

BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİYLE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR MÜDAHALE ÇALIŞMASI

Metin Pıçakçıefe¹, M. Onur Vatandaş¹, Şeyma Ata¹, Raziye Ülkü Kıcalı¹, İzzet Serdar Amca², Yusuf Güneş²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Muğla

²Menteşe İlçe Sağlık Müdürlüğü, Muğla

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, bir aile sağlığı merkezine Merkezi Hekim Randevu Sistemi'yle (MHRS) yapılan başvuruların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Sürveyans verisinin analiz edildiği müdahale niteliğindeki çalışmanın evrenini 2018-2019 yılları arasında bir aile sağlığı merkezine başvuran 18.276 kişi oluşturmuştur. Müdahale çalışmasında yüz yüze görüşme yapılmıştır.

Eğitim materyalleri olarak; broşür, poster ve bilgi notu kullanılmıştır.

Bulgular: Müdahale öncesi dönem, müdahale dönemi ve müdahale sonrası dönem arasında randevulu başvuru yüzdeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006$).

Sonuç: Müdahale sonucunda birinci basamak randevulu başvuru yüzdesi artmıştır. Bununla birlikte, MHRS sisteminden randevu olarak başvuru oranı hala çok düşüktür. MHRS'nin kullanımını daha fazla artırabilmek için geniş kapsamlı halk eğitimleri ve farkındalık eğitimleri önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Merkezi hekim randevu sistemi, randevu sistemi, birinci basamak, aile hekimliği.

C	İLETİŞİM İÇİN: Metin Pıçakçıefe Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 4800 Muğla, Türkiye mpicakciefe@hotmail.com, metinpacakciefe@mu.edu.tr				
ORCID	MP https://orcid.org/0000-0002-2877-7714	ORCID	MOV https://orcid.org/0000-0003-3872-9377	ORCID	ŞA https://orcid.org/0000-0001-9579-1252
ORCID	RÜK https://orcid.org/0000-0003-3634-6671	ORCID	İSA https://orcid.org/0000-0001-5826-6109	ORCID	YG https://orcid.org/0000-0001-5486-7193
✓	GÖNDERİLDİĞİ TARİH: 13 / 12 / 2021 • KABUL TARİHİ: 22 / 02 / 2022				

EVALUATION OF THE APPLICATIONS MADE THROUGH THE CENTRAL PHYSICIAN APPOINTMENT SYSTEM TO A FAMILY HEALTH CENTER: AN INTERVENTION STUDY

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the applications made through the Central Physician Appointment System (CPAS) to a family health center.

Material and Method: The target population of the intervention study where surveillance data was analyzed was constituted by 18,276 people who applied to a family health center between the years of 2018 and 2019. In the intervention study, face-to-face interviews were conducted.

As educational materials; brochures, posters and information notes were used.

Results: A statistically significant difference was found between the pre-intervention period, the intervention period, and the post-intervention period in terms of the percentage of appointments ($p=0.006$).

Conclusion: The percentage of applications with primary care appointments increased as a result of the intervention. However, the rate of applications by making an appointment through the CPAS is still very low. In order to further increase the use of the CPAS, comprehensive public education and awareness trainings can be recommended.

Keywords: Central physician appointment system, appointment system, primary care, family health center.

GİRİŞ

Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) vatandaşların Alo 182'yi arayarak canlı operatörlerden, web üzerinden ya da MHRS mobil uygulamasından kendilerine Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimleri için randevu alabilecekleri bir sistemdir.¹ MHRS uygulamasından önce pek çok hastane kendi bünyesinde randevu sistemi kullanmakta idi. MHRS ile kamu hastanelerindeki randevulu poliklinik hizmetlerinin tek bir merkezden yürütülmesi planlanmıştır. Dünyada bölgesel düzeyde benzer örnekleri bulunmakla beraber, ülke genelinde tek bir merkezden yürütülen ilk hekim randevu sistemidir. 1 Temmuz 2013 yılı itibarı ile aile hekimleri de sisteme dâhil edilerek MHRS'nin uygulama alanı genişletilmiştir.²

