TÜRKİYE CUMHURİYETİ

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANE RANDEVU SİSTEMLERİNİN HASTALAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

ŞEYMA PARLAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ

KONYA-2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANE RANDEVU SİSTEMLERİNİN HASTALAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

ŞEYMA PARLAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ

KONYA-2018

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi **Sağlık Bilimleri Enstitüsü** Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora Öğrencisi '**Şeyma PARLAK**'ın "**Hastane Randevu Sistemlerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya-Türkiye / 24.12.2018

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
İmzası

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Ş. Didem KAYA
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
İmzası

Jüri Üyesi
Dr.Öğr.Üy. Mehmet YORULMAZ
Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
İmzası

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 27/12/2018 tarih ve 2701 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Enstitü Müdürü
İmzası

APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled ***"Evaluation of Appointment Systems In Hospitals By The Patients"*** by ***"Şeyma PARLAK"*** that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of ***Master of Science*** in the Department of **"Health Management"**, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan

Konya, Turkey / 24.12.2018

Principal Advisor
Assoc. Prof. Ayhan ULUDAĞ
Necmettin Erbakan Univercity
Faculty of Health Sciences

Examination Committee Member
Assoc. Prof. S. Didem KAYA
Necmettin Erbakan Univercity
Faculty of Health Sciences

Examination Committee Member
Assist.Prof.Mehmet YORULMAZ
Selçuk Univercity
Faculty of Health Sciences

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Director of Institute of Health Sciences
Date and Signature

TEZ BEYAN SAYFASI

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih 26.11.2018

Öğrencinin Adı Soyadı Dayna PAZLAK

İmzası

BENZERLİK RAPORU

Turnitin

27.12.2018

Öğrenciler
Not Defteri
Kütüphaneler
Takvim
Tartışma
Tercihler

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

HASTANE RANDEVU SİSTEMLERİNİN HASTALAR AÇISINDAN D...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
ŞEYMA PARLAK	HASTANE RANDEVU SİSTEMLERİNİN HASTALAR A...	%18 %18	14%	5%	8%	–	–	ödev indir	1060668725	27-Ara-2018

Doç.Dr. Ayhan ULUDAĞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin, tez çalışmamın ve sosyal hayatımın her aşamasında ışık olan, yol gösteren, destekleyen, cesaretlendiren ve en önemlisi bana farklı pencerelerden bakmayı öğreten kıymetli danışmanım Doç. Dr. Ayhan Uludağ'a,

Tez yazım sürecimde bilgisini paylaşıp destekçi olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin TEKİN'e, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Yalçın İleri'ye, Doç. Dr. Şerife Didem Kaya ve Dr. Öğr. Üyesi Aydan Yüceler'e,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, bugünlere gelmemi sağlayan, sevgi ve desteklerini her daim hissettiğim aileme, yanımda olup, bana ve çalışmama katkı sağlayan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şeyma PARLAK

Konya, 2018

İÇİNDEKİLER

İç Kapak……*i*
Tez Onay Sayfası ..... ***ii***
Approval ..... ***iii***
Tez Beyan Sayfası ..... ***iv***
Benzerlik Raporu ..... ***v***
Teşekkür ..... ***vi***
İçindekiler ..... ***vii***
Kısaltmalar ve Simgeler ..... ***xi***
Özet ..... ***xv***
Abstract ..... ***xvi***
1.GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2.GENEL BİLGİLER **4**
2.1.SAĞLIK HAKKI KAVRAMI *4*
2.1.1.Sağlık Hakkının Statüsü *8*
2.1.1.1.Negatif Sağlık Hakkı *8*
2.1.1.2.Pozitif Sağlık Hakkı *9*
2.1.1.2.1.Mevcudiyet *11*
2.1.1.2.2.Erişebilirlik *12*
2.1.1.2.3.Kabul Edilebilirlik *12*
2.1.1.2.4.Kalite *12*
2.1.2.Sağlık Hakkının Tarihsel Gelişimi *12*
2.1.2.1.Dünya'da Sağlık Hakkı Gelişimi *12*
2.1.2.2.Türkiye'de Sağlık Hakkı Gelişimi *15*
2.1.3.Sağlık Hizmetlerine Erişim Hakkı *16*
2.2.KUYRUK SİSTEMLERİ *20*
2.2.1.Kuyruk Sistemleri ve Tarihsel Gelişim *22*
2.2.2.Kuyruk Sistemleri Bileşenleri *23*

2.2.2.1. Geliş Kaynağı *24*

2.2.2.2. Kuyruk (Sıra bekleme) *25*

2.2.2.3. Servis Disiplini *25*

2.2.2.4. Servis Mekanizması *26*

2.2.2.5. Sistemden Ayrılış *28*

2.2.3. Kuyruk Sistemleri Parametreleri *29*

2.2.4. Kuyruk Sistemleri Simgelemesi *30*

2.2.5.Kuyruk Sistemleri Modelleri *31*

2.2.5.1.Tek Servisli Kuyruk Modelleri *31*

2.2.5.2.Çok Kanallı Kuyruk Modelleri *32*

2.2.6.Kuyruk Sistemleri Simülasyonu *33*

2.2.7. Kuyruk Sistemlerinde Maliyetler *34*

2.3. HASTANE RANDEVU SİSTEMLERİ *36*

2.3.1.Hastane Randevu Sisteminin Tanımı *36*

2.3.2.Hastane Randevu Sisteminin Gelişimi *39*

2.3.3. Hastane Randevu Sistemlerinin Sınıflandırılması *40*

2.3.3.1.Tek Blok Randevu Sistemi *40*

2.3.3.2.Bireysel Randevu Sistemi *41*

2.3.3.3.Blok Randevu Sistemi *41*

2.3.3.4.Bireysel-Blok Randevu Sistemi *42*

2.3.4.Hastanelerde Randevu Alma Yöntemleri *42*

2.3.4.1.Telefonla Randevu Alma *42*

2.3.4.2.İnternetten Randevu Alma *42*

2.3.4.3.Hastanelere Şahsen Başvuru İle Randevu Alma *43*

2.3.4.4.Kiosk Cihazı *44*

2.4. Merkezi Hekim Randevu Sistemi *45*

2.4.1. Merkezi Hekim Randevu Sistemi ve Sistemin Amacı *45*

2.4.2. Merkezi Hekim Randevu Sistemi 'nin Gelişimi 46
2.4.3. Merkezi Hekim Randevu Sistemi'nin Yapılanması 48
2.4.3.1.MHRS Organizasyon Yapısı 48
2.4.3.2. Sistem Yönetimi ve Teknik Alt Yapı 50
2.4.3.3.Kamu Hastaneleri 50
2.4.3.3.1.HBYS-MHRS Entegrasyonu 50
2.4.3.3.2.Hekim Çalışma Cetvelleri ve Cetvel İptali 51
2.4.3.4.Çağrı Merkezleri 52
2.4.3.5. MHRS Yardım Masası 53
2.4.4. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)'den Randevu Alma Yöntemleri 53
2.4.4.1.Telefon ile MHRS'den Randevu Alma 53
2.4.4.2. İnternet ile MHRS'den Randevu Alma 54
2.4.4.3. Cep telefonu ile MHRS'den Randevu Alma 54
2.4.4.4. Hastane Randevu Merkezi ile MHRS'den Randevu Alma 55
2.4.5. MHRS Randevusunu İptal Etme 55
2.4.6. MHRS'de Ücretlendirme 55
2.4.7. MHRS'de Veri Mahremiyeti 56
3. GEREÇ VE YÖNTEM **57**
3.1. Araştırma Modeli 57
3.2.Araştırma Evren ve Örneklemi 57
3.3. Ön Uygulama 58
3.4. Veri Toplama Araçları 58
3.5. Verilerin Toplanması 58
3.6. Veri Analizi: 59
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu 59
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 59
3.9. Araştırma Soruları 59

4. BULGULAR ***61***

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı *61*

4.2.Katılımcıların Randevu ve Kuyruk Sistemlerine İlişkin Bulguların Dağılımı *65*

4.3. Bağımsız Değişkenlere Göre Randevu ve Kuyruk Sistemine Yönelik Bulgular .. *68*

4.4.Katılımcıların Kullanılan Randevu Sisteminden Memnun Kalma Düzeylerinin Diğer Değişkenlerle İlişkisi *88*

5.*TARTIŞMA ve SONUÇ** ***93

6.*KAYNAKLAR** ***102

7.*EKLER** ***107

Ek-A Anket Formu *107*

Ek-B Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu Kararı *111*

Ek-C Konya Valiliği Kurum İzni *112*

KISALTMALAR ve SİMGELER

BTK: Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESKHK: Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi

ESKHS: Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme

FCFS: First-Come-First-Served (İlk Gelen Hizmeti İlk Alır)

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

LCFS: Last-Come-First-Served (Son Gelen Hizmeti İlk Alır)

MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemini

SIRO: Service-In-Random-Order (Gelişi Güzel Sırayla Hizmet)

WHO: World Health Organization

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı..... 61

Tablo 4.1.2. Katılımcıların Yaş Gruplarının Diğer Değişkenler İle İlişkisi 62

Tablo 4.1.3. Katılımcıların Eğitim Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi 63

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı..... 65

Tablo 4.3.1 Katılımcıların İnternet Kullanım Sıklığı Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi..... 68

Tablo 4.3.2. Kullanılan Randevu Sisteminin Diğer Değişkenler İle İlişkisi 71

Tablo 4.3.3. Hastaneye Gelmeden Önce Randevu Alınabildiğini Bilme Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi 74

Tablo 4.3.4. Randevu Alma Süresinin Diğer Değişkenler İle İlişkisi 75

Tablo 4.3.5. Hastaneye Gelmeden Önce Randevu Alma Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi..... 78

Tablo 4.3.6. Randevu Saatinde Muayene Olabilme Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi..... 80

Tablo 4.3.7. Muayene Öncesi Bekleme Süresinin Diğer Değişkenler İle İlişkisi 81

Tablo 4.3.8 Randevu ile İlgili Sorun Yaşama Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi..... 82

Tablo 4.3.9. Randevu ile İlgili Sorun Yaşandığında Çözüm Sağlayacak Birimin Olma Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi..... 84

Tablo 4.3.10. Hastaneye Gelindiği Halde Muayene Olamama Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi..... 85

Tablo 4.3.11. Hastane Randevu Sistemlerinin Yeterli Bulunması Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi..... 86

Tablo 4.3.12. Tekrar Muayene Olunacağında Kullanılmak İstenen Randevu Sisteminin Diğer Değişkenler İle İlişkisi..... 88

Tablo 4.4.1. Katılımcıların Memnuniyet Düzeylerinin Kullanılan Randevu Sistemlerine Göre Farklılaşma Durumu..... 89

Tablo 4.4.2. Katılımcıların Memnuniyet Düzeylerinin Randevu ile Sorun Yaşama Durumuna Göre Farklılaşma Durumu 90

Tablo 4.4.3. Katılımcıların Memnuniyet Düzeylerinin Hastaneye Gelinmesine Rağmen Muayene Olamama Durumu ile Karşılaşılmasına Göre Farklılaşma Durumu 90

Tablo 4.4.4. Katılımcıların Memnuniyet Düzeylerinin Randevu Sistemlerini Yeterli Bulma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu..... 91

Tablo 4.4.5. Katılımcıların Memnuniyet Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Farklılaşma Durumu *91*

Tablo 5.1. MHRS 2017 Hizmet Raporu Randevu Alma Kanallarının Yıllara Göre Dağılımı *99*

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Hastane Hizmetlerinde Bekleme Süreci 21
Şekil 2: Genel Kuyruk Sitemi 24
Şekil 3: Tek Kanallı (Tek Sıralı) Bekleme Sistemi 27
Şekil 4: Paralel Düzenli Çok Kanallı (Tek Sıralı) Bekleme Sistemi 27
Şekil 5: Seri Düzenli Çok Kanallı (Tek Sıralı) Bekleme Sistemi 28
Şekil 6: Karışık Düzenli Çok Kanallı (Çok Sıralı) Bekleme Sistemi 28
Şekil 7: A/B/c : (d/e/f) Simgelemesine Göre Uygulama Örneği 31
Şekil 8: Servis Maliyeti ile Bekleme Maliyeti İlişkisi 35
Şekil 9: Hastane Poliklinik Randevu Süreci 38
Şekil 10: MHRS Organizasyon Yapısı 49

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hastane Randevu Sistemlerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi

Şeyma PARLAK

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2018

Sağlık hizmetleri sunumunda karşılaşılan hastane randevu ve kuyruk sistemleri, kişilerin anne rahminde kazanıp yaşamlarının sonuna dek sahip oldukları haklardan biri olan sağlık hakkının korunması, sağlanması ve erişilmesinde önemli bir rol üstlenmektedir.

Bu çalışmanın amacı hastaların, sağlık kurumlarındaki kuyruk sistemleri ile Merkezi Hekim Randevu Sistemini (MHRS) nasıl değerlendirdikleri, randevu sistemleri hakkında ne kadar bilgi sahibi oldukları, memnuniyet düzeyleri ve randevu sistemlerinin sağlık hizmetlerine erişimde hastalara ne oranda fayda sağladığını tespit etmektir.

Araştırma evrenini Konya il merkezinde sağlık hizmetinden faydalanan vatandaşlar oluşturmaktadır. Örneklem, hesaplama sonucu 384 olarak bulunmuş, anket formu 400 katılımcıya uygulanmıştır. Anket formu literatür taraması sonucu oluşturulmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular istatistik programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, T testi, ANOVA Testi analizleri ve iki kategorik veri arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare testi kullanılmıştır. Ayrıca değişkenlerin ilişki düzeyini tespit etmek için Contingency Coefficient, Cramer's V değerleri incelenmiştir.

Araştırma sonucuna göre katılımcıların %82,2'sinin MHRS'yi, %17,8'inin ise hastane randevu ve kuyruk sistemlerini tercih ettiği saptanmıştır. Memnuniyet durumu incelendiğinde ortalama memnuniyet düzeyleri 10 üzerinden 6,87 olarak bulunmuştur. Katılımcıların memnuniyet düzeylerinin kullanılan randevu sistemi (p= ,231), hastaneye gelmeden önce randevu alma durumu (p= ,158) ve randevu saatinde muayene olabilme durumuna (p= ,131) göre farklılaşmadığı, randevu sistemi ile ilgili sorun yaşama durumu (p= ,000), hastaneye gelinmesine rağmen muayene olamama durumu (p=,000), randevu sistemlerinin yeterli bulma durumu (p= ,000), ve gelir durumuna (p= ,030), göre farklılaştığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, kişilerin sağlık hizmetine erişimde ciddi bir sorun yaşamadığı görülmüştür. Sağlık hizmeti sunumunda oluşan olumsuzlukları gidermek amacıyla memnuniyeti etkileyen faktörler üzerinde durulmalı, bu yönde iyileştirmeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hastane Randevu ve Kuyruk Sistemleri; Merkezi Hekim Randevu Sistemi; Sağlık Hakkı; Sağlık Hizmetlerine Erişilebilirlik

ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKEY

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Evaluation of Appointment Systems In Hospitals By The Patients

Şeyma PARLAK

Health Management Department

MASTER'S THESIS / KONYA-2018

The queues and appointment systems of hospitals in health service presentations have an important role in protection, provision and accessibility of health right of human beings, that lasts from birth to the end of life.

The purpose of this study is to determine how patients evaluate the queue systems in hospitals and Central Physician Appointment System (CPAS), how much information they have about the appointment systems, their satisfaction levels and how much the appointment systems are useful in access to health services.

The research consists of people living in Konya, who take health services in this city. The sample was calculated as 384, but the survey was applied to 400 participants. The questionnare was formed after literature scanning. The findings of research was analyzed with an statistics programme. Descriptive statistics, t test, ANOVA test and to evaluate the relation between two categorical data, Chi-square test were used. Also, to determine the relation level of variables, Contingency Coefficient and Cramer's V values were examined.

The results of research showed that 82,2% of participants preferred CPAS and 17,8% of them preferred the queues and appointment systems of hospitals. The mean satisfaction level of participiants was 6.87 out of 10. The satisfaction level of participants was not significantly different with appointment system used (p= ,231), taking appointment before coming to hospital (p= ,158) and being examined at appointment hour (p= ,131), however, it was significantly different with having trouble with appointment system (p= ,000), not being examined although arrival in hospital (p= ,000), sufficiency of appointment systems (p= ,000) and income level (p= ,030).

In conclusion, it is observed that the patients don't have any serious problem in access to health services. To remove negativities occuring in health service presentations, it is essential to emphasise on factors affecting the satisfaction and make improvements in this field.

Key Words: Queues and appointment systems of hospitals; Central Physician Appointment Systems; Health right; Accessibility to health services

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlar yaşamlarını bir döngü içerisinde dengeli olarak devam ettiremezler. Hayatı sağlıklı olarak idame ettirmek ne kadar olağansa hasta olarak idame ettirmek de o kadar olağan bir durumdur. Sağlık ve hastalık kavramlarından bahsederken anlaşılması gereken nedir? Hasta Hakları Yönetmeliğine göre hasta, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimsedir (T.C. Resmi Gazete, 01 Ağustos 1998, Sayı: 23420). Sağlık ise karşılığında tam bir kavram bulamamış olup Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayası'nda "*Sadece hastalık ve sakatlığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak"* tanımlanmıştır. Uludağ (2010) sağlık hizmetlerini, kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü olarak tanımlamış ve genel olarak değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerinin koruma, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere üç boyutunun bulunduğunu belirtmiştir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu özel ve kamu sağlık kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. Sağlık tanımı, devletlere karşılayamayacakları yükümlülükler yüklemiş ve sağlık tanımının tam olarak gerçekleştirilemeyeceği savunulmuştur. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (ESKHS) 14 No'lu Genel Yorumu'nda devletlerin sahip olduğu yükümlülükler *''Tüm insan hakları gibi sağlık hakkı da taraf Devletlere üç türde ya da düzeyde yükümlülük yüklemektedir: saygı duyma, koruma ve yerine getirme (gerçekleştirme) yükümlülükleri.''* şeklinde tanımlanmıştır (Uyar, 2006).

Sağlık hizmeti sunumu koşulları giderek gelişme göstermekte fakat bu gelişme artan nüfusun ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalabilmektedir. Sağlık sektöründe arz-talep dengesi diğer sektörlerden farklı ele alınmaktadır. Örneğin, diğer sektörlerde talep fiyata göre esneklik sağlayabilirken sağlık sektöründe böyle bir durum söz konusu değildir, bir mal ve hizmete ihtiyaç duyulduğunda fiyatı yüksekse bu talep ertelenebilir başka bir mal veya hizmetle ikame edilebilir ancak sağlık hizmetinin fiyatı ne kadar yüksek olursa olsun bu hizmet alınmaktan vazgeçilemez. Sağlık hizmetlerinde hastalar, hangi hekime ya da kuruma başvurmaları gerektiği,

tedavi için hangi uzmanlık dallarının gerekli olduğu, hangi tetkikleri yaptırmaları gerektiği ya da hangi tedavi yöntemlerini uygulamaları gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Sağlık hizmetleri, uzun bir eğitim dönemi sonrasında uzmanlık kazanmış hatta sürekli eğitimle yenilikleri izleyip kendilerini geliştirebilen kişilerin bilebileceği karmaşıklıkta konulardan oluşmaktadır. Dolayısıyla diğer sektörlerde olduğu gibi kişi alacağı hizmete kendisi karar veremez (Tengilimoğlu ve ark., 2015). Hekimlerin uzmanlık bilgilerine sahip olması ve hastaların bilgisizliği arasındaki ilişki literatürde asimetrik bilgi olarak adlandırılmaktadır. Asimetrik bilgi, sağlık hizmetleri piyasasının arz cephesinde yer alan doktor ve hastanenin, talep cephesinde yer alan hastanın tutum ve davranışlarında etkili olmasına neden olmaktadır. Genellikle bu tutum ve davranışlar, sağlık hizmetleri piyasasında kaynakların aşırı kullanılması ve harcamaların artırılması yönünde görülmektedir. Sonuçta hasta, sağlık sigortasıyla elde ettiği satın alma gücünü her konuda güvendiği doktora devretmekte ve doktor da kendi kârını maksimize etme güdüsüyle sağlık harcamalarını artırabilmektedir. Bu durum sağlık ekonomisi literatüründe; asimetrik bilgiye bağlı ahlaki tehlike, ters seçim ve arzın talep yaratması problemleriyle açıklanmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008).

Ülkemizde kamu kurumlarında verilen sağlık hizmetini planlamak amacıyla randevu veya kuyruk sistemleri kullanılmaktadır. Kuyruk sistemi "ilk gelen ilk hizmeti alır" prensibine dayalı olarak ilerlemekte ve belirli bir kapasiteden sonra sağlık hizmeti verme konusunda yetersiz kalabilmektedir. Bu durumda kontenjan dışı kalan vatandaş sağlık hizmeti alamamakta ve böylece sağlık hakkına erişememektedir. Randevu sistemi ile sağlık hizmeti talebinde bulunan hastalar belli bir zaman dilimine yayılarak herkesin eşit sağlık hizmeti almasını amaçlanmakta, MHRS ile bu ihtiyaç karşılanmaktadır. Hastalar istedikleri branşlarda tercih ettikleri yöntemlerle randevu alarak sağlık hizmetine erişmekte ve sağlık kurumlarında MHRS dışında kuyruk sistemlerinin de uygulanıyor olması MHRS'nin yetersiz kaldığı noktalarda hastaların mağdur olmasının önüne geçmektedir. Her iki uygulamanın birlikte kullanılıyor oluşu hastanın en yüksek yararını gözeterek ülkenin her kesiminden kişiye ulaşarak sağlık hizmeti sunmak, sağlık hakkının yerine getirilmesi hususunda önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışmada; hastaların, sağlık kurumlarındaki kuyruk sistemleri ile MHRS'yi nasıl değerlendirdikleri, randevu sistemleri hakkında ne kadar bilgi sahibi oldukları, memnuniyet düzeyleri ve randevu

sistemlerinin sağlık hizmetlerine erişimde hastalara ne oranda fayda sağladığını tespit etmek amaçlanmıştır. Aynı zamanda hastaların cinsiyet, yaş, gelir durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, hizmet hakkında bilgi sahibi olması gibi değişkenlere göre randevu sistemlerini ne oranda kullandıkları ve dolaylı olarak sağlık hizmetine erişim hakkının ne oranda sağlandığı da incelenecektir. Kuyruk sistemleri ve MHRS ile ilgili literatür taramasında yapılan çalışmalar arasında her iki sistemi ele alan pek fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalarda ya yalnızca hastane kuyruk ve randevu sistemleri ele alınmış ya da MHRS ele alınmış, tüm hastaların tek bir randevu sistemini kullandığı varsayılmıştır. Bununla ilgili Alagöz (2013) tarafından kuyrukların önlenmesi için kullanılan randevu sistemleri ile MHRS hakkında bilgi verilmiş fakat saha çalışması yapılmamıştır. Acar (2005) ve Arslan (2011) kuyruk ve hastane sistemlerini değerlendirip model geliştirmeyi amaçlamış, Karahan ve Gürpınar (2009) kuyruk ve randevu sistemlerinin etkinliğini belirlemiş, Şahin (2013), Kağan (2014) ve Yıldızbaşı ve ark. (2016) MHRS kullanan hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmüş, Pekgör ve ark. (2017) MHRS kullanım sıklığı ve kullanımı etkileyen faktörler üzerine çalışma yapmıştır. Ayrıca Bostan ve Aydoğan (2016) tarafından da hastane randevu sistemi ile kuyruk sistemini değerlendirilip, memnuniyet düzeyi ölçülmüştür. Yapılan çalışma hem randevu sistemlerini kapsadığı için hem de sağlık hizmetlerine erişim hakkını sağlanması ile ilişkilendirileceği için önem arz etmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.SAĞLIK HAKKI KAVRAMI

Sağlık, geçmişten günümüze içinde bulunulan çağın şartlarına göre farklılık gösteren bir kavram olmuş, toplumun bir parçası olan insanın farklı boyutlarda değerlendirilmesiyle birlikte sağlık kavramı da daha geniş kapsamlı olarak farklı boyutlarda ele alınmaya başlanmıştır.

Sağlık; Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük'te *"Vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet"* şeklinde tanımlanmıştır (http://www.tdk.gov.tr 6 Haziran 2017). Uluslararası boyutta sağlık ilk olarak DSÖ Anayasasında "*sadece hastalık ve sakatlığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali"* şeklinde tanımlanmış ve devamında yer alan "*erişilebilir en yüksek sağlık standardından yararlanma, ırk, din, siyasi inanç, ekonomik ya da sosyal durum ayrımı yapmaksızın her insanın temel haklarının biridir*." ibaresi sağlık hakkının temel bir hak olarak belgelendirmiştir (WHO, 1948). Ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına erişim hakkı, yasal olarak bağlayıcı sayısız uluslararası ve bölgesel insan hakları anlaşmalarında kodlanmıştır. *"Sağlık Hakkının Tarihsel Gelişimi"* başlığı altında sağlık hakkı ve sağlığa erişim hakkının evrensel olarak kabul edilmiş, yayınlanmış bildirge, anlaşma, sözleşme vb. metinlerde nasıl ele alındığına değinilmiştir.

İnsan hakları genel olarak üç başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bunlar birinci kuşak haklar (medeni ve siyasi haklar), ikinci kuşak haklar (ekonomik, sosyal ve kültürel haklar), üçüncü kuşak haklar (dayanışma hakları) şeklindedir (Altuntaş, 2002). Sağlık hakkı sosyal haklar kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlık hakkının insan hakları kapsamında değerlendirilmesine yönelik birtakım tartışmalar süregelmiştir. Bunlardan sağlık hakkını insan hakları içinde ele almanın yanlış olduğunu savunan düşünceler liberal görüş olarak adlandırılmakta, sağlık hakkının insan hakkı olarak ele alınmasını savunan görüş ise anti-liberal görüş olarak nitelendirilmektedir (Donnelly, 1995).

Donnelly (1995), sosyal hakların insan hakkı olmadığına dair düşünceleri belli başlıklar altında toplamıştır. Başlıklardan biri "insan haklarının negatif haklar olduğu iddiası"dır. İnsan hakları, kişiye, devletin müdahalesinden uzak özel bir alan

sağlamaktadır. Devlete, negatif bir tutum, kişiye karışmama ve engel olmama görevi yüklediği için, birinci kuşak haklar "negatif haklar"dır. Fakat eğitim, sağlık, konut hakkı gibi sosyal hakları kapsayan ikinci kuşak hakların çoğu, devletin kişiye karışamayacağı özel alan yaratan haklar değildir. Bu haklar açısından devletin görevi kişiye karışmamak değil; tam tersine karışmak, müdahale etmek ve bu yolla ona bir hizmet sunmaktır. Devletin pozitif bir edim içinde olması gerektiğinden dolayı, negatif değil, pozitif haklardır. Devletin müdahalesini gerekli kılan özelliğinden dolayı ise, ikinci kuşak haklar (sağlık hakkı gibi) insan hakkı olarak görülmemektedir. Diğer iddia "pozitif hakların evrensel olmadığı" başlığı altındadır. Birinci kuşak haklar negatif nitelikte olduğu için derhal uygulanabilir, fakat sosyal hakların çoğunun uygulanabilirliğini sağlamak bazı ülkeler için olanaksız olabilir. Sağlık hakkının gerçekleştirilmesi için, devletin doktor yetiştirecek üniversiteler açması, hastaların tedavi edileceği hastaneler inşa etmesi, genel sağlık sigortası kurması gibi pahalı ve zaman alan faaliyetleri gerçekleştirmesi gerekir. Çoğu devlet, sosyal hakların getirdiği yükümlülüklerin çok az bir kısmını yapacak kadar mali kaynaklara sahip değildir. Bu yüzden, adı geçen haklar, aslında "hak" değil, gerçekleşmesi istenen hedeflerdir. Bu hakların gerçekleştirilmesi ekonomik şartlara göre değiştiği için "evrensellik" niteliği taşımazlar. Sağlık hakkı sosyal politikalarla ilgili olduğu için evrensel bir insan hakkı değildir.

Sağlık hakkının insan hakkı olduğunu savunan görüş ise, hakkın bir meta gibi alınıp satılamayacağını dolayısıyla sağlık hizmetlerinin ödeme yeteneği sınırlı olanlar için de tanınması gerektiğini" savunmaktadır (Evans, 2002). Ödeme yeteneği bulunanlar, sağlık hakkını hizmete ulaşma şeklinde kullanmaktadırlar. Ödeme yeteneği bulunmayanlar için ise bu hizmete ulaşmanın önünde ekonomik engeller bulunması, doğuştan eşit ve vazgeçilmez haklara sahip insan için kabul edilebilir değildir. Çünkü insanların, insan hakları teorisinde öngörüldüğü ve uluslararası sözleşmelerde benimsendiği haliyle eşit olabilmesinin önüne, malvarlığı ile ilgili bir engel çıkarılması bütün insan hakları idealini anlamsız kılacaktır (Temiz, 2013).

Sağlık hakkı, yaşama hakkının alt basamağı şeklindedir. Sağlık hakkından bahsedebilmek için yaşam hakkı da ele alınmalıdır. Çünkü yaşama hakkının olmadığı yerde sağlık hakkı da varlığını sürdüremez. Yaşama hakkı diğer tüm hakların ön şartı niteliğindedir (Manav, 2016). *"Yaşama hakkı, kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü koruyarak devam ettirebilmesi; varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel*

olabilmesi, ayrıca kamu makamlarının emri ya da izni ile öldürülememesi ve yaşamına yönelik tehlikelere karşı kamusal otoriteler tarafından korunmasıdır." (Kaboğlu, 1998). Yaşama hakkı sağlık hakkıyla olduğu gibi diğer sosyal haklarla da bir bütünlük içerisindedir.

Sağlık hakkı en temel insan haklarındandır ve kişi bu hakkı anne rahminde oluşmaya başladığı andan itibaren kazanır. Her kişinin talep edip etmediğine bakılmaksızın sağlığının korunması ve sağlığa erişmesi için gerekli koşullara sahip olma hakkı bulunmaktadır (Özçetin ve Balaban, 2015). Sağlık hakkının evrensel olarak kabul edilmiş temel bir insan hakkı olarak görülmesiyle birlikte, sağlık hakkını en iyi tanımlayan terim konusunda tam bir anlaşma sağlanamamıştır. Bahsi geçen bu hak *''sağlık hakkı''*, *''sağlığın korunması hakkı''*, *''sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı''* veya *''hastalıklar karşısında tıbbi bakım görme hakkı''* gibi ifadelerle açıklanmaktadır. Sağlık hakkı terimi, bazı yazarlara göre gerçekleşmesi mümkün olmayan *"kusursuz sağlık"* veya *"sağlıklı olma hakkı"* ile ilişkilendirilebileceği için eleştirilmektedir (Toebes, 1999). DSÖ'nün fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak açıkladığı sağlık tanımı, sağlıktan çok mutluluğu tarif ettiği için izafidir ve sağlığı erişmesi zor bir ideal şekline büründürmüştür (Özçetin ve Balaban, 2015). Sağlık, kişiden kişiye ve ülkeden ülkeye göre değişebilen öznel (sübjektif) bir konudur ve bu yüzden *"sağlık hakkı"* veya *"sağlığa kavuşturma hakkı"* terimlerinin daha gerçekçi olduğu savunulmaktadır (Toebes, 1999). Savunulan bu terimlerin yanı sıra uluslararası düzeyde en yaygın kullanılan terim, *"sağlık hakkı"* terimidir (Şahin, 2010).

Sağlık hakkı, "kişinin içinde yaşadığı toplumdan ya da devletten sağlığının korunmasını, geliştirilmesini, hastalık durumlarında tedavi edilmesini isteme ve bu süreçlerde toplumsal sağlık kuruluşlarından yararlanma hakkı" olarak tanımlanmaktadır (Türkmen Öztürk, 2014). *"Sağlık hakkı",* gerekli tesislere ve şartlara ulaşma, bunları kullanma hakkıdır. *"Sağlık hakkı"* sağlık hizmetleri ile ilgili olanlar ve güvenli su, gıda, gerekli sağlık önlemleri ve barınma gibi sağlığı etkileyen genel yaşam şartları ile ilgili olanlar olmak üzere iki temel bileşene ayrılabilmektedir. Daha spesifik olarak ele alınırsa, *"sağlık hakkı"*, sağlık hizmetlerini ve sağlığın belirleyicilerini kapsayan etkili ve entegre bir "sağlık sistemi" hakkıdır (Asher ve ark., 2007). Hunt (2006)'a göre sağlık hakkı; sağlık

hakkını içermesinin yanı sıra, güvenli içme suyu, yeterli sağlık önlemleri ve sağlıkla ilgili bilgilere erişim gibi sağlığın altında yatan faktörleri kapsayarak sağlık hizmetinin ötesine geçmektedir.

Kinney (2001), "The International Human Right To Health: What Does This Mean For Our Nation and World?" isimli makalesinde "sağlık hakkı nedir?" sorusuna yanıt aramıştır. Ona göre sağlık hakkı bir süreç olarak anlaşılabilir. Minimum olarak değerlendirildiğinde, halkın sağlığını koruyan koşullara ilişkin bir hak anlamına gelebilir. Ayrıca, nüfusa dayalı ve kişisel sağlık hizmetleri erişimiyle ilgili sivil ve politik haklar da içerebilir. Geniş anlamda ise, sağlık hizmeti karşılığında ödeme yapamayacak durumda olan kişiler için hastalık ve yaralanma durumunda bunların teşhis ve tedavisi için tıbbi bakımın sağlanmasını içerebilir. Sağlık, bütün diğer insan haklarından faydalanabilme açsından elzem bir haktır. Her insan, onurlu bir yaşam sürdürebilmek için ulaşılabilecek en yüksek sağlık standardına sahip olmalıdır. Sağlık hakkı, insan hakları belgelerinde yer alan, gıda, konut, çalışma, eğitim, insan onuruna yaraşır bir hayat sürme, yaşama hakkı, ayrımcılık gözetmeme, eşitlik, işkence yasağı özel hayatın gizliliği, bilgiye erişim, toplanma ve dernek kurma özgürlüğü ve seyahat etme özgürlüğü gibi diğer insan haklarının gerçekleşmesi ile yakından ilgilidir. Belirtilen bütün bu haklar ve diğer hak ve özgürlükler, sağlık hakkını tamamlamaktadır (Uyar, 2006).

