimlik ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel amaçlarından biri olarak benimsenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Genel sağlık sigortasının (GSS)’nin hayata geçirilmesine

yönelik adımlar 1990'lı yıllarda hız kazanmıştır. 1992 yılında çıkarılan 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Karşılansısı Hakkında Kanun” ile düşük gelirli bireylere yeşil kart verilerek sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanma imkanı sağlanmıştır. Türk sağlık sisteminde 2000'li yıllara kadar yapılan reformlar iki temel konuya odaklanmıştır: Sosyal güvenlik kurumlarının tek bir çatı altında toplanarak GSS sisteminin oluşturulması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği modeli çerçevesinde geliştirilmesidir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2003).

2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP, Cumhuriyet tarihi boyunca sağlık sisteminin geliştirilmesine yönelik reform ve projelerin bir devamı niteliğinde olup, yeni bir anlayışla sağlık politikalarının belirlenmesi ve sistemin yeniden yapılandırılması amacı taşımaktadır (Dağlaraştı, 2020). Bu program, Türk sağlık sistemini “Tamamen baştan” kurmayı değil, mevcut yapıyı koruyarak, tüm paydaşların katkısıyla hedeflere ulaşmayı amaçlayan bir dönüşüm süreci olarak tanımlanmıştır (Dağlaraştı, 2020). Program, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adil bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunumunu temel alan bütüncül bir politika üzerine inşa edilmiştir. Programın temel ilkeleri arasında insan odaklılık, sürdürülebilirlik, kalite iyileştirme, katılımcılık, uzlaşma, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet yer almaktadır (Dağlaraştı, 2020).

SDP, birbiriyle ilişkili sekiz temel bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenlerden özellikle "Genel sağlık sigortası" (2. bileşen) ve "Yaygın, kolay erişilebilir sağlık hizmeti sistemi" (3. bileşen), programın ana eksenini oluşturmuştur. SDP programının en kapsamlı çalışmaları, 3. bileşen kapsamında yapılmış ve bu bileşen altında üç alt başlığa yer verilmiştir: “Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği”, “Etkili ve kademeli sevk sistemi” ve “İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri”

(Dağlaraştı, 2020). Bu kapsamda aile hekimliği modeli, bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerini bireyin seçtiği hekimler üzerinden sunmayı hedeflemiştir. Ayrıca, birey ve doktor arasında kurulacak yakın ilişkinin, sağlık eğitiminin güçlendirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynayacağı belirtilmiştir (Dağlaraştı, 2020).

Aile hekimliği modeliyle birinci basamak hekimlerinin sağlık kayıtlarını tutması, kontrol, takip ve risk analizlerinin etkin şekilde gerçekleştirilmesini sağlayarak halk sağlığı hizmetlerinin daha etkili bir şekilde yürütülmesine katkı sağlayacağı ifade edilmiştir (Dağlaraştı, 2020). SDP, 1960'lı yıllarda temelleri atılan sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu sistemini daha etkin hale getirmek için yeniden yapılandırmayı ve güçlendirmeyi hedefleyen bir dönüşüm programı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye’de 1.Basamak Sağlık Hizmetleri Aile Hekimliği Modeli

SDP’nin Türk sağlık sistemine en belirgin katkılarından biri, birinci basamak sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirdiği değişikliklerdir. Bu çerçevede oluşturulan aile hekimliği modeli, SDP’nin en önemli yeniliklerinden biri olarak öne çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020c). Modern aile hekimliği, entegre sağlık hizmetlerinin en basit şekli olarak görülmüş ve sağlık hizmetlerini coğrafi açıdan dengeli bir şekilde toplumun tüm bireylerine ulaştırmayı hedefleyen bir değişim olarak değerlendirilmiştir (Taşdemir, 2021). Bu yaklaşım, DSÖ’nün “Herkes için sağlık” anlayışıyla da uyumludur. Türkiye’deki aile hekimliği modeli, ulusal ihtiyaçlar ve koşullar dikkate alınarak, diğer ülkelerdeki uygulamalardan esinlenmekle birlikte Türkiye’ye özgü bir yapı olarak geliştirilmiştir (Taşdemir, 2021). Aile hekimliği konusu, SDP’den çok önce Türkiye’nin gündemine girmiştir. Örneğin, 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde aile hekimliği uzmanlık alanı olarak yer almış

ve 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'deki eğitim hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır (Bulut, 2017).