Zamanında sağlık hizmeti sağlamak, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının temel hedefidir. Amerikan Tıpta Kalite Bakım Komitesi'nin bir raporunda; zamanında tedavi, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için altı kilit önlemden biri olarak tanımlanmıştır.³ Randevulu erişim sistemleri, sağlık hizmetlerindeki verimlilik ve sağlık hizmetlerine zamanında erişiminin en önemli bileşenlerinden biridir. İyi tıbbi sonuçların elde edilmesi için zamanında sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik önemlidir. Bu aynı zamanda hasta memnuniyetinin önemli bir belirleyicisidir.⁴ İyi tasarlanmış randevu sistemleri, tıbbi kaynakların en doğru şekilde kullanımını sağlarken aynı zamanda hastalar için bekleme süresini azaltma potansiyeline de sahiptir. Araştırmaların sonucu, hastaların ayaktan tedavi gördükleri merkezlerdeki memnuniyetsizliklerinin ana nedeninin fazla bekleme süresi olduğunu göstermiştir.^{5,6}

Sağlık sisteminin temelini birinci basamak sağlık hizmetlerinin oluşturduğu İspanya'da hekimlerin günlük poliklinik sayısı yaklaşık 30-40 arasında değişmektedir. Hastalar randevulu sistemle polikliniğe kabul edilmektedir; randevusuz gelen hasta (acil hizmet gerekmedikçe) randevulu hasta sırasının bitmesini beklemek zorundadır. Randevular, hastanın herhangi bir nedenle polikliniğe geldiği gün düzenlenebildiği gibi hastaların telefonla veya e-posta başvurusuyla triaj hemşiresince durumuna göre ayarlanmakta ya da hastanın kendisi de internet yoluyla boş poliklinik saatlerine göre randevusunu alabilmektedir.⁷

Kolay erişilebilir birinci basamak hizmetleri hasta memnuniyeti ile yakından ilişkilidir. Özellikle risk grupları açısından kolay erişilebilirlik eşitlikçi bir sağlık sistemi için gereklidir. Randevu sisteminin etkili bir şekilde kullanılması ise kolay erişilebilir birinci basamak sağlık hizmetleri için çok önemlidir.⁸ Yapılan bir çalışmada, sağlık hizmeti alanların aile hekimi ve muayenesi ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde, katılımcıların en düşük memnuniyet oranlarının "uygun zamanda randevu alınabilmesinden duyulan memnuniyet" olduğu görülmüştür.⁹

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 ve 2017 Raporları incelendiğinde, 2016 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde kişi başına düşen muayene sayısı ortalaması 3,1 iken, 2017 yılında azalarak 2,9 olmuştur. Diğer yandan, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde kişi başına düşen muayene sayısı ortalaması ise, 2016 yılında 5,1 iken, 2017 yılında artarak 6,0 olmuştur.^{10,11} Bu nedenle, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki artarak devam eden hasta yükünün, sevk sistemine geçilerek önlenmesi gerekmektedir. Sevk sistemine geçildiği takdirde,

birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta birikimini önlemek için, randevulu sistemin kullanılması kaçınılmaz olacaktır. Bu çalışmada, bir aile sağlığı merkezine başvuranların randevulu sistemle başvuru durumlarına yönelik bir müdahale çalışması yapılması amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