Sosyal bir hak olan sağlık hakkı devletlere bazı yükümlükler getirmektedir. ESKHS 14 No'lu Genel Yorumu'nda devletlerin sahip olduğu yükümlülükler *''Tüm insan hakları gibi sağlık hakkı da taraf Devletlere üç türde ya da düzeyde yükümlülük yüklemektedir: saygı duyma, koruma ve yerine getirme (gerçekleştirme) yükümlülükleri.''* şeklinde tanımlanmıştır. "*Saygı duyma yükümlülüğü"* devletin eylemleriyle sağlık hakkını ihlal etmemesi anlamına gelir. Sağlık hizmetlerine erişimi engellememek, bu yükümlülük kapsamında değerlendirilmektedir. ESKHK'nin ifadesiyle "*Mahpuslar ya da alıkonan kişiler, azınlıklar, sığınmacılar ya da yasadışı göçmenler dahil olmak üzere herkesin önleyici, iyileştirici ve palyatif sağlık hizmetlerine erişiminin reddi ya da sınırlanmasından kaçınmak*", devletin saygı gösterme yükümlülüğüne girmektedir. Devletin sağlık hakkına ilişkin *koruma yükümlülüğü*, kendisi dışındaki gerçek ya da tüzel kişilerin (üçüncü kişilerin) sağlık hakkının ihlaline yol açacak tasarruflarını (eylem, işlem, takip edilen siyasa ya da bir yasa) önlemek ve ihlalin gerçekleşmesi durumunda ise gerekli idari ve hukuki

tasarruflarda bulunmasını içermektedir (Ertan, 2012). *Yerine getirme yükümlülüğü*, hükümetlerin haklardan yararlanmayı garantilemesi anlamına gelmektedir. Hükümet sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri bakımından mevcut olan dengesizlikleri düzeltmeye odaklanmalıdır. Örneğin, devlet ülkenin en yoksun kalmış bölgelerine, özellikle yoksullara ve başka biçimlerde korunmasız ve dezavantajlı gruplara, yeterli kamu kaynağı ayırmalıdır. Hükümet sağlığa yararlı davranışları teşvik etmeli ve uygun bilginin yayılmasını garanti etmelidir (Asher ve ark., 2007). Sağlık hakkı negatif hak ve pozitif hak olmak üzere iki farklı tür hak kapsamında değerlendirilecektir.

2.1.1.Sağlık Hakkının Statüsü

2.1.1.1.Negatif Sağlık Hakkı

Negatif hak, kişinin devlet müdahalesine kapalı özel alanını çizen, devlete negatif bir tutum, yalnızca karışmama ve gölge etmeme görevi yükleyen hak ve hürriyetlerdir (Kapani, 1993.) Veatch (2010)'a göre negatif yapıdaki bir hak, bireye dokunulmamasına ve diğer kişilerin özerk eyleme müdahalesinden bağımsız olmasına ilişkin bir haktır. Bu haklar, kişinin serbestçe gelişmesi amacını güden alana devletin karışmasını önlemektedir. Yani, kişiye karışmama ödevini yüklemektedir (Kalabalık, 2004). Sağlık hakkının ağırlıklı olarak pozitif haklar statüsünde değerlendirildiği söylenebilir; ancak, sağlık kavramının geniş tanımı ele alındığında, sağlık hakkının negatif bir boyutunun da bulunduğu göz ardı edilmemelidir (Temiz, 2014). Sağlık hakkının negatif yönünün yeterince vurgulanmamasının nedeni, sağlık hakkını temel bir insan hakkı olarak gören düşünürlerin bu konuya yeterli şekilde eğilmemeleri, sağlık hakkını negatif bir hak şeklinde değerlendiren ve pozitif bir hakka dönüşmesini engelleyen düşünürlerin sağlık hakkının sadece bu yönüne vurgu yapması olabileceği düşünülmektedir. Sağlık hakkının negatif boyutu, devletin kişilerin sağlığını bozucu faaliyetlerden kaçınmasını ve sağlık hizmeti aracılığıyla kişisel haklarını ihlal etmemesini kapsamaktadır. Sağlığı bozucu etkisi bilinen, çevre kirliliği yaratmaması yanında hastalık yaymaması, hastalıkların yayılmasına sebep olan etkenleri üretmemesi, satmaması ve tüketimini teşvik etmemesi gerekmektedir (Temiz, 2013).

Kişinin sağlığına zararlı faaliyetten korunması örneği negatif haklar kapsamında değerlendirilebilmektedir. Burada söz konusu olan kişinin sağlıklı olması için bazı hizmetlerin sunulması değil; onun mevcut sağlığını bozucu etkisi

açık olan bir faaliyetin devlet eliyle yapılmaması veya üçüncü kişiler tarafından yapılmasına izin verilmemesidir. Kişinin sağlığına erişmek için başvuracağı hizmeti seçmede, almada ve yararlandırmayı sürdürmede devletin engelleyici bir tutum içinde olmaması ödevi bir başka örnek olarak verilebilir (Temiz, 2014).

Devletin saygı duyma yükümlülüğü negatif statü haklarındandır (Tahmazoğlu Üzeltürk, 2012). ESKHK 14 No'lu Genel Yorumu'nda saygı duyma yükümlüğü altında yani Tahmazoğlu Üzeltürk (2012)'e göre negatif haklar kapsamında; devletin geleneksel önleyici ve iyileştirici nitelikteki uygulama ve ilaçları yasaklamaktan kaçınmasını, güvenli olmayan ilaçların pazarlanmasını yasaklamasını, ruhsal hastalıkların tedavisi veya bulaşıcı hastalıkların önlenmesini içermektedir. Ayrıca, devlet gebeliği önleyici korunma yöntemlerine ve cinsel sağlık ve üreme sağlığını koruma yollarına erişimi engellememeli; cinsel eğitim ve cinsel bilgi de dahil olmak üzere sağlık ile ilgili bilgileri yaymaktan kaçınmamalı ve bu bilgileri sansüre tâbi tutmamalı ve bireylerin sağlık ile ilgili konularda katılımını engellememelidir. Havayı, suyu ve toprağı hukuka aykırı şekilde kirletmekten kaçınmalı (örneğin Devlet temelli faaliyetlerden kaynaklanan endüstriyel atıkları engellenmeli), insan sağlığına zararlı maddelerin açığa çıkmasına neden olacak nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı ve denemelerinden ve ayrıca cezalandırma yöntemi olarak sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlamaktan (örneğin silahlı çatışma hallerinde uluslararası insancıl hukukun ihlali) kaçınmalıdır (İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2006).

2.1.1.2.Pozitif Sağlık Hakkı

Pozitif statü hakları ise kişilere devletten olumlu bir davranış, bir hizmet ve yardım isteme imkânı tanıyan haklar olarak tanımlanmaktadır (Kapani, 1993). Pozitif statü hakları devletin kişiye olumlu bir davranışta bulunmasını sağlayan, bir hizmet talep etme imkanı veren ve devlete belirli ödev ve yükümlülükler yükleyen haklardır (Tahmazoğlu Üzeltürk, 2012). Pozitif hak, negatif haklarından farklı olarak sadece özerk eylemde bulunmayı değil, ayrıca kişinin eylemlerini gerçekleştirebilmek için gerekli araçlara erişebilmesi hakkını da içerir (Veatch, 2010). Tahmazoğlu Üzeltürk (2012)'e göre sağlık hakkı pozitif boyutta, tedavi, hekim, ilaç gibi olumlu yükümlülüklerin yerine getirilmesini gerektirir. Devletin koruma ve yerine getirme yükümlülükleri pozitif boyutta yer almaktadır.

ESKHS'de 14 No'lu Genel Yorumu'nda devletin koruma ve yerine getirme yükümlülükleri geniş olarak ele alınmıştır. Koruma yükümlülüğü, devletin sağlık hizmetlerine eşit olarak erişimi sağlayacak tedbirleri almasını, sağlıkta özelleştirmenin sağlık imkânları, malları ve hizmetlerinin mevcudiyeti, erişimi, kabul edilebilirliği ve kalitesini olumsuz olarak etkilememesini garanti etmesini, tıbbi cihaz ve ilaçların üçüncü kişilerce pazarlanmasının kontrolünü sağlamasını, tıbbi personel ve diğer tüm sağlık personelinin gereken eğitim, tecrübe ve etik davranış kurallarına sahip olmasını sağlamasını içermektedir. Ayrıca zararlı sosyal veya geleneksel uygulamaların doğum öncesi ve doğum sonrası bakıma erişimi ve aile planlamasını engellememesini güvence altına almalı, kadınların, kadın sünneti gibi, geleneksel uygulamalara zorlamasını engellemeli, toplumun tüm risk altındaki kesimlerini koruyacak tedbirlere yer vermeli ve üçüncü kişilerce bireylerin sağlıkla ilgili bilgi ve hizmetlere erişiminin engellenmesinin önüne geçmelidir (Uyar, 2006).

Yerine getirme yükümlülüğü kapsamında ise devletler ulusal mevzuat oluşturma ve sağlık hakkının gerçekleştirilmesine yönelik ulusal sağlık politikalarını kabul etme başta olmak üzere sağlık hakkına ulusal politika ve hukuk sistemlerinde gereken önemi vermelerini gerektirmektedir. Devletler, bulaşıcı hastalıklar ile mücadele etmeli, yeterli ve güvenilir gıda, temiz ve içilebilir su, temel hijyen, konut ve yaşama koşulları gibi temel sağlık göstergelerine erişimi güvence altına almalıdır. Doktorların ve diğer tıbbi personelin yeterli eğitim almalarını, hastanelerin, kliniklerin ve sağlıkla ilgili diğer imkânların yeterli sayıda olmasını güvence altına almalıdır. Herkes tarafından ödenebilir kamu sigortaları, özel veya karma sigorta sistemleri kurulmalı, iş güvenliği ve sağlık hizmetlerine dair tutarlı bir ulusal politika benimsenmelidir (Uyar, 2006). Devletler tarafından sağlanması gereken edimler ülkelerin sosyo-ekonomik durumlarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Sağlık hakkının her anlamda gerçekleşmesi, belirli bir ülkedeki koşullara dayalı olan temel unsurları içermektedir.

Kişilerin sağlık hizmetinden faydalanabilmeleri için yalnızca bina, ekipman veya sağlık personeli yetmemektedir. Sağlık hizmeti sunumu için tüm şartların bir bütün içerisinde sağlanması gerekmektedir. Eksik personelle çalışan bir sağlık kurumunda kişilere sağlık hakkının tam olarak sağlandığından söz edilemez. Sağlık hakkının tam anlamıyla sağlanması için belli standartlar bulunmaktadır. ESKHK bu standartlara yer verilmiştir.

ESKH Komitesi'nin 14 Numaralı Genel Yorumu' nun 12. maddesinde sağlık hakkının içeriği, Taraf Devletlerin mevcut koşullarına bağlı olarak, zorunlu ve birbirine bağlı olarak dört temel başlık altında toplanmıştır. Bunlar Mevcudiyet (Availability), Erişilebilirlik (Accessibility), Kabul edilebilirlik (Acceptability), Kalite (Quality)dir (Uyar, 2006).

2.1.1.2.1.Mevcudiyet

Mevcudiyet; kamu sağlığı hizmetleri, sağlığa ilişkin mallar, hizmetler, imkanlar ve sağlık programlarının yeterli miktarda var olması anlamını taşımaktadır. Mevcudiyet standardı temel olarak devletler tarafından yerine getirilmesi gereken yükümlülükler bazında iki hususu içermektedir. İlk olarak devletler, halkın tamamı için yeterli miktarda sağlık programlarının yanı sıra, işlevsel bir halk sağlığı ve sağlık tesisleri, mal ve hizmetler oluşturmalıdır ve buna ek olarak yetişmiş, yeterli maaşla çalışan tıbbi profesyonel personeli tüm bireylere sağlama yükümlülükleri vardır. Yine devletler bu kapsamda DSÖ'nün Temel İlaçlar Eylem Programında (*WHO Action Programme on Essential Drugs*) tanımlanan temel ilaçları bireylere sağlamak zorundadırlar. Ele alınması gereken ikinci unsur ise sağlığın altta yatan belirleyicilerinden olan güvenli ve içilebilir su kaynaklarına erişimin ve yeterli sağlık koruma koşullarının devlet tarafından sağlanması yükümlülüğüdür. Ayrıca mevcudiyet standardı toplumun her kesiminde, özellikle kırsal kesimlerinde, sağlanmalı tüm bireylerin sağlık kurum ve kuruluşlarına erişebilmesi için devletler yeterli miktarda kamu kaynağını kullanmalıdır. Yukarıda bahsi geçen mal, hizmet ve imkanların niteliği devletlerin kalkınma düzeyi dahil olmak üzere bir çok etmene bağlı olarak farklılıklar gösterecektir fakat bu mal hizmet ve imkanların devletin sınırları içerisinde mevcut olması gerekmektedir. Bir başka deyişle mevcudiyet, ülkenin kalkınma ve ekonomik durumu hesaba katıldığında halk sağlığı ve sağlık bakımı kuruluşlarının yeterli sayıda olmasını gerektirir (Uyar, 2006; Asher ve ark., 2007; Ssenyonjo, 2009).

Mevcudiyet standardı sağlık hakkının ilk basamağını oluşturmaktadır. Sağlık tesisleri, hizmeti sunacak sağlık personelleri ve temel ilaç ve ekipmanların sağlanamaması durumunda sağlık hizmetinin sağlanmasından, dolaylı olarak da sağlık hakkının gerçekleştirildiğinden söz edilemez.

2.1.1.2.2.Erişebilirlik

ESKH Komitesine göre, mevcudiyet standardının sağlanmasının yanı sıra sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması da gerekmektedir. Komite, erişilebilirliği birbiriyle kesişen dört başlık altında ele almıştır. Bunlar; ayrımcılık olmaması, fiziksel erişim, ekonomik erişim ve bilgiye erişimdir (Uyar 2006). Sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik konusu daha detaylı ele alınmaktadır.

2.1.1.2.3.Kabul Edilebilirlik

Kabul edilebilirlik, sağlık tesisleri, mal ve hizmetlerin tıp etiğine uygun; bireylerin, azınlıkların, halkların ve toplulukların kültürlerine saygılı olmak anlamına gelmektedir. Aynı zamanda cinsiyete ve yaşam döngüsünün gerekliliklerine duyarlı olmayı, hizmetler gizlilik ilkesine göre sunulmalı ve kişilerin sağlık seviyelerini geliştirecek şekilde tasarlanmış olmalıdır (World Health Organization, 2002; Uyar, 2006; Ssenyonjo, 2009).

2.1.1.2.4.Kalite

Kalite, hizmetlerin bilimsel ve tıbbi açıdan uygun ve kaliteli olması gerektiği anlamını taşır. Kalite standardı, deneyimli tıbbi personelin yeterli şekilde tedariğini, bilimsel açıdan onaylanmış ve miadı dolmamış ilaç ve hastane teçhizatını, güvenli ve içilebilir su, yeterli hijyen koşullarının sağlanmasını gerektirmektedir (Kınney, 2001; Uyar, 2006; Asher, 2010;).

2.1.2.Sağlık Hakkının Tarihsel Gelişimi

Bu bölümde uluslararası boyutta sağlık kavramının çıkış noktasından başlanarak, devamında yürürlüğe giren ve sağlık hakkına ilişkin düzenlemeler içeren belgeler ele alınmaktadır. Ulusal düzeyde ise sağlık hakkına yönelik maddelere yer verilip, konuya ilişkin yapılan düzenlemeler ele alınmaktadır.

2.1.2.1.Dünya'da Sağlık Hakkı Gelişimi

Sağlığın bir hak olarak doğuşu kronolojik olarak WHO (World Health Organization)'nun 1948 tarihli Anayasası'yla sağlanmıştır. WHO Anayasası'nda geçen "E*rişilebilir en yüksek sağlık standardından yararlanma, ırk, din, siyasi inanç, ekonomik ya da sosyal durum ayrımı yapmaksızın her insanın temel haklarının biridir*." ibaresi sağlığın herkes tarafından erişilebilirliğinin sağlanması gereken temel bir hak olduğunu ifade etmektedir. WHO Anayasası ile sağlık hakkı uluslararası hukuk düzleminde bir hak olarak yer edinmiş ve yapmış olduğu tanımlamayla kendisinden sonra gelen belgelere kaynaklık etmiştir. WHO Anayasası

bir insan hakları belgesi değildir ve bundan dolayı sağlık hakkına yönelik icrai hükümler içermemektedir. İcrai hükümler içermemesi bu belgenin tarihsel önemini kaybettirmemekte sağlık hakkına ilk kez yer vermesi hasebiyle önemini korumaktadır (Ertan, 2012).

Sağlık hakkı, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 10 Aralık 1948 tarihinde ilan ettiği İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. Maddesinde karşımıza çıkmaktadır. Bu madde;

"1. Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.

2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar." şeklindedir.

WHO Anayasası'nda yer verilen sağlık hakkına yönelik ifade ile kıyaslandığında sağlık hakkının "tıbbi bakım hakkı" olarak ele alındığı hakkın öznesinin WHO Anayasası'ndaki gibi "herkes" olarak kabul edildiği görülmektedir. WHO Anayasası'ndan farklı olarak hakkın tanımı genişletilmiş ve beslenme, giyim, konut gibi haklarla birlikte değerlendirilmiştir. İkinci maddede sağlık hakkına yaşam hakkı çerçevesinde yer vermiş ve sağlık hakkı ile sosyal güvenlik hakkını bir arada ele almıştır (Funda, 2012).

Avrupa Sosyal Şartı'nda ise, 1965'te yürürlüğe girmiştir, 11. Madde ile "Sağlığın Korunması Hakkı" başlığı altında, sağlık hakkının etkin olarak kullanılması için sağlığın korunması hakkının sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırılması, sağlıklı olmayı teşvik etmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluk duygusunu geliştirmek üzere eğitim ve danışma hizmetleri sağlanması ve salgın hastalıkların önlenmesi şeklindeki ifadeler ile açıklanmıştır (https://www.tbmm.gov.tr 12 Ağustos 2018).

BM tarafından kabul edilen üç temel belgeden biri olan ve 16 Aralık 1966 tarihinde kabul edilen Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin 12. maddesinde sağlık hakkı, "sağlık standardı hakkı" başlığı altında düzenlenmiştir. Bu

sözleşme herkes için mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanımaktadır. Bu bağlamda; bebek ölümlerinin azaltılması ve çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması, çevre sağlığının sağlanması, salgın hastalıkların önlenmesi ve kontrol altında tutulması, hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların oluşturulması gibi gerekliliklerden bahsedilmektedir (https://www.tbmm.gov.tr 12 Ağustos 2018).

'Her Türlü Irk Ayrımcılığının Tasfiye Edilmesine Dair Uluslararası Sözleşme'de direkt sağlık hakkına yönelik bir düzenlemeye rastlanmamaktadır. Siyasal, ekonomik, sosyal, kültürel veya kamusal yaşamının herhangi bir alanında, insan hakları ve temel özgürlüklerin ırk, renk, soy, ulusal veya etnik köken ayrımı yapılmaksızın eşit ölçüde tanınmasını, kullanılmasını veya bunlardan yararlanılmasını içermektedir. Sözleşmenin 5. maddesinin devamında belirtilen hakları kullanırken hukuk önünde eşitlik hakkını güvence altına almayı taahhüt etmektedir. Adı geçen haklar içerisinde aynı maddenin e/(iv) bendinde *"Sağlık, tıbbi bakım, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetlerden yararlanma hakkı"* da yer almaktadır. Sözleşme ikinci kuşak hakların yerine getirilmesi ile ilgili değil, söz konusu haklar uygulamaya geçilirken ayrımcılık yapılıp yapılmadığıyla ilgilidir (Ertan, 2012).

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 24.maddesinde çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkı tanınmakta ve bu hakkın güvence altına alınması gerektiğinden bahsedilmektedir (https://www.tbmm.gov.tr 12 Ağustos 2018).

Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya'nın Bali kentinde yapılan toplantıda Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi gözden geçirilerek Bali Bildirgesi yayımlanmıştır. Bu bildirgede sağlık hakkı "Kaliteli tıbbi bakım hakkı" başlığı altında ele alınmıştır. Her insanın ayırımcılık yapılmaksızın yeterli tıbbi bakım görme hakkına sahip olduğu, hastanın her zaman yararına en uygun biçimde tedavi edilmesi gerektiği, hastanın sağlık bakımı sürekliliği hakkına sahip olduğu ve hekimin hastayı tedavi eden diğer sağlık kurumları ile koordinasyon sağlama yükümlülüğünden söz edilmektedir. (https://sbu.saglik.gov.tr/ 26 Ağustos 2017)

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 3. maddesinde ise sağlık hakkı "Sağlık Hizmetlerine Erişimde Adalet" başlığı altında; "*devletler kişilerin sağlık*

hizmetlerinden adaletli bir şekilde yararlanmalarını sağlamalı ve bunun için uygun tedbirleri almalıdır." şeklinde düzenlenmiştir (http://www.hasta.saglik.gov.tr/ 26 Ağustos 2017)

Sağlık hakkı kavramı 7 Aralık 2000 tarihinde imzalanan Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'nde ise 35. maddede "Sağlık Hizmetleri" başlığı altında *"Herkes, ulusal hukuk ve uygulamalar Uyarınca koruyucu sağlık hizmeti alma ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Birliğin tüm politikaları ve eylemlerinin tanım ve uygulamasında, daha üst düzeyde bir insan sağlığı koruması hedeflenir."* ifadesinde yer almıştır (Avrupa Birliği ile İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2001).

Yukarıda adı geçen belgelerde sağlık hakkına ilişkin düzenlemelere yer verilmiş ve genel olarak değerlendirildiğinde sağlık hakkı ayrıca bir hak olarak değil daha çok yaşam hakkı kapsamında veya diğer haklarla ilişkili olarak ele alınmıştır.

2.1.2.2.Türkiye'de Sağlık Hakkı Gelişimi

Türkiye'de sağlık hakkı anayasal düzlemde 1961 Anayasası ile tanınıp güvence altına alınmaya başlamıştır. Öncesinde 1921 ve 1924 Anayasalarında ekonomik ve sosyal haklara yer verilmemiştir. Sağlık hakkı ile ilgili ilk adım 1930 yılında yürürlülüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu olarak bazı yazarlarca ele alınmaktadır. Kanunun 1.maddesinde *"Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindendir."* ibaresiyle devlet, halkın sağlığını gözetmekle görevlendirilmiştir. Üçüncü maddede, ana-çocuk sağlığının korunması, salgın hastalıklarla mücadele, temiz suya erişimle ilgili yükümlülüklere yer verilmiştir (http://www.saglik.gov.tr 31 Ağustos 2017).

Cumhuriyetin ilk zamanlarında, halk birlikte savaşmış, ülkeyi birlikte savunmuş ve kalkınması için çalışmıştır. Vatandaşların sağlık sorunlarının diğer sosyo-ekonomik sorunlar gibi, birlikte çözülmesi anlayışı mevcuttur (Aydın, 1995). Savaş döneminin zorlu şartlarından henüz sıyrılmakta olan Türkiye Cumhuriyeti sağlık hizmetlerinde istenen hedeflere ulaşabilmek için öncelikle salgın-bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmeye ve ülke çapında sağlık hizmetlerini örgütlemeye öncelik vermiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmının salgın

hastalıklarla mücadele için harcandığı bizzat Atatürk tarafından dile getirilmiştir (Aydın, 2002).

Sonrasında 1961 Anayasası sosyal devlet anlayışını getirmiş olup, bu kapsamda sağlık hakkına "*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir."* şeklinde yer vermiştir (https://www.tbmm.gov.tr 07 Eylül 2018).

Yine 1982 Anayasası'nda herkesin, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu, devletin herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemekle yükümlü olduğu yer almaktadır (https://www.tbmm.gov.tr 07 Eylül 2018).

2.1.3.Sağlık Hizmetlerine Erişim Hakkı

Sağlık hizmetlerine erişim hakkı esasen sağlık hakkının alt boyutu olarak ele alınmaktadır. Sağlık hakkının varlığından söz edebilmek için bulunması gereken dört standarttan biri olan erişilebilirlik, bu başlık altında daha geniş ele alınarak, sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörler üzerinde durulacaktır.

Sağlık hizmetlerini kullanabilmek temel insan haklarından olduğu için hükümetler kişi ve toplumların yeterli ve uygun şekilde sağlık hizmetlerine erişimini garanti altına almalıdır. Sağlık hizmetlerinde erişim gerek yerel gerek ulusal gerekse küresel anlamda hakkaniyetli olarak gerçekleşmelidir. Erişilebilirlik, ekonomik, sosyal ve kültürel çevreye ulaşabilme ve bu çevrelerde sunulan hizmetlerden faydalanmayı ifade etmekte, her türlü hakkın kullanımında önemli bir unsur olarak rastlanmaktadır (Çağlar, 2012). Sağlık hizmetlerine erişim geniş bir literatüre sahip olmasına rağmen bu kavramın en iyi nasıl tanımlanabileceğine dair bir fikir birliğine ulaşılamamıştır. Berk ve Shur (1998), operasyonel bakış açısıyla erişimi ölçmeye ilişkin ftlar ve erişimin kavramsal tanımı hakkındaki ortak görüşün eksikliği konusunda bir anlaşmanın olmadığına dikkat çekmiştir. Berk ve Shur (1998)'a göre ilk olarak, erişim tanımlanmalı ve erişimin en önemli özellikleri politika oluşturma açısından vurgulanmalıdır. İkinci aşamada erişimin ana ölçütleri belirlenmeli ve her boyutun kırsal ve uzak nüfus için önemini ana hatlarıyla çizilmelidir. Son olarak da

politika yapıcıların, politikalarının çeşitli erişim boyutlarını ele aldığını değerlendirmek için kullanabilecekleri bir çerçeve önerilmektedir.

Kurt (2007) sağlık hizmetlerine erişim kavramını "*Kişilerin ve toplumun sağlık hallerinin sürdürülebilmesi veya sağlık hallerinin sağlanması amacıyla ihtiyacı olduğu zaman veya talep edilmeden sağlık personeli tarafından sunulan temel sağlık hizmetlerinin eşit, nitelikli, ücretsiz bir şekilde hiçbir engelle karşılaşmadan sunulmasıdır."* şekilde tanımlamıştır. Sağlıkta eşitlik, kaliteli sağlık hizmetlerinin herkes tarafından ulaşılabilir olması ilkesine dayanmaktadır. Kaynaklar sağlık ihtiyaçlarına göre tahsis edilmelidir. Sağlık hizmetleri coğrafi bölgelere, bölgelerin ihtiyaç ve ulaşılabilirlik ölçütlerine göre dağıtılmalıdır Sağlıkta eşitliğin amacı tüm bölgeler veya sosyal grupların sağlık düzeylerini aynı seviyeye ulaştırmak ya da ortaya çıkan sağlık düzeyi farklılıklarını en aza indirmek olmalıdır (Whitehead, 2001). Literatürde erişimle ilgili iki ana tema bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar erişimi, nüfus özellikleriyle (gelir, sigorta kapsamı, sağlık hizmetleri kullanma davranışları gibi), sağlık hizmeti sunum sistemi özelliklerini (kaynak dağıtımı, işgücünün organizasyonu ve olanaklar gibi) eşit tutma eğilimindedirler. Diğer görüşe sahip araştırmacılar ise erişimin, sağlık hizmeti kullanım oranı ya da memnuniyet durumu gibi bireylerin sağlık hizmetleri alması sonucunda elde ettiği sonuçların değerlendirilmesiyle en iyi şekilde açıklanabileceğini ileri sürmektedirler (Aday ve Andersen, 1974). Sağlık hizmetlerine erişim, kabul edilebilirlik, coğrafik, hazır bulunma, ödenebilirlik, yerleştirme, zamanlama ve farkında olmak üzere 7 boyutta ele alınabilir (Russell ve ark., 2013).

ESKH Komitesine göre erişilebilirlik, "erişilebilirlik" başlığında bahsettiğimiz üzere dört standarttan oluşmaktadır. Bunlar aşağıda açıklanmaktadır.

- **Ayrımcılık Yasağı**: Sağlık kurum ve kuruluşları, mal ve hizmetleri, olanakları, özellikle toplumun dezavantajlı kısımları başta olmak üzere herkes açısından, hem mevzuatta hem de uygulamada, herhangi bir ayrımcılık gözetilmeksizin erişilebilir olmalıdır. "The Right to Health Carefor Transsexual People in Cuba" isimi makalede sağlık hakkının temel bir insan hakkı olduğu vurgulanarak, transseksüel insanlara yönelik sağlık hizmetlerinin reddedilmesi bir insan hakları ihlali olarak değerlendirilmiştir. Zihinsel bir hastalıktan öte, transseksüel kişilere yönelik ayrımcılığın olumsuz ruhsal etkisini hafifletmeye yardımcı olmak için

kapsamlı bir ilgi gerektiğinden söz edilmiştir. Küba'da ve diğer birçok ülkede trans kimlikler meşru olarak tanınmadığı için insan haklarının cinsel kimlik ve cinsel yönelime ilişkin ilkeleri mevzuatta açıkça belirtilmemiştir. Böylece transseksüel kişilerin sosyal ve ekonomik hakları engellenmiştir (Roque ve Rodríguez, 2012).

•**Fiziksel Erişilebilirlik:** Sağlık hizmetlerinin ve temel sağlık belirleyicilerinin kırsal alanlar da dahil olmak üzere, nüfusun tüm kesimleri için güvenli fiziksel erişimin sağlanmasını içermektedir. Toplumun tüm kesimleri, etnik azınlıklar ve yerel halklar, kadınlar, çocuklar, ergenler, yaşlılar, engelli kişiler ve HIV/AIDS'li kişiler olarak ESKHK genel yorumunda açıkça belirtilmiştir. Fiziksel erişim yukarıda belirtildiği gibi engelli kişilerin de diğer kişiler gibi herhangi bir zorlukla karşılaşmadan sağlık hizmetlerine, binaya ulaşım da dahil olmak üzere erişimlerinin sağlayacak nitelikte olması anlamını taşımaktadır. Erişim, aynı zamanda, sağlıkla ilgili güvenli ve içilebilir su ve yeterli sağlık koşulları gibi sağlığın temel belirleyicilerine de erişim anlamındadır (World Health Organization, 2002; Uyar, 2006; Asher ve ark., 2007; Ssenyonjo 2009).

Fiziksel erişim yalnızca şehir merkezlerinde değil şehirden uzak kırsal alanlarda da işlevsel hale getirilmelidir. Ülkenin her kesimi için kullanılabilir olduğunda tam anlamıyla fiziksel erişimden bahsedilebilir.

• **Ekonomik Erişilebilirlik (Ödenebilirlik):** Herkes, sağlık mal, hizmet ve olanaklarının bedelini ödeyebilmeli ve bu mal, hizmet ve olanaklardan yararlanabilmelidir. Hem kamu hem özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri, hakkaniyet ilkesini gözeterek toplumun dezavantajlı kesimleri de dahil olmak üzere, bedelinin herkesçe ödenebilmesi güvence altına alınmalıdır. Hakkaniyet ilkesine göre daha yoksul olan hane halkının daha zengin durumdaki hane halkına göre orantısız bir sağlık masrafı altına girmesi engellenmelidir (Asher ve ark., 2007; Uyar, 2006; Ssenyonjo, 2009).

• **Bilgiye Erişim:** Sağlığa ilişkin konularda, kişisel sağlık verilerinin gizliliği hakkını ihlal etmeyecek şekilde, bilgi talep etme, bilgi alma, bilgi verme ve açıklama haklarını içermektedir. Örneğin; hükümetlerin gençlerin tarafsız bir şekilde sunulan cinsel ve üreme sağlığı eğitimine ve bilgilerine erişimlerinin

sağlanması da bilgiye erişim kapsamında değerlendirilebilir (Asher ve ark., 2007; World Health Organization 2002; Uyar, 2006).

ESKHS'ye göre bir taraf devlette sağlık hakkının tam olarak sağlanabilmesi için sağlık olanakları, malları ve hizmetleri mevcut değil ise (içme suyu, hastaneler, klinikler, tıbbi personel ve temel ilaçlar yok ise), o devlet, sağlık hakkını ihlal etmiş olacaktır. İkinci olarak, sağlık olanaklarına, mallarına ve hizmetlerine erişilmesi kolay değil ise (o taraf devlette sağlık konusunda ayrımcılık yapılmaktaysa, kırsal kesimlerde yaşayanlar ve engelli kişiler sağlık hizmetlerine ulaşamıyorsa) sağlık hakkı yine ihlal edilmiş olacaktır. Üçüncü olarak, bir devlette, sağlık olanakları, malları ve hizmetleri kabul edilebilir nitelikte değil ise (sağlık konusunda cinsiyete duyarlı yaklaşım benimsenmemiş ise, sağlık hizmeti kültürel olarak uygun değilse ve tıp etiğine saygılı değilse) sağlık hakkının gerekleri yerine getirilmiyor demektir. Son olarak bir taraf devlette sağlık olanakları, malları ve hizmetleri kaliteli değil ise (bilimsel ve tıbbi değil ise, uzman tıp personeli, bilimsel olarak uygun ve kullanım süresi dolmamış ilaçlar ve hastane cihazları ve içilebilir su yoksa), yine, sağlık hakkının ihlali söz konusu olacaktır (Şahin, 2010).

Erişimin ilk şartı, hizmetin elde edilebilir olmasıdır. Donabedian'a göre, elde edilebilir sağlık hizmetlerine erişim sosyo-örgütsel ve bölgesel olmak üzere iki temel faktöre bağlıdır. Bu iki temel faktör maliyet, sağlık politikaları, hizmetin özelleştirilmesi gibi faktörleri kapsayacak şekilde ele alınabilir. Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen birçok sosyo-ekonomik ve fiziksel faktörler bulunmaktadır. Hizmet kullanımını etkileyen faktörler de erişim kavramına dahildir. Kişilerin hizmet kullanımını etkileyen faktörler arasında yaş, cinsiyet, gelir ve bilgi düzeyi gibi faktörler yer almaktadır (Çelik, 2013).

Kurt (2007), sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörleri bireysel ve toplumsal olmak üzere ikiye ayırmıştır. Bireysel faktörler arasında yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, etnik köken, dil, din ve kültür farklılığı, gelir düzeyi, çalışıyorsa çalışma saatleri ve/veya günleri, yerli veya göçmen olmak, sağlık güvencesi, hizmet hakkında bilgi sahibi olunması yer almaktadır. Toplumsal faktörler içinde de, sosyal sınıfların varlığı, politik gücün kimde olduğu, siyasi iktidarın ya da Sağlık Bakanlığı'nın sosyo-politik tercihleri, mevzuatların yeterliliği, Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nin çalışmaları, sağlık politikalarına müdahil olma düzeyi, sağlık kurumunun

varlığı, sağlık insan gücünün varlığı ve/veya dağılımı, hizmetin var olması, hizmetin yeterli olması (niceliği), halkın taleplerine yanıt verme durumu, hizmetin sürekliliği, hizmetin merkeziyetçi olma durumu, hizmetin ücretli olması, basamaklı sevk sisteminin olup olmaması, coğrafi uzaklık nedeniyle ulaşım giderleri, coğrafi bölgesel farklılıklar ele alınmaktadır.