Ayrıca, Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından 1993 yılında alınan kararla, tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dalları kurulmuştur (Teşkilatı D.P, 2001-2005). 1990 yılında kabul edilen "Ulusal Sağlık Politikası" kapsamında, kırsal alanlarda sağlık evlerinin kurulması ve kentlerde küçük nüfus bölgelerine dayalı aile hekimliği modelinin oluşturulması planlanmıştır. Bu sistemde aile hekimlerinin, bireylere koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetleri sunması öngörülmüştür (Shi, 2012). Aile hekimliğinin profesyonel bir meslek olarak örgütlenmesi ise 1990 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin kurulmasıyla gerçekleşmiştir (Teşkilatı D.P, 2001-2005).

Planlı dönemde aile hekimliğiyle ilgili ilk adım, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1996-2000) yer almıştır. Ancak bu dönemde hazırlanan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Yasa" taslağı uygulamaya geçirilememiştir (Shi, 2012). Aile hekimliği ilk kez 1999 yılında 55. Hükümet Programı'nda yer bulmuştur. 2001-2005 dönemi için hazırlanan VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise aile hekimliği, temel sağlık hizmetleriyle birlikte koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek hayata geçirilmesi planlanan bir sistem olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, kırsal bölgelerdeki sağlık personelinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği modelinin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir (Shi, 2012). 2003 yılında açıklanan SDP ile aile hekimliği modelinin hayata geçirilmesi için ilk adımı oluşturmuştur. Uzman aile hekimi sayısının yetersizliği göz önüne alınarak, uygulamanın tüm ülkede aynı anda başlatılması yerine önce pilot uygulamalar yapılmış ve bu süreçte

kademeli bir yaygınlaşma stratejisi benimsenmiştir.

2004 yılında yürürlüğe giren 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile pilot uygulamanın yasal zemini oluşturulmuş ve ilk uygulama 2005 yılında Düzce'de başlamıştır. Takip eden yıllarda, diğer iller kademeli olarak sisteme dahil edilmiş ve 2010 yılı itibarıyla aile hekimliği 81ilin genelinde uygulanmaya başlanmıştır (Taşdemir, 2021).

2011 yılında, 5258 sayılı Kanun'un adı "Aile Hekimliği Kanunu" olarak değiştirilmiştir (Teşkilatı D.P, 2001-2005).

Uygulama süreci 25 Ocak 2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile desteklenmiştir. Yönetmelikte aile hekimi ve sağlık personelinin temel görev amacı şu şekilde tanımlanmıştır: "Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacıyla aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını belirlemek" (m.1). Yönetmeliğin 4. maddesi olan "Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları" başlığı altında, aile hekimlerine doğrudan sağlık hizmeti sunmanın ötesinde pek çok sorumluluk yüklenmiştir.

Buna göre, aile sağlığı merkezlerinin yönetimi, ekip üyelerinin eğitimi ve denetimi gibi görevlerin yanı sıra, kayıtlı bireylerin genel sağlık durumlarını kapsayan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip yaklaşımıyla sunmaları beklenmektedir. Bu kapsamda aile hekimine toplamda 17 farklı görev ve sorumluluk atanmış olup, son maddede "kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yerine getirme" gibi ucu açık bir yükümlülük de eklenmiştir.