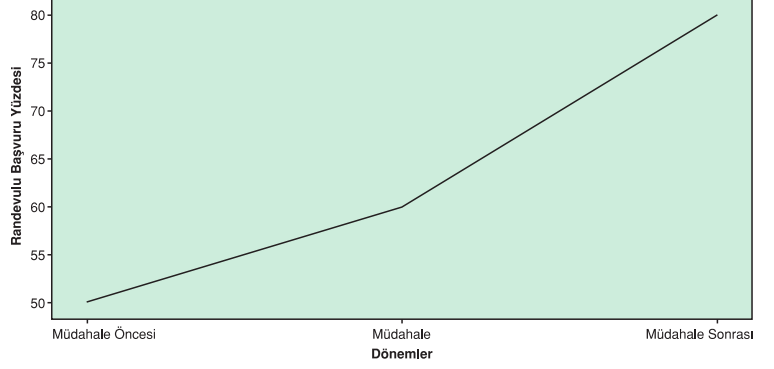
Müdahale niteliğindeki çalışmanın evrenini, 2018-2019 yılları arasında eğitim-öğretim gören Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin Halk sağlığı-Aile hekimliği uygulamaları için gittikleri iki Aile Hekimliği Birimi'ne (AHB) başvuranlar (n:18.276) oluşturmaktadır. Örnek seçilmemiş, başvuranların tamamı çalışmaya katılmıştır. Çalışmadan önce bir İlçe Sağlık Müdürlüğü Eğitim Araştırma Bölgesinde (EATSM) bulunan 2 no'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) gidilerek, iki AHB'de çalışan hekimlerle görüşülmüştür. Bu görüşmede aile hekimlerine çalışmanın amacı aktarıldıktan sonra çalışmayla ilgili bilgi verilmiştir.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı incelendiğinde, Ege bölgesinde, birinci basamak hizmetlerinde kişi başına düşen muayene sayısı ortalaması 3,2 olarak görülmüştür.⁴ Bu nedenle, bir kişinin bir yıl içerisinde ortalama 4 ayda 1 kez aile hekimine başvuracağı öngörülmüştür. Dolayısıyla, eğitim öncesi dönemde (müdahale öncesi) 4 ay (Şubat, Mart, Nisan, Mayıs 2018), eğitim süresi döneminde (müdahale) 4 ay (Haziran, Temmuz, Ağustos, Eylül 2018) ve eğitim sonrası dönemde (müdahale sonrası) 4 ay (Ekim, Kasım, Aralık 2018 ve Ocak 2019) olacak şekilde, müdahalenin etkinliği incelenmiştir. Bu üç grup için, AHB'lere yapılan tüm başvurular ve randevulu başvurularla ilgili veriler AHB'lerinden temin edilmiştir.

İl Sağlık Müdürlüğü'nden Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ile ilgili eğitim materyali temin edilmiştir. Eğitim materyalleri olarak; broşür, poster ve bilgi notu kullanılmıştır. Broşür ve posterde; MHRS'ye nasıl kayıt olunur?, MHRS'den nasıl randevu alınır?, MHRS ile ilgili önemli bilgiler ve MHRS'nin faydaları ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Başvuranlar çalışmamızdaki aile hekimleri tarafından bu eğitim materyalleri kullanılarak bilgilendirilmiş, ayrıca MHRS'den nasıl randevu alınacağını gösteren bir bilgi notu verilmiştir.

İstatistiksel analiz

Veriler SPSS 22.00 Paket Programıyla analiz edilmiştir. Aylık muayene sayıları ve randevulu başvuru oranları tanımlayıcı istatistiklerle sunulmuştur. Randevulu



Şekil 1. Dönemlere göre randevulu başvuru yüzdelerinin dağılımı

başvuru oranlarının müdahale öncesi, müdahale ve müdahale sonrası dönemi durumları, Pearson Ki-kare Testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca müdahale öncesi, müdahale ve müdahale sonrası dönemi randevulu başvuru oranlarının düzenli artışta olduğu görüldüğünden, veriler Eğitimde Ki-kare Testi ile değerlendirilmiştir. Tip-1 hata düzeyi %5 olarak alınmıştır.

Araştırma etik kurallar çerçevesinde yürütülmüştür. Çalışmadan önce İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (Protokol no: 180076, Karar no: 63, Tarih: 20.04.2018) onay alınmıştır.

BULGULAR

Dönemlere göre randevu başvuru yüzdeleri değerlendirildiğinde; müdahale öncesi dönemde müdahale dönemi arasında randevulu başvuru yüzdesinin arttığı, müdahale dönemiyle müdahale sonrası dönem arasında bu artışın daha da hızlı olduğu ve randevulu başvuru yüzdesinin müdahale sonrası dönemde ise pik yaptığı gözlemlenmiştir (Şekil 1).

ASM'ye başvuruların müdahale öncesi dönemine bakıldığında Şubat ayında; muayene sayısı 3000, randevu sayısı 11, randevu yüzdesi %0,4, Mart ayında; muayene sayısı 3.247, randevu sayısı 23, randevu yüzdesi %0,7, Nisan ayında; muayene sayısı 2888 randevu sayısı 14, randevu yüzdesi %0,5, Mayıs ayında; muayene sayısı 2.615, randevu sayısı 11 ve randevu yüzdesi %0,4 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