2.2.KUYRUK SİSTEMLERİ

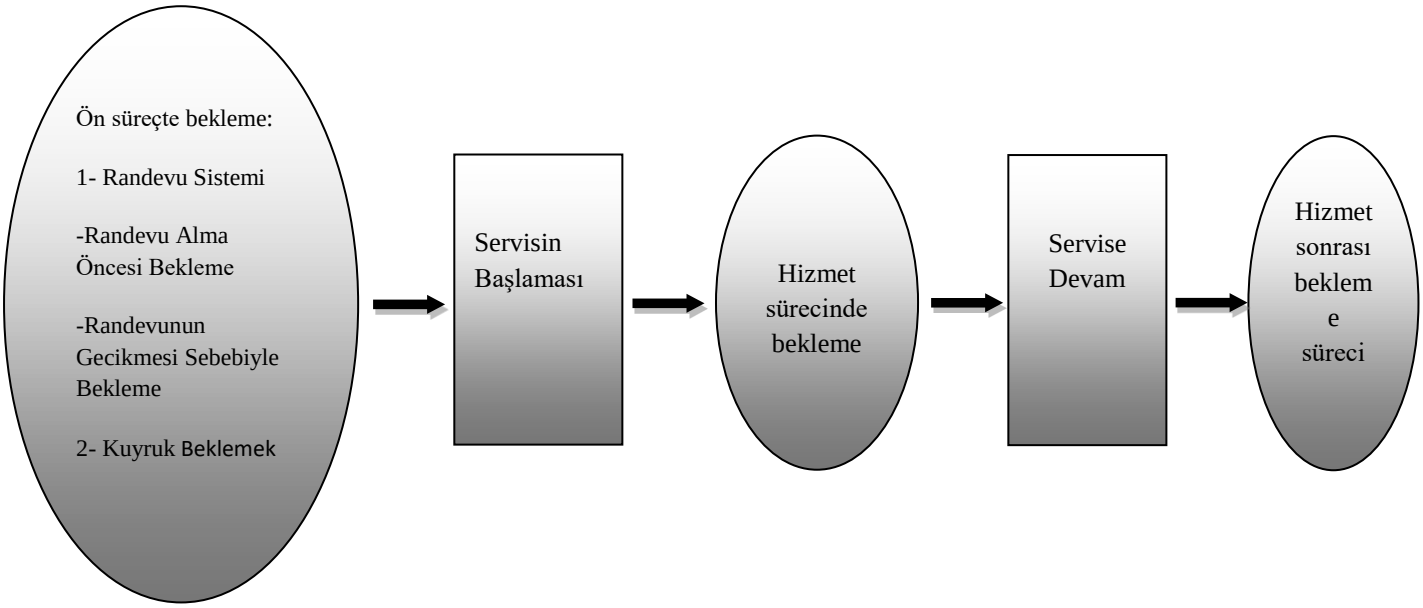
Günümüzde hemen hemen tüm hizmet sektörlerinde hizmet sunumu, "ilk gelen hizmeti ilk alır" ilkesine göre yapılmaktadır. Bir restoranda yemek yiyecekken, bir sinema veya tiyatro bileti alırken, bankacılık işlemlerinde ve daha birçok örnekte olduğu gibi günlük hayatın büyük bir bölümünde bir sıra veya kuyruk beklenerek talep edilen hizmet alınabilmektedir.

Kuyruk, bir hizmet noktasında gelen müşterilerin hizmet noktasının meşgul olmasından dolayı oluşturdukları yığılmalardır. Ortaya çıkan bu yığılmalara "Bekleme Hattı" veya "Kuyruk" denilmektedir. Oluşan bu kuyruklar nedeniyle artan bekleme sürelerini en aza indirerek taleplere nasıl cevap verileceği bir problem olmaktadır. Bu probleme ise "Bekleme Hattı Problemi" veya "Kuyruk Problemi" denilmektedir (Erdin, 1992). Kuyruk Teorisi de kuyruk probleminin nasıl çözüleceğine dair yol göstermektedir. Kuyruk oluşan bir hizmet sektöründe, talebin belirsizliği iki durumu ortaya çıkarmaktadır. İlki müşterinin beklemesi veya beklemeden kaynaklı müşteri kaybı, diğeri ise hizmet noktasının boş kalmasıdır (Çevik ve Yazgan, 2008). Hastaları beklemek zorunda bırakan en önemli faktörden biri arz-talep dengesizliğidir (Sarıtiken, 2002). Ülke genelinde sevk sistemi etkin çalışmadığı için birinci basamak sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken durumlarda hastanelere müracaat edilmesi veya 2. basamak bir hastanede tedavi olabilecekken 3. basamak hastanelerin tercih edilmesi talep fazlalığını doğurmaktadır. Bu durumda hem sağlık personeli, hem tıbbi cihaz ve teçhizat hem de fiziki özellikler açısından belirli bir kapasiteye sahip olan hastaneler, talebi yeterli ölçüde karşılayamayacaktır. Arzın sınırlı olması ile talebin fazla olması sağlık kurumlarında kuyruk oluşmasına sebep olacaktır.

Hastalar, sağlık hizmeti sunumu sırasında çeşitli işlemleri beklemek durumunda kalmaktadırlar. Bekleme sürelerinin yönetilmesi için iletişim sağlanmalıdır. Bekleme süresi açıklandığında tüketicinin daha sakin olduğundan

bahsedilmektedir. Aksine ne kadar süre bekleyeceği hakkında bilgisi olmayan tüketicilerde hayal kırıklığı yoğun bir şekilde hissedilmekte, bu durum da saldırganlığa yol açabilmektedir. İletişim, bu tür durumlarla başa çıkmada önemli bir rol oynamaktadır. Beklemeleri açıklamak, yaşanan beklemeler için özür dilemek, hastaların güvensizliklerini en aza indirmek ve hastaları önemsediğini hissettirmek bu sorunların yaşanmasını engellemektedir. Beklenmeyen gecikmeler açıklanmalı ve bekleme süreleri göz ardı edilmemelidir. Kostecki (1996), randevu zamanı geldiğinde kısa bir beklemenin bile hasta açısından rahatsız edici olduğunu söylemiş ve buna randevu sendromu adını vermiştir.

Sağlık kurumlarında hastalar hizmet almadan önce, hizmet sırasında veya hizmet sonrasında bekleyebilmektedir (De Man ve ark., 2004). Bir poliklinikte doktor görmeden önceki bekleme hizmet öncesi süreçte beklemeye örnek olarak verilebilir. Hastanın erken gelmesi veya hizmetin geç başlaması hizmet öncesi süreçteki beklemeleri ortaya çıkarabilmektedir (Taylor, 1994). Hizmet sunumu sırasında beklemede, hasta muayene odasına girdikten sonra doktorun bir faklı bir işle meşgul olması örnek verilebilir. Hizmet sonrasında bekleme ise örneğin, kişinin faturayı ödemek için beklemesi şeklinde gerçekleşebilir. Sağlık hizmetlerinde bekleme süreci aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (De Man ve ark., 2004).



Şekil 1: Hastane Hizmetlerinde Bekleme Süreci
Kaynak: De Man ve ark., 2004

Kuyruk problemine çözüm üreten kuyruk teorisinin amacı, müşterilerin bekleme süresi ile servisin boş kalma süresi arasında bir denge kurmaktır (Köksal, 1980). Ayrıca servis için beklemenin oluşturduğu toplam maliyeti minimize etmektir (Güray ve Ulusam, 2001). Kuyruk teorisinin genel amaçlar temel olarak şu şekilde özetlenmektedir (Halaç, 1995):

• Çalışma koşulları ve sistemin yapısına ait özelliklerin belirlenmesi,

• Sistemdeki aksaklıkların, zaman kayıplarının ve gecikme koşullarının belirlenmesi,

• Gelir ve maliyet ilişkisinde optimal dengenin sağlanması,

• Çözümün uygulanabilir olması.

2.2.1.Kuyruk Sistemleri ve Tarihsel Gelişim

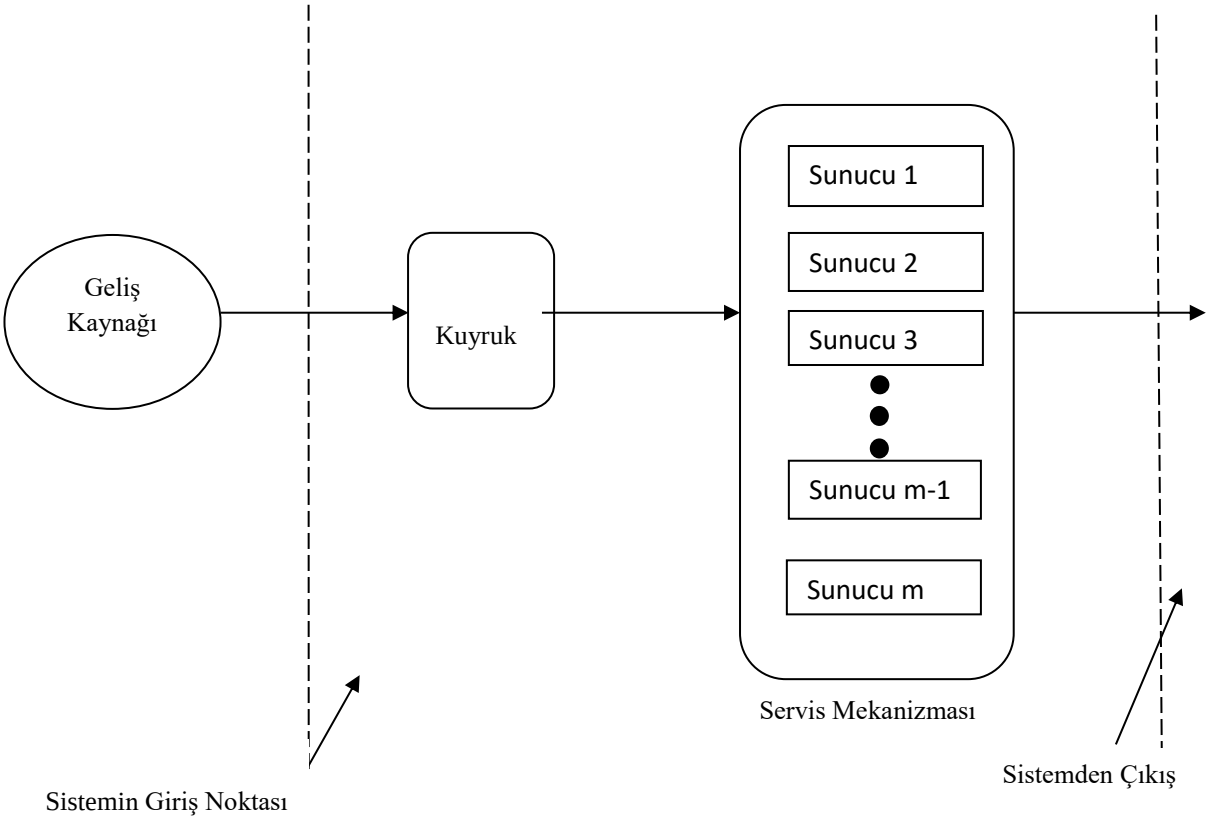
Kuyruk teorisi ile ilgili yapılan ilk çalışmanın Johannsen'nin "Bekleme Süreleri ve Çağrı Sayıları" başlıklı makalesi olarak belirtilmekte fakat bu çalışmada kullanılan yöntemin tam olarak matematiksel olmamasından dolayı tarihsel açıdan önemli olan ilk matematiksel çalışma, A.K. Erlang'ın 1909 yılındaki "Application of the Theory of Probability to Telephhone Trung Problems " isimli çalışması olarak kabul edilmektedir. Gelecek 20 yıl boyunca Erlang'ın makaleleri, istatistiksel denge kavramı ve durum denklemlerinin dengesini oluşturma yöntemi (daha sonra Chapman-Kolmogorov denklemleri olarak adlandırılır) gibi kuyruk teorisindeki en önemli teknik ve kavramlardan bazılarını içermektedir (Khalaf, 2012). Daha sonra 1927'de Molina, 1928'de Fry, 1930 ve 1934'de Pollaczek, 1931 ve 1932'de Khintchine bu konuda çalışmalar yapmıştır (Aydın, 2009). 1930 ve 1950 arasındaki dönemde Crommelin, Pollaczek, Khintchine, Kolomogorovv ve Palm gibi bilim adamları kuyruk teorisinin gelişimine önemli katkılarda bulunmuşlardır. Crommelin telefon sistemlerinde bekletilen telefonlarla ilgili olarak olasılık formülleri geliştirmiştir. Pollaczek ve Khintchine poisson gelişli, değişen ve sabit zaman servisli tek kanal sıra bekleme sistemleri için Pollaczek-Khintchine formülünü geliştirmiştir. Palm değişen trafik yoğunluklarının etkilerini ve bekleme zamanlarının momentlerini incelemiştir (Sarıaslan, 1986).

1950 yılından sonra da yapılan bu çalışmalar işletmelerde, hastanelerde ve bu gibi kuyruk oluşan sistemlerde uygulanmaya başlanmıştır. "Kuyruk sistemi" terimi ilk kez 1951'de D.C. Kendall'ın "Kuyruk Teorisinde Bazı Sorunlar" başlıklı

makalesinde kullanılmıştır. Kuyruk sistemi ile ilgili pek çok makale bulunmaktadır fakat bazı çalışmalarda "kuyruk" kelimesi yerine "sıra" kelimesini kullanılmaktadır. D.C. Kendall'ın 1953'te A / B / C kuyruk notasyonunu tanıtmış ve bu, 1966 yılında Lee tarafından genişletilmiştir (Khalaf 2012). Özdağoğlu ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada bir hastanenin acil servis birimindeki hasta verileri kullanılarak önceliklendirmeye dayalı bir planlama, bir simülasyon modeli geliştirilmektedir. Simülasyon modeli kuyruk ve kapasite problemlerine çözüm olarak uygulanmış ve modelin hasta bekleme sürelerinde azalmayı sağladığı görülmüştür (Özdağoğlu ve ark., 2009). Yine özel bir bankada müşteri memnuniyetini artırmak için yapılmış olan bir çalışmada, kuyrukta bekleme süreleri ANOVA testi ile analiz edilerek, kuyruk modelleri ile bekleme sürelerini azaltmak amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda bekleme sürelerini azaltmak amacıyla, servis kanalı sayısının artırılması, müşteri taleplerinin dönemsel olarak yayılması ve rezervasyon ile müşteri kabul etmenin etkinleştirilmesi, müşterilere bekleme süreleri ve servis kanalları hakkında bilgi verilmesi, müşteri ile hizmet sunucu arasında güven oluşturulması gibi önerilerde bulunmuşlardır (Ramachandran ve ark., 2013). Günümüzde hizmet kalitesini artırmak amacıyla kuyruk sistemleriyle ilgili çalışmalar yapılmaya devam etmektedir.

2.2.2.Kuyruk Sistemleri Bileşenleri

Kuyruk sistemlerinde; kuyruk sistemlerinin özelliklerini belirleyen ve sistem için analizler yapılabilmesini sağlayan, maliyetleri ve temel yapıyı oluşturan bileşenler bulunmaktadır (Aydın, 2003).



Şekil 2: Genel Kuyruk Sitemi
Kaynak: Larson ve Odoni, 1981

Yukarıdaki şekilde görüldüğü üzere kuyruk sistemi bileşenleri;

- Geliş kaynağı,
- Kuyruk,
- Servis disiplini,
- Servis mekanizması
- Sistemden ayrılış, şeklindedir. (Kaynak: Larson ve Odoni, 1981)

2.2.2.1. Geliş Kaynağı

Geliş kaynağı, kuyruk sistemine müşteri veren grubun büyüklüğü veya hacmidir (Halaç, 2001). Müşterilerin sisteme gelişlerini belirlemek için gelişlerin kaynağını, sayısını ve zamanını bilmek gerekmektedir. Gelişlerin sayısı sisteme göre değişkenlik gösterir. Müşteriler tek tek veya gurup şeklinde gelirler. Öğle arasında

yemekhaneye gelen personel grup şeklinde gelişlere örnek olarak verilebilirken, araçların benzin almak için benzin istasyonlarına gelişleri tek tek gelişlere örnek olarak verilebilir (Yılmaz, 2008). Belirli bir zaman birimi içinde sisteme gelen ortalama müşteri sayısına "geliş oranı (arrival rate)" denmektedir. Geliş kaynağı, sonlu ve sonsuz olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Ana kütle sayısı, yani potansiyel müşteri kitlesi, 30 veya 50 den küçük ise geliş kaynağı "sonlu", daha büyük ise geliş kaynağı "sonsuz" olarak adlandırılmaktadır. Geliş kaynağının kesin olarak belirlenmesinde, geliş oranının ana kütleye oranı ölçüt olarak kullanılmaktadır. Bu oran küçükse geliş kaynağı sonsuz, büyük ise sonlu olarak tanımlanır (Sarıaslan, 1986). Geliş kaynağının sonlu veya sonsuz oluşu, kuyruk modeli geliştirme yönünden önem arz etmektedir (Alagöz, 2013).

2.2.2.2. Kuyruk (Sıra bekleme)

Kuyruk, ürün veya hizmet üreten sistemlerde bir hizmet veya işlem için beklemekte olan insan, makine ve malzemeden oluşan topluluk şeklinde tanımlanmaktadır (Tütek ve Gümüşoğlu, 2005). Bir sıra bekleme sisteminde hizmet talebi hizmet kapasitesinden fazla ise sistemde müşterilerin beklediği bir kuyruk (sıra) meydana gelmektedir (Tekin, 2010). Meydana gelen kuyruğun uzunluğu ve kuyrukta bekleme zamanı sistemin trafik yoğunluk oranına (geliş oranı/servis oranı) bağlıdır. Kuramsal olarak trafik yoğunluk oranının 1'den büyük olması durumunda kuyruğun sınırsız bir şekilde uzayacağı düşünülür. Fakat gerçekte böyle bir durum söz konusu değildir. Çünkü müşteri gittikçe uzayan bir kuyruğa girmek istemeyebilir ve kuyruktan kendi rızası ile ayrılabilmektedir. Müşteri sırada bekledikten sonra zaman sınırlılığı nedeniyle servis edilmeden geliş kaynağına dönerse buna "geri alma (reneging)" denilmektedir. Müşteri kendisi sıradan ayrılabileceği gibi hizmet ünitesi de müşteriyi sıradan ayırabilmektedir. Yani, belli bir sayıdan fazla sıradaki müşterilere hizmet sunamayacağını bildirir. Sıranın böylece fazla uzamadan durdurulmasına "sıranın kesilmesi (truncation)" denilmektedir (Sarıaslan, 1986).

2.2.2.3. Servis Disiplini

- Kuyrukta bekleyen müşterilerin hizmet almak için seçilme düzenine servis disiplini denmektedir. Müşterilerin belirli bir zaman diliminde servise girmeleri servis disiplinine göre belirlenmektedir (Öztürk, 1997). Servis disiplini, kuyruk sistemindeki müşteriye hangi sıraya göre hizmet verileceğini belirleyen öncelik kuralı şeklinde de tanımlanmaktadır. Bekleme süresi, bekleme süresindeki

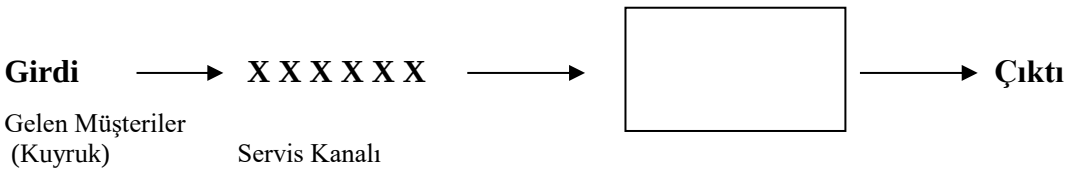
değişkenlik, hizmet veren tesisin verimliliği öncelik kuralının seçimini etkileyen faktörler arasındadır (Tütek ve Gümüşoğlu, 2005). Yaygın olarak kullanılan kuyruk disiplinleri şunlardır (Sztrik, 2001; Tekin, 2010):

- **First-Come-First-Served(FCFS: İlk Gelen Hizmeti İlk Alır):** Bu disiplinde müşterilerin hizmet alma önceliği kuyruğa geliş zamanlarına göre belirlenmektedir. İlk gelen müşteri, servise ilk olarak alınmaktadır. Hizmet geliş sırasına göre servis edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde, tetkik işlemleri için oluşan kuyruklarda bu disipline göre hizmet verilmektedir.
- **Last-Come-First-Served(LCFS: Son Gelen Hizmeti İlk Alır):** Kuyruk sistemine en son gelen müşteri hizmeti ilk önce alır. Asansöre en son binen kişinin önce inmesi bu kurala örnek olarak gösterilebilir.
- **Service-In-Random-Order(SIRO: Gelişi Güzel Sırayla Hizmet):** Bu disiplinde servis edilecek hizmet rastgele seçilmektedir.
- **Öncelik Disiplini (Priority):** Bu disipline göre kuyruktaki bazı müşterilere öncelik verilmektedir. Kuyrukta yüksek önceliğe sahip bir iş olduğu takdirde yapılmakta olan iş kesintiye uğratılarak, yüksek öncelikli işin servisine başlanılmaktadır. Örneğin tamirat işlerinde bir işletmenin jeneratörü bozulduğunda öncelik jeneratörün yapılmasına verilecektir. Sağlık hizmetlerinde ise bu duruma acil servislerdeki triaj uygulaması örnek verilebilir.
- **Round Robin(RR: Dönen Tur):** Bir işin ya da hizmetinin belirli bir zaman diliminin sonunda tamamlanmaması durumunda, hizmet sırası FCFS'ye göre sunulan sıraya dönmekte ve bu işlem, hizmet servisi tamamlanana kadar tekrarlanmaktadır.
- **Processor Sharing(PS: İşlemci Paylaşımı):** Bu disiplinde iş ya da hizmet çok küçük dilimlere ayrılmaktadır. Tüm iş veya hizmet aynı anda sunulmakta ve servis süresinin buna göre arttırılmaktadır.
- **Infinite Server(IS: Sonsuz Sunucu) :**IS disiplininde çok sayıda hizmet sunucusu bulunmaktadır. Bu sebeple hiçbir zaman kuyruk oluşmamaktadır.

2.2.2.4. Servis Mekanizması

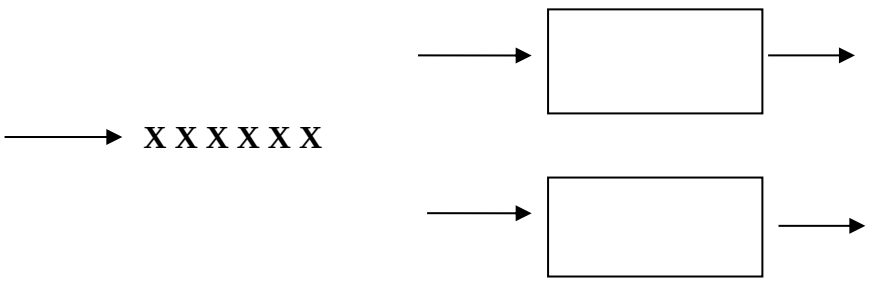
Servis mekanizması, servise girecek müşteriler, sunucular ve servis araçlarından oluşan belirli bir hizmet üretmek için kurulmuş mekanizmadır (Acar, 2005). Servis mekanizmasının başlıca özellikleri şu şekilde sıralanabilmektedir: Servis bir veya daha fazla sayıda paralel servis kanallarından oluşmaktadır. Servis

hizmeti belirli bir zamanda birer birer, sabit veya değişken sayıda gruplar şeklinde sunulabilmektedir ve servis sürekli veya kesikli olarak çalışabilmektedir (Tekin, 2010). Müşterilere hizmetin sunulduğu noktaya ya da yerlere "servis kanalı" denilmektedir. Servis kanalı tek ise, bir tek kuyruk sistemi vardır ve "tek sıralı-tek kanallı" sistemler olarak adlandırılmaktadır. Serviste çok kanal bulunuyorsa ve eğer kanallar seri olarak düzenlenmişse aynı şekilde tek kuyruk oluşmaktadır. Fakat kanallar paralel olarak düzenlenmişse, oluşacak kuyruk sayısı müşterilerin servise alınma durumuna göre değişmektedir. Müşterilerin doğrudan hizmet sunan kanallara gelip her kanal önünde bir kuyruk oluşturduğu sistemlere "çok sıralı-çok kanallı" sistemler denilmektedir. Fakat müşteriler paralel kanallara bir tek noktadan alınıyorsa bu durumda tek kuyruk söz konusudur ve bu sistemler "tek sıralı-çok kanallı" sistemler olarak adlandırılmaktadır (Sarıaslan, 1986).



Şekil 3: Tek Kanallı (Tek Sıralı) Bekleme Sistemi

Şekil 3'te gösterildiği üzere hizmet verecek servis kanalı bir tane ise Tek Servisli Kuyruk Sistemi olarak adlandırılmaktadır. Banka gişeleri, ATM'ler bu sisteme örnektir (Yılmaz, 2008).

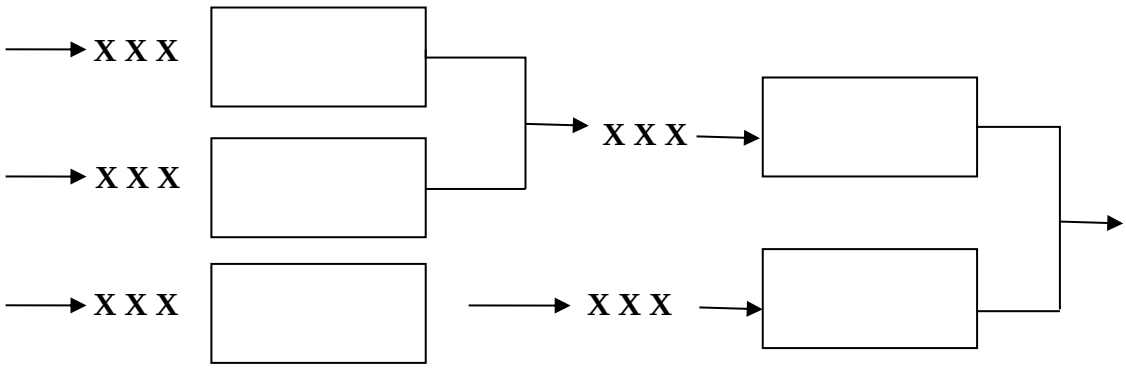


Şekil 4: Paralel Düzenli Çok Kanallı (Tek Sıralı) Bekleme Sistemi

Paralel Düzenli Çok Kanallı (Tek Sıralı) Bekleme Sistemi'nde hizmet veren servis kanalı birden fazladır ve müşteriler tek kuyrukta sıralanmaktadır. Hizmet almak için sisteme gelen müşterilere tüm servis kanallarının aynı hizmeti veriyor olması servisin, paralel olduğu göstermektedir. Aynı branştan 4 hekimin hizmet verdiği bir poliklinik bu sisteme örnektir (Yılmaz, 2008).

Şekil 5: Seri Düzenli Çok Kanallı (Tek Sıralı) Bekleme Sistemi

Seri Düzenli Çok Kanallı (Tek Sıralı) Bekleme Sistemi'nde her bir servis kanalı farklı hizmetler sunmaktadır. Hizmet almak için gelen müşteriler, işlemlerinin sona ermesi için tüm her bir servis kanalından sırayla hizmet almaktadır. Servis kanalları farklı hizmet verdikleri için her kanalda kuyruk bulunmaktadır (Yılmaz, 2008)



Şekil 6: Karışık Düzenli Çok Kanallı (Çok Sıralı) Bekleme Sistemi

Şekil 6'da görüldüğü üzere hizmet veren servis kanalı sayısı birden çoktur ve her servis kanalına ait bir kuyruk vardır. İlk aşamada hizmet alan müşteri ikinci aşamada bulunan çok sayıda kanalın kuyruklarına girmektedir (Acar, 2005).

2.2.2.5. Sistemden Ayrılış

Sistemden ayrılış kuyruk sisteminin son bileşenidir. Müşteriler kuyruğa girdikten sonra beklemek veya beklememek arasında karar vermek durumundadırlar. Müşterilerin kuyruğa katılma veya kuyrukta kalma kararları birçok etkenle ilgilidir.

Hizmetin değeri, bekleme maliyeti, bekleme süresi ve bekleme süresinin belirsizliği, gerçekleşen ve algılanan bekleme süreleri gibi etkenler temel etken olarak sayılmaktadır. Ayrıca servis hızı, bekleme ortamı, diğer müşterilerin tutum ve davranışları, talep edilen hizmetin alternatifinin olup olmaması da kuyruğa katılma veya kuyrukta kalma kararını etkileyebilmektedir (Erçetin Güneş, 2015). Müşteriler kuyruk sisteminden üç şekilde ayrılmaktadır (Arslan, 2011):

- Müşteriler, kuyruğa girmeden sistemden ayrılabilirler.
- Müşteriler, kuyruğa girip bekler fakat hizmet almadan kuyruk sisteminden ayrılabilirler.
- Müşteriler kuyrukta bekleyip, hizmet aldıktan sonra sistemden ayrılabilirler.

2.2.3. Kuyruk Sistemleri Parametreleri

Kuyruk sistemlerinde ortaya çıkan kuyruk sorunun çözümü için çeşitli formül ve modeller kullanılarak birtakım analizler yapılmaktadır. Bu analizlerin yapılabilmesi için kuyruk sisteminde kullanılan parametrelerin bilinmesi gerekmektedir. Kuyruk sistemlerinde kullanılan temel parametreler şunlardır (Halaç, 2001):

- **Müşteri:** Servis görmek üzere gelen insanlar, makinalar, yedek parçalar vs. tanımlamaktadır.
- **Servis Kanalı:** Müşterilere hizmet sunan süreç veya sistemdir.
- **Geliş Hızı (λ):** Birim zamanda servis görmek için gelen müşteri sayısıdır. Bu değerin dağılımına bakarak yapılacak varsayımlar matematik modeller üzerinde önemli etkiye sahiptir.
- **Servis Hızı (μ):** Servis kanalındaki müşteri sayısı ve birim zamandaki servisi tamamlanan müşterilerdir.
- **Öncelik(Servis Disiplini):** Müşterilerin hangi sırayla servis kanalına alınacağını belirleyen yöntemdir.
- **Geliş Kaynağı(=anakütle hacmi):** Müşteri sağlayan grubun büyüklüğü ve hacmidir. Az sayıda müşteri potansiyeli varsa geliş kaynağı sonlu, 30 veya 50'nin üzerinde müşteri potansiyeli varsa geliş kaynağı sonsuzdur.
- **Kuyrukta Ortalama Müşteri Sayısı (Lq):** Hizmet almak için beklemekte olan ortalama müşteri sayısıdır. Kuyruk uzunluğu da denilmektedir.

- **Sistemde Ortalama Müşteri Sayısı (L):** Servis görmekte olan ve kuyrukta bekleyen ortalama müşteri sayısıdır.
- **Kuyrukta Bekleme Süresi (Wq):** Bir müşterinin kuyrukta bekleyerek harcadığı ortalama süredir.
- **Sistemde Bekleme Süresi (W):** Bir müşterinin kuyrukta bekleme süresi ile serviste harcadığı süresinin toplamıdır.
- **Kullanım Oranı (U):** Kuyruk sisteminin maksimum kapasitenin, kullanılabilen kapasitesine oranıdır (Acar, 2005).
- **Sunucu Başına Beklenen (Ortalama) Atıl Süre (I):** Bir hizmet biriminin hiçbir müşteriye servis vermeden atıl olarak geçirdiği ortalama süredir (Acar, 2005).
- **Sunucu Başına Beklenen (Ortalama) Meşgul Süre (B):** Bir servis kanalının müşterilere hizmet vererek geçirdiği ortalama süredir (Acar, 2005).
- **Trafik Yoğunluğu veya Kullanım Faktörü (ρ):** Geliş hızının servis hızına oranıdır (Acar, 2005).
- **Sistemin Boş Olma Olasılığı ($P0$):** Servis kanalının hiçbir müşteriye hizmet vermeme olasılığıdır (Acar, 2005).

2.2.4. Kuyruk Sistemleri Simgelemesi

Kuyruk sistemlerini birbirinden ayırt etmek için, D. Kendall tarafından geliştirilen daha sonra da Lee ve Taha tarafından genişletilen altı karakteristikli bir simgeleme biçimi oluşturulmuştur. Bu simgeleme A/B/c : (d/e/f) şeklindedir.

Burada (Sarıaslan, 1986);

A: Geliş veya gelişler arası zaman dağılımını,

B: Servis zamanı dağılımını,

c: Sistemde bulunan servis kanallarının sayısını,

d: Servis disiplinini,

e: Sisteme alınabilecek maksimum müşteri sayısı ve

f: Geliş kaynağının büyüklüğünü ifade etmektedir.

a ve b simgeleri için kullanılan semboller:

M: Poisson geliş ve ayrılış dağılımları.

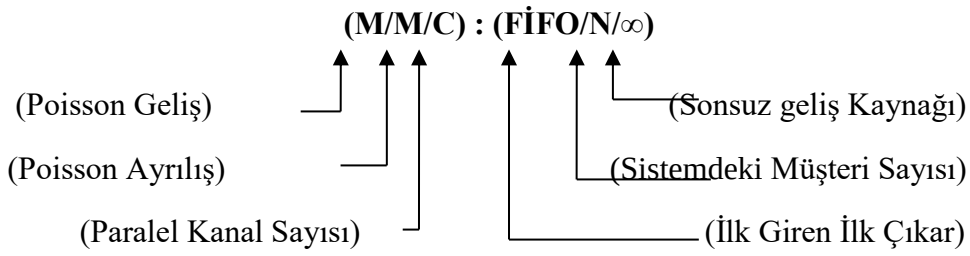
D: Deterministik gelişler arası süre veya servis süresi.

E_k: Gelişler arası veya servis dağılımının Erlang veya Gamma dağılımı.

G: Servis süresinin genel dağılımı.

GI: Gelişlerin bağımsız dağılımı.

Servis kanalı sayısını gösteren c simgesi, pozitif bir değerdir, e ve f simgeleri ise sonlu ve sonsuz kuyruklardaki bulunan müşteri sayısıdır. Aşağıda A/B/c : (d/e/f) simgelemesine göre uygulama örneği verilmiştir (Halaç, 2001).



Şekil 7: A/B/c : (d/e/f) Simgelemesine Göre Uygulama Örneği

2.2.5.Kuyruk Sistemleri Modelleri

Kuyruk sistemi modelleri ile müşterilerin kuyrukta bekleme ve servis görme süreleri azaltılmakta, müşterilere daha iyi bir hizmetin sunulması amaçlamaktadır. Kuyruk modelleri müşteriler için yarar sağlarken işletmelere ek olarak yüklediği maliyetlerin dengelenmesi için de fayda sağlamaktadır. Kuyruk modelleri temel olarak tek servisli ve çok kanallı modeller olarak ikiye ayrılmaktadır. Tek servisli ve çok kanallı modeller de kendi içlerinde farklı modellere ayrılmaktadır (Öztürk, 1997).

2.2.5.1.Tek Servisli Kuyruk Modelleri

Tek servisli kuyruk modelleri geliş kaynağına göre sınıflandırılmaktadır.