Tablo 1: Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı, Sağlık Bakanlığı, 2023

	Hastaneler	Aile Hekimliği Birimi	Diğer Kurumlar	Toplam
Uzman Hekim	52.496	3.046	1.744	57.286
Pratisyen Hekim	17.776	23.357	7.722	48.855
Asistan Hekim	25.621			25.621
Toplam Hekim	95.893	26.403	9.466	131.762
Toplam Diş Hekimi	6.320		6.554	12.874
Eczacı	4.278		483	4.761
Hemşire	158.721	11.346	7.700	177.767
Ebe	33.470	11.667	11.042	56.179
Diğer Sağlık Personeli	124.373	1.717	62.285	188.375
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	235.799	19.896	27.930	283.625
Toplam Personel	658.854	71.029	125.460	855.343

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023

Tablo 1’de belirtildiği gibi, Türkiye’de aile hekimliği birimlerinde çalışan 71.029 işgücü bulunmaktadır. Aile hekimliği birimlerinde çalışan personel sayısı, toplam (855.343) sağlık iş gücünün %9’nu oluşturmaktadır. Aile hekimliği birimlerinde çalışan en yüksek işgücü sayısı 26.403 kişi ile doktorlardır. Bu doktorların ise en büyük dilimini %8,3’lük oranla pratisyen doktorlar oluşturmaktadır. Aile hekimleri (26.403) toplam hekimler (131.762) içindeki payı %20’dir. Doktorlardan sonra, ebeler (11.667 kişi) ve hemşireler (11.346 kişi) yer almaktadır. Aile hekimliğinde çalışan ebe ve hemşirelerin toplam çalışan sayısı içindeki payı sırasıyla %20,7 ve %6,3’tür. Dolayısıyla, ebeler hem sayısal hem de oransal olarak aile hekimlerine yardımcı olan ana meslek grubu olarak görülmektedir.

30 Ekim 2024 32707 Sayılı Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

30.11.24 tarihli ve 32707 sayılı yönetmelik değişikliği ile aile hekimlerinin hasta sayısı 4000’den 3500’e düşürülmüştür. Ancak doktor başına düşen kişi sayısının azalması, **Sağlık Sisteminde: Sevk Sisteminin Rolü ve Önemi**

Sağlık sistemlerinde, sevk sistemleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden

maaşlarda da düşüşe yol açmaktadır. Ayrıca zorunlu memnuniyet anketleri, olumsuz yorumların maaşları etkileyebileceğini göstermektedir. Reçetelerde antibiyotik, ağrı kesici ve mide koruyucu ilaçlar için kota getirilmiş; aşılması durumunda teşvik ödemesi yapılmayacaktır. Aile hekimlerinin maaşı, hastaların sağlık kuruluşlarına 6 ay içinde gitmemesi veya yılda 7’den fazla başvurması durumunda kesilecektir. Bürokratik işler de artırılmıştır. Bu değişikliklere karşı aile hekimleri, 05.11.24-07.11.24, 02.12.24-06.12.24 ve 06.01.25-10.01.25 tarihlerinde iş bırakma eylemleri yapmıştır. Türk Tabipler Birliği (TTB) beş talep sunmuştur:

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sağlanması.
2. Aile sağlık merkezlerinin sayısının artırılması ve yeterli zaman ile olanak sağlanması.
3. Güvenceli istihdam ve ASM çalışanlarının maaşlarının artırılması.
4. Sağlık çalışanlarına insanca yaşamaya yetecek maaş ödenmesi.
5. Sağlıkta şiddetin önlenmesi için etkin yasalar çıkarılması

faydalanacak hasta sayısını, basamaklar arası hasta hareketliliğinin seviyesini ve hasta tarafından ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin nerede ve kim tarafından verileceğini

belirtmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından yürütülen bu süreç sağlık sistemine olumlu katkılar sağladığı gibi, aynı zamanda sağlık sistemlerinin yapımında bir "köşe taşı" olarak da bilinmektedir (T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023). Türkiye'de basamaklı sağlık hizmetlerinde birinci basamağın temel işlevlerini yerine getirmesini sağlamak için bazı düzenlemeler yapılmıştır. Sevk sisteminin ilk ayağı aile hekimliği modelidir. Etkili bir sevk sisteminin işleyişi, aile hekiminin hastanın güvenini kazanmasına başlamaktadır. Aile hekimin sunmuş olduğu hizmet bu güvenin oluşmasında kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, hasta memnuniyetini sağlayan bir aile hekimi uygulaması, performans gösteren bir sevk sistemi için ilk koşuldur.