ASM'ye başvuranların müdahale dönemine bakıldığında Haziran ayında; muayene sayısı 2.195, randevu sayısı 9, randevu yüzdesi %0,4, Temmuz ayında; muayene sayısı 2.033, randevu sayısı 14, randevu yüzdesi %0,7, Ağustos ayında; muayene sayısı 2.298, randevu sayısı 14, randevu yüzdesi %0,6, Eylül ayında; muayene sayısı 1.263, randevu sayısı 11 ve randevu yüzdesi %0,9 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Aylara göre muayene sayısı, randevu sayısı ve randevu yüzdelerinin dağılımı				
Dönem (Aylar)		Muayene Sayısı	Randevu Sayısı	Randevu Yüzdesi
Müdahale öncesi dönem	Şubat	3.000	11	0,4
	Mart	3.247	23	0,7
	Nisan	2.888	14	0,5
	Mayıs	2.615	11	0,4
Müdahale dönemi	Haziran	2.195	9	0,4
	Temmuz	2.033	14	0,7
	Ağustos	2298	14	0,6
	Eylül	1.263	11	0,9
Müdahale sonrası dönem	Ekim	1.779	15	0,8
	Kasım	2.378	13	0,5
	Aralık	1.956	24	1,2
	Ocak	2.365	17	0,7

Tablo 2. Müdahale öncesi, müdahale ve müdahale sonrası dönemlere göre muayene sayısı, randevu sayısı ve randevu yüzdelerinin dağılımı				
Dönem (Aylar)	Muayene Sayısı (n)	Randevu Sayısı (n)	Randevu Yüzdesi (%)*	p**
Müdahale öncesi dönem	11.750	59	0,5	0,006
Müdahale dönemi	7.789	48	0,6	
Müdahale sonrası dönem	8.478	69	0,8	

*: Sıtr yüzdesi, **: Eglmde Ki-kare Testi

ASM'ye başvuranların müdahale sonrası dönemine bakıldığında Ekim ayında; muayene sayısı 1.779, randevu sayısı 15, randevu yüzdesi %0,8, Kasım ayında; muayene sayısı 2.378, randevu sayısı 13, randevu yüzdesi %0,5, Aralık ayında; muayene sayısı 1.956, randevu sayısı 24, randevu yüzdesi %1,2, Ocak ayında; muayene sayısı 2.365, randevu sayısı 17 ve randevu yüzdesi %0,7 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

ASM'ye başvuranların müdahale öncesi, müdahale dönemi ve müdahale sonrası dönemlerine göre muayene sayısı, randevu sayısı ve randevu yüzdelerinin dağılımı değerlendirildiğinde; müdahale öncesi dönemde; muayene sayısı 11.750, randevu sayısı 59, randevu yüzdesi %0,5, müdahale döneminde; muayene sayısı 7.789, randevu sayısı 48, randevu yüzdesi %0,6, müdahale sonrası dönemde; muayene sayısı 8.478, randevu sayısı 69, randevu yüzdesi %0,8 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Müdahale öncesi dönem, müdahale dönemi ve müdahale sonrası dönem arasında randevulu başvuru yüzdeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmuştur ($p=0,006$). Randevulu başvuru yüzdeleri yönünden müdahale öncesi dönemle müdahale sonrası dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p=0,006$), müdahale öncesi dönemle müdahale dönemi arasında ve müdahale dönemiyle müdahale sonrası dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,290$, $p=0,136$) (Tablo 2).

TARTIŞMA

Bu araştırmanın yürütüldüğü 2 no'lu ASM'de 4 aile hekimliği birimi mevcuttur. Manisa'da aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada birim sayılarına göre ASM'lerin gruplandırılmasına bakıldığında, ASM'lerin %17,7'sinde tek, %70,6'sında 2-6, %11,6'sında ise 7 ve daha üzeri aile hekimin çalıştığı bildirilmiştir.¹² Bizim çalışmamızdaki ASM'deki aile hekimi sayısı diğer çalışmadaki verilerle uyumludur.

Bizim çalışmamızda aile hekimi başına düşen hasta sayısı her iş günü için ortalama 55 olarak bulunmuştur. Manisa'da 2011 yılında aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada aile hekimi başına düşen hasta sayısı her iş günü için ortalama 60 olarak bulunmuştur.¹² Düzce'de yapılan bir araştırmada 2007 yılında Türkiye genelinde aile hekimi başına düşen hasta sayısı, günlük ortalama olarak yaklaşık 30 olarak bulunmuştur.¹³ Fransa'daki aile hekimliği uygulamasını inceleyen bir çalışmada aile hekimlerine günde ortalama 25 ile 30 arası hastanın başvurduğu bildirilmiştir.¹⁴⁻¹⁶