- **Üstel Servisli-Sınırsız Kuyruk Modeli:** Üstel zamanlı modellerin en basiti "tek servis kanallı" modeldir. Bu model şu varsayımlara dayalı olarak geliştirilmiştir:
  a) Müşterilerin sisteme gelişleri rassal ve Poisson dağılımlıdır.
  b) Servis sürelerinin dağılımı üstel dağılım göstermektedir.
  c) Sistem tek servis kanalı bulunmaktadır.

d) Sistemde trafik yoğunluk oranı (geliş oranının servis oranına olan oranı) 1'den küçüktür.

e) Müşteriler sisteme tek tek gelmekte ve tek tek hizmet almaktadır.

f) Servis disiplini FCFS'dir. Fakat servis disiplini sistemin genel işleyişini etkilememektedir. Dolayısıyla bu model diğer servis disiplinleri için de geçerlidir. Bu nedenle aşağıdaki satırlarda FCFS, LCFS ve SIRO disiplinlerini temsil eden genel servis disiplini anlamında kullanılan GD (General Discipline) simgesi kullanılmaktadır.

g) Sistem denge durumundadır. Yukarıda belirtilen varsayımlar Kendall simgesi ile M/M/l:(GD) biçiminde gösterilmektedir (Sarıaslan, 1986).

- **Sonlu Geliş Kaynaklı Sonsuz Tek Kanallı Kuyruk Modeli:** Bu modelde hizmet almak için gelen müşteri sayısı kısıtlanmaktadır. Belirli bir zaman aralığında N sayıda müşteri hizmet almak için gelir fakat kuyruk uzunluğu N-1'den büyük olamamaktadır. Kuyruk sistemindeki müşteri sayısının en fazla N olduğu, gelişlerin poisson dağıldığı kabul edilmektedir (Öztürk, 1997).
  - **Sonsuz Geliş Kaynaklı Sonlu Tek Kanallı Kuyruk Modeli:** Kuyruk sistemi herhangi bir anda belli sayıda müşteriye hizmet verebilmektedir. Kuyruk M sayıda müşteriye hizmet verebiliyorsa, kuyrukta bekleyen müşterilerin sayısı M-1'den fazla olamaz ve kuyruk sistemine ek müşteri geldiğinde kuyruk dolu ise hizmet alınamamaktadır (Öztürk, 1997).
  - **Poisson Gelişli, Keyfi Servis Süresi Dağılım Özelliği Gösteren Tek Kanallı Kuyruk Modeli:** Bu kuyruk modelinde diğer modellerden farklı olarak servis sürelerinin dağlımı üstel dağılım şeklinde değil servis sürelerinin dağılımı keyfi dağılımlıdır (Öztürk, 1997).

2.2.5.2.Çok Kanallı Kuyruk Modelleri

Çok kanallı kuyruk sistemleri, tek kanallı sistemlerinden daha karmaşıktır. Tek bir hat veya birden çok hat şeklinde kuyruk sistemine gelen müşterilere iki veya daha çok paralel servis kanalları aracılığıyla ya da tek hattan gelen müşterilere birbirini izleyen seri halindeki kanallar aracılığıyla hizmet sağlanabilmektedir. Çok kanallı kuyruk modelleri ikiye ayrılmaktadır (Öztürk, 1997). Bunlar:

- **Sonsuz Geliş Kaynaklı, Sonsuz Kuyruklu Çok Kanallı Model:** Bu modelde müşterilerin sisteme gelişleri rastgele veya poisson dağılımlı iken servis süreleri üstel dağılıma sahiptir. Hizmet almak için gelen müşteriler tek kuyruk hattına

girmekte ve sisteme ilk gelen ilk hizmet görmektedir. Ayrıca müşterilerin geliş kaynağı sonsuzdur.

- **Sonlu Geliş Kaynaklı, Sonsuz Kuyruklu Çok Kanallı Model:** Bu modelde kuyruk sistemine girebilecek müşteri sayısı sınırlıdır. Müşterilerin geliş kaynağı sonludur.

2.2.6.Kuyruk Sistemleri Simülasyonu

İşletmeler, performanslarını olumsuz etkileyen birtakım sorunlarla karşılaştıkları zaman genel olarak sorunun çözümü için hemen yüksek maliyetli alternatifleri uygulamayı amaçlamaktadır. Ancak bu alternatifler gerçek hayata uygulandığında, sorunun çözüme ulaşıp ulaşmayacağını, önerilerinin nasıl sonuç vereceğini önceden tahmin etmek zordur. Bu sebeple çözüm önerilerinin gerçek hayatta değil de aynı davranışı sergileyen bir model üzerinde denenmesinin daha faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu amaçla, simülasyon tekniği gerçek sistemin modelinin tasarımlanması ve bu model üzerinde sistemin davranışını anlamaya yönelik alternatif stratejileri değerlendirmede önemli avantajlar sağlayan yararlı bir araçtır (Yelkenci ve Tunalı, 2011).

Simülasyon uzmanlarından olan Robert E. Shannon (1975) simülasyonu, "Gerçek ya da hayali bir sistemin modelini tasarlama ve bu modelle, sistemin davranışını anlama ya da çeşitli stratejileri değerlendirme ölçütlerini yürütme süreci" olarak tanımlamaktadır. Taha (2000)'ya göre, sürekli modeller ve kesikli modeller olmak üzere iki tip simülasyon modeli vardır:

- **Sürekli Modeller:** Davranışları zamanla birlikte devamlı değişim gösteren sistemlere ilişkin modellerdir. Bunun tipik bir örneği dünya nüfusundaki hareketliliğin araştırılmasıdır. Sürekli simülasyon modellerinde genellikle sistemin farklı elamanları arasındaki etkileşim farklı diferansiyel denklemlerle ifade edilmektedir.
- **Kesikli Modeller:** Sistemlerin davranışlarındaki değişimleri sadece verilmiş bir anda izleyen modellerdir. Buna tipik bir örnek olarak, kuyruk sistemlerinde ortalama kuyrukta bekleme süresinin ve kuyruk uzunluğunun tahmin edilmesi gösterilebilir.

Sürekli veya kesikli modellerle yapılan simülasyon modellerini Sarıaslan (1986)'a göre üç farklı yöntemle uygulanır:

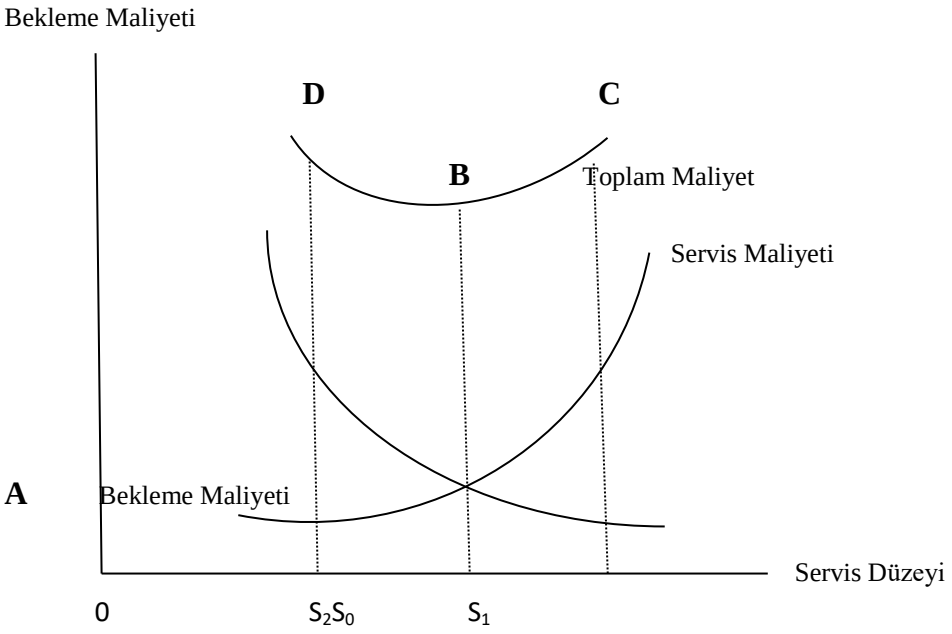
- **Yöneylem Oyunları Yöntemi:** Bu yöntem benzetilmiş bir ortamda oyuncular ya da karar vericiler arasında menfaat çatışmasının olduğu durumları kapsamaktadır. En çok bilinen iki şekli askeri ve yöneylem oyunlarıdır. Bu yöntem askeri liderlere ve işletme yöneticilerine menfaat çatışmalarının olduğu değişik ortamlarda stratejik seçenekleri deneme olanağı sağlamaktadır.
- **Monte Carlo Yöntemi:** Bu yönteme olasılıklı ve çözüm için kesin bir formülün bulunmadığı problemleri çözmek için başvurulmaktadır. Bu yöntem, gerçek evreni (ana kütleyi) andıran kuramsal örnekler kullanarak çözüme ulaşmayı çalışmaktadır.
- **Sistem Simülasyon (Benzetim) Yöntemi:** Bu yöntem gerçek sistemi temsil eden bir model üzerinde gerçek verileri kullanarak sistemin işleyişi konusunda bilgi edinilmesini sağlamaktadır. Monte Carlo yöntemi ile arasındaki fark şudur: Monte Carlo yönteminde, örnek ve veriler gerçek sistem yerine gerçek sistemi andıran bir kuramsal modelden alınmaktadır. Ancak sistem benzetim yöntemi gerçek sistemin modelini kullanmakta, örnekleri gerçek evrenden seçmekte ve gerçek verileri işlemektedir. Diğer bir fark ise sistem benzetim yönteminde kullanılan model analitik olarak çözülebilmektedir. Fakat modelin analitik olarak analizi ve çözümü mümkün değilse Monte Carlo yöntemi kullanılmaktadır.

2.2.7. Kuyruk Sistemlerinde Maliyetler

Kuyruk sistemlerinde, kuyruk modelleri kullanılarak müşterilerin bekleme sürelerinin minimum düzeye indirilmesi müşteriler için fayda sağlarken, kuyruk sorununun çözümü işletmelere birtakım maliyetler yüklemektedir. İşletmeler, müşterilerin servis zamanını hızlandıracak, kuyrukta bekleme süresini azaltacak bilgi işlem merkezi gibi ek birimler kurmalı, bu birimler için de uzman personel istihdam etmelidir. Ek birimin oluşturulması, uzman personelin ücreti gibi yapılanmaların da bir maliyeti olacağından işletmenin toplam maliyeti eskisine göre artış gösterecektir. Müşterilerin bekleme sürelerini azaltıcı yapılanmalar sağlayan işletmelerin pazar payı da bu oranda büyüyecek ve işletmelerin tercih edilebilirliği artacaktır (Öztürk, 1997). Buna göre kuyruk sistemlerinde iki çeşit maliyetten söz edilmektedir. İlki müşterilerin talep ettikleri hizmeti almak için bekledikleri zaman kaybının maliyeti, ikincisi ise müşteri servisini sağlama maliyetidir (Öztürk, 1997). Aynı zamanda işletmelerde hizmet olanaklarının boş kalmasından dolayı oluşan maliyetler de bulunmaktadır. Sisteme gelen müşterilere büyük bir oranda hizmet verilmek

istendiğinde hizmet kapasitesini olması gerekenden fazla tutmak gerekmektedir. Bu durum hizmet olanaklarının boş (atıl) kalmasına neden olabilmektedir. Servis kanallarının boş kalmasının sebebi müşterilerin gelmemesi olabileceği gibi, servis görmeden kuyruktan ayrılan müşteriler ve gelen müşteriler arasındaki zaman farklılıkları da olabilmektedir. Servis kanallarındaki boş kalışlardan oluşan bu maliyet, hizmet kapasitesiyle doğru orantılıdır. Her ne kadar çok hizmet kapasitesi boşta kalırsa ortaya çıkan atıl maliyet de o kadar fazla olacaktır (Çevik ve Yazgan, 2008).

Kuyruk modellerinin amacı; servis maliyeti ile bekleme maliyeti arasında optimal dengenin sağlanmasına yardımcı olmaktır. Bu dengenin sağlanabilmesi için optimum servis düzeyi belirlenmelidir. Optimum servis düzeyi, birim zaman başına müşterilerin bekleme maliyeti ile birim zaman başına servis maliyeti kesiştiğinde toplam maliyetin en düşük düzeye inmesiyle gerçekleştirilmektedir. Servis maliyeti, servisin işleyişini sağlayan elemanların gider ve masraflarını, bekleme maliyeti ise müşterilerin servis görmek için kuyrukta bekleme süresindeki zaman maliyetinden oluşmaktadır. Servis maliyeti ile bekleme maliyeti arasındaki ilişki aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Tekin, 2010).



Şekil 8: Servis Maliyeti ile Bekleme Maliyeti İlişkisi

Şekilde servis derecesi arttığı takdirde, servis maliyeti artarken, bekleme maliyeti de azalmaktadır. Servis derecesi artış gösterdikçe, servis maliyeti de artış göstermektedir. A noktasında bekleme maliyeti ile servis maliyetinin eğrileri birbirlerini kesmekte ve B noktasında, S_0servis derecesinde toplam maliyet optimum seviyede olmaktadır (Tekin, 2010).

2.3. HASTANE RANDEVU SİSTEMLERİ

Bu bölümde sağlık hizmetlerine erişimde etken olan hastane randevu sistemleri ele alınacak ve konuya ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

2.3.1.Hastane Randevu Sisteminin Tanımı

Hastane randevu sistemi, hastaların önceden belirlenmiş olan bazı kurallara göre, belirli zaman aralıklarında polikliniklere kabul edilmesi şeklinde tanımlanabilmektedir. Muayene olacak hastalar, belirli zamanlara programlanmaktadır. Programlama, kaynakların zaman içindeki etkin tahsisine ilişkindir (Brown ve William, 1995). Hastalara randevu verme stratejisinin amacı, polikliniklerde düzenli bir iş yükü ortaya çıkarmak için hastaların polikliniklere olan gelişlerini zamana yayarak yığılmaların önüne geçebilmektir.

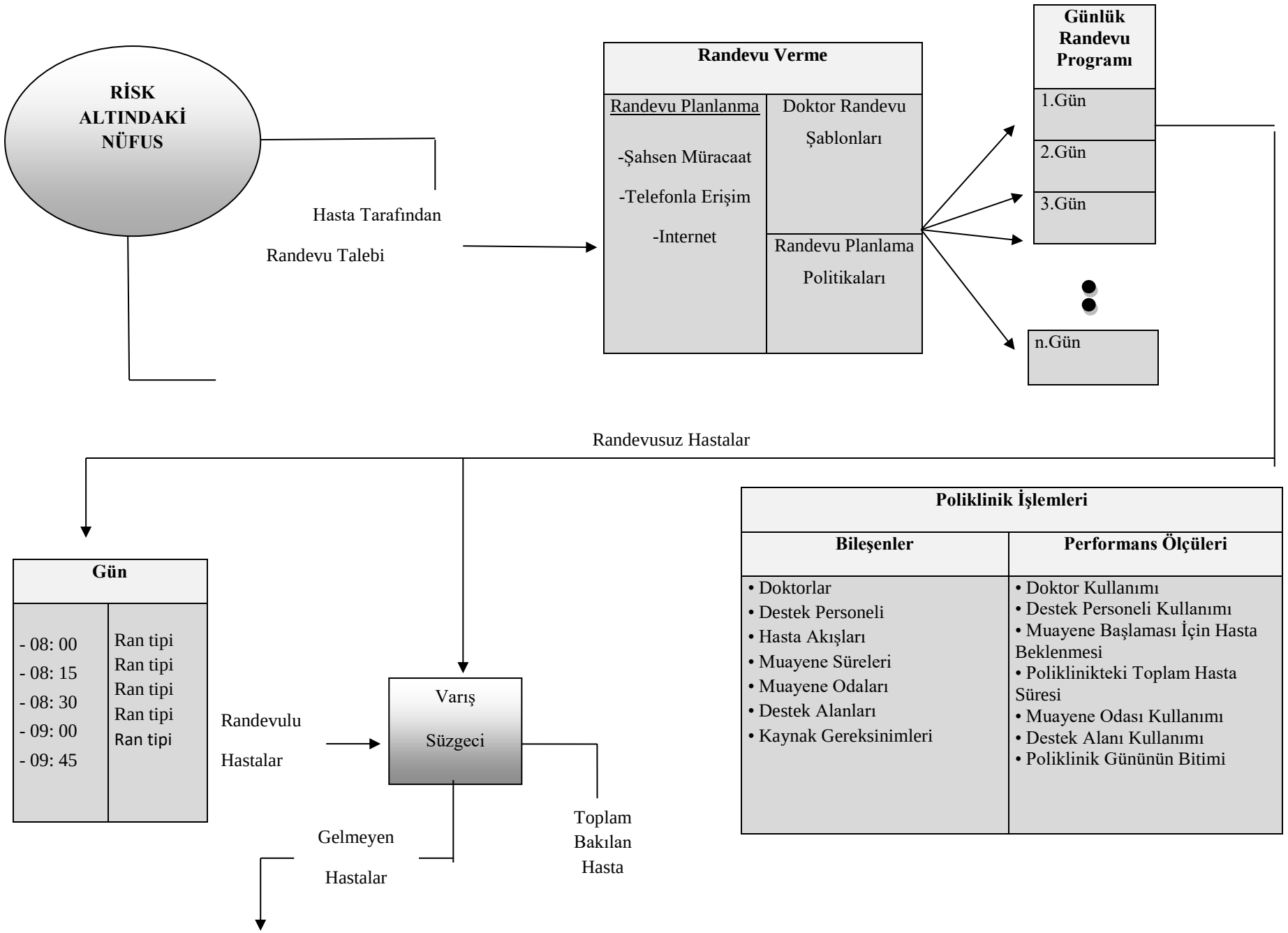
Randevu sisteminin kullanılmadığı varsayılırsa normal şartlarda bir 10-15 dakikalık zaman dilimi bir hastaya ayrılırken, randevusuz gelindiğinde 10-15 dakikalık zaman diliminde çokça hasta hastaneye gelebilir. Böyle bir durumda polikliniklerin yöneticileri aşağıdaki sorunlarla karşı karşıya kalabilir (Su ve Shih, 2003):

- Sınırlı bir süre içinde hizmet sağlamak için yüksek düzeyde personel ve ekipman bulundurmaları gerekir.
- Doktorlar, hemşireler, sosyal çalışmacılar, yöneticiler vb. gibi farklı profesyonelleri istihdam etmelidir (hastalar, ziyaretler sırasında, çok uzun bekleme süreleri ile karşılaşırlarsa, diğer klinikleri seçme eğiliminde bulunabilmektedir).
- Yöneticiler, tam olarak ne kadar hastanın polikliniklere ne zaman geleceğini tahmin etmelidir.

Bu sorunlar çözüme kavuşturulmadığında fiziki şartlar, doktor ve sağlık çalışanları, destek elemanları, tıbbi cihaz ve teçhizatlar yetersiz kalır, yığılmalar

oluşur bekleme süreleri artar ve sağlık hizmeti talebi bir kaosa dönüşebilir. Sağlık personelinin yetersiz kalışı, ilaç, tıbbi cihaz ve teçhizatın ihtiyacı karşılayamaması gibi durumlar, sağlık hakkının var olması için gerekli olan standartlardan mevcudiyet ve kalite standardının ihlal edilmesine yol açmakta ve sağlık hakkını ortadan kaldırmaktadır. Bir önceki bölümde bahsedildiği üzere sağlık hakkı kişinin temel insan haklarındadır ve hükümetlerce sağlanmak zorundadır. Bu bağlamda randevu sistemlerinin etkinliği ile sağlık hakkı arasında doğrudan bir ilişki vardır.

Hastane randevu sistemlerinin işleyişi Isken ve McKee (1999) tarafından şemalaştırılmıştır. Geliş kaynağı risk altındaki nüfus olarak kabul edilmekte, buradan muayene olmak amacıyla gelen hastalar, şahsen müracaat ederek, telefon, internet vb. yöntemleri kullanarak hastanelerden randevu talebinde bulunmaktadırlar. Hastaneler hekim ve poliklinik sayılarını göz önünde bulundurarak gelen randevu taleplerini belirli zaman dilimlerine yaymakta ve randevu programı oluşturmaktadır. Hastaneye gelen randevulu hastalar polikliniklere başvurur. Hastaların muayene olabilmeleri için gerekli olan doktorlar, destek personelleri, muayene odaları, destek alanları ve çeşitli kaynak sağlandıktan sonra hastalara muayene odalarında hekimler ve diğer destek elamanları tarafından sağlık hizmeti sunulmakta ve hastalar sistemden ayrılmaktadır. Böylece sağlık hizmeti süreci sona ermektedir (Şekil 9'da gösterilmektedir).



Şekil 9: Hastane Poliklinik Randevu Süreci

Randevu sistemi oluşan uzun kuyrukları önleyerek doktorların daha verimli çalışmasına da fırsat sunmaktadır. Kapıda uzun kuyruklar oluşturan hastalar doktorlar ve diğer çalışanlar üzerinde stres oluşturmakta ve bu durum da sağlık hizmeti sunumunun kalitesizleşmesine yol açabilmektedir. Bu açıdan ele aldığımızda hastaların belirli saatlerde kabul edilmesi doktorlar üzerinde oluşabilecek stresi de ortadan kaldırıp daha rahat bir çalışma ortamına zemin oluşturmaktadır. Aynı zamanda etkin bir şekilde programlanmış randevu sistemi hastaların bekleme sürelerini düşürecek doktorların da boş kalma sürelerini ortadan kaldıracaktır. Uygun bir randevu sistemi tasarlanırken, randevunun hekim zamanlarının tam olarak kullanılmasına izin verecek ve hastanın bekleme süresinin kısaltılmasını sağlayacak bir yapıda olması göz önüne alınmalıdır.

2.3.2.Hastane Randevu Sisteminin Gelişimi

Kuyruk sistemlerinin incelenmesi, kırk yıldır matematikçiler ve mühendislerin ilgisini çekmiştir. Teorinin uygulamaları, Erlang'ın telefon mühendisliği alanındaki orijinal çalışmalarından havalimanlarının tasarımındaki günümüz çalışmalarına kadar pek çok ve çeşitlidir. D.V. Lindley'in 1952'de yapmış olduğu çalışmada tek bir kuyruk ve tek bir sunucunun bulunduğu bir kuyruk sistemini kapsamaktadır. Teorinin merkezi müşterilerin bekleme süreleridir. Ardışık müşterilerin bekleme süreleri arasındaki ilişki bulunmakta ve bu da herhangi bir müşterinin bekleme süresi dağılımının hesaplanmasını sağlamaktadır. Eşit aralıklarla dağıtılmış randevu sistemi ele alınmıştır (Lindley, 1952).

N.T.J. Bailey çalışmasında doktorun bir hastayı beklemek zorunda kalma olasılığını önlemek için genellikle büyük kuyruklar oluşturulmasına izin verildiğinden ve sosyal fayda açısından bakıldığında, doktor ve hastanın zamanının göreceli bir önem taşıdığından söz etmiştir. Bailey'in çalışmasının temel amacı, doktorların boşa harcanan zamanı ile hastaların çeşitli randevu sistemlerindeki bekleme süreleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Ortalama bekleme süresinin değişkenliği, klinik başına doktorlar tarafından boşa harcanan ortalama süre ve farklı tipte randevu sistemleri için bekleme salonlarındaki hasta sayısının dağılımı üzerinde bir araştırma yapılmıştır. Önerilen optimum randevu sistemi belli sayıda hastaya eşit aralıkla verilen bir randevu sistemi şeklindedir. Muayene süreleri beş dakika olarak hesaplanmakta ve beş dakika aralıklarda randevu verilmektedir (Bailey, 1952).

Soriano (1966)'nun çalışması yeni bir randevu sisteminin ve bireysel randevu sisteminin karşılaştırılması ile ilgilidir. Bu yeni randevu sistemi, her bir randevu saatinde iki hasta planlanmış ve randevular arasındaki aralığın, ortalama muayene süresinin iki katına eşit olduğu varsayılmıştır. Bu yeni randevu sistemi ile hekimlerin zamanı, bireysel randevu sistemine göre daha verimli kullanılacağı düşünülmektedir. Hastaları geliş sırasına göre tedavi ederek, gereksiz beklemeleri azaltacağı düşülmüştür. Ayrıca Soriano (1966) randevu sistemlerini Tek blok randevu sistemleri, Bireysel blok randevu sistemleri, Blok randevu sistemleri, Bireysel-blok randevu sistemleri şeklinde sınıflandırmıştır. Günümüzde randevu sistemi ile ilgili çalışmalar yapılmaya devam etmektedir.

2.3.3. Hastane Randevu Sistemlerinin Sınıflandırılması

Soriano (1966), randevu sistemleri dört genel sınıfa ayırmıştır. Bunlar Tek blok randevu sistemleri, Bireysel blok randevu sistemleri, Blok randevu sistemleri, Bireysel-blok randevu sistemleridir.

2.3.3.1.Tek Blok Randevu Sistemi

Belirlenmiş bir gün için klinik oturumun başlangıcında tedavi edilecek tüm hastalara ortak bir randevu zamanı verilmektedir. Bu şekilde sistemler geçmişte hastanelerde çoğunlukla kullanılmasına rağmen günümüzde de kullanımı devam etmektedir. Doktorlar ve hastane yöneticileri, muayene süresinin son derece değişken olduğunu ve önceden tahmin edilmelerinin zor olduğunu ve sıradan hastaların başvurularından geç kaldığını öne sürmektedir. Bu sistemde hastaların uzun bekleme süreleri pahasına hekimlerden en yüksek verimi almak amaçlanmıştır (Soriano, 1966).

Tek blok randevu sisteminin kullanımı 2. ve 3. basamak hastaneler için uygun olmamakla birlikte 1. basamak olan aile sağlığı merkezlerinde kullanılmaktadır. Aile sağlığı merkezleri, tüm güne yayılmış randevu sistemi kullanmak yerine muayene olmak için bekleyen hastaları ilk gelen hizmeti ilk alır disiplinine göre kabul etmektedir. Aile sağlığı merkezleri bulundukları semtlere göre belirli bir kısma hizmet verdikleri için kapı önlerinde uzun kuyruklar oluşmamaktadır. Bu yönüyle tek blok randevu sisteminin kullanımına elverişli olmaktadırlar.

2.3.3.2.Bireysel Randevu Sistemi

Bireysel Randevu Sistemi, her hastaya farklı bir randevu saati atanmış bir sistemdir ve bu zamanlar klinik oturum boyunca eşit aralıklarla yerleştirilmiştir (Soriano, 1966). Bireysel randevu sistemlerinde, açık ofis programlama (open-office scheduling), değişken aralıklı randevu verme, düşük varyasyonla başlama ve orantılı programlama uygulamaları kullanılmaktadır. Açık ofis programlamada, aynı gün randevuları (same-day adds), kontrol randevuları (return checks) ve önceden planlanmış randevular (prescheduled appointments) olmak üzere üç çeşit randevu bulunmaktadır. Tüm randevular için ayrılan toplam zamanın belirli bir yüzdesi aynı gün randevularına ayrılmaktadır. Değişken aralıklı randevu vermede, hastalara değişken süreli randevular atanmaktadır. Hastalar bu sistemde poliklinik oturumunun erken bölümlerinde ortalama bir muayene süresinden daha kısa aralıklarla; oturumunun geç bölümlerinde ise ortalama bir muayene süresinden daha uzun aralıklarla gelecek şekilde programlanmaktadır. Bu sistemde polikliniklerde çok bekleyen hasta kalmayacağı düşüncesi vardır. Düşük varyasyonla başlamada, muayene sürelerinin olasılık dağılımı kullanılmaktadır. Muayene sürelerinin değişim katsayısına göre randevu programlanmaktadır. Randevu verici, düşük değişim katsayısına sahip olacağını düşündüğü servis sürelerini başa almaktadır. Yüksek değişim katsayısına sahip olacağını düşündüğü servis sürelerini de sona koymaktadır. Orantılı programlamada muayeneler kısa, orta ve uzun olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmaktadır. Kısa muayeneler, 15 dakika ve daha az; orta muayeneler 15 dakika ile 30 dakika arası ve uzun muayeneler ise 30 dakikadan daha uzun süreler içerisindedir. Belirli bir zaman dilimine doğru sayıda kısa, orta ve uzun muayene yayılarak bekleme sürelerinin azaltılması hedeflenmektedir (Arslan, 2011).

2.3.3.3.Blok Randevu Sistemi

Blok randevu sistemlerinde, birden fazla hastaya aynı randevu zamanı verilerek aynı bloklar oluşturulmaktadır. Blok uzunlukları ile bloklardaki hasta sayıları genellikle eşit olmaktadır. Aynı bloktaki bir hastanın gecikme, muayenenin uzun sürmesi veya gelmeme riski blok genelini etkilemektedir. Bu randevu sistemlerinin başlıca uygulamaları, dalga programlama (wave scheduling), grup programlama (clinic scheduling) ve kabulü öne alma (advance access)dır (Arslan, 2011). Dalga programlamada, belirli sayıda bir hasta grubunun saat başlangıcına göre programlanmaktadır. Bu sistemde hastaların dalgalar halinde geldikleri kabul edilmektedir. Grup programlamada, belirli bir hastalığa sahip hastalara aynı anda

sağlık hizmeti verilmektedir. Kabulü öne almada ise, randevu isteyen hastalara aynı güne, aynı güne randevu istemeyen hastalara ise en fazla bir sonraki gün için randevu verilmektedir (Alagöz, 2013).

2.3.3.4.Bireysel-Blok Randevu Sistemi

Bireysel-Blok Randevu Sisteminde, poliklinik oturumu başlangıcında belirli sayıda hasta için blok randevular; sonraki hastalar için bireysel randevular programlanmaktadır (Arslan, 2011).

2.3.4.Hastanelerde Randevu Alma Yöntemleri

2.3.4.1.Telefonla Randevu Alma

Telefonla randevu alma sistemi kurumun belirlediği telefon numara veya numaralarının aranıp kimlik numarası ile randevu almayı sağlayan elektronik bir sistemdir. Bu sistemde ilk olarak hekimlerin çalışma cetvelleri ile günlük hasta kapasitesi belirlenir. Belirli kapasite verileri Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)'ne kaydedilir. Hastalar, randevu almak için hastanenin belirlediği bir telefon numarasını aramaktadır. Telefona cevap veren sunucu konumundaki hasta kayıt görevlileri, hastaların kimlik bilgilerini online olarak kaydetmektedir. Daha sonra hastaların talep ettikleri zamanlarda istedikleri hekimlerden randevu vermektedir. Tüm randevular doldurulana kadar sistem bu şekilde işlemektedir (Alagöz, 2013).

Telefonla randevu sisteminde iletişim önemli rol oynamaktadır. Hasta bilgilerini eksiksiz bir şekilde vermeli hastayı karşılayan operatör ise bilgileri teyit edip randevuyu hangi gün ve saate oluşturduğunu hastaya bildirmeli kurum ile ilgili belirtmesi gereken ön bilgiler var ise hastaya aktarmalıdır. Telefonla randevu sisteminde amaç randevu almada geçen süreyi en aza indirmek ve randevuya erişimi kolaylaştırmaktır. Ancak günümüzde kamu hastanelerinde her hastanenin kendi bünyesinde oluşturduğu randevu sistemi etkin olmamakla birlikte yerini MHRS almıştır. Yapılan çağrılar Alo 182 hattına yönlendirilmektedir. İlerleyen bölümde MHRS ile ilgili geniş bilgiye yer verilmektedir.

2.3.4.2.İnternetten Randevu Alma

Birçok sektörde giderek artan internet kullanımı sağlık sektöründe de öne çıkmakta ve hastalar için büyük kolaylıklar sağlayarak sağlık hizmeti sunumunu da kolaylaştırmaktadır. İnternet üzerinden randevu alma sistemi, hastaların hastanelere bizzat başvurarak randevu alma zorunluluğunu ortadan kaldıran, zaman açısından

tasarruf sağlayan randevu alma sürecini oldukça kısaltan bir işleyişe sahiptir. İnternetten randevu alma sisteminde hastanın HBYS'ye kayıtlı olma zorunluluğu bulunmamaktadır. Hasta, T.C. Kimlik Numarası ile online randevu sistemine giriş yapmakta, kişisel bilgilerini doldurmakta tercih ettikleri randevu gününü, saatini, branş ve doktoru seçmektedir. Oluşturdukları randevularını onaylayarak işlemlerini sonlandırmaktadır. Böylece hastalar, hem istediği doktoru seçme hakkını kullanabilmekte, hem vezne önlerinde uzun kuyruklarda beklemeden randevu alma işlemini birkaç dakikada halledebilmektedir. İnternetten randevu sisteminde dilenirse randevu bilgileri SMS veya e-posta şeklinde hastaya bildirilebilmektedir. Yine SMS veya e-posta ile randevu hatırlatma hizmeti sunulabilmekte bu şekilde unutulan, gelinmeyen randevuların da önüne geçme fırsatı sunabilmektedir. Oluşturulan randevu hastanenin randevu ekranından sorgulanabilmekte, istenirse randevu iptal de edilebilmektedir. İnternetle randevu sisteminde tüm bu işlemleri yapmak için internet bağlantısı olan cep telefonu, tablet ve bilgisayar olması yeterlidir. Ücretsiz olan bu sistem sayesinde hızlı sonuç alınabilmekte, zaman ve işgücü kayıpları ortadan kaldırılabilmekte ve hastaların sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşmaktadır. İnternetten randevu alma sistemi tıp fakültelerinde halen mevcut iken 2. basamak kamu hastanelerinde online randevu sistemi otomatik olarak MHRS' ye yönlendirilmektedir.

2.3.4.3.Hastanelere Şahsen Başvuru İle Randevu Alma

İnternet ve telefon ile randevu alma sistemi daha hızlı ve rahat yöntemler olsa da çoğu hasta, hastanelerin hasta kabul bankolarına şahsen başvurarak randevu alma sistemini kullanmaktadır. Gürpınar ve Karahan (2009)'ın yapmış olduğu çalışmada K.B.B polikliniğinde randevulu gelen ortalama hasta sayısı 10 iken randevusuz gelerek hastaneye şahsen müracaat eden hasta sayısı 45 olarak bulunmuştur. Telefon veya internet ile randevu alma yöntemi daha avantajlı olmasına rağmen şahsi müracaat ile randevunun daha yüksek bir orana sahip olması, telefonla ya da internetten randevu alma yöntemlerinin yeterince bilinmediği, telefonla randevu alma sisteminde hattın düşmesi ile ilgili problemlerle karşılaşılabileceği, internet kullanımının beklenenin altında olması gibi soruları doğurmaktadır.

