

MERKEZİ HASTANE RANDEVU SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI

Dr. Mustafa Kemal KÖRDEVE

kemal.kordeve@gedik.edu.tr

Belma Uzun

belma.uzun@gedik.edu.tr

Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal

erdinc.unal@okan.edu.tr

Özet

Ülkemizde 2003 sağlıkta dönüşüm programı ile beraber birçok yeni uygulamaya geçilmiştir. Bu uygulamalardan birisi de Merkezi Hastane Randevu Sistemidir (MHRS). İlk defa 2010 yılında uygulanmaya başlayan ve telefon ve internet üzerinde hastane randevularını düzenleyen bu sistem büyük bir öneme sahiptir.

Bu çalışmanın amacı MHRS'nin kullanıcılar tarafından verimli kullanılıp kullanılmadığını araştırmak ve sistemin aksayan yönlerini tespit etmektir. Aynı zamanda MHRS kullanımının yaş, cinsiyet ve eğitim değişkenleri ile arasında ilişki olup olmadığını tespit etmektir. Bu amaçla toplam 25 sorudan oluşan bir anket uygulaması yapılmıştır. Anket soruları 5'li Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. 2017 mart-mayıs ayları arasında gerçekleştirilen çalışmaya toplam 187 kişi katılmıştır. Yapılan analizler sonucunda cinsiyet ve eğitim değişkenleri ile MHRS uygulamaları arasında %99 güven aralığına göre ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Merkezi Hastane Randevu Sistemi, hasta, randevu

A FIELD INVESTIGATION ON THE CENTRALIZED DOCTOR APPOINTMENT SYSTEM

Abstract

In Turkey, it has been introduced many new applications with the 2003 health transformation program. One of these applications is Centralized Doctor Appointment System (CDAS). This system which was first implemented in 2010 and regulates hospital appointments over the telephone and internet have very important.

The purpose of the study is to investigate whether CDAS is being used efficiently by the users and to determine the defective aspects of the system. at the same time, the aim of study was to determine whether there is a relationship between CDAS with age, sex and education. For this purpose a questionnaire which consist of 25 questions was made. The survey questions were prepared according to the Five Point Likert Scale. The survey that has been done between March and May 2017 was participated 187 person. As a result of the analyzes, the relationship between gender and educational variables and CDAS was determined according to 99% confidence interval.

Key words: Centralized Doctor Appointment System, patient, appointment

GİRİŞ

Hastaların randevularına zamanında gelmeleri hasta ve sağlık kuruluşları için önem arz etmektedir (Yüce ve ark., 2006). Bu önemi nedeniyle sağlık kuruluşunca kullanılacak bilgi ve yönetim sistemlerinin hatasız olması gerekmektedir (Yılmaz ve Demirkan, 2012). Diğer bir ifadeyle kaliteli bir sağlık sisteminin oluşumunu sağlamak için öncelikle iyi bir bilgi sistemi oluşturulmalıdır (Terlemez, Şahin ve Dilek, 2014). Ülkemizde daha etkin ve verimli bir şekilde sağlık hizmetlerine ulaşılabilmesi için 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Projesi yürürlüğe konulmuştur (Özata, 2009).

Bu programla tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınarak sigortasız kimsenin kalmaması, Aile hekimliğini sistemine geçilmesi, personel temini problemi olan yerlerde sözleşmeli personel alımı yapılması, performans dayalı döner sermaye sistemine geçilmesi, SSK, Bağ-Kur ve emekli sandığının aynı çatı altında birleştirilmesi hedeflenmiştir (Erençin ve Yolcu, 2008). Bununla birlikte akılcı ilaç ve malzeme yönetimi ile sağlık bilgi sisteminin kurulması (Özata, 2009) sağlıkta dönüşüm programının diğer bileşenlerini oluşturmaktadır.

Bu hedefler doğrultusunda 2005 yılında tüm SSK'lılara devlet hastanelerine ve eczanelere erişim hakkı tanınmıştır (Koçak ve Tiryaki, 2011), program kapsamında kısa süre içerisinde ülke genelinde sağlık sigortalı oranının %87'lere çıktığı ifade edilmiştir (Elbek ve Adaş, 2009). Dönüşümle birlikte 2005 yılından itibaren aile hekimliği uygulamasına geçilmeye başlanmıştır (Durduran ve ark, 2012).