Hastanelerin poliklinikleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sorunlarına cevap verilebilecek hastalarla doludur. Bu doluluk hem gereksiz masraflar üretmekte

hem de hastanelerde verilen hizmetin kalitesini düşürmektedir. Ek olarak, bilinen en büyük hatalardan biri, sevk sisteminin tek yönlü olarak düşünülmesidir. Aslında sevk sistemi, gerekli olduğu varsayılan hastaları ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilmesiyle beraber, gerekli teşhis ve tedaviler yapıldıktan sonra hastanın durumunun takip edilmesi ve bakımın devamı için alt seviyedeki birimlere geri göndermektedir (Dağlaraştı, 2020).

Belirtilen sevk sistemi Türkiye'de uygulanmamaktadır. Uygulanmamasının en büyük nedenlerinden biri, sevk sisteminin zorunlu olmamasıdır. Bu sebeple, sevk zincire dahil olmak istemeyen hastalar, doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurabilmektedirler. Sevk sisteminin olmamasının, sağlık kurumlarına yönelik başvuruları nasıl etkilediği aşağıdaki Tablo 2'de gösterilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007).

Tablo 2: Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, 2023

	Hekime Müracaat	Kişi Başı Hekime Müracaat
	Hekime Müracaat	Kişi Başı Hekime Müracaat
Aile Hekimliği	416.806.846	4,9
Verem Savaş Dispanseri	801.314	0,05
ÇEKÜS*	219.162	
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	2.511.557	
Özel Poliklinikler	782.357	
Birinci Basamak Toplamı	421.121.236	4,9
Özel Tıp Merkezleri	14.872.035	0,2
Hastaneler	537.525.816	6,3
Sağlık Bakanlığı	424.550.715	5
Üniversite	45.534.172	0,5
Özel	67.440.929	0,8
İkinci ve Üçüncü Basamak Toplamı	552.397.851	6,5
Genel Toplam	973.519.087	11,4

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2023

Tablo 3: Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, 2023

	2002	%	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	%35.8	269.073.571	%34.3	288.101.866	%35.4	253.119.935	%42.1	245.525.320	%36.3	340.713.218	%39.8
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.561	%64.1	513.441.633	%65.6	524.801.756	%64,5	347.141.196	%57.8	430.126.870	%63.6	513.615.106	%60.1
Genel Toplam	208.966.149		782.515.204		812.903.622		600.261.131		675.652.190		854.328.324	

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2023

Tablo 3’deki oranlar incelendiğinde, 2002-2019 yılları arasında birinci basamak toplam hekime müracaat oranlarında 4 katı bir artış görülürken 2020 – 2021 yıllarında oranda düşme yaşanmıştır. 2022 yılında oran tekrardan yükselmeye başlamıştır. 2 ve 3. Basamak toplam hekime müracaat oranlarında 2002 – 2019 yılları arasında 1.basamakta olduğu gibi 4 katı bir artış görülürken 2019 – 2020 yılların da ise %32 oranında düşme saptanmıştır. 2021 – 2022 yıllarında oran tekrardan yükselmeye başlamıştır. Tablo 2-3’de belirtildiği üzere hastanelere yapılan müracaat sayısının birinci basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatın %43 olduğu görülmektedir. İkinci ve üçüncü basamakta ise %56’lık oran görülmektedir.

Sevk sisteminin olmaması, bireylerin doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönelmesine yol açmakta ve bu durum, sağlık sistemine ciddi bir yük getirmektedir. Aile hekimliği modeli ve SDP kapsamında hedeflenen “etkili, kademeli sevk sistemi” ile hastanelerle entegre bir sağlık hizmeti sunulması amaçlanmış, böylece daha az sayıda hastanın üst basamaklara sevk edilmesi sağlanmak istenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007). Zorunlu sevk sisteminin ilk adımı, 2008 yılında Denizli, Bayburt, Isparta ve Gümüşhane illerinde başlatılmıştır. Bu sistemle birinci basamaktan ikincil ve üçüncül

sağlık hizmetlerine sevk zorunluluğu getirilmiş ve sevklerin %15’i aşarsa aile hekimlerinin maaşından kesinti yapılacağı belirlenmiştir (Resmi Gazete, 2008). Ancak sistemde yaşanan aksaklıklar ve aile hekimlerinin iş yükündeki artış nedeniyle 2008’de Anayasa Mahkemesi tarafından bu uygulama iptal edilmiştir (Akman, 2014).