Şahsen müracaat ile randevu sisteminde hastalar hasta kabul bankolarının önünde sıra bekleyip sıraları gelince talep ettikleri polikliniklerden, uygun olan saatlere randevu almaktadır. Daha sonra bekleme salonlarında hizmet alacakları

zamanı beklemektedir. Bu sistemde hastalar diğer sistemlere göre hem randevu almak için, hem de muayene olmak için kuyrukta bekleyecekleri için daha fazla vakit kaybetmektedir. Hasta kabul bankolarına şahsen müracaat eden hastalar HBYS'de kayıtlı değillerse buradaki görevliler tarafından önce kimlik, adres ve telefon bilgilerini vererek sisteme kayıt edilmekte ve hastalar bu birimden polikliniklere yönlendirilmektedir. Telefonla veya internetten randevu alıp, randevusuna gelmeyen veya geç gelen hastaların yerine, şahsen müracaat ile gelen hastalara randevu verilebilmektedir. Bu şekilde sistemin boş kalması engellenmiş olmaktadır.

2.3.4.4.Kiosk Cihazı

Kiosk sistemi, hastalar için hasta kabul bankosuna müracaat etmeden randevu almayı sağlayan bir sistemdir. Kiosk cihazı; kendi kendine hizmet alabilmeyi sağlayan bir teknoloji istasyonu niteliğinde, interaktif bilgi işleme yetisine sahip olan ve herkesin ulaşabileceği halka açık bir yerde bulunabilen bir cihaz olarak tanımlanabilir (Rowley ve Slack, 2007).

Sağlık kurumlarındaki kiosk cihazları sayesinde hastalar hasta kabul sırası beklemeden randevu işlemlerini hızlıca yapabilmekte işlem sonucunda provizyon verilebiliyorsa doğrudan seçtikleri hekime yönelebilmektedir. Kiosk cihazında belli bir zaman sınırlayıcı vardır. Bu durum işlemlerin hızlıca halledilmesini sağlamakta gereksiz beklemeleri en aza indirmektedir.

Kiosk HBYS ve diğer randevu sistemleri le tam entegrasyon sağlamaktadır. Bu sistem sayesinde, provizyon sonucu olumsuz olan yani sigorta primleri ödenmediği için muayene hakkı doğmayan hastaların, muayene için kayıt işlemlerini yapmasının önüne geçilmekte, kişisel inisiyatifler sonucu ortaya çıkabilecek haksız sıra düzenlemelerini ve her türlü hak ihlalleri ortadan kalkmaktadır. Kiosk cihazları sayesinde tanıtıcı videolar kullanılarak hastane ile ilgili bilgiye erişilebilmekte, polikliniklerin ve idari birimlerin krokisi görülebilmekte ve bu sayede hastalar aradıkları yerleri daha kısa sürede bulabilmektedirler. Böylece muayene öncesi geçen zaman kaybı en aza inmektedir. Sistem, hastaların asgari zamanda kayıt olmalarını, hastaların hastane içinde daha az süre harcamalarını sağlarken, hizmet sürelerinin daha verimli kullanılmasını sağlayarak sunulan hizmet kalitesini artırmaktadır. Hastalar bu sistemi kullanarak, rapor, laboratuar vb. sonuçlarının çıkıp çıkmadığını görebilmekte, ameliyata giren hastanın son durumu hakkında bilgi alabilmektedirler. Aynı zamanda kiosk cihazı hasta şikayet kutusu olarak da kullanılabilmektedir.

Kiosk kullanım raporu ile poliklinikler bazında verilen sıra numaraları ile bu sıra numaralarının kaçının bankolardan, kaçının ise kiosklardan verildiği listelemekte, böylece kiosk kullanım oranıyla ilgili istatiksel verilere de ulaşılabilmektedir (Arslan, 2011).

Kiosk cihazıyla sadece randevu almak için geçen süre azaltılmamakta ayrıca hastane ile ilgili gerekli bilgiler ve hastane krokisi sunularak hastaların poliklinik yerini bulmak için harcadıkları süre de en aza inmektedir. Hastaların şikayet veya isteklerini kiosk cihazı aracılığıyla hiyerarşiye takılmadan rahatlıkla yönetime iletebilmesi de sağlanmaktadır. Kiosk cihazı hastalara birçok avantaj sağlamaktadır. Akçay (2009)'un "Hastaneler için etkileşimli elektronik bilgi ekranı (kiosk)" başlıklı çalışmasında 814 kişinin katılmış olduğu Kiosk kullanımı sonrası memnuniyet anketindeki "Bir sonraki ziyaretinizde bu kiosku tekrar kullanmayı düşünür müsünüz?" sorusuna % 79 oranla evet cevabı verildiği görülmektedir. Buradan da anlaşıldığı üzere kiosklar hastalar için tercih edilen bir seçenek olmaktadır.

2.4. Merkezi Hekim Randevu Sistemi

2.4.1. Merkezi Hekim Randevu Sistemi ve Sistemin Amacı

Sağlık Bakanlığı özellikle son yıllarda vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimini ve aldığı sağlık hizmetinin kalitesin artırmak amacıyla çok yönlü çalışmalar yapmaktadır. Bu çalışmalarda bilgi sistemleri ve bilgi teknolojilerinin kullanılmasıyla birlikte vatandaşların lehine katma değer oluşturan projelerde yer almaktadır. Bunlar arasında yer alan önemli projelerden biri de MHRS uygulamasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013a). MHRS; vatandaşların Sağlık Bakanlığı'na bağlı 2. ve 3. basamak hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerine Alo182 hattından Merkezi Hekim Randevu Sistemi'ni arayarak canlı operatörlerden veya web üzerinden kendilerine istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir uygulamadır (https://www.mhrs.gov.tr 12 Ağustos 2018).

MHRS; vatandaşların bir telefon yardımıyla 182 çağrı merkezini arayarak, MHRS'nin resmi internet sitesini ziyaret ederek ya da resmi mobil uygulamasını kullanarak arzu ettikleri bir sağlık kurumundan veya hekimden randevu alabildikleri bir sistemdir.

MHRS, vatandaşların sağlık hizmeti almak üzere hastaneye veya aile hekimine ihtiyaç duyduklarında, hastanede ve aile sağlığı merkezlerinde bekleme

sürelerini azaltmak amacıyla merkezi olarak yapılandırılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013a). Sistem; vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, sağlık hizmetleri sunumunda verimi arttırmak ve randevu istatistikleri kullanılarak sağlık kurumlarının yapılanmasında, coğrafi dağılımında ve teknik donanımında ilgili birimlerin planlamalarına yardımcı olmak ve sağlık istatistiklerine katkıda bulunma amaçlarını barındırmaktadır. Böylelikle; vatandaşlar muayene olabilmek için, sabah erken saatte hastane önünde kuyruklara girmeden, minimum zamanda, uygun olan; istediği hastane, doktor, gün ve saate randevusunu oluşturabilmektedir (Kağan, 2014).

MHRS'nin amaçlarını üç madde halinde sıralayabiliriz:

- Hastanelerde daha iyi bir kaynak planlanması (iş gücü ve teçhizat kullanımının etkin ve verimli planlanması) yapılarak vatandaş/hasta memnuniyetinin artırılması ve hastanelerde gereksiz beklemelerin sonlandırılması,
- Hastanelerde kaynak kullanımının ve dağıtımının ölçülmesi; iş gücü, makine ve teçhizat kullanımının etkin ve verimli uygulanması suretiyle, sağlık hizmetleri sunumunun veriminin ve kalitesinin artırılması,
- MHRS verileriyle, sağlık politikaları geliştirilmesine yardımcı olunması.

MHRS ile günde ortalama 200 bin vatandaş kamu hastanelerinde MHRS randevusu alarak muayene olmaktadır. MHRS ile randevu alarak muayene olma oranı %24'tür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012a). Günde ortalama MHRS randevusu alma oranı 2017 yılında 345 bine yükselmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.4.2. Merkezi Hekim Randevu Sistemi 'nin Gelişimi

MHRS Uygulamasından önce çoğu hastane kendi bünyesinde randevu sistemi kullanmaktaydı. MHRS ile Kamu Hastanelerindeki randevulu poliklinik hizmetlerinin tek bir merkezden yürütülmesi planlanmıştır. Dünyada bölgesel olarak buna benzer örnekleri olmasıyla beraber, ülke genelinde tek bir merkezden yürütülen ilk hekim randevu sistemidir (http://www.tkhk.gov.tr 12 Ağustos 2018).

Eylül 2009 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Türk Telekom arasında MHRS ile ilgili çağrı merkezi protokolü imzalanmıştır ve bu şekilde de MHRS'nin temelleri atılmıştır. 15 Aralık 2009 tarihinde Erzurum ve Kayseri illerinde deneme amaçlı

uygulamalar protokol gereğince başlamıştır. Haziran 2010 tarihinde yapılan toplantıda MHRS uygulamasının tüm ülkeyi kapsayacak şekilde genişletilmesi kararı alınmış ve 2010 sonuna kadar Yalova, Eskişehir, Bilecik, Çanakkale, Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ olmak üzere yedi ilde daha bu uygulamaya geçilmiştir. Aynı yıl dokuz il daha bu sisteme geçmek üzere başvurmuş ve 2011 yılı başında sistem uygulamaya konulmuştur. Ocak 2011 tarihinde 72 ilde sistemle ilgili eğitimlere başlanmıştır. Mart 2012 tarihinde İstanbul'un da bu sisteme geçmesiyle MHRS uygulaması 81 ilde yürürlüğe girmiştir (Şahin, 2013).

Bu uygulamanın tüm Türkiye'de sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için yazılı belgeye ihtiyaç duyularak 2012 Mayıs ayında MHRS Usul ve Esaslarına Yönelik Yönerge yayınlanmıştır. Yönerge ile MHRS'nin Sağlık kurumlarında işletilme esasları ve yöneticilerin ve sağlık çalışanlarının sorumluluk alanları belirlenmiştir.1 Temmuz 2013 yılı itibarı ile aile hekimleri de sisteme dâhil edilerek MHRS'nin uygulama alanı genişletilmiştir. Bir sonraki yıl ise MHRS ile e-Nabız Kişisel Sağlık Sisteminin entegrasyonu sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın vatandaşlara sunduğu bu sistemde hastane ziyaretleri, tetkik sonuçları, reçeteler gibi veriler sağlanırken aynı zamanda MHRS randevusu da alınabilmektedir.

Online randevu alan veya iptal eden vatandaşlara randevu bilgileri e-posta ile hatırlatma uygulamasına 2015 yılı itibariyle başlanmıştır. Yine aynı yıl; yüksek riskli gebeler, 65 yaş üstü hastalar ve engelli vatandaşların randevu alırken "Rezerve Randevu" uygulaması başlatılmıştır. 2016 yılında, e-Devlet uygulaması üzerinden de MHRS' ye erişim sağlanmaktadır. Aynı yıl Ankara Mevki Asker Hastanesi ile Ankara Etimesgut Asker Hastanesinde pilot uygulama olarak başlatılarak, sonrasında da tüm askeri hastanelerin sivilleşmesiyle birlikte hastanelerin tamamı MHRS'ye dahil edilerek Türkiye genelinde hizmete sunulmuş ve MHRS'de kişisel verilerin korunmasını sağlamak ve sisteme erişimi kolaylaştırmak amacıyla PIN kodu uygulamasına başlanmıştır. e-Devlet uygulaması ile sisteme giriş yapıp PIN kodu oluşturan vatandaşların MHRS işlemleri PIN koduna bağlı olarak yapılmaya başlandı (https://www.mhrs.gov.tr 9 Haziran 2018). Glokom, Retina, Kornea v.b gibi "Göz Hastalıkları" polikliniğinin özellikli polikliniklerinde, hekimlerin devam eden tedavi işlemleri ve kontrol muayenelerine randevu vermelerini sağlayan "Devam Eden Muayene" cetvelleri üzerinden verilmesi sağlanmıştır. MHRS kapsamında olmayan Diş Hekimliği uzmanlık polikliniklerinde de devam eden muayene ve kontrol

randevularının, sadece hekimlerin randevu verdiği "Devam Eden Muayene" cetvelleri üzerinden verilmesi sağlanmıştır. Ana Dal Polikliniklerinde de kontrol randevularının "Devam Eden Muayene" hekim çalışma cetvelleri üzerinden verilmeye başlanması sağlanmıştır.

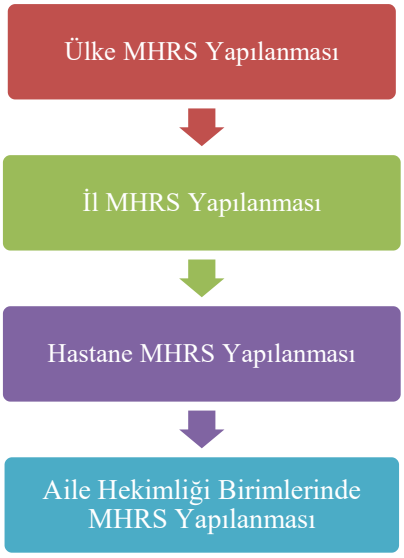
Daha sonra 2017 yılında MHRS'de boş kalan randevuları değerlendirmek amacıyla aynı gün hastane içinden randevu verilmesine yönelik pilot çalışma yapılmıştır. Şehir hastanelerinden başlanarak tüm Türkiye'de uygulamaya geçilmesi planlanmaktadır. Sağlık Kurulu polikliniklerine muayene randevularının hastane içinde MHRS üzerinden düzenlenmesi modeli pilot hastane olarak Necip Fazıl Şehir Devlet Hastanesinde başlatılmış ve Sağlık Kurulu polikliniklerine kayıt randevuları verilmeye başlanmış ve 2018 yılında da Sağlık Kurulu polikliniklerine muayene randevularının hastane içinde MHRS üzerinden düzenlenmesi modelinin tüm Türkiye de uygulanmaya geçilmesine yönelik hazırlıklar tamamlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). MHRS uygulaması, vatandaşların, sağlık kurumlarının öneri ve talepleri doğrultusunda değerlendirilmeye alınıp sürekli yenilenmekte ve geliştirilmektedir. Böylelikle sorunlar giderilmeye ve daha iyiye ulaşılmaya çalışılmaktadır.

2.4.3. Merkezi Hekim Randevu Sistemi'nin Yapılanması

MHRS'nin yapısını temel olarak Organizasyon Yapısı, Sistem Yönetimi ve Teknik Alt Yapı, Çağrı Merkezleri şeklinde ele alınmakta ve MHRS'den kaynaklanan sorunların çözümü için oluşturulan MHRS Yardım Masası da bu yapıya dahil edilebilmektedir.

2.4.3.1.MHRS Organizasyon Yapısı

MHRS yönergesinde belirtilen organizasyon yapısı aşağıdaki gibi şematize edilmiştir.



Şekil 10: MHRS Organizasyon Yapısı

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık adına ülke genelinde MHRS'nin planlanması, kapsamının belirlenmesi, kurulması, yürütülmesi, geliştirilmesi ve denetlenmesinden sorumludur. İl yapılanmasında ise İl Sağlık Müdürü, ilindeki tüm MHRS uygulamalarının planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi ve Bakanlığa raporlanması ile görevli il MHRS sorumlusudur. İl MHRS Sorumlusu bir MHRS il koordinatörü görevlendirerek Bakanlığa bildirir. İl Sorumlusunun bir diğer görevi de, ilindeki tüm hastanelerin hekim çalışma cetvellerinin MHRS yönergesinde tanımlanan kriterlere uygun olarak sistemde bulundurulmasından ve randevu ile gelen hastaların hastanelerde uygun hizmeti almasının takibidir. İl MHRS Koordinatörü de bu işlemlerin takibi ve Bakanlığa raporlanmasından sorumludur.

Hastane MHRS Yapılanmasında; başhekimler, hastanelerinde MHRS uygulamalarının planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi ve Bakanlığa raporlanması ile görevlidirler. Başhekimler hekim çalışma cetvellerinin organizasyonu, sisteme girilmesi ve takip edilmesi ile hekim çalışma cetvellerine göre hekimlerin her türden izin ve görevlendirmelerinin düzenlenmesinden, randevulu gelen hastaların vaktinde muayene olabilmesi için gereken tedbirleri almaktan, bu iş ve işlemlerin yürütülmesi için, hastane bilgi yönetim sisteminin Bakanlığın belirlediği kriterlere göre yapılandırılmasından sorumludur.

Aile hekimliği birimlerinde MHRS Yapılanmasında; MHRS uygulamalarının planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi ve Bakanlığa raporlanmasından sorumlu

kişiler TSM Sorumlu Hekimidir. TSM Sorumlu Hekimi bu iş ve işlemleri yürütmek üzere MHRS aile hekimliği koordinatörü görevlendirerek Bakanlığa bildirmektedir (MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2014).

2.4.3.2. Sistem Yönetimi ve Teknik Alt Yapı

Sistem yöneticisi konumunda olan T.C. Sağlık Bakanlığı ve bağlı birimlerinin iş süreçlerinin kontrolünü ve yönetimini yapabilmesi için kodlama ve parametre yönetim araçlarından oluşan araçlar hazırlanmıştır. Sistem yöneticisinin görevleri; randevu sisteminin işlerliği ve sağlıklı çalışması için gerekli parametrelerin düzenlenmesi, raporların hazırlanması, işlemlerin bilinçli ve kontrollü bir şekilde yapılmasıdır.

MHRS'nin proje yönetiminde otuz sekiz adet sunucu bulunmaktadır. Sistemi, ortalama anlık olarak 400-500 adet arasında değişen çağrı merkezi operatörü kullanmakta ve internet üzerinden vatandaş kullanımına açık Portal üzerinden günlük ortalama 200.000 adet ziyaret alınmaktadır. Randevu sistemi internet sitesinin, 8,5 milyondan fazla üyesi bulunmaktadır. MHRS sistemi, Hastane Yönetim Bilgi Sistemi, Kimlik Paylaşım Sistemi (KPS; mernis), Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) ile entegre şekilde çalışmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012b).

2.4.3.3.Kamu Hastaneleri

MHRS yapısının verimli ve etkin bir şekilde işlenebilmesi için kamu hastaneleri bu döngüde önemli bir role sahiptir. Hastanelerin yerine getirmesi gereken elzem konular olarak bakıldığında, MHRS-HBYS entegrasyonunun sağlanması ve hekim aylık çalışma cetvellerinin hazırlanması son derece önem arz etmektedir.

2.4.3.3.1.HBYS-MHRS Entegrasyonu

Merkezi Hekim Randevu Sisteminin sağlıklı yürütülmesi, hasta randevu ve muayene bilgilerinin doğru ve zamanında aktarılması için HBYS ve Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemi (AHBS)'nin Bakanlık MHRS yazılımı ile entegre edilmesi sağlanmaktadır. Sağlık tesisinin MHRS sorumlusu ve Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) Sorumlu Hekimi bu entegrasyonu sağlamakla görevlidir (MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2014).

HBYS-MHRS Entegrasyonu sağlanmazsa, randevu alan vatandaş muayene olmak için hastaneye geldiğinde randevusu görülmez, Bakanlığa veri gönderimleri yapılamaz, muayene sayıları, randevu sayıları, gerçekleşen randevular, randevu oranları, randevu kapasiteleri belirlenemez. Ayrıca entegrasyon, yönetici performans katsayısını hesaplanmasında önemlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012b).

2.4.3.3.2.Hekim Çalışma Cetvelleri ve Cetvel İptali

Hekim çalışma cetveli 'bir hekimin mesaisinin tüm zaman dilimlerini ihtiva eden çalışma programı' şeklinde tanımlanabilmektedir. Hekim çalışma cetvelleri planlanırken bazı kriterler gözetilmektedir. Bunlar MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge Ek 2'de yer aldığı üzere şu şeklide sıralanabilir:

- Randevu cetveli, sağlık tesislerinde poliklinik muayene sayısının en az %80'ini, birinci basamak sağlık tesislerinde ve Aile Sağlığı Merkezi (ASM)' lerinde ise en az %50'sini karşılayacak şekilde oluşturulur.
- Hekim Çalışma Cetveli; "İlk Muayene", "Devam Eden Muayene" ve "Sağlık Kurulu" olmak üzere üç şekilde sisteme tanımlanır.
- İlk muayene cetveli, vatandaşın en erken bir (1) gün, en geç otuz (30) gün sonrasına randevu almasına imkân verecek şekilde planlanır. "Devam Eden Muayene Cetveli" ise aynı gün ve bir (1) yıl sonrasına kadar randevu verilmesine imkân verecek şekilde tanımlanır.
- Cetvel tanımlaması yapılırken, randevu kapasitesinin en az %70'i "İlk Muayene Cetveli" için, en fazla %30'u ise "Devam Eden Muayene Cetveli" için ayrılır. Sağlık tesislerinin talepleri doğrultusunda polikliniklerin hizmet gerekleri değerlendirilir ve ilgili Genel Müdürlüklerce bu oranlarda değişiklik yapılabilir.
- "Sağlık Kurulu Cetveli" kendi içerisinde "Başvuru Randevusu" ve "Muayene Randevusu" olmak üzere ikiye ayrılır. "Başvuru Randevusu" için Sağlı Kurulu birimine, "Muayene Randevusu" için ilgili kurul hekimlerine cetvel tanımlanır. Sağlık Kurulu muayene randevuları, sağlık tesisi tarafından planlanır.
- Birim zaman içerisinde verilebilecek randevu sayısı KHGM (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü) veya HSGM (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü) tarafından belirlenir.
- Sağlık tesisi tarafından gerekli görüldüğü durumlarda vatandaşlara, hastaneden ayrılmalarından önce "İlk Muayene", "Kontrol" ve "Sağlık Kurulu" randevularının verilmesi sağlanır.

- Hekimlerin poliklinik hizmeti veremedikleri zaman dilimleri, gerekçesi yazılmak suretiyle, cetvellerde randevuya kapatılır (Kapalı Cetvel).
- Hastalar, ana dal hekimi tarafından muayene edildikten ve tetkik işlemlerinden sonra uygun görülmesi halinde, tıpta ileri uzmanlık gerektiren yan dal polikliniklerin için ilgili yan dal polikliniğine sistem üzerinden "Takip Gerektiren Hasta Listesine (Yeşil Liste)" süreli olarak eklenmek sureti ile yönlendirilir. İlgili yan dal hekimi tarafından onaylama işleminden sonra hastaların süresiz olarak listede kalmaları sağlanır.
- Sağlık tesislerinde, poliklinik hizmetlerine dair randevuların MHRS dışındaki kanallar (web, defter kayıt vb.) üzerinden verilmemesi hususunda gerekli tedbirler alınır.

Hekim çalışma cetvelleri, en yakın randevu saatine 72 saatten uzun süre kalmak koşuluyla aşağıdaki durumlarda iptal edilebilir:

1. Hekimin hastane veya birimi dışında uzun süreli görevlendirilmesi
2. Hekimin bağlı olduğu biriminden veya kurumundan ilişiğinin kesilmesi
3. Diğer mücbir sebepler (acil vaka, acil ameliyat, hastalık izni, yakın vefatı, öngörülemeyen hastane dışı görevlendirmeler, kaza veya kurumlarınca kabul edilebilir diğer mazeret vb) (MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge Ek 2, 2014).

2.4.3.4.Çağrı Merkezleri

Çağrı Merkezi operatörleri vatandaşlarla belirli iş kuralları ve süreçler çerçevesinde iletişim kurarak en kısa sürede en uygun randevuyu verebilme mantığı ile hizmet vermektedirler. Mevcut durumda Erzurum, Ankara, Adıyaman, Bingöl, Bitlis, İstanbul, İzmir ve Rize illerinde 8 ayrı bölge birimi oluşturulmuştur. Bu 8 bölge biriminde toplam 3500 çağrı merkezi çalışanı randevu hizmeti vermektedir. Çağrı merkezlerinin işleyişlerine sağlıklı bir şekilde devam edebilmeleri için her 25 kişi için 1 takım lideri, her 100 kişi 1 grup lideri işleyişin takibini yapmaktadır.

Contact Center World tarafından düzenlenen "2011 Top Ranking Performens" yarışmasında "Best Outsourcing Partnership" kategorisinde AssisTT ve T.C. Sağlık Bakanlığı, Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) Projesi ile

ikinciliğe layık görülerek Gümüş Madalya'nın sahibi olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012b).

MHRS Hizmet Raporu (2017)'nda 2013-2017 yılları arası MHRS çağrı merkezlerine gelen toplam çağrı sayıları gösterilmektedir. 2013 yılında gelen toplam çağrı sayısı 67.909,875 iken 2017 yılında bu sayı 128.981.855' e ulaşmıştır.

2.4.3.5. MHRS Yardım Masası

MHRS Yardım Masası sistemden kaynaklanan sorunları çözmek, aksaklıkları gidermek amacıyla kurulmuş bir birim olup İl Sağlık Müdürlükleri, Hastaneler, Çağrı Merkezleri ve HBYS firmalarına teknik destek sağlamaktadır. Aynı zamanda MHRS randevusu ile ilgili ALO 184 SABİM hattına yapılan şikâyetleri yorumlamakta, çözümlemekte ve takip etmektedir. MHRS Yardım Masası, bünyesindeki on altı kişi ile haftanın yedi günü sahaya teknik destek sağlamakta, MHRS raporlarının hazırlanması için de ayrı bir çekirdek ekip barındırmaktadır. MHRS yazılımı için analiz, süreç geliştirme ve son kullanıcı testlerinde aktif rol almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013b).

MHRS Yardım Masası İstatistiklerine bakacak olursak;

- 40 binden fazla mail, %99 oranında geldiği gün içerisinde cevaplanmıştır.
- Telefonla gelen 15 binin üzerinde çağrıya cevap verilerek, bilgilendirme ve çözümleme yapılmıştır.
- Kasım 2011'den itibaren SABİM'e gelen yaklaşık 22 bin soru ve sorun çözümlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013a).

2.4.4. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)'nden Randevu Alma Yöntemleri

Sağlık hizmetlerine erişimde randevu sistemleri, bekleme sürelerini azaltarak ve işleyişi hızlandırarak önemli bir rol oynamaktadır. MHRS randevusu, Alo 182 çağrı merkezi, MHRS web sitesi ve MHRS mobil uygulaması aracılığı ile alınabilmektedir.

2.4.4.1.Telefon ile MHRS'den Randevu Alma

Ev, iş, ankesör ve cep telefonlarından Alo 182 MHRS çağrı merkezi aranmaktadır. 182 numaralı telefonu arayan vatandaş çağrıyı karşılayan asistana (canlı operatör) randevu talebinde bulunmakta ve asistan da vatandaşın T.C. kimlik

numarasını istemektedir. Asistan, vatandaş bilgilerini doğrulamaktadır. Ardından vatandaş randevu talep ettiği hastane poliklinik ve hekim bilgilerini asistana bildirmekte, asistan vatandaşın talepleri doğrultusunda MHRS randevusunu oluşturmaktadır. (https://www.mhrs.gov.tr/ 9 Haziran 2018).

Telefon ile randevu yönteminde MHRS, eski randevu sistemine göre vatandaşlara avantaj sağlamaktadır. Eski randevu sisteminde vatandaşlar randevu almak istedikleri sağlık kurumunu aradıklarında, eğer talep edilen hekimin randevuları dolu ise aramayı sonlandırıp, tekrar başka bir sağlık kurumunu aramaları ve randevu taleplerini iletmeleri gerekmekteydi. Bunun sonucunda vatandaşlar hem istedikleri sağlık kurumundan veya hekimden randevu alamama sorunu ile karşılaşabilmekte hem de bu durum zaman kaybına yol açmaktaydı. Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile vatandaşlar telefonla Alo 182 çağrı merkezini arayarak, talep ettikleri şehirde, sağlık kurumunda, talep ettikleri hekime randevu alabilme hakkına sahip olmaktadırlar. Bu şekilde vatandaşlar tek bir arama ile istedikleri şehir, hastane ve hekimden randevu alabilmektedirler.

2.4.4.2. İnternet ile MHRS'den Randevu Alma

MHRS'den randevu alma işleminin bir diğer ayağını internet oluşturmaktadır. İnternet aracılığı ile randevu almak isteyen vatandaşlar öncelikle MHRS'nin resmi internet adresinden (www.hastanerandevu.gov.tr 9 Haziran 2018) T.C. kimlik numarası ve parola ile sisteme giriş yapmaktadır. Tercih edilen il, ilçe, hastane ve klinik için randevu oluşturulmaktadır. Her doktor için ana sayfada 3 günlük randevu listesi görünmektedir.

2.4.4.3. Cep telefonu ile MHRS'den Randevu Alma

Cep telefonu ile hem Alo 182 çağrı merkezi aranarak hem mobil uygulamalar kullanılarak randevu alınabilmektedir. Akıllı telefonlara veya tabletlere MHRS mobil uygulaması yüklenerek, MHRS'den randevu alınabilmektedir. MHRS mobil uygulama programı ile cep telefonlarından MHRS sistemine bağlanıp, internetten randevu sistemi gibi randevu alınmaktadır.

2.4.4.4. Hastane Randevu Merkezi ile MHRS'den Randevu Alma

MHRS' den randevu alma oranının düşük kalması, MHRS'den en erken bir gün önceye randevu alabilmesi ve hastaların bir kısmının hastanelere şahsen müracaat ederek randevu talep etmesinden dolayı hastanelerden de MHRS' ye randevu alma imkanı tanınmıştır. Hastalar hastanelerdeki randevu merkezlere başvurup randevu alabilmektedirler.

2.4.5. MHRS Randevusunu İptal Etme

MHRS randevusunu iptal etmek için ev, iş, ankesör ve cep telefonlarından randevu zamanından en az 80 dakika önce Alo 182 çağrı merkezi aranmaktadır. Randevu talebinde bulunan vatandaş çağrıyı karşılayan asistana T.C. kimlik numarası vermektedir. Asistan kişinin bilgilerini doğruladıktan sonra vatandaşın iptalini istediği randevunun, tarih ve zamanını öğrenmekte ve asistan tarafından ilgili randevu iptal edilmektedir. İnternetten iptal etmek için ise Merkezi Hekim Randevu Sistemi 'Online Randevu' ekranına T.C. kimlik numarası ve şifre ile giriş yapılmaktadır. Sisteme girişin ardından 'Randevu Geçmişi' kısmına tıklayarak alınmış olunan tüm randevu bilgilerine erişilmekte ve randevu iptal işlemi buradan yapılmaktadır.

2.4.6. MHRS'de Ücretlendirme

İnternet, akıllı telefon veya tablet aracılığıyla alınan MHRS randevuları ücretsiz olmakla beraber Alo182 Randevu Hattı acil aramalar kapsamı dışında olduğu için ücretlidir. Ücretlendirmedeki ana kuralları ve üst sınırı Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK) belirlemektedir. Hem sabit hatlardan hem de cep telefonlarından 182'yi aramak sabit bir telefon hattını aramakla eşdeğerdir. BTK' ya göre Türkiye' de sabit hatları aramak dakikası en fazla 46,25 kuruştur. Türk-Telekom dakikası 7-15 kr. arası ücretlendirme yapmakta olup, tarifeler değişebilmektedir. GSM firmaları da BTK' nın belirlediği bu üst sınırı geçemez. Ayrıca vatandaşlarımız sözleşme veya paketlerinde geçerli olan bedava dakikalarını da kullanabilmektedirler. Sağlık Bakanlığı' nın Alo 182 randevu hattı üzerinden gelir elde etmesi ya da vatandaşların telefon hattına ilave bir ücretin faturalandırılması söz konusu değildir. (https://www.mhrs.gov.tr 9 Haziran 2018).

Sağlık Bakanlığı bu hizmeti vermek üzere ücret almamakla birlikte bu hizmeti verebilmek için ücret ödemektedir. Çünkü işletilen çağrı merkezi ve

çalıştırılan çağrı operatörleri Bakanlık bünyesindedir. Web ortamından ve akıllı telefonlardan randevu alabilmek üzere de bir takım sistemler işletilmektedir. Dolayısıyla Bakanlık vatandaşlara bu konforu sağlayabilmek için yatırım yapmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013a).

ALO 182 çağrı merkezinde yapılan tüm işlemler dijital ortamda kayıt ve muhafaza edilmekte, en detaylı şekilde çağrı istatistikleri çıkartılmaktadır. Buna göre başlangıcından bugüne kadar ALO 182 hattına gelen çağrıların ortalama konuşma süreleri 160 saniye (2 dakika 40 saniye) olarak gerçekleşmiştir. Bu süre, milyonlarca çağrının ortalaması olarak hesaplanmıştır. Sağlık Bakanlığı ALO 182 Merkezi Randevu Hattının telefon görüşme ücretleri, operatörlere göre değişkenlik göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013b).

2.4.7. MHRS'de Veri Mahremiyeti

MHRS'ye ilişkin tüm süreçlerde, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hükümlerine, veri mahremiyeti ve güvenliğine riayet edilmektedir (MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma nicel bir araştırma olup, araştırma modeli açısından genel tarama modelidir. Genel tarama modelleri, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir. Bu çalışmada değişkenler arasındaki ilişki varlığını, derecesini belirlemek amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılacaktır. İlişkisel tarama modeli iki ya da daha çok sayıdaki değişken arasındaki birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan modellerdir (Karasar, 2003).

3.2.Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini Konya il merkezinde bulunan vatandaşlar oluşturmaktadır. TUİK 2017 verilerine göre Konya il merkezinde yaşayan kişi sayısı 1301222 olarak tespit edilmiştir. Örneklem hesaplamasında bu veri kullanılmıştır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kolayda örnekleme, ana kütle içerisinden seçilecek örnek kesimin araştırmacının yargılarınca belirlendiği tesadüfî olmayan örnekleme yöntemidir. Kolayda örneklemede veriler, ana kütleden en kolay, hızlı ve ekonomik şekilde toplanır (Malhotra, 2004; Aaker ve ark., 2007; Zikmund, 1997). Sokakta dolaşan insanlara uygulanan anketler buna örnek gösterilebilir (İslamoğlu, 2009).

Ulaşılması gereken en az örneklem sayısı 1301222 kişilik evrenden aşağıdaki formül (İslamoğlu 2009) ile hesaplanarak %95 güven düzeyinde 384 olarak bulunmuştur.

$$n = \frac{Z^2PQ}{E^2 + \frac{Z^2PO}{N}} = \frac{1{,}96^2.0{,}5.0{,}5}{0{,}05^2 + \frac{1{,}96^2.0{,}5.0{,}5}{1.301{,}222}} = 384$$

Formülde verilen parametrelerin anlamları ise şunlardır:

Z: 1,96 (Standart normal değişken = %95 güven düzeyinde)

N: Evren büyüklüğü

P: Anakütle oranı = (%50) 0,5 sapma payı (Maksimum hata olarak alındı),

Q: 1-P = 0,5

E: Varsayılan hata (%5) = 0,05

Anket formu vatandaşlara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır ve 400 anket araştırmaya dâhil edilmiştir. Uygulamanın yapıldığı bölgeler için alınan izin belgesi (EK-A)'de gösterilmiştir.