ABD'de yayınlanan bir çalışmada aile hekimlerinin günde 20 hasta, en fazla 25 hasta bakması önerilmiştir.¹⁷ Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı'na göre, randevu başına ayrılan süre poliklinik ve hekime bağlı olarak 10 ile 60 dakika arasında değişmektedir. Tedavi süresinin planlanması hastane yönetimindedir.¹⁸ Fransa'da aile hekimlerinin muayene ettiği günlük hasta sayısının literatürde önerilen günlük bakılması gereken hasta sayısı ile uyumlu olmasına rağmen, Ülkemizde aile hekimlerine günlük başvuran hasta sayısının yıllar içerisinde arttığı görülmüştür.

Sağlık Bakanlığı 2016 Faaliyet Raporu'nda MHRS'ye tüm basamaklardaki sağlık hizmetleri için genel olarak %99'dan yüksek erişilebilirlik düzeyi hedefi koymuştur.¹⁹ Ancak Isparta'da tüm basamaklardaki sağlık hizmetlerinde yapılan bir çalışmada başvuru yaparken ilk tercihiniz hangisidir sorusuna katılımcıların %15,9'u MHRS, % 34,6'sı doğrudan randevu alma cevabını vermiştir.²⁰ Ankara'da ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlarla yapılan bir çalışmada "şimdiye kadar hiç MHRS'den randevu aldınız mı?" sorusuna evet cevabı veren hastaların

yüzdeleri 2014, 2015 ve 2016 yıllarında %83,33, %74,04 ve %80,00 olarak tespit edilmiştir.²¹ Konya'da ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlarla yapılan benzer bir başka çalışmada daha önce MHRS'yle randevu alanların oranı ise %78,8 bulunmuştur.²² Isparta'da ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetine başvuranlarda yapılan bir araştırmada MHRS'yi daha önce kullananların oranı %73,2 bulunmuştur.²³ Sağlık Bakanlığı tüm basamaklarda sağlık hizmetleri veren birimlere başvuranların neredeyse tamamının MHRS sisteminin kullanmasını hedeflemişken, literatüre bakıldığında MHRS kullanımının istenilen hedefe ulaşmadığı görülmektedir. Çin'de büyük bir üçüncü basamak kamu hastanesinde yapılan bir çalışmada internet bazlı randevu sistemi olan WAS'ı (Web-Based Appointment System) daha önce kullanan hastaların %17 oranında olduğu bulunmuştur.²⁴ Çin'de büyük bir hastanede yapılan bir başka çalışmada hastaların %63,4'ünün kayıt için randevu almayı tercih ettiği bildirilmiştir.²⁵ ABD'de bir hastanede yapılan bir çalışmada hastaneye başvuru durumunda internetten randevu alacaklarını belirtenlerin oranının %44, telefonla randevu alacaklarını belirtenlerin oranının ise %27 olduğu belirlenmiştir.²⁶ İngiltere'de bir hastaneye başvuranlarda yapılan bir çalışmada başvuranların %54,1'inin geleneksel yöntemlerle, %45,9'unun ise online randevu sistemini kullanarak randevu aldığı tespit edilmiştir.²⁷ Ülkemiz dışındaki literatürde de randevu için online başvuru kullanım sıklığının yüksek düzeylerde olmadığı görülmektedir.

Yukarıda bahsedilen literatürde de görüldüğü üzere, merkezi sistemle randevu talebi daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmaktadır. Çalışmamızda 2018 yılında birinci basamak sağlık hizmetine yapılan randevulu başvuru yüzdesi çok düşük bulunmuştur. Birinci basamakta yürüttüğümüz bu çalışmada MHRS kullanım oranının ülkemizde bildirilen diğer çalışmalardan daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde randevulu başvurunun "zorunlu" tutuluyor olmasına veya hastalar tarafından daha fazla önem verilmesine, hatta çoğu yerde yalnız telefonla veya online olarak MHRS üzerinden randevu alınabilmesine bağlı olabilir.