Sevk sisteminin durdurulması, birinci basamağın güçlendirilmesindeki gecikmeyi derinleştirerek üst basamak sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı artırmıştır. Ayrıca sevk sisteminin eksikliği, birinci basamaktaki hizmetlerin finansal etkinliğini olumsuz etkilemekte ve aile hekimlerinin sağlık hizmetlerin koordine etmesini zorlaştırmaktadır.

Bu sebeple, sevk sisteminin etkili bir şekilde uygulanabilmesi, birinci basamağın güçlendirilmesi ve aile hekimliği modelinin etkin şekilde hayata geçirilmesine bağlıdır. Sağlık Bakanlığı, sevk sisteminin önemini vurgulamaya devam etmiş ve 2010-2014 ile 2014-2017 stratejik planlarında bu hedeflere yer verilmiştir. 2014 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, sevk sistemine yönelik çalışmalar başlatmış ve 2017’de uygulamaya koyulması planlanmıştır. Ancak aile hekimliği sayısının yetersizliği, sağlık okuryazarlığının düşük olması ve aile sağlık merkezlerinin sınırlı kapasitesi gibi nedenlerle

sevk sistemi istenilen düzeyde uygulanamamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Bakanlığı, 2012).

2018 yılı itibariyle, Sağlık Bakanlığı sevk sistemini yeniden gündeme almış ve pilot uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Bu pilot

çalışmalar, Malatya, Edirne, Bartın ve İstanbul/Silivri illerinde tamamlanmış; hedef, aile hekimliği modelini güçlendirerek üst basamak sağlık hizmetlerine başvuruları azaltmak olmuştur. Ancak aile hekimliği sayısının yetersizliği ve çeşitli yapısal sorunlar nedeniyle sistemin uygulanabilirliği sınırlı kalmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

SONUÇ

Sevk sistemi, bireylerin sağlık sorunlarını öncelikle Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında çözmesini, burada mümkün olmayan durumlarda ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmesini amaçlar. Bu yaklaşım, halk sağlığını koruma ve erken teşhisle tedavi süreçlerini daha etkili hale getirme hedefini taşımaktadır. Geçmişte Sağlık Ocakları, Anne-Çocuk Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri bu hizmeti sunmaktaydılar. Ancak altyapı yetersizlikleri ve tanıya yönelik olanakların geliştirilmemesi nedeniyle halk bu merkezlere güvenmemiş, doğrudan üst basamak sağlık kuruluşlarına yönelmeyi tercih etmiştir. Türkiye’de sevk sistemi, 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile resmi bir politika haline gelmiştir. Bu kapsamda Sağlık Ocakları kurulmuş, doktor ve sağlık personeli sayısının artırılması hedeflenmiştir. Bu sayede özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli başarılar elde edilmiştir. 2004 yılında SDP ile sağlık sisteminde köklü reformlar gerçekleştirilmiş, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması

Hakkında Kanun ile Aile Hekimliği Modeli hayata geçirilmiştir. Bu modelle kamu hastaneleri tek çatı altında toplanmış, GSS yürürlüğe girmiştir. Aile hekimleri, teşhis ve tedavi süreçlerinde aktif rol alarak hastaları gerektiğinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirmektedir. Sevk sistemi zorunlu tutulmasa da pilot uygulamalarda denenmiş, ancak ASM’lerin bu yükü kaldıramayacağı anlaşılarak kısa sürede vazgeçilmiştir. Sevk sisteminin etkin çalışabilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi olanaklarının güçlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca laboratuvar ve tetkik imkanlarının artırılması, hastaların yalnızca test yaptırmak için üst basamaklara yönelmesini önleyebilmektedir. Halkın bu hizmetlere güven duyması ve çözümün birinci basamakta sağlanabileceğine inanması da kritik önem taşımaktadır. Sonuç olarak, sevk sisteminin etkili işleyebilmesi, güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetleri ve halkın bu sisteme duyduğu güvenin yeniden kazanılmasıyla mümkün olması beklenmektedir.