3.3. Ön Uygulama

Anket formundaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 30 kişi pilot uygulamaya tâbi tutulmuş ve anket formu gözden geçirilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Randevu sistemleri ile ilgili literatür taraması yapılmış fakat konu ile ilgili kapsamlı bir anket formu ve ölçek bulunamamıştır. Bu nedenle anket soruları teorik bilgiler incelenerek, uzman ve randevu sistemlerini kullanan kişilerin görüşleri alınarak, ayrıca vatandaşların kullanmakta olduğu https://www.sikayetvar.com web adresinden faydalanılarak oluşturulmuştur. Anket formu toplamda 33 sorudan oluşmaktadır. Anketin ilk sekiz sorusunda hasta profilini ortaya koyacak nitelikte (yaş, cinsiyet, eğitim, sağlık güvencesi vs.) sorulara, geri kalan yirmi beş soruda ise randevu sistemlerini ve sağlık hizmetlerini kullanımlarına yönelik sorulara yer verilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak 22.01.2018-23.04.2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Bir anketin doldurulması için ortalama 10 dk. süre ayrılmıştır. Anket formu 18 yaş üzeri hasta ve hasta yakınlarına uygulanmış, çocuk hastalar için araştırmaya velisi katılmıştır.

3.6. Veri Analizi:

Araştırmada, veriler toplandıktan sonra bilgisayar ortamına aktarılmıştır. İstatistik programından yararlanılarak verilerin analizi yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile hesaplanmıştır. İki kategorik veri arasındaki ilişkiyi incelemeyi sağlayan ki-kare (x^2) testi yapılmış, $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir. Değişkenlerin ilişki düzeyi hesaplanırken r×r sayıda tablolarda Contingency Coefficient, r×c sayıda tablolarda Cramer's V değeri incelenmiştir (Gamgam ve Altunkaynak, 2008). Değerler 0-1 arasında değişmekte olup, tıpkı korelasyon katsayısının büyüklüğünün yorumlanmasında olduğu gibi, 0-30 arası değerler zayıf, 31-60 arası değerler orta, 61-100 arası değerler ise güçlü bir ilişkinin varlığını göstermektedir (Özbay, 2009). Ayrıca t testi ve ANOVA Testi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

- Araştırmanın yürütülebilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulundan 16.06.2017 tarihli ve 2017/957 sayılı (Bkz. EK-B) kararı ile etik kurul izni alınmıştır.
- Araştırmanın ilgili bölgelerde yürütülebilmesi için Valilik Makamı'dan 16.01.2018 tarihli ve 2018/352 sayılı yazılı izin (Bkz. EK-C) alınmıştır.
- Katılımcılara araştırma ile ilgili açıklama anket formunun ön kısmında belirtilmiştir ve sözel onam alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Konya il merkezinde sağlık hizmetlerinden faydalanan vatandaşlar üzerinde uygulanmıştır. Sonuçlar yalnızca bu gruba genellenebilir.

3.9. Araştırma Soruları

Araştırmanın amacına yönelik 18 soru hazırlanmıştır. Bu sorular şunlardır;

1. Katılımcılar MHRS ve hastane kuyruk ve randevu sistemleri hakkında bilgi sahibi midir?
2. Katılımcılar MHRS ile hastane kuyruk ve randevu sistemlerini ne oranda tercih etmektedir?

3. Katılımcılar sağlık hizmeti sunumunda randevu sistemlerini yeterli bulmakta mıdır?
4. Katılımcıların memnuniyet durumları ne düzeydedir?
5. Katılımcıların memnuniyet düzeyleri kullandıkları randevu sistemlerine göre farklılaşmakta mıdır?
6. Katılımcıların memnuniyet düzeyleri randevu saatinde muayene olabilme durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
7. Katılımcıların memnuniyet düzeyleri randevu ile ilgili bir sorun yaşama durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
8. Katılımcıların memnuniyet düzeyleri gelir durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
9. Katılımcıların ikamet durumları ile sağlık hizmetlerine erişimleri arasında ilişki var mıdır?
10. Katılımcıların randevu alma süreleri ile sağlık hizmetlerine erişimleri arasında ilişki var mıdır?
11. Katılımcıların randevu sistemlerini öğrenme araçları nelerdir ve ne oranda kullanılmaktadır?
12. Katılımcıların randevu sistemlerini öğrenme aracı ile eğitim durumu arasında ilişki var mıdır?
13. Katılımcılar randevularını hangi araçlarla almaktadırlar?
14. Katılımcıların randevu alma araçları ile katılımcıların yaş durumu arasında ilişki var mıdır?
15. Katılımcılar MHRS randevu alma araçlarını ne düzeyde kullanmaktadırlar?
16. Katılımcıların internet kullanım sıklığı ile katılımcıların yaş durumu arasında ilişki var mıdır?
17. Katılımcıların internet kullanım sıklığı ile MHRS randevu alma yöntemleri arasında ilişki var mıdır?
18. Katılımcılar bir sonraki tercih edecekleri randevu sistemleri hakkında ne düşünmektedir?

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Katılımcıların demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vs.) özelliklerine ve diğer bireysel niteliklerine yönelik bulgular aşağıdaki tabloda (4.1.1) verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	**Ortalama**	**Standart Sapma**
Yaş	34,22	13,06
Kullanılan Randevu Sistemi Memnuniyeti	6,87	2,26
Cinsiyet	**N**	**%**
Kadın	199	49,8
Erkek	201	50,2
Yaş	**N**	**%**
18-24	111	27,8
25-34	128	32,0
35-44	69	17,2
45 ve üzeri	92	23.0
Medeni Hal	**N**	**%**
Evli	208	52,0
Bekâr	192	48,0
Öğrenim Durumu	**N**	**%**
Okur-yazar değil	3	0,6
İlkokul	54	13,5
Ortaokul	30	7,5
Lise	99	24,8
Üniversite	185	46,3
Lisansüstü	29	7,3
Gelir Durumu	**N**	**%**
1400 TL ve altı	117	29,3
1401-2000 TL	116	29,0
2001-3000 TL	73	18,3
3000 TL üzeri	94	23,4
Sağlık Güvencesi	**N**	**%**
Sosyal güvencesi yok	17	4,3
SGK(Emekli Sandığı, SSK, Bağkur)	350	87,5
GSS(Genel Sağlık Sigortası)	24	6,0
Özel Sağlık Sigortası	9	2,2
İkamet Durumu	**N**	**%**
İl merkezi	313	78,3
İlçe merkezi	78	19,5
Köy(Mahalle)	9	2,2
Mesleğiniz	**N**	**%**
Öğrenci	82	20,5
İşsiz	14	3,5
İşçi	80	20,0
Memur	88	22,0
Serbest meslek	45	11,3
Ev hanımı	46	11,5
Emekli	21	5,2
Diğer	24	6,0
Toplam	400	100,00

Katılımcıların yaş ortalaması 34,22±13,06 ve kullandıkları randevu veya kuyruk sisteminden memnuniyet ortalaması da 10 üzerinden 6,87±2,26 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %49,8'i kadın %50,2'ü ise erkektir. Katılımcıların %52'si evli iken, %46,3'ünün eğitim seviyesi üniversitedir ve katılımcıların meslek gruplarına bakıldığında en yüksek oran %22 ile memur olarak tespit edilmiştir. Sosyal güvencesi (SGK) olan katılımcı oranı %87,5, il merkezinde ikamet eden katılımcı oranı %78,3 ve gelir durumu 1400 TL ve altı olan katılımcı oranı %29,32'tür.

Tablo 4.1.2. Katılımcıların Yaş Gruplarının Diğer Değişkenler İle İlişkisi

		Yaş grupları (S1)										
Değişkenler		**18-24 yaş**		**25-34 yaş**		**35-44 yaş**		**45 ve üzeri yaş**		**Toplam**		
İnterneti hangi sıklıkla kullanıyorsunuz? (S10)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Her gün 1-8 saat arası	S10	65	30,7	80	37,7	35	16,5	32	15,1	212	100	
	S1	65	58,6	80	62,5	35	50,7	32	34,8	212	53,0	
Her gün 8 saatten fazla	S10	36	41,4	36	41,4	9	10,3	6	6,9	87	100	
	S1	36	32,4	36	28,1	9	13,0	6	6,5	87	21,8	
Haftada birkaç defa	S10	1	4,2	2	8,3	5	20,8	16	66,7	24	100	X^2=110,785*
	S1	1	0,9	2	1,6	5	7,2	16	17,4	24	6,0	P=,000
Nadiren(Sadece gerektiğinde)	S10	6	14,3	9	21,4	12	28,6	15	35,7	42	100	Φ_C=,304**
	S1	6	5,4	9	7,0	12	17,4	15	16,3	42	10,5	
Kullanmı yorum	S10	3	8,6	1	2,9	8	22,9	23	65,7	35	100	
	S1	3	2,7	1	0,8	8	11,6	23	25,0	35	8,8	
Toplam		111	100	128	100	69	100	92	100	400	100	
Randevunuzu kim alıyor? (S14)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Kendiniz	S14	100	31,6	119	37,7	51	16,1	46	14,6	316	100	
	S1	100	90,1	119	93,0	51	73,9	46	50,0	316	79,0	
Bir yakınınız(Aile üyesi, arkadaş vs)	S14	10	13,2	8	10,5	15	19,7	43	56,6	76	100	
	S1	10	9,0	8	6,3	15	21,7	43	46,7	76	19,0	X^2=75,587*
Eczane	S14	0	0,0	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	100	p=,000
	S1	0	0,0	1	0,8	1	1,4	2	2,2	4	1,0	C=,399***
Diğer	S14	1	25,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	4	100	

	S1	1	0,9	0	0,0	2	2,9	1	1,1	4	1,0
Toplam		111	100	128	100	69	100	92	100	400	100

* Pearson Chi-Square ** Cramer's V *** Contingency Coefficient

Tablo 4.1.2. incelendiğinde internet kullanma sıklığı durumu ile yaş grupları arasında anlamlı (p= ,000) ve orta düzeyde (Φ_C= ,304) ilişki saptanmıştır. Yaşınız sorusu 18-24, 25-34, 35-44 ve 45 ve üzeri olmak üzere dört kategoriye ayrılmıştır. Tüm yaş gruplarında en yüksek internet kullanım oranları; 18-24 yaş grubunda %58,6 ile, 25-34 yaş gurubunda %62,5 ile, 35-44 yaş grubunda %50,7 ile ve 45 yaş ve üzerinde %34,8 ile günde 1-8 saat arası internet kullanımı olarak bulunmuştur. Her gün 8 saatten fazla internet kullanan katılımcılar %41,4 ile 18-24 yaş grubu ile 25-34 yaş grubu olmuştur. Haftada birkaç defa kullananlar %66,7 ile 45 yaş ve üzeri katılımcılar olurken, nadiren kullananlar %35,7 ve kullanmayanlar ise %65,7 ile yine 45 yaş ve üzeri katılımcılar olarak bulunmuştur.

Katılımcıların randevularını alma araçları (kendiniz, bir yakınınız, eczane, diğer) ile internet kullanma sıklığı durumu ile yaş grupları arasında anlamlı (p= ,000) ve orta düzeyde (Φ_C= ,399) ilişki tespit edilmiştir. Tüm yaş grupları incelendiğinde randevu alma araçları şu şekildedir: Katılımcılardan 18-24 yaş grubu %90,1, 25-34 yaş grubu %93,0, 35-44 yaş grubu %73,9 ile ve 45 yaş ve üzeri yaş grubu %50,0 oranla randevularını kendileri almaktadır. Randevusunu kendisi alan katılımcıların % 37,7'si 25-34 yaş grubuna, bir yakını (aile üyesi, arkadaş vs.) alan katılımcıların %56,6'sı 45 yaş ve üzeri gruba, eczane aracılığı ile alan katılımcıların %50'si yine 45 yaş ve üzeri gruba ve son olarak diğer araçları kullanan katılımcıların %50'si 35-44 yaş grubuna ait oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 4.1.3. Katılımcıların Eğitim Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi

		Eğitim Durumu(S4)													
Değişkenler		**Okur-yazar değil**		**İlkokul**		**Ortaokul**		**Lise**		**Üniversite**		**Lisansüstü**		**Toplam**	
İnterneti hangi sıklıkla kullanıyorsunuz? (S10)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Her gün 1-8 saat arası	S10	0	0,0	10	4,7	11	5,2	48	22,6	124	58,5	19	9	212	100
	S4	0	0,0	10	18,5	11	36,7	48	48,5	124	67,0	19	65,5	212	53,0

Değişkenler		Eğitim Durumu(S4)														
		Okur-yazar değil		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Lisansüstü		Toplam		
İnterneti hangi sıklıkla kullanıyorsunuz? (S10)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Her gün 8 saatten fazla	S10	0	0,0	5	5,7	8	9,2	22	25,3	44	50,6	8	9,2	87	100	X^2=160,503*
	S4	0	0,0	5	9,3	8	26,7	22	22,2	44	23,8	8	27,6	87	21,8	
Haftada birkaç defa	S10	0	0,0	4	16,7	3	12,5	11	45,8	5	20,8	1	4,2	24	100	p=,000
	S4	0	0,0	4	7,4	3	10,0	11	11,1	5	2,7	1	3,4	24	6,0	Φ_C=,317**
Nadiren	S10	0	0,0	15	35,7	2	4,8	13	31,0	11	26,2	1	2,4	42	100	
	S4	0	0,0	15	27,8	2	6,7	13	13,1	11	5,9	1	3,4	42	10,5	
Kullanmıyorum	S10	3	8,6	20	57,1	6	17,1	5	14,3	1	2,9	0	0,0	35	100	
	S4	3	100	20	37,0	6	20,0	5	5,1	1	0,5	0	0,0	35	8,8	
Toplam		3	100	54	100	30	100	99	100	185	100	129	100	400	100	
Randevu sistemlerini nasıl öğrendiniz? (S13)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Bir yakınımdan	S13	1	0,6	38	21,6	17	9,7	50	28,4	64	36,4	6	3,4	176	100	
	S4	1	33,3	38	70,4	17	56,7	50	50,5	64	34,6	6	20,7	176	44,0	
Hastane çalş.dan	S13	2	0,0	5	5,7	8	9,2	22	25,3	44	50,6	8	9,2	87	100	
	S4	2	0,0	5	9,3	8	26,7	22	22,2	44	23,8	8	27,6	87	21,8	
Sos. medyadan	S13	0	0,0	4	16,7	3	12,5	11	45,8	5	20,8	1	4,2	24	100	X^2=69,833*
	S4	0	0,0	4	7,4	3	10,0	11	11,1	5	2,7	1	3,4	24	6,0	p=,000
Kurumsal tanıtım ile	S13	0	0,0	15	35,7	2	4,8	13	31,0	11	26,2	1	2,4	42	100	Φ_C=,209**
	S4	0	0,0	15	27,8	2	6,7	13	13,1	11	5,9	1	3,4	42	10,5	
Diğer	S13	0	8,6	20	57,1	6	17,1	5	14,3	1	2,9	0	0,0	35	100	
	S4	0	100	20	37,0	6	20,0	5	5,1	1	0,5	0	0,0	35	8,8	
Toplam		3	100	54	100	30	100	99	100	185	100	129	100	400	100	

* Pearson Chi-Square **Cramer's V

Tablo 4.1.3 incelendiğinde internet kullanma sıklığı durumu ile eğitim durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve orta düzeyde (Φ_C= ,317) ilişki tespit edilmiştir. Okuryazar olmayan katılımcıların %100'ü ve eğitim durumu ilkokul olan katılımcıların %37'si internet kullanmadığını belirtmiştir. Eğitim düzeyi ortaokul

olan katılımcıların %36,7'si, lise olan katılımcıların %48,5'i, üniversite olan katılımcıların %67'si ve lisansüstü olan katılımcıların %65,5'inin her gün 1-8 saat arası internet kullandığı tespit edilmiştir. Her gün 8 saatten fazla internet kullananlar %50,6 ile üniversite, haftada birkaç defa internet kullananlar %45,8 ile lise, sadece gerektiğinde internet kullananlar %35,7 ile ilkokul ve internet kullanmayan katılımcılar %57,1 ile ilkokul eğitim düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların randevu sistemlerini öğrenme araçları ile eğitim durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve düşük düzeyde (Φ_C= ,209) ilişki saptanmıştır. Randevu sistemlerini bir yakınından öğrenen katılımcıların %36,4'ünün üniversite, hastane çalışanlarından öğrenen katılımcıların %50,6'sının üniversite, sosyal medyadan öğrenen katılımcıların %45,8'inin lise, kurumsal tanıtım (broşür, afiş vs.) ile öğrenen katılımcıların %35,7'sinin ilkokul ve diğer yöntemler ile öğrenen katılımcıların %57,1'inin ilkokul eğitim düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir.

4.2.Katılımcıların Randevu ve Kuyruk Sistemlerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Katılımcıların kullandıkları randevu ve kuyruk sistemlerine yönelik bulgular aşağıdaki tabloda (4.2.1) verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastane binasına nasıl ulaştınız?	**N**	**%**
Yürüyerek	47	11,8
Özel Araçla	200	50,0
Toplu Ulaşımla (1 Vasıta)	119	29,8
Toplu Ulaşımla (2 Vasıta)	32	8,0
Toplu Ulaşımla (3 ve daha çok vasıta)	2	0,4
İnterneti hangi sıklıkla kullanıyorsunuz?	**N**	**%**
Her Gün 1-8 Saat Arası	212	53,0
Her Gün 8 Saatten Fazla	87	21,8
Haftada Birkaç Defa	24	6,0
Nadiren (Sadece Gerektiğinde)	42	10,5
Kullanmıyorum	35	8,7
Hangi randevu sistemini kullandınız?	**N**	**%**
MHRS	329	82,2
Hastane Bünyesindeki Randevu ve Kuyruk sistemi	71	17,8
Hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini biliyor musunuz?	**N**	**%**
Evet	392	98,0
Hayır	8	2,0
Randevu sistemlerini nasıl öğrendiniz?	**N**	**%**
Bir yakınımdan	176	44,0
Hastane çalışanlarından	58	14,5
Sosyal medyadan	99	24,8
Kurumsal tanıtım ile (Broşür, afiş vs.)	56	14,0
Diğer	11	2,7

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Randevunuzu kim alıyor?	**N**	**%**
Kendiniz	316	79,0
Bir yakınınız (Aile üyesi, arkadaş vs.)	76	19,0
Eczane	4	1,0
Diğer	4	1,0
Randevunuzu kaç gün içinde alabiliyorsunuz?	**N**	**%**
Aynı gün içinde	151	37,8
1-3 gün	136	34,0
4-7 gün	73	18,3
8-15 gün	23	5,8
15 ve üzeri gün	17	4,1
Hastaneye gelmeden önce randevu aldınız mı?	**N**	**%**
Evet	323	80,8
Hayır	77	19,2
Randevu saatinizde muayene olabiliyor musunuz?	**N**	**%**
Evet	175	43,8
Hayır	225	56,2
Muayene olmak için ne kadar süre bekliyorsunuz?	**N**	**%**
1-15 dk	74	32,9
16-30 dk	79	35,1
31-59 dk	46	20,4
1 saat ve üzeri	26	11,6
Randevunuz ile ilgili bir sorun yaşadınız mı?	**N**	**%**
Evet	73	18,2
Hayır	327	81,8
Muayene olduğunuz hastanede randevunuzla ilgili sorun yaşadığınızda çözüm sağlayacak ilgili birim var mı?	**N**	**%**
Evet	21	28,8
Hayır	25	34,2
Bilmiyorum	27	37,0
Hangi birimde muayene oldunuz?	**N**	**%**
Çocuk Hastalıkları Kliniği	25	6,3
Dermatoloji Kliniği	26	6,5
Göğüs Hastalıkları	26	6,5
İç Hastalıkları Kliniği	78	19,5
Kardiyoloji Kliniği	28	7,0
Nöroloji Kliniği	20	5,0
Psikiyatri Kliniği	8	2,0
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği	17	4,3
Çocuk Cerrahisi Kliniği	4	1,0
Genel Cerrahi Kliniği	34	8,5
Göğüs Cerrahisi Kliniği	10	2,5
Göz Hastalıkları Kliniği	40	10,0
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği	1	0,3
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği	26	6,5
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	18	4,5
Üroloji Kliniği	11	2,8
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği	21	5,3
Diğer	7	1,5
Randevu aldığınız halde hastaneye gelmediğiniz oldu mu?	**N**	**%**
Evet	148	37,0
Hayır	252	63,0
Evet ise neden hastaneye gelmediniz?	**N**	**%**
Randevum olduğunu unuttum	57	38,5
Randevu uzak bir tarihe verildiği için daha farklı yöntemlere yöneldim.	52	35,1
Randevumun hekim kaynaklı iptal edildiği bildirildi.	6	4,1
Diğer	33	22,3

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Hastaneye gelmenize rağmen muayene olamadığınız bir durumla karşılaştınız mı?	**N**	**%**
Evet	58	14,5
Hayır	342	85,5
Evet ise neden muayene olamadınız?	**N**	**%**
Muayene için hastaneye geldiğimde hekim hastanede yoktu.	22	37,9
Aynı randevu saati birden çok hastaya verilmişti.	7	12,1
Randevu aldıktan sonra hastane sisteminden kaynaklı teknik bir sorundan dolayı muayene olamadım.	10	17,2
Randevu saatim dışında geldiğim için randevum iptal edildi.	11	19,0
Diğer	8	13,8
Sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerini yeterli buluyor musunuz?	**N**	**%**
Evet	290	72,5
Hayır	110	27,5
Tekrar muayene olmak isteseniz hangi randevu sistemini kullanmak istersiniz?	**N**	**%**
Bir önceki randevumdaki gibi MHRS'yi kullanırım.	308	77,0
Bir önceki randevumdaki gibi hastane randevu sistemini kullanırım.	57	14,3
Bir önceki randevumdan farklı olarak MHRS'yi kullanırım.	21	5,3
Bir önceki randevumdan farklı olarak hastane randevu sistemini kullanırım.	14	3,4
MHRS'yi neden tercih etmediniz?	**N**	**%**
MHRS'yi bilmiyorum.	21	29,6
MHRS'den telefon ile randevu alamadım.	7	9,9
MHRS online randevu yöntemlerini kullanamıyorum.	11	15,5
Hastane randevu sistemini MHRS'den daha kullanışlı buluyorum.	27	38,0
Diğer	5	7,0
MHRS randevusu alırken en çok tercih ettiğiniz yöntem hangisidir?	**N**	**%**
Alo 182 çağrı merkezi	173	52,6
MHRS internet sitesi	117	35,6
MHRS mobil uygulaması	39	11,8
MHRS'de aşağıdaki durumlardan <u>en çok</u> hangisinden memnun kalmadınız?	**N**	**%**
MHRS' de istediğim branşlardan randevu alamıyorum.	18	5,5
Alo 182 müşteri temsilcisi ile iletişim kurarken zorlanıyorum (Kaba, ilgisiz vs.).	50	15,2
İnternetten randevu alırken sorun yaşıyorum.	37	11,2
Alo 182 randevu hattının ücretli olmasını uygun bulmuyorum.	159	48,3
MHRS' de istediğim veya tedavimi sürdüren hekime randevu alamıyorum.	46	14,0
Diğer	19	5,8
MHRS'de aşağıdaki durumlardan <u>en çok</u> hangisinden memnun kaldınız?	**N**	**%**
MHRS'de mobil uygulamanın bulunması ekstra bir kolaylık sağlıyor.	72	21,9
MHRS hekim seçme özgürlüğümü artırıyor.	79	24,0
MHRS gereksiz beklemeleri azaltıyor.	114	34,7
Eşit ve adaletli bir sağlık hizmeti sunumu sağlıyor.	55	16,7
Diğer	9	2,7
Kullandığınız randevu sistemini yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?	**N**	**%**
Evet	371	92,8

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Hayır	29	7,2

Katılımcıların kullandıkları randevu sistemlerine göre dağılımı şu şekildedir: MHRS kullanan katılımcılar %82,2 iken hastane kuyruk ve randevu sistemlerini kullanan katılımcılar %17,8 oranındadır. Katılımcılar randevu sistemlerini en çok %44 oranında bir yakınlarından, %24,8 oranında ise sosyal medyadan öğrendiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların randevuları %79 oranla kendileri, %19 oranla ise bir yakınları tarafından alındığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %43,8'i randevu saatinde muayene olabilirken, %56,2 olamadığını belirtmiştir. Katılımcıların en çok %19,5 oranla iç hastalıkları kliniğinde daha sonra %10 ile göz hastalıkları kliniğinde muayene oldukları saptanmıştır. MHRS kullanan katılımcıların %52,6'sının Alo 182 çağrı merkezini, %35,6'sının MHRS internet sitesini, %11,8'inin MHRS mobil uygulamasını kullandığı tespit edilmiştir. MHRS kullanan katılımcılara, MHRS'de en çok memnun kalmadıkları durum sorulduğunda %48,3 oranında "Alo 182 randevu hattının ücretli olmasını uygun bulmuyorum." cevabı verildiği, MHRS'de en çok memnun kaldıkları durum sorulduğunda ise %34,7 oranında "MHRS gereksiz beklemeleri azaltıyor." cevabı verildiği tespit edilmiştir.

4.3. Bağımsız Değişkenlere Göre Randevu ve Kuyruk Sistemine Yönelik Bulgular

Bu bölümde katılımcıların kullandıkları kuyruk ve randevu sistemleri ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki incelenecektir.

Tablo 4.3.1 Katılımcıların İnternet Kullanım Sıklığı Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi

Değişkenler		**İnternet Kullanım Sıklığı(S10)**											
		Her gün 1-8 saat arası		**Her gün 8 saatten fazla**		**Haftada birkaç defa**		**Nadiren**		**Kullanmıyorum**		**Toplam**	
Hangi randevu sistemini kullandınız? (S11)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi)	S11	185	56,4	69	21,0	15	4,6	33	10,1	26	7,9	328	100
	S10	185	87,3	69	79,3	15	62,5	33	78,6	26	74,3	328	82,0

Tablo 4.3.1 Katılımcıların İnternet Kullanım Sıklığı Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi (Devamı)

Değişkenler		İnternet Kullanım Sıklığı(S10)												
		Her gün 1-8 saat arası		Her gün 8 saatten fazla		Haftada birkaç defa		Nadiren		Kullanmıyorum		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hastane Kuyruk ve Randevu Sistemi	S11	27	37,5	18	25,0	9	12,5	9	12,5	9	12,5	72	100	X^2=12,335* p=,015 Φ_C=,176**
	S10	27	12,7	18	20,7	9	37,5	9	21,4	9	25,7	72	18,0	
Toplam		212	100	87	100	24	100	42	100	35	100	400	100	
Randevu sistemlerini nasıl öğrendiniz? (S13)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Bir yakınımdan	S13	74	42,0	40	22,7	13	7,4	22	12,5	27	15,3	176	100	
	S10	74	34,9	40	46,0	13	54,2	22	52,4	27	77,1	176	44,0	
Hastane çalışanlarından	S13	29	50,0	12	20,7	4	6,9	8	13,8	5	8,6	58	100	X^2=37,614* p=,002 C=,293***
	S10	29	13,7	12	13,8	4	16,7	8	19,0	5	14,3	58	14,5	
Sosyal medyadan	S13	65	65,7	22	22,2	3	3,0	8	8,1	1	1,0	99	100	
	S30	65	30,7	22	25,3	3	12,5	8	19,0	1	2,9	99	24,8	
Kurumsal tanıtım ile	S13	37	66,1	12	21,4	2	3,6	4	7,1	1	1,8	56	100	
	S10	37	17,5	12	13,8	2	8,3	4	9,5	1	2,9	56	14,0	
Diğer	S13	7	63,6	1	9,1	2	18,2	0	0,0	1	9,1	11	100	
	S10	7	3,3	1	1,1	2	8,3	0	0,0	1	2,9	11	2,8	
Toplam		212	100	87	100	24	100	42	100	35	100	400	100	
Randevunuzu kim alıyor? (S14)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Kendiniz	S14	187	59,2	80	25,3	13	4,1	29	9,2	7	2,2	316	100	
	S10	187	88,2	80	92,0	13	54,2	29	69,0	7	20,0	316	79,0	
Bir yakınınız	S14	23	30,3	5	6,6	9	11,8	13	17,1	26	34,2	76	100	X^2=119,753* P=,000 Φ_C=,316**
	S10	23	10,8	5	5,7	9	37,5	13	31,0	26	74,3	76	19,0	
Eczane	S14	0	0,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	1	25,0	4	100	
	S10	0	0,0	1	1,1	2	8,3	0	0,0	1	2,9	4	1,0	
Diğer	S14	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	4	100	
	S10	2	0,9	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	2,9	4	1,0	
Toplam		212	100	87	100	24	100	42	100	35	100	400	100	

Tablo 4.3.1 Katılımcıların İnternet Kullanım Sıklığı Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi (Devamı)

Değişkenler		İnternet Kullanım Sıklığı(S10)												
		Her gün 1-8 saat arası		Her gün 8 saatten fazla		Haftada birkaç defa		Nadiren		Kullanmıyorum		Toplam		
MHRS randevusu alırken en çok tercih ettiğiniz yöntem hangisidir? (S30)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Alo 182 çağrı merkezi	S30	80	46,2	37	21,4	10	5,8	24	13,9	22	12,7	173	100	
	S10	80	43,2	37	53,6	10	66,7	24	70,6	22	84,6	173	52,6	
MHRS internet sitesi	S30	83	70,9	21	17,9	3	2,6	8	6,8	2	1,7	117	100	X^2=26,319* p=,001 Φ_C=,200**
	S10	83	44,9	21	30,4	3	20,0	8	23,5	2	7,7	117	35,6	
MHRS mobil uygulaması	S30	22	56,4	11	28,2	2	5,1	2	5,1	2	5,1	39	100	
	S10	22	11,9	11	15,9	2	13,3	2	5,9	2	7,7	39	11,9	
Toplam		185	100	69	100	15	100	34	100	26	100	329	100	

* Pearson Chi-Square ** Cramer's V *** Contingency Coefficient

Tablo 4.3.1. incelendiğinde kullanılan randevu sistemi ile internet kullanma sıklığı arasında anlamlı (p= ,015) ve düşük düzeyde (Φ_C= ,176) ilişki tespit edilmiştir. Her gün 1-8 saat arası internet kullanan katılımcıların %87,3'ü MHRS'yi kullanırken, %12,7'si hastane bünyesindeki randevu ve kuyruk sistemini kullanmaktadır. Her gün 8 saatten fazla internet kullanan katılımcıların %79,3'ünün, haftada birkaç defa internet kullanan katılımcıların %62,5'inin, nadiren internet kullanan katılımcıların %78,6'sının ve kullanmayan katılımcıların %74,3'ünün MHRS'yi tercih ettiği tespit edilmiştir.

Katılımcıların randevu sistemlerini öğrenme araçları ile internet kullanım sıklığı durumu arasında anlamlı (p= ,002) ve düşük düzeyde (*C*= ,293) ilişki saptanmıştır. Her gün 1-8 saat arası internet kullanan katılımcıların %34,9'unun, her gün 8 saatten fazla internet kullanan katılımcıların %46'sının, haftada birkaç defa internet kullanan katılımcıların %54,2'sinin, nadiren internet kullanan katılımcıların %52,4'ünün ve kullanmayan katılımcıların %77,1'inin randevu sistemlerini bir yakınından öğrendiği tespit edilmiştir. Randevu sistemlerini hastane çalışanlarından

öğrenen katılımcıların %50'sinin, sosyal medyadan öğrenen katılımcıların %65,7'sinin, kurumsal tanıtım ile öğrenen katılımcıların %66,1'inin ve diğer yöntemler ile öğrenen katılımcıların %63,6'sının günde 1-8 saat arası internet kullandığı bulunmuştur.

Randevunun kim tarafından alınması ile internet kullanım sıklığı durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve orta düzeyde (Φ_C= ,316) ilişki bulunmuştur. Randevusunu kendisi alan katılımcıların %59,2'si, randevu alırken diğer yöntemleri kullanan katılımcıların %50'si günde 1-8 saat arası internet kullanırken, randevusunu bir yakını alan katılımcıların %34,2'sinin internet kullanmadığı, randevusunu eczane aracılığı ile alan katılımcıların %50'sinin haftada birkaç defa internet kullandığı tespit edilmiştir.

Randevularını alma yöntemleri ile internet kullanım sıklığı durumu incelendiğinde iki durum arasında anlamlı (p= ,001) ve düşük düzeyde (Φ_C = ,200) ilişki saptanmıştır. İnternet kullanım sıklığı incelendiğinde MHRS'yi kullanan 329 katılımcının randevu alma yöntemleri şu şekildedir: Her gün 1-8 saat arası internet kullanan katılımcıların %44,9'u MHRS internet sitesini tercih ediyorken, her gün 8 saatten fazla internet kullanan katılımcıların %53,6'sı, haftada birkaç defa internet kullanan katılımcıların %66,7'si, nadiren internet kullanan katılımcıların %70,6'sı ve internet kullanmayan katılımcıların %84,6'sı randevu alırken Alo 182 çağrı merkezini tercih etmektedir.

Tablo 4.3.2. Kullanılan Randevu Sisteminin Diğer Değişkenler İle İlişkisi

Değişkenler		**Kullanılan Randevu Sistemi(S11)**						
		Merkezi Hekim Randevu Sistemi(MHRS)		**Hastane Kuyruk ve Randevu Sistemi**		**Toplam**		
Hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini biliyor musunuz?(S12)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S12	327	83,4	65	16,6	392	100	
	S11	327	99,4	65	91,5	392	98,0	X^2=17,969*
Hayır	S12	2	25,0	6	75,0	8	100	p=,000
	S11	2	0,6	6	8,5	8	2,0	*C=,209***
Toplam		329	100	71	100	400	100	

Tablo 4.3.2. Kullanılan Randevu Sisteminin Diğer Değişkenler İle İlişkisi(Devamı)

Değişkenler		Kullanılan Randevu Sistemi(S11)						
		Merkezi Hekim Randevu Sistemi(MHRS)		Hastane Kuyruk ve Randevu Sistemi		Toplam		
Randevunuzu kaç gün içinde alabiliyorsunuz? (S15)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Aynı gün içerisinde	S15	85	56,3	66	43,7	151	100	
	S11	85	25,9	66	91,7	151	37,8	
1-3 gün	S15	131	96,3	5	3,7	136	100	
	S11	131	39,9	5	6,9	136	34,0	X^2=108,978*
4-7 gün	S15	72	98,6	1	1,4	73	100	p=,000
	S11	72	22,0	1	1,4	73	18,3	
8-14 gün	S15	23	100,0	0	0,0	23	100	Φ_C=,522**
	S11	23	7,0	0	0,0	23	5,8	
15 gün ve üzeri	S15	17	100,0	0	0,0	17	100	
	S11	17	5,2	0	0,0	17	4,3	
Toplam		328	100	72	100	400	100	
Tekrar muayene olmak isteseniz hangi randevu sistemini kullanmak istersiniz? (S28)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Bir önceki randevumdaki gibi MHRS'yi kullanırım.	S28	306	99,4	2	0,6	308	100	
	S11	306	93,3	2	2,8	308	77,0	
Bir önceki randevumdaki gibi hastane randevu sistemini kullanırım.	S28	4	7,0	53	93,0	57	100	
	S11	4	1,2	53	73,6	57	14,3	X^2=329,238*
Bir önceki randevumdan farklı olarak MHRS'yi kullanırım.	S28	5	23,8	16	76,2	21	100	p=,000
	S11	5	1,5	16	22,2	21	5,3	Φ_C=,907**
Bir önceki randevumdan farklı olarak hastane randevu sistemini kullanırım.	S28	13	92,9	1	7,1	14	100	
	S11	13	4,0	1	1,4	14	3,5	
Toplam		328	100	72	100	400	100	
Kullandığınız randevu sistemini yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?(S33)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S33	309	83,3	62	16,7	371	100	
	S11	309	94,2	62	86,1	371	92,8	

								X^2=5,755*
Hayır	S33	19	65,5	10	34,5	29	100	p=,016
	S11	19	5,8	10	13,9	29	7,3	*C=.119***
Toplam		328	100	72	100	400	100	

* Pearson Chi-Square **Cramer's V ***Contingency Coefficient

Tablo 4.3.2. incelendiğinde kullanılan randevu sistemi ile hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilme durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve düşük düzeyde (*C*= ,209) ilişki tespit edilmiştir. Kullanılan randevu sistemi incelendiğinde hastaneye gelmeden önce randevu alma durumu şu şekildedir: MHRS'yi kullanan katılımcıların %99,4'ü, hastane randevu ve kuyruk sistemini kullanan katılımcıların %91,7 hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilmektedir.