Bu program kapsamındaki çalışmalardan birisi de Merkezi Hastane Randevu Sistemidir (MHRS). Sağlık bakanlığı 2003 sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde tüm hastanelerde otomasyon sistemine geçilmesi ile birlikte öncelikle Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemi, Ulusal Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi, İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Sistemleri hayata geçirilmiştir (Ak, 2009). MHRS, vatandaşların Sağlık Bakanlığına bağlı 2 ve 3. basamak Hastaneler ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri için 182 MHRS Çağrı Merkezini arayarak canlı operatörlerden (www.tkhk.gov.tr) veya www.mhrs.gov.tr sitesinden, üye olarak elde edecekleri şifrelerle, kendilerine istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir uygulamadır. Uygulama ile vatandaşlar Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı bağlı hastanelerinden tercih ettikleri uzmanlık alanlarında istedikleri hekimden kendilerinin belirleyebileceği gün ve saate randevu alabilmektedirler. Bu sistem ilk defa 2010 yılında Erzurum ve Kayseri illerinde pilot bölge uygulaması olarak hayata geçirilmiştir. 2012 yılında ülke genelinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde uygulanmaya başlandı. 2013 yılında ise Aile Sağlığı Merkezleri de sisteme dahil edildi (www.mhrs.gov.tr) MHRS'nin kuruluş amacı sağlık personelinin ve sağlık kuruluşlarının daha etkili ve verimli bir şekilde hizmet vermesini sağlayarak sağlık politikalarının geliştirilmesine yardımcı olmaktır. Doğru kullanılacak bir randevu sistemiyle kimlere hangi hizmetlerin verileceği önceden planlanabilecek ve böylece hem daha etkin bir sağlık hizmeti verilecek hem de atıl hizmet kapasitesi minimuma indirilebilecektir.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışma İstanbul İlinde bulunan bir hastaneden hizmet alan hastalar üzerinde anket yöntemi ile yapılmıştır. Anket soruları araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır. Çalışma MHRS ile randevu alan hastaların MHRS'yi verimli kullanıp kullanmadıklarını araştırmak için yapılan nicel bir araştırmadır. Bu nedenle araştırmada anket uygulaması yapılmıştır. Anket soruları iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara ait demografik değişkenlere yer verilmiş olup; ikinci bölümde ise MHRS ile ilgili sorular sorulmuştur. Araştırmada 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır.

Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı MHRS'nin vatandaşlarca verimli kullanılıp kullanılmadığını araştırmak ve varsa sistemin aksayan yönlerini tespit etmektir. Bu amaçla anket uygulaması yapılmıştır. Katılımcıların cevaplarını 'Hiç

Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Fikrim Yok (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5)' şeklinde vermeleri istenmiştir. Anketler, "SPSS Statistics 22.0" programına girilerek analiz edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma zaman kısıtından ve yasal izin güçlüğünden dolayı 2017 Mart ve Mayıs aylarında bir hastaneden hizmet alan hastalar üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılım gönüllü olduğundan 187 kişi ile sınırlı kalmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

İstanbul İlinde bir hastanede yapılan araştırmaya 135 kadın, 52 erkek olmak üzere toplam 187 kişi katılmıştır. Katılımcılara ait demografik değişkenler aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 1. Katılımcılara ait demografik özellikler

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Yaş	18-27 Yaş	86	46,0	46,0
	28-36 Yaş	61	32,6	78,6
	37-47 Yaş	30	16,0	94,7
	48-57 Yaş	5	2,7	97,3
	58 Yaş ve üzeri	5	2,7	100,0
Cinsiyet	Kadın	135	72,2	72,2
	Erkek	52	27,8	100,0
Eğitim	İlköğretim	27	14,4	14,4
	Ortaöğretim	93	49,8	64,2
	Ön Lisans	30	16,0	80,2
	Lisans	31	16,6	96,8
	Yüksek Lisans ve üzeri	6	3,2	100,0
Medeni Durum	Evli	144	77,0	77,0
	Bekar	43	23,0	100,0
Aylık Gelir	1300-2000 TL	83	44,4	44,4
	2001-2700 TL	52	27,8	72,2
	2701-3400 TL	26	13,9	86,1
	3401-4100 TL	14	7,5	93,6
	4101 TL ve üzeri	12	6,4	100,0
Sosyal Güvenceniz	SSK	144	77	77
	Emekli Sandığı	18	9,6	86,6
	Bağ-Kur	16	8,6	95,2
	Sosyal Güvencem Yok	9	4,8	100,0
	Toplam	187	100,0	