Literatürü inceldiğimizde, merkezi sistemle randevulu talebinin daha çok telefon üzerinden gerçekleştirildiğini görmekteyiz. Sağlık Bakanlığı 2016 Faaliyet Raporu'nda MHRS randevu kanallarının kullanım oranlarına bakıldığında, Alo 182'den alınan randevu oranı %65, mobilden alınan randevu oranı %17, web'den alınan randevu oranı %14, diğerleri %4 olarak bildirilmiştir.¹⁹

Giresun'da bir kamu hastanesinde yapılan çalışmada MHRS uygulamasına nasıl erişiyorsunuz sorusuna hastaların %53,1'i Alo 182, %29,71'i web sitesi, %16,6'sı mobil uygulama ile cevabını vermiştir.²⁸ Çin'de büyük bir hastanede yapılan bir çalışmada hastaların %30,4'ünün telefonla randevu almayı tercih ettiği, sadece %0,7'si internet sitesinden randevu almayı tercih ettiği bulunmuştur.²⁵ MHRS'ye başvurularda telefon dışındaki yöntemlerin de kullanılması teşvik edilmelidir.

Birinci basamakta ve diğer basamaklardaki sağlık hizmetlerine başvurularda MHRS sisteminin kullanımının kolay ve anlaşılabilir olduğu, hasta memnuniyeti artırdığı ve faydalı olduğu gözlemlenmiştir.^{9,28,29} MHRS sistemi gereklidir ve devam etmelidir.

KISITLILIKLAR

Çalışmamızda, birinci basamak MHRS randevulu başvuru yüzdeleriyle ilgili resmi verilere ve literatür çalışmalarına ulaşamadığımızdan randevu yüzdeleri ile ilgili karşılaştırmaları 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri ile yapmak zorunda kaldık. Bu durum çalışmamızın en önemli kısıtlılığıdır. Ayrıca evrenin küçük olması elde edilen sonuçların genellenebilmesini güçleştirir. Çalışmayı yaptığımız ASM'de 4 aile hekimi bulunmasına rağmen, sadece öğrencilerin Halk Sağlığı-Aile Hekimliği uygulamaları için gittikleri iki AHB çalışmaya dahil edilebilmiştir. Son olarak randevulu başvuru yüzdelerini karşılaştırdığımız; müdahale öncesi dönem, müdahale dönemi ve müdahale sonrası dönemin yılın farklı aylarını kapsamaması çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır.

SONUÇ

Çalışmamızın sonucunda müdahale öncesi döneme göre, müdahale sonrası dönemde randevulu başvuru oranlarının anlamlı olarak artış gösterdiği bulunmuştur. Müdahale döneminde müdahale öncesine göre, müdahale sonrası dönemde de müdahale dönemine göre randevulu başvuru oranlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmayan artış tespit edilmiştir.

Verilen eğitimin randevu alma sıklığını artırdığı görülmektedir. Randevulu başvuru yüzdesini daha fazla artırabilmek için geniş kapsamlı halk eğitimlerinin, farkındalık eğitimlerinin gerekli olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca yazılı-görsel basın aracılığıyla bu konuda halkın bilinçlendirilmesi bu süreci hızlandıracaktır. Hastaların birinci basamağa başvururken önceden randevu alması teşvik edilmelidir. MHRS üzerinden randevu alan hastaların daha az muayene katkı payı ödemesi, ALO 182 randevu hattı aramalarının ücretsiz olması yararlı olabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde MHRS kullanımıyla ilgili bilimsel çalışmalara literatür taramamız sırasında ulaşamadık. Bu konuda geniş kapsamlı bir çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır. Aile Sağlığı Merkezlerinden hizmet alan kişilerin randevu sistemini etkin bir şekilde kullanmaları hasta memnuniyetini artırır 2. basamak sağlık hizmetlerindeki yoğunluğun azalmasına da katkıda bulunacaktır.

MHRS, sağlık hizmetlerinden yararlanmada randevu almanın kolay ve adil yoludur. Kullanıcı dostu bir yazılım ve doğru planlama ile sağlık hizmet sunumunu kolaylaştırır, hasta memnuniyetini artırır. Birinci basamakta MHRS kullanımı yeterli değildir. Bunun nedenleri geniş çaplı araştırmalarla belirlenip kullanım sıklığını artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

*Yazarlar herhangi bir çıkar ilişkisi içinde bulunmadıklarını bildirmiştir.