Katılımcıların kullandıkları randevu sistemi ile randevu oluşturma süreleri arasında anlamlı (p= ,000) ve orta düzeyde (Φ_C= ,522) ilişki saptanmıştır. MHRS'yi kullanan katılımcıların %25,9'u randevularını aynı gün içinde, %39,9'u randevularını 1-3 gün %22' sinin ise 4-7 gün içinde, %7'sinin 7-14 gün içinde ve %5,2'sinin 15 gün içinde randevu alabildikleri tespit edilmiştir. Hastane randevu ve kuyruk sistemini kullanan katılımcıların %91,7'i aynı gün içerisinde alabildiklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların kullandıkları randevu sistemi ile bir sonraki kullanmak istediği randevu sistemi arasında anlamlı (p= ,000) ve yüksek düzeyde (Φ_C= ,907) ilişki saptanmıştır. MHRS'yi kullanan katılımcıların %93,3'ünün bir önceki randevusu gibi MHRS'yi tercih ettiği, %4,0'ının bir önceki randevularından farklı olarak hastane randevu ve kuyruk sistemini tercih ettiği; hastane randevu ve kuyruk sistemini kullanan katılımcıların ise %73,6'ının bir önceki randevusundaki gibi hastane randevu ve kuyruk sistemini, %22,2'sinin MHRS'yi tercih ettiği tespit edilmiştir.

Katılımcıların kullandıkları randevu sistemi ve kullanılan randevu sistemini tavsiye etme durumu arasında (p= ,016) ve düşük düzeyde (*C*= ,119) ilişki saptanmıştır. MHRS kullanan katılımcıların %94,2'sinin, hastane randevu ve kuyruk sistemini kullanan katılımcıların %86,1'inin kullandığı randevu sistemini tavsiye ettiği bulunmuştur.

Tablo 4.3.3. Hastaneye Gelmeden Önce Randevu Alınabildiğini Bilme Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi

Değişkenler		Hastaneye Gelmeden Önce Randevu Alınabildiğini Bilme Durumu (S12)						
		Evet		Hayır		Toplam		
Randevu sistemlerini nasıl öğrendiniz? (S13)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Bir yakınım-Dan	S13	174	98,9	2	1,1	176	100	
	S12	174	44,4	2	25,0	176	44,0	
Hastane çalışanlarından	S13	53	91,4	5	8,6	58	100	
	S12	53	13,5	5	62,5	58	14,4	X^2=19,626*
Sosyal medyadan	S13	99	100	0	0,0	99	100	p=,001
	S12	99	25,3	0	0,0	99	24,8	Φ_C=,222**
Kurumsal tanıtım ile	S13	56	100	0	0,0	56	100	
	S12	56	14,3	0	0,0	56	14,0	
Diğer	S13	10	90,9	1	9,1	11	100	
	S12	10	2,6	1	12,5	11	2,8	
Toplam		392	100	8	100	400	100	
Randevunuzu kim alıyor? (S14)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Kendiniz	S14	314	99,4	2	0,6	316	100	
	S12	314	80,1	2	25,0	316	79,0	
Bir yakınınız (Aile üyesi, arkadaş vs)	S14	71	93,4	5	6,6	76	100	X^2=22,021*
	S12	71	18,1	5	62,5	76	19,0	p=,000
Eczane	S14	3	75,0	1	25,0	4	100	Φ_C=,235**
	S12	3	0,8	1	12,5	4	1,0	
Diğer	S14	4	100	0	0,0	4	100	
	S12	4	1,0	0	0,0	4	1,0	
Toplam		392	100	8	100	400	100	
Hastaneye gelmeden önce randevu aldınız mı? (S16)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S16	320	99,1	3	0,9	323	100	
	S12	320	81,6	3	37,5	323	80,8	X^2=9,823*
Hayır	S16	72	93,5	5	6,5	77	100	p=,002
	S12	72	18,4	5	62,5	77	19,3	C=,155***
Toplam		392	100	8	100	400	100	

* Pearson Chi-Square ** Cramer's V *** Contingency Coefficient

Tablo 4.3.3 incelendiğinde hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilme durumu ile randevu sistemlerini öğrenme araçları arasında anlamlı (p= ,001) ve düşük düzeyde (Φ_C= ,222) ilişki tespit edilmiştir. Hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilen katılımcıların %44,4'ünün randevu sistemlerini bir yakınından, %13,5'nin hastane çalışanlarından, %25,3'ünün sosyal medyadan, %14,3'ünün kurumsal tanıtım ile ve %2,6'sının diğer yöntemler aracılığı ile öğrendiği tespit edilmiştir.

Katılımcıların hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilme durumu ile randevunun kim tarafından alındığı arasında anlamlı (p= ,000) ve düşük düzeyde (Φ_C= ,235) ilişki tespit edilmiştir. Hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilen katılımcıların %80,1'inin randevusunu kendisi, %18,1'inin bir yakını, %0,8'inin eczane aracılığı ile ve %1'inin diğer araçları kullanarak randevu aldıkları tespit edilmiştir.

Katılımcıların hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilme durumu ile hastaneye gelmeden önce randevu alma durumu arasında anlamlı (p= ,002) ve düşük düzeyde (C= ,155) ilişki tespit edilmiştir. Hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilen katılımcıların %81,6'sının randevu aldığı, %18,4'ünün ise randevu almadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.4. Randevu Alma Süresinin Diğer Değişkenler İle İlişkisi

Değişkenler		**Randevu Alma Süresi(S15)**												
		Aynı gün içerisinde		**1-3 gün**		**4-7 gün**		**8-14 gün**		**15 ve üzeri gün**		**Toplam**		
Hastaneye gelmeden önce randevu aldınız mı? (S16)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S16	89	27,6	124	38,4	71	22,0	22	6,8	17	5,3	323	100	
	S15	89	58,9	124	91,2	71	97,3	22	95,7	17	100	323	80,8	X^2=75,857 *
Hayır	S16	62	80,5	12	15,6	2	2,6	1	1,3	0	0,0	77	100	p=,000
	S15	62	41,1	12	8,8	2	2,7	1	4,3	0	0,0	77	19,3	Φ_C=,435 **
Toplam		151	100	136	100	73	100	23	100	17	100	400	100	

Tablo 4.3.4. Randevu Alma Süresinin Diğer Değişkenler İle İlişkisi (Devamı)

Değişkenler		Randevu Alma Süresi(S15)												
		Aynı gün içerisinde		1-3 gün		4-7 gün		8-14 gün		15 ve üzeri gün		Toplam		
(Hastaneye gelmelerine rağmen muayene olamayanlar için)Neden muayene olamadınız? (S25)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Muayene için hast. geldiğimde hekim hastanede yoktu.	S25	11	50,0	6	27,3	4	18,2	1	4,5	0	0,0	22	100	
	S15	11	44,0	6	40,0	4	36,4	1	25,0	0	0,0	22	37,9	
Aynı randevu saati birden çok hastaya verilmişti	S25	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	
	S15	5	20,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	12,1	
Ran. aldk. sonra sis.den kaynaklı teknik bir sorun. dolayı muayene olamadım.	S25	3	30,0	1	10,0	3	30,0	3	30,0	0	0,0	10	100	X^2=33,331* p=,007 *C=,604***
	S15	3	12,0	1	6,7	3	27,3	3	75,0	0	0,0	10	17,2	
Ran. saati dış. geld. için randevum iptal edildi.	S25	2	18,2	5	45,5	1	9,1	0	0,0	3	27,3	11	100	
	S15	2	8,0	5	33,3	1	9,1	0	0,0	3	100,0	11	19,0	
Diğer	S25	4	50,0	1	12,5	3	37,5	0	0,0	0	0,0	8	100	
	S15	4	16,0	1	6,7	3	27,3	0	0,0	0	0,0	8	13,8	
Toplam		25	100	15	100	11	100	4	100	3	100	58	100	
Sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerini yeterli buluyor musunuz? (S26)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Evet	S26	109	37,6	109	37,6	48	16,6	17	5,9	7	2,4	290	100	
	S15	109	72,2	109	80,1	48	65,8	17	73,9	7	41,2	290	72,5	X^2=14,052* p=,007 Φ_C=,187**
Hayır	S26	42	38,2	27	24,5	25	22,7	6	5,5	10	9,1	110	100	
	S15	42	27,8	27	19,9	25	34,2	6	26,1	10	58,8	110	27,5	
Toplam		151	100	136	100	73	100	23	100	17	100	400	100	

Tablo 4.3.4. Randevu Alma Süresinin Diğer Değişkenler İle İlişkisi (Devamı)

Değişkenler		Randevu Alma Süresi(S15)												
		Aynı gün içerisinde		1-3 gün		4-7 gün		8-14 gün		15 ve üzeri gün		Toplam		
Tekrar muayene olmak isteseniz hangi randevu sistemini kullanmak istersiniz? (S28)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Bir önc. gibi MHRS kullanırım.	S28	80	26,0	122	39,6	69	22,4	22	7,1	15	4,9	308	100	
	S15	80	53,0	122	89,7	69	94,4	22	95,7	15	88,2	308	77,0	
Bir önc. gibi hast. randevu sist. Kullan.	S28	51	89,5	6	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	57	100	
	S15	51	33,8	6	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	57	14,3	X^2=101,537* p=,000 Φ_C=,291**
Bir önc. farklı olarak MHRS kullanırım.	S28	16	76,2	3	14,3	2	9,5	0	0,0	0	0,0	21	100	
	S15	16	10,6	3	2,2	2	2,7	0	0,0	0	0,0	21	5,3	
Bir önc. farklı olarak hast.ransist.kullanırım.	S28	4	28,6	5	35,7	2	14,3	1	7,1	2	14,3	14	100	
	S15	4	2,6	5	3,7	2	2,7	1	4,3	2	11,8	14	3,5	
Toplam		151	100	136	100	73	100	23	100	17	100	400	100	

* Pearson Chi-Square ** Cramer's V *** Contingency Coefficient

Tablo 4.3.4. incelendiğinde hastaneye gelmeden önce randevu alma durumu ile randevu alma süresi arasında anlamlı (p= ,000) ve orta düzeyde (Φ_C= ,435) ilişki tespit edilmiştir. Hastaneye gelmeden önce randevu alan katılımcıların %27,6' sının randevularını aynı gün içinde, %38,4'ünün 1-3 gün içinde, %22'sinin 4-7 gün içinde, %6,8'inin 8-14 gün içinde ve %5,3'ünün 15 ve üzeri gün içinde randevu alabildikleri, hastaneye gelmeden önce randevu almayan katılımcıların ise %80,5'inin aynı gün içinde randevu alabildikleri tespit edilmiştir.

Hastaneye gelinmesine rağmen muayene olamayan katılımcıların muayene olamama nedenleri ile randevu alma süreleri arasında anlamlı (p= ,007) ve yüksek düzeyde (*C*= ,604) ilişki tespit edilmiştir. Aynı gün içerisinde randevu alabilen

katılımcıların %44'ü, 1-3 gün içinde randevu alan katılımcıların %40' ı ve 4-7 gün içinde randevu alan katılımcıların %36,4'ü muayene için geldiğinde hekimin hastanede bulunmadığını, 8-14 gün içinde randevu alan katılımcıların %75'i randevu aldıktan sonra hastane sisteminden kaynaklı teknik bir sorundan dolayı muayene olamadığını ve 15 ve üzeri gün içinde randevu alan katılımcıların %100'ü randevu saati dışında geldiği için randevusunun iptal edildiğini belirtmiştir.

Katılımcıların hastane randevu sistemlerini yeterli bulma durumu ile randevu alma süreleri arasında anlamlı (p= ,007) ve düşük düzeyde (Φ_C= ,187) ilişki tespit edilmiştir. Aynı gün içinde randevu alan katılımcıların %72,2'sinin, 1-3 gün içinde randevu alan katılımcıların %80,1'nin, 4-7 gün içinde randevu alan katılımcıların %65,8'nin, 8-14 gün içinde randevu alan katılımcıların %73,9'unun ve 15 ve üzeri gün içinde randevu alan katılımcıların %41,2'sinin sağlık hizmetleri sunumunda randevu sistemlerini yeterli buldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların bir sonraki kullanmak istediği randevu sistemi ile randevu alma süreleri arasında anlamlı (p= ,000) ve düşük düzeyde (Φ_C= ,291) ilişki saptanmıştır. Bir önceki randevumdaki gibi MHRS'yi kullanırım diyen katılımcıların %39,6'sının ve bir önceki randevumdan farklı olarak hastane randevu sistemini kullanırım diyen katılımcıların %35,7'sinin randevularını 1-3 gün içinde, bir önceki randevumdaki gibi hastane randevu sistemini kullanırım diyen katılımcıların %89,5'inin, bir önceki randevumdan farklı olarak MHRS'yi kullanırım diyen katılımcıların %76,2'sinin aynı gün içinde randevu alabildikleri tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.5. Hastaneye Gelmeden Önce Randevu Alma Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi

Değişkenler		**Hastaneye Gelmeden Önce Randevu Alma Durumu (S16)**					
		Evet		**Hayır**		**Toplam**	
(Randevu saatinde muayene olamayanlar) Muayene olmak için ne kadar süre bekliyorsunuz? (S18)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
1-15 dk	S18	60	81,1	14	18,9	74	100
	S16	60	34,5	14	27,5	74	32,9
16-30 dk	S18	62	78,5	17	21,5	79	100
	S16	62	35,6	17	33,3	79	35,1

Tablo 4.3.5. Hastaneye Gelmeden Önce Randevu Alma Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi (Devamı)

Değişkenler		Hastaneye Gelmeden Önce Randevu Alma Durumu (S16)						
		Evet		Hayır		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	
31-59 dk	S18	38	82,6	8	17,4	46	100	X^2=9,565*
	S16	38	21,8	8	15,7	46	20,4	p=,023
1 saat ve üzeri	S18	14	53,8	12	46,2	26	100	Φ_C=,206**
	S16	14	8,0	12	23,5	26	11,6	
Toplam		174	100	51	100	225	100	
Tekrar muayene olmak isteseniz hangi randevu sistemini kullanmak istersiniz? (S28)		N	%	N	%	N	%	
Bir önceki randevumdaki gibi MHRS'yi kullanırım.	S28	289	93,8	19	6,2	308	100	
	S16	289	89,5	19	24,7	308	77,0	
Bir önceki rand. gibi hastane randevu sistemini kullanırım.	S28	15	26,3	42	73,7	57	100	
	S16	15	4,6	42	54,5	57	14,3	X^2=167,182*
Bir önceki randevumdan farklı olarak MHRS kullanırım.	S28	8	38,1	13	61,9	21	100	p=,000
	S16	8	2,5	13	16,9	21	5,3	Φ_C=,646**
Bir önceki randevumdan farklı olarak hastane randevu sistemini kullanırım.	S28	11	78,6	3	21,4	14	100	
	S16	11	3,4	3	3,9	14	3,5	
Toplam		323	100	77	100	400	100	

* Pearson Chi-Square ** Cramer's V

Tablo 4.3.5. göre randevu saatinde muayene olamayanlar katılımcıların muayene öncesi bekleme süreleri ile hastaneye gelmeden önce randevu alma durumu arasında anlamlı (p= ,023) ve düşük düzeyde (Φ_C= ,206) ilişki tespit edilmiştir. Hastaneye gelmeden önce randevu alan katılımcıların %34,5'i muayene olmadan önce 1-15 dakika, %35,6'sı 16-30 dakika, %21,8'i 31-59 dakika ve %8'i 1 saat ve üzerinde beklediklerini belirtmiştir.

Katılımcıların bir sonraki kullanmak istediği randevu sistemi ile hastaneye gelmeden önce randevu alma durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve yüksek düzeyde (Φ_C= ,646) ilişki saptanmıştır. Hastaneye gelmeden önce randevu alan katılımcıların %89,5'i bir önceki randevusundaki gibi MHRS'yi kullanacağını, %4,6'sı bir önceki randevusundaki gibi hastane randevu sistemini kullanacağını, %2,5'i bir önceki randevusundan farklı olarak MHRS'yi kullanacağını, %3,4'ü de bir önceki randevusundan farklı olarak hastane randevu sistemini kullanacağını ifade etmiştir.

Tablo 4.3.6. Randevu Saatinde Muayene Olabilme Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi

		Randevu Saatinde Muayene Olabilme Durumu(S17)						
Değişkenler		**Evet**		**Hayır**		**Toplam**		
Randevunuzla ilgili bir sorun yaşadınız mı?(S19)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S19	11	15,1	62	84,9	73	100	
	S17	11	6,3	62	27,6	73	18,3	X^2=34,013*
Hayır	S19	164	50,2	163	49,8	327	100	p=,000
	S17	164	93,7	163	72,4	327	81,8	*C=,264***
Toplam		175	100	225	100	400	100	
Sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerini yeterli buluyor musunuz?(S26)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S26	140	48,3	150	51,7	290	100	
	S17	140	80,0	150	66,7	290	72,5	X^2=9,825*
Hayır	S26	35	31,8	75	68,2	110	100	p=,002
	S17	35	20,0	75	33,3	110	27,5	*C=147***
Toplam		175	100	225	100	400	100	

* Pearson Chi-Square ** Contingency Coefficient

Tablo 4.3.6. incelendiğinde randevu saatinde muayene olabilme durumu ile randevu ile ilgili bir sorun yaşama durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve düşük düzeyde (*C*= ,264) ilişki tespit edilmiştir. Randevu saatinde muayene olan katılımcıların %93,7'sinin, randevu saatinde muayene olamayan katılımcıların %72,4'ünün randevusu ile ilgili bir sorun yaşamadığı bulunmuştur.

Katılımcıların hastane randevu sistemlerini yeterli bulma durumu ile randevu saatinde muayene olabilme durumu arasında anlamlı (p= ,002) ve düşük düzeyde

(*C*= ,147) ilişki saptanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda randevu sistemlerini yeterli bulan katılımcıların %48,3'ü randevu saatinde muayene olabildiğini belirtirken, randevu sistemlerini yeterli bulmayan katılımcıların %68,2'si randevu saatinde muayene olamadığını belirtmiştir.

Tablo 4.3.7. Muayene Öncesi Bekleme Süresinin Diğer Değişkenler İle İlişkisi

		Muayene Öncesi Bekleme Süresi (S18)										
Değişkenler		**1-15dk**		**16-30 dk**		**31-59 dk**		**1 saat ve üzeri**		**Toplam**		
Randevunuz ile ilgili bir sorun yaşadınız mı?(S19)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S19	11	17,7	20	32,3	17	27,4	14	22,6	62	100	
	S18	11	14,9	20	25,3	17	37,0	14	53,8	62	27,6	X^2=17,208*
Hayır	S19	63	38,7	59	36,2	29	17,8	12	7,4	163	100	p=,001
	S18	63	85,1	59	74,7	29	63,0	12	46,2	163	72,4	Φ_C=,277**
Toplam		74	100	79	100	46	100	26	100	225	100	
Sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerini yeterli buluyor musunuz?(S26)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S26	59	39,3	52	34,7	27	18,0	12	8,0	150	100	
	S18	59	79,7	52	65,8	27	58,7	12	46,2	150	66,7	X^2=11,946*
Hayır	S26	15	20,0	27	36,0	19	25,3	14	18,7	75	100	p=,008
	S18	15	20,3	27	34,2	19	41,3	14	53,8	75	33,3	Φ_C=,230**
Toplam		74	100	79	100	46	100	26	100	225	100	

* Pearson Chi-Square ** Cramer's V

Tablo 4.3.7 incelendiğinde muayene öncesinde bekleyen katılımcıların bekleme süresi ile randevu ile ilgili bir sorun yaşama durumu arasında anlamlı (p= ,001) ve düşük düzeyde (Φ_C= ,277) ilişki tespit edilmiştir. Muayene olmadan önce 1 saat ve üzeri bekleyen katılımcıların %53,8'inin, 31-59 dakika bekleyen katılımcıların %37'sinin, 16-30 dakika bekleyen katılımcıların %25,3'ünün ve 1-15 dakika bekleyen katılımcıların %14,9'unun randevusu ile ilgili sorun yaşadığı görülmektedir.

Katılımcıların muayene öncesi bekleme süresi ile hastane randevu sistemlerini yeterli bulma durumu arasında anlamlı (p= ,008) ve düşük düzeyde (Φ_C= ,230) ilişki saptanmıştır. Muayene öncesi 1-15 dakika bekleyen katılımcıların %79,7'sinin 16-30 dakika bekleyen katılımcıların %65,8'inin randevu sistemlerini yeterli bulduğu, 1 saat ve üzeri bekleyen katılımcıların %53,8'inin ve 31-59 dakika bekleyen katılımcıların %41,3'ünün randevu sistemlerini yeterli bulmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.8 Randevu ile İlgili Sorun Yaşama Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi

		Randevu ile İlgili Sorun Yaşama Durumu(S19)						
Değişkenler		**Evet**		**Hayır**		**Toplam**		
Hastaneye gelmenize rağmen muayene olamadığınız bir durumla karşılaştınız mı?S(24)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S24	27	46,6	31	53,4	58	100	
	S19	27	37,0	31	9,5	58	14,5	X^2=36,420*
Hayır	S24	46	13,5	296	86,5	342	100	p=,000
	S19	46	63,0	296	90,5	342	85,5	*C=,289***
Toplam		73	100	327	100	400	100	
Sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerini yeterli buluyor musunuz? S(26)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S26	33	11,4	257	88,6	290	100	
	S19	33	45,2	257	78,6	290	72,5	X^2=33,367*
Hayır	S26	40	36,4	70	63,6	110	100	p=,000
	S19	40	54,8	70	21,4	110	27,5	*C=,277***
Toplam		73	100	327	100	400	100	
Tekrar muayene olmak isteseniz hangi randevu sistemini kullanmak istersiniz? (S28)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Bir önceki randevumdaki gibi MHRS'yi kullanırım.	S28	51	16,6	257	83,4	308	100	
	S19	51	69,9	257	78,6	308	77,0	X^2=12,656*
Bir önceki randevum-daki gibi hastane randevu sistemini kullanırım.	S28	8	14,0	49	86,0	57	100	p=,005
	S19	8	11,0	49	15,0	57	14,3	Φ_C=,178**

Tablo 4.3.8 Randevu ile İlgili Sorun Yaşama Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi (Devamı)

Değişkenler		Randevu ile İlgili Sorun Yaşama Durumu(S19)						
		Evet		Hayır		Toplam		
Tekrar muayene olmak isteseniz hangi randevu sistemini kullanmak istersiniz? (S28)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Bir önceki randevumdan farklı olarak MHRS'yi kullanırım.	S28	9	42,9	12	57,1	21	100	
	S19	9	12,3	12	3,7	21	5,3	
Bir önceki randevumdan farklı olarak hastane randevu sistemini kullanırım.	S28	5	35,7	9	64,3	14	100	
	S19	5	6,8	9	2,8	14	3,5	
Toplam		73	100	327	100	400	100	
Kullandığınız randevu sistemini yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?(S33)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S33	61	16,4	310	83,6	371	100	
	S19	61	83,6	310	94,8	371	92,8	X^2=11,211*
Hayır	S33	12	41,4	17	58,6	29	100	p=,001
	S19	12	16,4	17	5,2	29	7,3	*C=,165***
Toplam		73	100	327	100	400	100	

* Pearson Chi-Square ** Cramer's V ***Contingency Coefficient

Katılımcıların randevu ile ilgili sorun yaşama durumu ile hastane gelmelerine rağmen muayene olamama durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve düşük düzeyde (*C*= ,289) ilişki saptanmıştır. Hastaneye gelindiği halde muayene olamama durumu ile karşılaşmayan katılımcıların %86,5'inin randevu ile ilgili sorun yaşamadığı, muayene olamama durumu ile karşılaşan katılımcıların ise %46,6'sının randevu ile ilgili sorun yaşadığı saptanmıştır.

Katılımcıların randevu ile ilgili sorun yaşama durumu ile randevu sistemlerini yeterli bulma durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve düşük düzeyde (*C*= ,277) ilişki saptanmıştır. Randevu sistemlerini yeterli bulan katılımcıların %88,6'sının randevu ile ilgili sorun yaşamadığı, randevusu ile ilgili sorun yaşayan katılımcıların %54,8'inin randevu sistemlerini yeterli bulmadığı görülmüştür.

Katılımcıların randevu ile ilgili sorun yaşama durumu ile tekrar muayene olma durumunda kullanılmak istenen randevu sistem arasında anlamlı (p= ,005) ve düşük düzeyde (Φ_C= ,178) ilişki saptanmıştır. Randevu sistemi ile ilgili sorun yaşamayan katılımcıların %78,6'sının ve sorun yaşayan katılımcıların %69,9'unun bir önceki randevusundaki gibi MHRS'yi kullanacağı tespit edilmiştir.

Katılımcıların randevu ile ilgili sorun yaşama durumu ile kullanılan randevu sistemlerini tavsiye etme durumu arasında anlamlı (p= ,001) ve düşük düzeyde (*C*= ,165) ilişki saptanmıştır. Randevu ile ilgili sorun yaşayan katılımcıların %16,4'ünün kullandığı randevu sistemini yakınlarına tavsiye etmeyeceği, sorun yaşamayan katılımcıların %94,8'inin kullandığı randevu sistemini yakınlarına tavsiye edeceği tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.9. Randevu ile İlgili Sorun Yaşandığında Çözüm Sağlayacak Birimin Olma Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi

Randevu ile İlgili Sorun Yaşandığında Çözüm Sağlayacak Birimin Olma Durumu (S20)										
Değişkenler		**Evet**		**Hayır**		**Bilmiyorum**		**Toplam**		
Kullandığınız randevu sistemini yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?(S33)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S33	20	32,8	17	27,9	24	39,3	61	100	
	S20	20	95,2	17	68,0	24	88,9	61	83,6	X^2=7,050*
Hayır	S33	1	8,3	8	66,7	3	25,0	12	100	p=,029
	S20	1	4,8	8	32,0	3	11,1	12	16,4	Φ_C=,311**
Toplam		21	100	25	100	27	100	73	100	

* Pearson Chi-Square ** Cramer's V

Tablo 4.3.9. incelendiğinde randevu ile ilgili sorun yaşandığında çözüm sağlayacak birimin olma durumu ile kullanılan randevu sistemlerini tavsiye etme durumu arasında anlamlı (p= ,029) ve orta düzeyde (Φ_C= ,311) ilişki tespit edilmiştir. Randevu ile ilgili sorun yaşandığında çözüm sağlayacak birimin bulunduğunu ifade eden katılımcıların %95,2'sinin kullandığı randevu sistemini tavsiye ettiği, randevu ile ilgili sorun yaşandığında çözüm sağlayacak birimin bulunmadığını ifade eden katılımcıların %32'sinin kullandığı randevu sistemini tavsiye etmediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.10. Hastaneye Gelindiği Halde Muayene Olamama Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi

Değişkenler		Hastaneye Gelindiği Halde Muayene Olamama Durumu (S24)						
		Evet		Hayır		Toplam		
Sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerini yeterli buluyor musunuz? S(26)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S26	26	9,0	264	91,0	290	100	
	S24	26	44,8	264	77,2	290	72,5	X^2=26,055*
Hayır	S26	32	29,1	78	70,9	110	100	p=,000
	S24	32	55,2	78	22,8	110	27,5	*C=,247***
Toplam		58	100	342	100	400	100	
Tekrar muayene olmak isteseniz hangi randevu sistemini kullanmak istersiniz? (S28)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Bir önceki randevumdaki gibi MHRS kullanırım.	S28	39	12,7	269	87,3	308	100	
	S24	39	67,2	269	78,7	308	77,0	
Bir önceki randevum gibi hastane randevu sistemini kullanırım.	S28	6	10,5	51	89,5	57	100	
	S24	6	10,3	51	14,9	57	14,3	X^2=19,150*
Bir önceki randevumdan farklı olarak MHRS kullanırım.	S28	6	28,6	15	71,4	21	100	p=,005
	S24	6	10,3	15	4,4	21	5,3	Φ_C=,219**
Bir önceki randevumdan farklı olarak hastane randevu sistemini kullanırım.	S28	7	50,0	7	50,0	14	100	
	S24	7	12,1	7	2,0	14	3,5	
Toplam		58	100	342	100	400	100	

* Pearson Chi-Square ** Cramer's V *** Contingency Coefficient

Tablo 4.3.10. incelendiğinde hastaneye gelindiği halde muayene olamama durumu ile hastane randevu sistemlerinin yeterli bulunması durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve düşük düzeyde (*C*= ,247) ilişki tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda randevu sistemlerini yeterli bulan katılımcıların %91'inin hastaneye

geldiği halde muayene olamama durumu ile karşılaşmadığı, randevu sistemlerini yeterli bulmayan katılımcıların %29,1'inin hastaneye geldiği halde muayene olamama durumu ile karşılaştığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların hastaneye gelindiği halde muayene olamama durumu ile tekrar muayene olunacağında kullanılmak istediği randevu sistemi arasında anlamlı (p= ,005) ve düşük düzeyde (Φ_C= ,219) ilişki tespit edilmiştir. Hastaneye gelmesine rağmen muayene olmadığı bir durumla karşılaşmayan katılımcıların %78,7'sinin ve hastaneye gelmesine rağmen muayene olmadığı bir durumla karşılaşan katılımcıların %67,2'sinin bir önceki randevusundaki gibi MHRS'yi kullanacağı tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.11. Hastane Randevu Sistemlerinin Yeterli Bulunması Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi

		Hastane Randevu Sistemlerinin Yeterli Bulunması Durumu (S26)						
Değişkenler		**Evet**		**Hayır**		**Toplam**		
Tekrar muayene olmak isteseniz hangi randevu sistemini kullanmak istersiniz? (S28)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Bir önceki randevumdaki gibi MHRS'yi kullanırım.	S28	233	75,6	75	24,4	308	100	
	S26	233	80,3	75	68,2	308	77,0	
Bir önc. ran. gibi hastane randevu sistemini kullanırım.	S28	46	80,7	11	19,3	57	100	
	S26	46	15,9	11	10,0	57	14,3	X^2=39,971*
Bir önceki randevumdan farklı olarak MHRS kullanırım.	S28	10	47,6	11	52,4	21	100	p=,000
	S26	10	3,4	11	10,0	21	5,3	Φ_C=,316**
Bir önc. ran. farklı olarak hastane randevu sistemini kullanırım.	S28	1	7,1	13	92,9	14	100	
	S26	1	0,3	13	11,8	14	3,5	
Toplam		290	100	110	100	400	100	

Tablo 4.3.11. Hastane Randevu Sistemlerinin Yeterli Bulunması Durumunun Diğer Değişkenler İle İlişkisi (Devamı)

Değişkenler		Hastane Randevu Sistemlerinin Yeterli Bulunması Durumu (S26)						
		Evet		Hayır		Toplam		
Kullandığınız randevu sistemini yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?(S33)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S33	284	76,5	87	23,5	371	100	X^2=42,097*
	S26	284	97,9	87	79,1	371	92,8	p=,000
Hayır	S33	6	20,7	23	79,3	29	100	*C=,309***
	S26	6	2,1	23	20,9	29	7,3	
Toplam		290	100	110	100	400	100	

* Pearson Chi-Square **Cramer's V ***Contingency Coefficient

Tablo 4.3.11. incelendiğinde tekrar muayene olunacağında kullanılmak istenen randevu sistemi ile hastane randevu sistemlerinin yeterli bulunması durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve orta düzeyde (Φ_C= ,316) ilişki tespit edilmiştir. Sağlık hizmetleri sunumunda randevu sistemlerini yeterli bulan katılımcıların %80,3'ünün, randevu sistemlerini yeterli bulmayan katılımcıların ise %68,2'sinin bir önceki randevumdaki gibi MHRS'yi kullanırım dediği tespit edilmiştir.

Katılımcıların kullanılan randevu sistemini tavsiye etme durumu ile hastane randevu sistemlerinin yeterli bulunması durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve orta düzeyde (*C*= ,309) ilişki saptanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerini yeterli bulan katılımcıların %97,9'unun, yeterli bulmayan katılımcıların ise %79,1'inin kullandıkları randevu sistemini tavsiye edecekleri tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.12. Tekrar Muayene Olunacağında Kullanılmak İstenen Randevu Sisteminin Diğer Değişkenler İle İlişkisi

		Tekrar Muayene Olunacağında Kullanılmak İstenen Randevu Sistemi(S28)										
Değişkenler		**Bir önceki ran. gibi MHRS kullanırım.**		**Bir önc. ran. daki gibi hast.ran. sistemini kullanırım.**		**Bir önceki ran. farklı olarak MHRS kullanırım.**		**Bir önc. ran. farklı olarakhast. ran.sist.kullanırım.**		**Toplam**		
Kullandığınız randevu sistemini yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?(S33)		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Evet	S33	295	79,5	53	14,3	15	4,0	8	2,2	371	100	
	S28	295	95,8	53	93,0	15	71,4	8	57,1	371	92,8	X^2=44,801 *
Hayır	S33	13	44,8	4	13,8	6	20,7	6	20,7	29	100	p=,000
	S28	13	4,2	4	7,0	6	28,6	6	42,9	29	7,3	Φ_C=335**
Toplam		308	100	57	100	21	100	14	100	400	100	

* Pearson Chi-Square **Cramer's V

Tablo 4.3.12. incelendiğinde tekrar muayene olunacağında kullanılmak istenen randevu sistemi ile kullanılan randevu sistemini tavsiye etme durumu arasında anlamlı (p= ,000) ve orta düzeyde (Φ_C= ,335) ilişki tespit edilmiştir. Bir önceki randevumdaki gibi MHRS'yi kullanırım diyen katılımcıların %95,8'i, bir önceki randevumdaki gibi hastane randevu sistemini kullanırım diyen katılımcıların %93,0'ı, bir önceki randevumdan farklı olarak MHRS'yi kullanırım diyen katılımcıların %71,4'ü ve bir önceki randevumdan farklı olarak hastane randevu sistemini kullanırım diyen katılımcıların %57,1'i kullandıkları randevu sistemini yakınlarına tavsiye edeceklerini belirtmişlerdir.