Çalışmada katılımcılarla ilgili 7 soru, MHRS ile ilgili 18 soru olmak üzere toplam 25 soru sorulmuştur. Soruların madde analizi yapılmış ve anketin bütününe katkısı araştırılarak ortaya konulmuştur. Güvenilirlik testi sonucunda ölçek ,914 düzeyinde yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

Hipotezler

- H1:** MHRS'nin verimli kullanımı ile yaş arasında ilişki vardır.
- H2:** MHRS'nin verimli kullanımı ile cinsiyet arasında ilişki vardır.
- H3:** MHRS'nin verimli kullanımı ile eğitim durumu arasında ilişki vardır.
- H4:** MHRS'nin verimli kullanımı ile medeni durum arasında ilişki vardır.
- H5:** MHRS'nin verimli kullanımı ile aylık gelir arasında ilişki vardır.
- H6:** MHRS'nin verimli kullanımı ile sosyal güvence arasında ilişki vardır.

Bulgular

Geliştirilen ölçek faktör analizi yapmak için uygun bulunmuştur. KMO değeri ,902 bulunmuş olup değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediğini sınavan Barlett's test anlamlılığı ($p=0,000$) faktör analizi yapmanın uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		
		,902
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1938,845
	Df	153
	Sig.	,000

Faktör analizi sonucu elde edilen faktör yükleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Hastaların MHRS'ye yaklaşımları, bulunan faktör bileşenleri arasındaki ortak yapılaraya göre Aşinalık Faktörü, Zamanlama Faktörü ve Problem Faktörü şeklinde isimlendirilmiştir.

Tablo 3. Faktör yükü tablosu

		Rotated Component Matrix ^a		
Faktör adı	Sorular	Component		
		1	2	3
Aşinalık Faktörü	S.1. Merkezi Hastane Randevu Sisteminden (MHRS) kolay bir şekilde randevu alabiliyorum.	,708		
	S.2. MHRS'den randevu almak için interneti kullanıyorum.	,575		
	S.3. MHRS'den randevu almak için telefonla arıyorum.	,519		
	S.5. MHRS'den gitmek istediğim hekimi seçerek randevu alabiliyorum.	,656		
	S.6. MHRS'den randevuyu kendim alıyorum.	,813		
	S.10. MHRS'den randevu aldığım hekime muayene olabiliyorum.	,739		
	S.11. MHRS'den nasıl randevu alındığını çok iyi biliyorum.	,809		
	S.12. MHRS'yi cep telefonumla aradığım zaman çağrı merkezindeki personel bana yeterince yardımcı oluyor.	,758		
	S.15. MHRS'nin kullanımı basit ve kolaydır.	,803		
	S.16. MHRS'ye internet ortamında 24 saat erişim sağlayabiliyorum.	,807		
S.17. MHRS'ye telefonla 24 saat ulaşabiliyorum.	,788			
S.18. MHRS'den randevu almak, hastaneden randevu almaktan daha kolay.	,822			
Zamanlama Faktörü	S.4. MHRS'den istediğim saat ve güne randevu alabiliyorum.		,547	
	S.9. MHRS'den randevu aldığım saatte muayene olabiliyorum.		,785	
	S.13. MHRS uygulanmaya başladıktan sonra hastanede sıra beklemiyorum.		,759	
Problem Faktörü	S.7. MHRS'den randevuyu arkadaşım veya yakınım yardımıyla alıyorum.			,765
	S.8. MHRS'den randevu almadan hastaneye gidiyorum.			,707
	S.14. MHRS'yi telefonla ulaşmada problem yaşıyorum.			,529
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				
a. Rotation converged in 7 iterations.				