KAYNAKLAR

1. T.C Sağlık Bakanlığı Merkezi Hekim Randevu Sistemi.URL: <https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml>. html erişim tarihi: 10.05.2019.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama Ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı.URL: <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR,46774/tarihce.html>. erişim tarihi: 10.05.2019.
3. Soumerai SB, Avorn J. Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US). 2001.
4. Gupta D, Denton B. Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities. IIE Transactions 2008; 40: 800-819.
5. Cayirli T, Veral E. Outpatient scheduling in health care: a review of literature. Prod Oper Manag 2003; 12: 519-549.
6. Huang XM. Patient attitude towards waiting in an outpatient clinic and its applications. Health Serv Manag Res 1994; 7: 2-8.
7. Külbay H. İspanya aile hekimliği izlenimleri. TJTFP 2014; 18: i-iii.
8. Eggleton K, Penney L, Moore J. Measuring doctor appointment availability in Northland general practice. J Prim Health Care 2017; 9: 56-61.
9. Baltacı D. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi; Pilot çalışma. Konuralp Tıp Dergisi 2011; 2: 9-15.
10. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara: 2016; 143-144.
11. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara: 2017; 155-156.
12. Tuncal AN, Koroğlu G, Atasoylu G, Sertel M, Tay Z. Manisa ilinde aile hekimlerinin 2011 yılındaki iş yükü ve insan gücünün değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014; 18: 5-15.
13. Nesanır N, Erkman N. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İlin Sağlık Göstergeleri Üzerinden Bu Sürece Bir Bakış. TAF Prev Med Bull 2010; 9: 493-504.
14. Anell A, Willis M. International comparison of health care systems using resource profiles. URL: [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)770.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)770.pdf) erişim tarihi: April 2018.
15. Haute Autorité de santé (HAS). French National Authority for Health. URL: www.anaes.fr/html erişim tarihi: May 2018.
16. Securite Sociale l'Assurance Maladie. URL: www.ameli.fr/html erişim tarihi: May 2018.
17. Murray M, Davies M, Boushon B. Panel size: how many patients can one doctor manage? Fam Pract Manag 2007; 14: 44.
18. Sağlık Bakanlığı Merkezi Hekim Randevu Sistemi. Sağlık Bakanlığı. URL: <https://www.hastanemandevu.gov.tr/Vatandas/sss.xhtml> erişim tarihi: January 2019.
19. Sağlık Bakanlığı. Faaliyet Raporu 2016. Yayın No:1063. Ankara. URL: www.saglik.gov.tr/html erişim tarihi: January 2019.
20. Tüfekci N, Asiğbulmuş H. Hasta memnuniyeti ve hastane tercihinde etkili olan faktörler: Isparta ili örneği. Journal of Current Researches on Health Sector 2016; 6: 71-92.
21. Yıldızbaşı E, Öztaş D, Sanisoğlu Y, ve ark. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde merkezi hekim randevu sistemini kullanan hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi. Ank Med J 2016; 16: 293-302.
22. Pekkör S, Eryılmaz MA, Solak İ, et al. Evaluation of factors affecting the use of the central physician appointment system. South Clin Istanbul Eurasia 2017; 28.
23. Çiçek ŞE, Söğüt N. Sağlık sektöründe e-devlet uygulamalarının etkinliği üzerine bir araştırma: Isparta ili örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi 2018; 9: 32-59.
24. Zhang M, Zhang C, Sun, Q, et al. Questionnaire survey about use of an online appointment booking system in one large tertiary public hospital outpatient service center in China. BMC Medical Inform Decisi Mak 2014; 14: 49.
25. Yu W, Yu X, Hu H, et al. Use of hospital appointment registration systems in China: A survey study. Glob J Health Sci 2013; 5: 193.
26. Denizard-Thompson NM, Feiereisel KB, Stevens SF, Miller DP, Wofford JL. The digital divide at an urban community health center: implications for quality improvement and health care access. J Community Health 2011; 36: 456-460.
27. Parmar V, Large A, Madden C, Das V. The online outpatient booking system 'Choose and Book' improves attendance rates at an audiology clinic: a comparative audit. J Innov Health Inform 2009; 17: 183-186.
28. Kurşun A, Kaygısız EG. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulamalarına Yönelik Memnuniyet ve Erişilebilirlik Düzeyinin Belirlenmesi. ACU Sağlık Bil Derg 2018; 0-9.
29. Üstün ÖZEN, Handan ÇAM, Aslay FY. Kalite boyutları ve sağlık hizmeti unsurları açısından hasta memnuniyetine bir bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde örnek uygulama. Akademik Yaklaşımlar Dergisi 2011; 2: 25-43.