KAYNAKLAR

Akman E, Tarım M. (2020). Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. *Usaysad*, 6(2):303-31

Akman,M.(2014). Türkiye’de birinci basamağın gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 70-78.

Aytekin S. (2012). The evaluation of the family medicine practice effects on health care expenditures in Turkey. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,(9),33-44

Başak O. (2007). Stepped health service delivery and primary health care. *Turkish Journal of Family Practice*, 11(3), 135-139.

Başol E. (2015) Gelişmekte olan ülkelerde strateji: Sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, (4)8, 128-140.

Bossyns P. (2006) .The Referral system: a Neglected Element in The Health District Concept. Eight Years Field Research in Rural Niger. *Vrije Universiteit Brussel*, p.285 <http://www.uonn.org/wp-content/uploads/2016/08/Thesis-P-Bossyns-Niger-2006.pdf>.

Bulut S.(2017). Aile hekimlerinin zorunlu sevk zinciri uygulaması hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi, (doktora tezi), *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara. s.217

Dağlaraştı C. (2020). Türkiye’de aile hekimliği kurumu: aile hekimliği çalışanlarının statüsü, hakları, yükümlülükleri ve sorumlulukları. *Adalet Yayınevi*.s336

Kılavuz E.(2010). Sağlık harcamalarındaki artış ve temel bakım hizmetleri. Erciyes Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (1)29, 173-192.

Öcek Z, Çiçeklioğlu M. (2013).Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? *Türk Tabipler Birliği Yayınları*,s.185

Öcek Z, Soyer A.(2007). Birinci basamak sağlık hizmetleri birikimimiz: 2000-2004 Türkiye fotoğrafı. Ankara: *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*.s.57

Resmi Gazete. Anayasa Mahkemesi Kararı, 2008 (Esas sayısı: 2005/10, Karar sayısı: 2008/63, Karar Günü: 21.2.2008), <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/11/20081107-8.htm>

Shi L. (2012). The impact of primary care: a focused review. *Scientifica*, (1), 432-892.

T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Plan https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/9843/0/saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf?_tag1=732DB6BBC0692DEE6FC458B05035CFCDB14F1F97.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). Sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011), <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/453>

T.C. Sağlık Bakanlığı (2007). Nereden nereye Türkiye sağlıkta dönüşüm programı Kasım 2002 - Haziran 2007, <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/180>

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de aile hekimliği, 2020c <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tr-aile-hekimligi.html>.

T.C.Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü .Sağlık istatistikleri yıllığı 2023 haber bülteni. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-105979/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-haber-bulteni.html>

T.C.Sağlık Bakanlığı. Faaliyet Raporu, 2018. Yayın No: 1121.s.196 <https://sgb.saglik.gov.tr/TR-61530/faaliyet-raporlari.html>.

Taşdemir Y. (2021).Türk hukukunda aile hekimliği sistemi ve aile hekiminin işveren sıfatına ilişkin bir inceleme. Maltepe Üniversitesi, *Hukuk Fakültesi Dergisi*. (2), 261-296.

Taşkılatı D. P. Uzun vadeli strateji ve sekizinci beş yıllık kalkınma planı 2001-2005. S.252

Tırpan K. (2010). Birinci basamak ve geriatri ilişkisi. *Akademik Geriatri*, s.5

Top, M. Türk Sağlık Sistemi 2016. https://www.academia.edu/2923094/T%C3%BCrk_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sistemi_ve_Politikalar%C4%B1.

World Health Organization, The World Health Report 2000. Health systems: improving performance <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>.