Bu faktörlerin birbiriyle ve demografik değişkenlerle olan ilişkisini incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda %1 ve %5 anlamlılığa göre tablo 4'te görüldüğü üzere demografik değişkenlerle alt faktörler arasında birçok ilişki tespit edilmiştir. Buna göre; yaş ile aşinalık faktörü arasında zayıf, negatif yönlü bir ilişki ($r = -,163$; $p = 0,025 < 0,05$), yaş ile problem faktörü arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki vardır ($r = ,324$; $p = ,000 < 0,01$).

Cinsiyet ile aşinalık faktörü arasında zayıf, negatif yönlü ($r = -,257$; $p = ,000 < 0,01$); yaş ile problem faktörü arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki vardır ($r = ,264$; $p = ,000 < 0,01$).

Eğitim değişkeni ile aşinalık faktörü arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki ($r = ,182$; $p = 0,014 < 0,05$); aylık gelir ile problem faktörü arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki vardır ($r = ,182$; $p = ,013 < 0,05$ düzeyinde pozitif yönlü bir ilişki vardır).

Diğer demografik değişkenler ile alt faktörler arasında her hangi bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Bulunan bu ilişkilerin rastlantısal olup olmadığını anlamak için regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 4. Korelasyon Tablosu

		Yaş	Cinsiyet	Eğitim	Medeni Durum	Aylık Gelir	Sosyal Güvenceniz	Aşınalık Faktörü	Zamanlama Faktörü	Problem Faktörü
Yaş	Pearson Correlation	1	,426**	,068	-,142	,161*	-,015	-,163*	-,091	,324**
	Sig. (2-tailed)		,000	,353	,052	,028	,837	,025	,216	,000
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Cinsiyet	Pearson Correlation	,426**	1	,138	,001	,287**	,061	-,257**	,011	,264**
	Sig. (2-tailed)	,000		,059	,987	,000	,409	,000	,878	,000
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Eğitim	Pearson Correlation	,068	,138	1	,135	,430**	-,110	,180*	,037	,027
	Sig. (2-tailed)	,353	,059		,066	,000	,133	,014	,616	,709
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Medeni Durum	Pearson Correlation	-,142	,001	,135	1	-,038	-,074	,013	-,027	-,026
	Sig. (2-tailed)	,052	,987	,066		,606	,317	,862	,715	,719
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Aylık Gelir	Pearson Correlation	,161*	,287**	,430**	-,038	1	,097	,059	,001	,182*
	Sig. (2-tailed)	,028	,000	,000	,606		,188	,423	,986	,013
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Sosyal Güvenceniz	Pearson Correlation	-,015	,061	-,110	-,074	,097	1	-,206**	,025	,059
	Sig. (2-tailed)	,837	,409	,133	,317	,188		,005	,730	,419
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Aşınalık Faktörü	Pearson Correlation	-,163*	-,257**	,180*	,013	,059	-,206**	1	,000	,000
	Sig. (2-tailed)	,025	,000	,014	,862	,423	,005		1,000	1,000
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Zamanlama Faktörü	Pearson Correlation	-,091	,011	,037	-,027	,001	,025	,000	1	,000
	Sig. (2-tailed)	,216	,878	,616	,715	,986	,730	1,000		1,000
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Problem Faktörü	Pearson Correlation	,324**	,264**	,027	-,026	,182*	,059	,000	,000	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,709	,719	,013	,419	1,000	1,000	
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187

N 187 187 187 187 187 187 187 187 187

** . Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlıdır (2-tailed).

* . Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlıdır (2-tailed).

Hipotezlerin Değerlendirilmesi

Yapılan regresyon analizi sonucu elde edilen veriler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 5. Model Özeti

Model	R	R2	Düzeltilmiş R2	Tahminin Standart Hata
1	,391 ^a	,153	,125	,93543691

a. Belirleyiciler: (sabit), Sosyal Güvenceniz, Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Cinsiyet, Aylık Gelir

Bağımsız değişken olarak belirlenen eğitim, yaş ve cinsiyet, bağımlı değişken olan aşınalık faktörüne ait varyansı %15,3 düzeyinde açıklamaktadır.

Tablo 6. ANOVA^a

Model	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
Regresyon	28,492	6	4,749	5,427	,000 ^b
1 Kalan	157,508	180	,875		
Toplam	186,000	186			

a. Bağımlı Değişken: Aşınalık faktörü

b. Bağımsız Değişken: (sabit), Sosyal Güvenceniz, Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Cinsiyet, Aylık Gelir

Anova tablosunun anlamlılık sütunundaki değer ise söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin $p < 0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. $F(6,180) = 5,427$; $p < 0,017$

Tablo 7. Katsayılar tablosu

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		t	Sig.
	B	Std. Hata	Beta			
Sabit	,711	,341			2,088	,038
Yaş	-,089	,079	-,087		-1,129	,260
Cinsiyet	-,574	,175	-,258		-3,284	,001
Eğitim	,161	,076	,166		2,123	,035
MedeniDurum	-,075	,167	-,032		-,448	,655
Aylık Gelir	,076	,066	,092		1,156	,249
Sosyal Güvenceniz	-,184	,070	-,184		-2,626	,009

a. Bağımlı değişken: Aşınalık faktörü

Katsayı tablosunda, regresyon denklemi için kullanılan regresyon katsayılarını ve bunların anlamlılık düzeyleri görülmektedir. Buna göre bağımlı değişken olan aşınalık faktörü ile bağımsız değişken olan cinsiyet değişkeni arasındaki ilişki $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı iken aşınalık faktörü ile yaş, eğitim, medeni durum, aylık gelir ve sosyal güvence değişkenleri arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre H2 hipotezi kabul edilmiş olup H1, H3, H4, H5 ve H6 hipotezleri kabul edilmemiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin önemli bir sorunu da hastaların hizmeti alabilmek için geçirdikleri bekleme süreleridir (Salman ve Uydacı, 2011). İyi bir sağlık hizmeti alabilmek için bu sürenin minimuma indirilmesi önem arz etmektedir. Araştırmaya katılanların %54'ü MHRS uygulanmaya başladıktan sonra hastanede sıra beklemeden muayene olduğunu, %31,5'i bu görüşe katılmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %14,5'i ise fikrim yok demiştir.

Hasta memnuniyetinde etkili olan faktörlerden birisi de hasta kabul ve kayıt işlemlerinin hızlı bir şekilde yapılmasıdır (Özen, Çam ve Aslay, 2011). Bu da ancak iyi bir randevu sistemi ile gerçekleştirilebilir. İyi organize edilmiş ve zamanı iyi ayarlanmış bir randevu sistemi kayıt kabul işlemlerinin de iyi organize edilmesine yardımcı olacak ve hasta memnuniyetinin olumlu etkilenmesini sağlayacaktır. Araştırmada katılımcıların %58'i istediği gün ve saate randevu alabildiğini, %47'si ise randevu aldığı saate muayene olabildiğini ifade etmiştir. %38'i ise zamanında muayene olamadığını ifade etmiştir.

Genel anlamda sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte vatandaşların sistemden memnuniyet düzeyleri artmıştır (Özata, 2009). Buna karşın Bostan ve Çiftçi yaptıkları araştırmada sağlık çalışanlarının, sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarını kendileri açısından yeterince pozitif bulmadığını savunmuştur (Bostan ve Çiftçi, 2016). Araştırmada katılımcıların %56'sı sistemden randevu almada problem yaşamadığını ifade ederken, %24'ü problem yaşadığını belirtmiştir. Genel anlamda katılımcılar kolay randevu alabilmekte, istediği hekime ve güne randevu alabilmektedir. Hastaların önceden hekim ve muayene zamanı seçebilmesi hasta memnuniyetine de olumlu etki etmektedir.

Bununla beraber hastaların acil durum dışında bir rahatsızlık hissettikleri zaman poliklinik muayenesine gitmesi gereken durumlarda randevu problemi yaşayabilmektedir. Randevusu olmadığında muayene olamayan hastalar ise çözüm bekleyen en önemli sorunlardan biridir (Aydın ve ark., 2010).

Randevu sistemine yönelik bilgisi olmayan hastalar randevu almadan hastaneye gelmekte ve uzun süre sıra beklemektedirler (Karahan ve Gürpınar, 2009). Özellikle internet kullanıcı olmayan ve eğitimi düşük olan hastalarda bu sorunların yaşanması ihtimali daha yüksektir. Bu sorunun da eğitimle ve basın üzerinden yapılacak duyurularla minimuma indirilmesi önem arz etmektedir.

MHRS sisteminin uygulanması ile sağlık personeli de çalışma programını daha iyi ayarlayabilmekte ve sağlık hizmeti sunumunda daha az aksaklıklar yaşanmaktadır. Aynı zamanda hasta ile ilgili elektronik ortamda veri birikimi sağlandığından bu veriler daha kolay geri getirilebilmektedir. Başka bir çalışmada da sağlık çalışanları hastane bilgi sisteminin en çok fayda sağladığı alanların, bilgilere daha kolay ulaşma (%85,2), poliklinik hastalarına randevu verme olarak ifade etmiştir (Işık ve Akbolat, 2010).

Randevu sisteminin yanında alınan randevunun unutulmaması için bir veya birkaç gün önceden kısa mesaj gönderilerek hatırlatılmasıyla (Yüce ve ark., 2006) bu sistem daha etkin kullanılabilir.

Çalışmada katılımcıların % 53,5'i randevuyu internetten aldığını, %51,9'u ise telefonla randevu aldığını ifade etmiştir. İnternette randevu almanın artırılmasının hem zaman açısından fayda sağlayacağı hem de personel iş gücünün daha verimli kullanılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Sistemin yeni olması nedeniyle yeterli ve kapsamlı araştırmalar bulunmamaktadır. Merkezi hastane randevu sisteminin verimliliğini ölçen daha geniş katımlı araştırmaların yapılması sistemin daha verimli çalışmasına ışık tutması açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

Ak, B. (2009). Türkiye'de Sağlık Bilişimi, Bir Kişisel Değerlendirme ve Uluslararası Bir Başarı Öyküsü: CorTTex. Akademik Bilişim'09-XI. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, 333-341.

Aydın, T., Aydın, A.Ş., Köksal, Ö., Özdemir, F., Kulaç, S., Bulut, M. (2010) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi, 163-168.

Bostan, S., Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2), 1-8.

Durduran, Y., Bodur, S., Çakıl, E., & Filiz, E. (2012). Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi, 39(2), 227-233

Elbek, O., Adaş, E.B. (2009) Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12 (1), 33-44

Erençin, A., Yolcu, V. (2008). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Ve Yerinden Yönetimi, Memleket SiyasetYönetim, 3(6), 118-136

Internet <https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml> 16.05.2017 tarihinde alınmıştır



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Işık, O., Akbolat, M. (2010). Bilgi teknolojileri ve hastane bilgi sistemleri kullanımı: Sağlık çalışanları üzerine bir araştırma. Bilgi Dünyası, 11(2), 365-389.

Karahan, A., Gürpınar, K. (2009). Hastanelerde Kuyruk ve Randevu Sisteminin Etkinliği Üzerine Bir Araştırma: Afyon Devlet Hastanesi Örneği. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, (17), 155-172.

Koçak, O., Tiryaki, D. (2011). Sosyal devlet anlayışında sağlık politikalarının önemi ve sağlıkta dönüşüm programının değerlendirilmesi: Yalova örneği. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10 (19) 55-88,

Özata, M. (2009). Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Yürütülen E-Sağlık Projelerinin Sağlık Hizmeti Sunumuna Etkileri. Journal of Azerbaijani Studies, 444-464.

Özen, Ü., Çam, H., Yalçın Aslay, F. (2011). Kalite boyutları ve sağlık hizmeti unsurları açısından hasta memnuniyetine bir bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde örnek uygulama. Akademik Yaklaşımlar Dergisi, 2(1), 25-43

Salman, A. N., Uydacı, M. (2011). Butik hastanelerde pazarlama stratejileri. Öneri Dergisi, 9(35), 45-50.

Terlemez, B., Şahin, D., Dilek, F. (2014). Namik Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezindeki Tıbbi Sekreterler Ve İdari Personelin Bilgi Ve Arşiv Sistemleri Hakkındaki Düşünceleri. EJOVOC: Electronic Journal of Vocational Colleges, 4(3). 364-378.

Yılmaz, M., Demirkan, A. E. (2012). Hastane Yönetim ve Bilgi Sisteminin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi. International Journal of Informatics Technologies, 5(3), 19-28.

Yüce, Y. K., Sümen, E., Bozkurt, S., Aktaş, A., Zayim, N., Bilge, U. (2006) Kısa Mesaj ile Randevu Hatırlatma Sistemi. III. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, 81-86.