4.4.Katılımcıların Kullanılan Randevu Sisteminden Memnun Kalma Düzeylerinin Diğer Değişkenlerle İlişkisi

Bu bölümde katılımcıların memnuniyet düzeylerinin bağımsız değişkenlere göre değişimi incelenecektir.

Tablo 4.4.1. Katılımcıların Memnuniyet Düzeylerinin Kullanılan Randevu Sistemlerine Göre Farklılaşma Durumu

	Memnuniyet			
Değişkenler	$\bar{x}$	**Ss**	**t**	**P**
Merkezi Hekim Randevu Sistemi	6,94	2,24	1,199	**,231**
Hastane Bünyesindeki Randevu ve Kuyruk Sistemi	6,58	2,36		
Değişkenler	$\bar{x}$	**Ss**	**t**	**P**
Hastaneye gelmeden önce randevu aldım	6,96	2,26	1,414	**,158**
Hastaneye gelmeden önce randevu almadım	6,55	2,27		
Değişkenler	$\bar{x}$	**Ss**	**t**	**P**
Randevu saatinde muayene olabiliyorum	7,06	2,28	1,513	**,131**
Randevu saatinde muayene olamıyorum	6,72	2,25		

Yapılan ANOVA testi sonucuna göre katılımcıların memnuniyet düzeylerinin, kullanılan randevu sistemi (p= ,231), hastaneye gelmeden önce randevu alma durumu (p= ,158) ve randevu saatinde muayene olabilme durumuna (p= ,131) göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. MHRS kullanan katılımcıların memnuniyet düzeyi 10 üzerinde 6,94 iken, hastane kuyruk ve randevu sistemini kullanan katılımcıların memnuniyet düzeyleri 6,58 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.4.2. Katılımcıların Memnuniyet Düzeylerinin Randevu ile Sorun Yaşama Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Memnuniyet			
Değişkenler	$\bar{x}$	**Ss**	**t**	**p**
Randevum ile ilgili sorun yaşadım	5,31	2,16	-6,943	**,000**
Randevum ile ilgili Sorun yaşamadım	7,23	2,14		

Tablo 4.4.2.'ye göre, kullanılan randevu sistemi ile ilgili sorun yaşayan ve yaşamayan katılımcıların memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması içi yapılan t testi sonucunda hem eşit dağılım (p= ,000) hem de eşit olmayan dağılım (p= ,000) açısından anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur. Buna göre randevu sistemi ile ilgili sorun yaşamayanların memnuniyet düzeyi($\bar{x}$ = 7,23), randevu sistemi ile ilgili sorun yaşayanların memnuniyet düzeyinden($\bar{x}$ = 5,31) daha yüksektir.

Tablo 4.4.3. Katılımcıların Memnuniyet Düzeylerinin Hastaneye Gelinmesine Rağmen Muayene Olamama Durumu ile Karşılaşılmasına Göre Farklılaşma Durumu

	Memnuniyet			
Değişkenler	$\bar{x}$	**Ss**	**t**	**P**
Hastaneye gelmeme rağmen muayene olamadığım bir durumla karşılaştım	5,07	2,34	-6,947	**,000**
Hastaneye gelmeme rağmen muayene olamadığım bir durumla karşılaşmadım	7,18	2,11		

Tablo 4.4.3'e göre, hastaneye gelinmesine rağmen muayene olunamayan bir durumla karşılaşan ve karşılaşmayan katılımcıların memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması için yapılan t testi sonucunda hem eşit dağılım (p= ,000) hem de eşit olmayan dağılım (p= ,000) açısından anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Buna göre hastaneye gelinmesine rağmen muayene olunamayan bir durumla karşılaşmayan katılımcıların memnuniyet düzeyi($\bar{x}$ = 7,18), hastaneye gelinmesine rağmen

muayene olunamayan bir durumla karşılaşan katılımcıların memnuniyet düzeyinden ($\bar{x}$ = 5,07) daha yüksektir.

Tablo 4.4.4. Katılımcıların Memnuniyet Düzeylerinin Randevu Sistemlerini Yeterli Bulma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Memnuniyet			
Değişkenler	$\bar{x}$	**Ss**	**t**	**p**
Sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerini yeterli buluyorum	7,70	1,70	14,670	**,000**
Sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerini yeterli bulmuyorum	4,70	2,12		

Tablo 4.4.4'e göre, sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerinin yeterli bulan ve bulamayan katılımcıların memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması içi yapılan t testi sonucunda hem eşit dağılım (p= ,000) hem de eşit olmayan dağılım (p= ,000) açısından anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır. Buna göre hastane randevu sistemlerinin yeterli bulan katılımcıların memnuniyet düzeyi($\bar{x}$ = 7,70), hastane randevu sistemlerinin yeterli bulmayan katılımcıların memnuniyet düzeyinden($\bar{x}$ = 5,31) daha yüksektir.

Tablo 4.4.5. Katılımcıların Memnuniyet Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Memnuniyet						
Aylık Gelir	$\bar{x}$	**Ss**	**Min.**	**Max.**	**F**	**p**	**Post-Hoc**
1400 TL ve altı (a)	6,39	2,27	1	10	3,007	**,030**	b>a, c,d
1401-2000 TL (b)	7,25	2,37	1	10			
2001-3000 TL (c)	6,89	2,11	3	10			
3000 TL ve üzeri(d)	7,02	2,17	1	10			

Tablo 4.4.5.'e bakıldığında, gelir durumu ile memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p= ,030). Farkın hangi

gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan post-hoc analizi sonucunda, aylık gelir durumu 1401-2000 TL arasında olan katılımcıların memnuniyet düzeyleri 10 üzerinden 7,25 ile diğer grupta yer alanlara göre anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. En az memnuniyetin 6,39 ile gelir durumu en düşük grupta olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların kullandıkları randevu sistemlerindeki memnuniyet düzeyleri ile katılımcıların sosyo-demografik(yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek, gelir, durumu ve ikamet durumu) özellikleri ile arasında fark olup olmadığını incelenmiş ve yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek ve ikamet durumu ile memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

5.TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışma sağlık hizmeti alan vatandaşların sağlık hizmeti sunumda kullanılan kuyruk sistemleri ile MHRS'yi nasıl değerlendirdikleri, randevu sistemleri hakkında ne kadar bilgi sahibi oldukları, memnuniyet düzeyleri ve randevu sistemlerinin sağlık hizmetlerine erişimde hastalara ne oranda fayda sağladığını tespit etmek amacıyla yapılmıştır ve örneklemi %49,8 'i kadın, %50,2'si erkek olmak üzere 400 kişi oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan kişilerin tamamına yakını (%98) hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilmektedir. MHRS ile hastane kuyruk ve randevu sistemlerini ne oranda tercih edildiği incelendiğinde, katılımcıların %82,2'ünün MHRS'yi, %17,8'inin ise hastane randevu ve kuyruk sistemlerini tercih ettiği saptanmıştır. Bu oran Yıldızbaşı ve ark. (2016) tarafından Ankara ilinde yapılan bir araştırmada katılımcılara ''Şimdiye kadar hiç MHRS'den randevu aldınız mı?'' şeklinde sorulmuş, 2014 yılında %83,33'ü evet derken, 2015 yılında %74,04'ü, 2016 yılında %80'i evet cevabı vermiştir. Pekgör ve ark. (2017) tarafından Konya ilinde yapılmış olan çalışmada ise tüm hastaların %49,9'unun MHRS'den, %47,4'ünün kiosklardan sıra aldığı bulunmuştur.

Araştırmaya göre katılımcıların çoğunun (%72,5) sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu ve kuyruk sistemlerinin yeterli buldukları tespit edilmiştir. Memnuniyet durumu incelendiğinde ortalama memnuniyet düzeyleri 10 üzerinden 6,87 olarak bulunmuştur. Acar (2005) tarafından, Sağlık Bakanlığı Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesinin randevuyla çalışan polikliniklerinde muayene olmak için telefonla randevu alan hastalar üzerinde yapılan çalışmada hastaların yaklaşık %65'i randevu sistemlerini çok iyi, iyi ve orta şeklinde değerlendirdikleri saptanmıştır. Karahan ve Gürpınar (2008)'ın hastane kuyruk sistemlerini kullanan katılımcılar üzerinde yapmış olduğu çalışmada en yüksek memnuniyet oranı %89,62 olarak bulunmuştur. Şahin (2013)'in çalışmasına göre MHRS kullanan hastalarda memnuniyet oranı %87,2 olarak tespit edilmiştir. Bostan ve Aydoğan (2016) çalışmasında kuyruk sisteminde en yüksek memnuniyeti %60, hastane randevu sisteminde en yüksek memnuniyeti %84 olarak tespit etmiştir. Kaya ve ark. (2017) tarafından Konya ilinde bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yapılan çalışmada hastaların randevu ile ilgili memnuniyet oranı %66 olarak bulunmuştur. Pekgör ve ark. (2017)'nın yapmış olduğu çalışmada MHRS

memnuniyet oranı %89,4 bulunmuştur. Yapılan araştırmalara bakıldığında memnuniyet oranlarının birbirine yakın olduğu görülmüş ve genel olarak hasta memnuniyeti olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların memnuniyet düzeylerinin, kullandıkları randevu sistemlerine göre farklılaşmadığı, MHRS ve hastane bünyesindeki randevu ve kuyruk sistemini kullanan katılımcılar arasında istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı farkın olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar incelendiğinde yalnızca MHRS veya yalnızca hastane kuyruk ve randevu sisteminden memnun olunduğunu belirtmenin doğru olmayacağı düşünülmektedir.Kişiler tercihlerine ve sağlık hizmeti sunumu beklentilerine göre değerlendirdikleri randevu sistemlerinin genel olarak iyi olduğunu düşünmektedir. Dahiliye, göz, cildiye gibi bazı branşlarda MHRS'den zor randevu alınması, aynı gün içinde randevu alabilme imkanı sağlayan hastane randevu ve kuyruk sisteminin, tercih edilebilirliğini artıran etken olabilir. Buna karşın bir sonraki randevularında yine bir önceki randevu sistemini kullanacağını belirten katılımcıların bazıları mecbur kaldıklarını düşünerek kullandıklarını belirtmişlerdir. En yüksek memnuniyete ulaşabilmek adına azınlıkta kalan memnuniyetsizlikleri tespit edip bu sorunların çözümü için çalışmalar yapılabilir.

Araştırma sonucuna göre katılımcıların yarısından fazlası (%56,2) randevu saatinde muayene olamamasına rağmen, memnuniyet düzeyleri randevu saatinde muayene olabilme durumuna göre farklılaşmamaktadır. Buna göre memnuniyet üzerinde etkili olan faktörün bekleme süresi değil, bekleme algısı olabileceği sonucu çıkarılabilmektedir. Tez çalışmasında katılımcıların %32,9'unun 1-15 dakika beklediği, Pekgör ve ark. (2017) çalışmasında katılımcıların %46,5'nin yine 1-15 dakika beklediği görülmüştür. Öztürk (2014)'ün Konya ilinde yapmış olduğu çalışmasında poliklinik hizmeti alan hastalar, poliklinik hizmeti alabilmek için ne kadar beklediniz sorusuna; %37,3'ü 10-15 dakika cevabı vermiştir. Şahin (2013) tarafından yapılan çalışmada MHRS aracılığı ile başvuranların ortalama 22.2 ± 20.5 dakika beklerken, randevusuz başvuran hastaların ortalama 42.1±30.1 dakika beklediği tespit edilmiştir. Baltacı ve ark.(2011)'nın çalışmasında katılımcılar bekleme odasında harcanan zamanı "iyi"(%40,4) olarak değerlendirmiştir. Gürpınar ve Karahan (2009) ise ortalama bekleme süresini en çok 30,07 dakika olarak bulmuştur. Buradan hareketle, hastaların belli bir bekleme süresinin memnuniyetleri

üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olmadığı, bekleme süresi arttıkça bu bir sorun haline gelmeye başladığı yorumu yapılabilir. Koç (2017), müşterilerin beklemeler ile ilgili değerlendirmelerinde beklenen süreden çok beklenen sürenin algılanmasının etkili olduğundan bahsetmektedir. Sağlık hizmetlerinde olduğu gibi endişeli ve kaygılı beklemeler, beklemenin daha uzunmuş gibi hissedilmesine ortam hazırlamaktadır. Hasta ve hasta yakınlarına bilgi verilerek, açıklama yapılarak ve hasta ve hasta yakınlarının rahatlatılarak daha uzun süre beklenilmiş algısı yok edilebilmektedir. Adil olmayan beklemeler, adil beklemelere göre daha uzun olarak hissedilmektedir. Hizmet sunumunda sıraya göre hizmet verilmesi, sırayı bozmak isteyenlere gerekli açıklamaların yapılması ile yine bekleme algısı yönetilebilmektedir. Fiziksel olarak rahatsız beklemeler, rahat beklemelere göre daha uzun süreli olarak algılanmaktadır. Bununla ilgili, bekleme salonlarının daha konforlu hale getirilmesi çözüm sağlayabilmektedir. Belirgin olmayan beklemeler, sonu belli beklemelere oranla daha uzun olarak hissedilmektedir. Kişilere, ne bekledikleri, niye bekledikleri (gecikme varsa gecikme kaynağı) ve ne kadar bekleyecekleri konusunda iyi bir iletişimle açıklanması, kişilerin daha sakin bir şekilde beklemelerini sağlayacaktır. ABD'de acil ünitelerinin önünde ortalama bekleme süreleri ışıklı tabela ile insanlara duyurulmaktadır (Koç, 2017).

Tez çalışmasında memnuniyet düzeyleri randevu ile ilgili bir sorun yaşama durumu incelendiğinde, sorun yaşayan katılımcıların memnuniyet düzeylerinin ($\bar{x}$ = 5,31) sorun yaşamayan katılımcıların memnuniyet düzeylerine ($\bar{x}$ = 7,23), göre daha düşük olduğu görülmüştür. Randevu saatinde muayene olamayan katılımcıların %28,9'unun randevusu ile ilgili sorun yaşadığı, bir saat ve üzeri bekleyen katılımcıların yarısından fazlası randevusu ile ilgili sorun yaşamış olduğu ve randevu sistemlerini yetersiz bulduğu tespit edilmiştir. Yine tez çalışmasında randevu almadan sağlık kuruluşuna başvuran hastaların, bir saat ve üzeri bekleme süresi %23,5 iken, randevu alarak gelen hastaların bir saat ve üzeri bekleme süresi %8 olarak bulunmuştur. Bekleme süresini azaltmak için MHRS randevusu alınması yönünde teşvikler yapılabilir. Randevu saatinde muayene olamama sebeplerinden biri, her hasta için 10 dk muayene süresinin tanınması olabilir. Fakat hastanın işleminin bazen kısa bazen uzun sürüyor olması ayrıca kuyruk sistemi ile gelen hastaların da birikmelere sebep olması gecikmelere zemin oluşturmaktadır. Muayenesi bitmemiş hastalardan kaynaklanan beklemeleri azaltmak için,

uygulamaya elverişli kliniklerde bireysel randevu sistemlerinden "orantılı programlama" kullanılabilir. Randevusu ile ilgili sorun yaşayan hastaların %37'si hastaneye gelmesine rağmen muayene olamadığını belirtmiştir. Hastaneye gelmesine rağmen muayene olamayan katılımcıların yaklaşık %40'ı muayene olamama sebebinin hekimin hastanede bulunmamasından kaynaklandığını ifade etmiştir. Hekimin hastanede bulunmaması, hekimlerin geçici görevlendirmelerle ilçe hastanelerde hizmet vermesi, hekimlerin raporlu olma durumlarından doğan olumsuzluklar, ortaya çıkabilecek iletişim eksiklikleri, kurumların kendi kuyruk ve randevu sistemleri dışında bu tarz durumları MHRS koordinatörlerine geç bildirmesi veya bildirmemesi gibi nedenlere bağlı olabilmektedir. Bu gibi oluşabilecek durumların önlenmesi açısından geçici görevlendirme programının hiçbir kesimi mağdur etmeyecek şekilde düzenlenmesi, hekimlerin diğer sebeplere bağlı olarak çalışmama durumları zamanında ve eksiksiz olarak ilgili yerlere bildirilmesi gerekmektedir. Katılımcılar Alo 182 çağrı merkezine bağlanamama, randevu zamanının geç verilmesi, işlemlerin yavaş yapılması gibi sorunlarla karşılaştıklarını ve bu durumlardan memnun kalmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %34,2'si randevu ile ilgili sorun yaşadıklarında bulundukları sağlık kurumunda çözüm sağlayacak birimin olmadığını, %37'sinin ise böyle bir birimi bilmediklerini belirtmiştir. Bu oranlar yüksek olmakla birlikte bu durumun çözümü için MHRS birimlerinin ve hasta hakları birimlerinin ulaşılabilir şekilde konumlandırılması, hastane krokilerinde gösterilmesi ve hastalar açısından farkındalık oluşturulması gerekmektedir.

Araştırma sonucuna göre memnuniyet düzeyleri gelir durumuna göre farklılaşmaktadır. En az memnuniyetin 10 üzerinden 6,39 ile gelir durumu en düşük grupta olduğu bulunmuştur. Ramachandran (2013), müşterilerin gelir durumlarına göre bekleme sürelerinin değiştiğini düşündüklerini ve bu nedenle bekleme sürelerinin hizmet sunucular tarafından eşit hale getirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bekleme süresinin uzunluğu ile memnuniyet arasındaki ters ilişki bu sonucu desteklemektedir.

Tez çalışmasında katılımcıların %78,3' ünün Konya il merkezinde ikamet ettiği bulunmuştur. Pekgör ve ark. (2017) tarafından yine Konya ilinde yapılan çalışmada da ikamet %72,2 ile il merkezi olarak saptamıştır. Yine araştırma sonucuna göre hastane binasına ulaşım şekli incelendiğinde katılımcıların yarısı

(%50) özel araçla, bir kısmı (%29,8) toplu ulaşım (1 vasıta) ile hastane binasına eriştiği gözlenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun il merkezinde yaşıyor olması, hastane binasına yürüyerek, özel araçla veya bir vasıta ile ulaşabiliyor olması ulaşım kolaylığını artırmaktadır. Tüfekçi ve Asığbulmuş (2016) tarafından yapılan " Hasta memnuniyeti ve hastane tercihinde etkili olan faktörler: Isparta ili örneği." adlı çalışmada hasta memnuniyeti ve tercihinde etkili olan faktörler arasında ulaşım kolaylığı üçüncü öneme sahip olarak tespit edilmiştir. Böylece ulaşım kolaylığı bir başka deyişle fiziksel erişilebilirliğin önemi vurgulanmıştır. Sağlık hizmetlerine fiziksel erişilebilirlik dolaylı olarak memnuniyet düzeyini de artırmaktadır. Yine katılımcıların %37,8'inin aynı gün içinde, %34'ünün 1-3 gün içinde randevu veya sıra alabiliyor olması, bulunulan ilde sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin yüksek olduğunu düşündürebilmektedir.

Katılımcıların randevu sistemini öğrenme araçlarına ilişkin bulguları incelendiğinde, %44'ünün bir yakınından, %24,8'inin sosyal medyadan, %14,5 hastane çalışanlarından, %14'ünün kurumsal tanıtım ile ve %2,7'sinin diğer yöntemlerle randevu sistemlerini öğrendiği tespit edilmiştir. Şahin (2013) çalışmasında hastaların MHRS'yi nasıl öğrendiklerini araştırmış ve %28,5 arkadaşlardan, %23,5 TV ve basından, %15,5 hastaneye gelerek, %10 sağlık personelinden, % 22,5 diğer yollar olarak tespit etmiştir. Randevu sistemlerini öğrenme aracı ile eğitim durumu arasında ilişki incelediğinde ise eğitim durumu üniversite olanların yaklaşık yarısı, lisansüstü olanların ise yarısından fazlası (%65,5) randevu sistemlerini sosyal medya ve kurumsal tanıtım yolu ile öğrendikleri saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça bu araçların kullanılabilirliğinin de artması eğitim düzeyinin farkındalığı artırması ile ilgili olabilir.

Katılımcılara randevunuzu kim alıyor sorusu yöneltildiğinde büyük bir oranda kendisi ve bir yakını (%79'u kendisi, %19'u bir yakını) aracılığıyla, küçük bir oranda ise eczane aracılığı ve diğer araçlarla aldığını belirtmiştir. Randevusunu bir yakını aracılığıyla ile ve eczane aracılıyla alanların yarısının 45 yaş ve üzeri yaşta olduğu tespit edilmiştir. Acar (2005)'ın çalışmasında randevuların %57,94'ünün kendisi tarafından, %42,06'sının başkası tarafından alındığı, başkası tarafından alınan randevuların da %45,77'sinin optik veya eczaneden, %37,59'unun aile bireyi veya akraba %16,54'ünün arkadaş tarafından alındığı tespit edilmiştir. Pekgör ve ark. (2017)'nın çalışmasında katılımcıların %69'u kendisi, %26,8'i yakını, %1,2'si

hastane çalışanı, %2'si hastaneden çalışan tanıdığı biri, %1'i de yardım istediği biri aracığı ile randevu aldığını tespit edilmiştir. Genel olarak bakıldığında katılımcılar randevularını yüksek oranda kendileri almaktadır. Bu açıdan randevu alma işlemlerinin kolaylıkla yapılabildiği, anlaşılır olduğu yorumu yapılabilir.

MHRS'yi kullanan katılımcıların %52,6'sının Alo 182 çağrı merkezini, %35,6'sının MHRS internet sitesini ve %11,8'inin MHRS mobil uygulamasını tercih ettiği tespit edilmiştir. Yıldızbaşı ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada MHRS randevu alma yöntemleri araştırılmış 2014 yılında katılımcıların %58,33'ünün Alo 182, %41,67'sinin web, 2015 yılında %68,04'ünün Alo 182, %31,96'sının web, 2016 yılında ise %77,45'inin Alo 182, %22,55'inin web tercih ettiği saptanmıştır. Kurşun ve Kaygısız (2018) çalışmasında katılımcıların %53,01'inin Alo 182 ile, %29,71'inin MHRS web ile, %16,66'sının MHRS mobil ile ve %0,6'sının hastaneye gelerek MHRS'ye eriştikleri bulunmuştur. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün yayınlamış olduğu MHRS 2017 Hizmet Raporuna göre MHRS randevu alma kanallarının yıllara göre dağılımı aşağıdaki tabloda belirtilen oranlarda dağılım göstermektedir.

Tablo 5.1. MHRS 2017 Hizmet Raporu Randevu Alma Kanallarının Yıllara Göre Dağılımı

	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Alo 182'den Alınan Randevu Oranı	59,48%	61,39%	65,18%	64,82%	63,93%
Mhrs Web'den Alınan Randevu Oranı	36,28%	29,33%	22,99%	11,09%	10,05%
Mhrs Mobil'den Alınan Randevu Oranı	2,14%	6,40%	8,60%	20,24%	20,92%
Diğer Kanallarından Alınan Randevu Oranı	2,09%	2,88%	3,23%	4,26%	5,10%

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı 2017 MHRS Hizmet Raporu, 2017

Tablo 5.1. incelediğinde, tüm yıllar içerisinde en fazla tercih edilen randevu kanalının ortalama % 62,96 oranında Alo 182 çağrı merkezi (telefonla randevu) olduğu, MHRS web'den alınan randevu oranının 2013 yılında en yüksek oranda olup giderek bu oranın düştüğü ve 2013, 2014 ve 2015 yıllarında randevu kanalları arasında ikinci sırada yer alırken 2016 ve 2017 yıllarında bu sıranın üçüncü sıraya

yükseldiği görülmektedir. MHRS mobilden alınan randevu oranları 2013 yılına nazaran 2014 ve 2015 yıllarında daha fazla orana sahiphen, 2016 ve 2017 yıllarında ani bir artış görülmektedir. Diğer kanallardan alınan randevu oranları ise tüm yıllarda en az orana sahip randevu kanalı olarak belirtilmektedir. 2016 ve 2017 yıllarında MHRS web'den alınan randevu oranının azalması ve buna ters oranla aynı yıllar içerisinde MHRS mobilden alınan randevu oranlarının artmasını sebebi, mobil uygulamada daha az işlem yapılarak randevu alınmasının sağlanması, akıllı telefonlara indirilerek kullanılan uygulama arayüzünün daha basit olması yani işlemi daha kısa sürede gerçekleştirebilmeye olanak sağlaması olabilir. Tez çalışmasında, yapılmış diğer çalışmalarda ve MHRS hizmet raporunda en çok tercih edilen MHRS randevu alma kanalı Alo 182 olarak bulunmuştur. İkinci sırada MHRS web sitesi yer alırken, MHRS hizmet raposunda bu üçüncü sırada yer almaktadır. Bunun sebebi olarak MHRS hizmet raporunun Türkiye genelini kapsaması, diğer çalışmaların ise sınırlı bir örneklemde yapılmış olması düşünülmektedir.

İnternet kullanım sıklığı sonuçlarına bakıldığında katılımcıların %53'ünün her gün 1-8 saat arası, %21,8'inin ise günde 8 saatten fazla internet kullandığı tespit edilmiştir. İnternet kullanma sıklığı ile katılımcıların yaş durumu incelendiğinde internet kullanmayan katılımcıların %65,7'sinin 45 ve üzeri yaşta olduğu bulunmuştur. Katılımcıların internet kullanım sıklığı ile MHRS randevu alma yöntemleri arasındaki ilişki incelendiğinde MHRS web sitesini kullananların büyük bir kısmı (%70,9) ile MHRS mobil uygulamasını kullananların yarısından fazlası (%56,4) günde 1-8 saat arası internet kullanmaktadır. MHRS web sitesi ve mobil uygulaması interneti aktif olarak kullanan katılımcılar tarafından tercih edilmektedir.

Katılımcıların bir sonraki tercih edecekleri randevu sistemleri hakkındaki düşünceleri incelendiğinde, hastaneye gelmeden önce randevu almayan katılımcıların yarısı hastane randevu ve kuyruk sistemlerini tercih ettiği gözlenmiş ve bir sonraki randevularınada yine aynı sistemi tercih edeceklerini belirtmiştir. Randevu alan katılımcıların ise büyük bir kısmı MHRS'yi tercih etmiş ve bir sonraki randevularınada da yine aynı sistemi tercih edeceklerini belirtmiştir. Randevu sistemlerini yeterli bulma durumuna bakıldığında, her iki randevu sistemini tercih eden katılımcılardan yeterli bulanlar ile yeterli bulmayanlar arasında az fark olduğu, MHRS ile hastane randevu ve kuyruk sistemi karşılaştırıldığında MHRS'nin tercih edilebilirliğinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yıldızbaşı ve ark. (2016)'nın

“Tekrar muayene olsanız MHRS kullanır mısınız?” sorusuna da katılımcılar %73,3 evet cevabı vermiştir. Pekgör ve ark. (2017) katılımcıların bir sonraki randevuda hangi sistemi tercih edeceğini araştırmış ve %70,9 MHRS’nin tercih edileceği sonucuna ulaşmıştır. Buna göre bir sonraki randevu da MHRS’nin tercih edilebilirliğinin daha yüksek bir oranda olduğu görülmektedir. Tez çalışmasında MHRS kullanan hastalara MHRS’de en çok memnun kaldıkları durum sorulduğunda %34,7 oranla MHRS’nin gereksiz beklemeleri azalttığı, %24 oranla hekim seçme özgürlüğünü artırdığı ifade edilmiştir. MHRS’nin tercih edilmeme sebepleri araştırıldığında ise katılımcıların %29,6’sı MHRS’yi bilmediğini, %38’i ise hastane randevu ve kuyruk sistemlerini daha kullanışlı bulduğunu ifade etmiştir. Veri toplama sürecinde hastaların MHRS’nin bir yöntemi olan Alo 182 uygulamasını bildikleri fakat bunun MHRS kapsamında olduğunu bilmedikleri Alo 182 ile MHRS’yi farklı değerlendirdikleri gözlenmiştir. Bu algının yok edilmesi için muayene olan hastalara randevu alma kanalları ile birkaç soruluk anketler uygulanabilir. Ayrıca çalışma sonucunda katılımcılara kullandıkları randevu sistemini tavsiye edip etmeyecekleri sorulduğunda sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerini yeterli bulan katılımcıların tamamına yakını, yeterli bulmayan katılımcıların ise büyük bir kısmı kullandıkları randevu sistemini tavsiye edeceklerini belirtmişlerdir.

Araştırma sonuçları haricinde MHRS 2017 hizmet raporu incelendiğinde Konya ili için kapasite açma oranı %70,15, alınan randevuların açılan randevu kapasitesine oranı yani randevu doluluk oranı %57,76 olarak görülmektedir. Yaklaşık %15 lik bir dilimin atıl kaldığı görülmektedir. Randevu muayene oranı (Gerçekleşen Randevu Sayısı/ MHRS’ye Esas Muayene Sayısı) %33,11 olarak belirtilmiştir. Tez çalışmasına göre katılımcıların kullandıkları randevu sistemleri içerisinde MHRS oranının %82,2 olarak tespit edilmesi katılımcıların en az bir kez MHRS kullanmış olmasından kaynaklı olabilir.

Genel olarak bakıldığında, hastaların büyük oranda hastane kuyruk ve randevu sistemlerinden memnun olduğu saptanmıştır. Her iki sistemin birbirini tamamlayıcı rolünün olması hastaların sağlık hizmetlerine erişimini dolaylı olarak sağlık hakkının sağlanmasını olanaklı kıldığı gözlenmiştir.

Karşılaşılan birtakım sorunların çözümü için hastalar sağlık kurumlarındaki MHRS birimlerine, halkla ilişkiler birimlerine yönlendirilmeli, bu birimlere başvurma konusunda farkındalık oluşturulmalı ve küçük detayların memnuniyeti düşürmemesi açısından gerekli özen gösterilmelidir.

En yüksek memnuniyet için, memnuniyeti etkileyen faktörlerden olan muayene öncesi bekleme süreleri ve randevu alma süreleri özellikle araştırılmalı ve bu konularda iyileştirme yapılmalıdır.

Beklemeler ile ilgili olarak, bekleme algısına yönelik çalışmalar yapılmalı, bekleme salonlarında televizyon, gazete, dergi bulundurulmalıdır. Televizyon, gazete, dergi aracılığı ile tele-tıp, e-nabız, MHRS ile ilgili detaylı ve öğretici bilgiler sunulabilir. Çocuk hastalıkları polikliniklerinde bekleme salonları farklı bir konsept ile hazırlanarak hasta ebeveynleri için bekleme daha kolay ve rahat hale getirilmesi tavsiye edilmektedir.

ABD'de acil serviste kullanılmakta olan ışıklı tabela uygulamasının Türkiye'de de kullanılarak, hastalara ortalama bekleme süresi hakkında bilgi verilmesi, daha rahat bir bekleme ortamı sunarak yaşanabilecek olumsuzluklarını önüne geçilmesi önerilmektedir.

Bekleme süresini en aza indirmek için hastane kuyruk sistemi yerine MHRS tercih edilebilir. Yaşanan memnuniyetsizlikleri önlemek adına küçük hasta memnuniyeti anketleri ile sorunların tespit edilmesi sağlanabilir.

Konya ili için MHRS hizmet rapor sonuçları da göz önünde bulundurulduğunda %70,15 olan kapasite açma oranının %57,76'sının dolması ile ortaya çıkan %15'lik atıl dilimin kuyruk sistemi için kullanılması, iptal olan randevuların sebeplerinin ayrıntılı olarak araştırılıp bu yönde geliştirme yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aaker DA, Kumar V, Day GS, Marketing Research, 9. Edition, John Wiley & Sons, Danvers, 2007.

Aday LA, Andersen R, A framework for the study of access to medical care. Health Services Research, 1974; 9.3: 208.

Akçay O. Hastaneler için etkileşimli elektronik bilgi ekranı (kiosk). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Medikal İnformatik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.2009 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Oğuz Dicle, Yrd.Tez Danışmanı: Prof. Dr. Tatyana Yakhno).

Altuntaş M. Türk anayasalarında insan hakları, T.C.Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığı Uzmanlık Tezi, 2002.Ankara

Arslan F. Hastaneye muayene için gelen hastaların bekleme süreleri ile ilgili kuyruk modelleri ve analitik bir uygulama. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Kahveci).

Asher J, Hamm D, Sheather J, Right to health: a toolkit for health professionals. 2007.

Avrupa Birliği İle İlişkiler Genel Müdürlüğü, Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı. 2001.

Aydın E, Atatürk'ün Sağlık Kavram ve Anlayışı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 1995; 48.01.

Aydın E, Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi, Naturel Yayınları. 2002, Ankara.

Aydın Y. Stokastik süreç olarak kuyruk sistemleri teorisi. Haliç Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009(Tez Danışmanı: Prof.Dr.Sami Ercan).

Baıley NTj, A study of queues and appointment systems in hospital out-patient departments, with special reference to waiting-times. Journal Of The Royal Statistical Society. Series B (Methodological), 1952; 185-199.

Baltacı D, Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi; Pilot Çalışma." Konuralp Tıp Dergisi 2011; 9-15.

Berk ML, Schur CL, Measuring access to care: ımproving ınformation for policymakers: even the most thoughtful persons find ıt difficult to disentangle the research on access. Health Affairs, 1998; 17.1: 180-186.

Bilgili E, Ecevit E, Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye bağlı problemler ve çözüm önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2008; 11(2).

Bostan S, Yıldırım A, Comparısıon between the queuıng system and appoıntment system ın hospıtals. 2016; 26-30.

Brown DE, William TS, Intelligent scheduling systems. Boston/Dordrecht/London. Kluwer Academic Publishers, 1995

Çağlar S, Engellilerin erişebilirlik hakkı ve türkiye'de erişebilirlikleri. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2012; 61(2), 541-598.

Çevık O, Yazgan AE, Hizmet üreten bir sistemin bekleme hattı (kuyruk) modeli ile etkinliğinin ölçülmesi. 2008.

De Man S, et al, The waiting experience and consumer perception of service quality in outpatient clinics. Ghent University, Faculty of Economics and Business Administration, 2004.

Donnelly J. Teoride ve Uygulamada Evrensel İnsan Hakları. Yetkin Yayınları. 1995.Ankara

Erçetin Güneş ED, kuyruk sistemlerinde belirsizlik ve bilgi akışının müşteri tutum ve davranışlarına etkisi, 112K461 No'lu TÜBİTAK Projesi, 2015, İstanbul.

Erdin H, Sonsuz geliş kaynaklı ve tek kanallı bekleme hattı sistemlerindeki iki modelin ilişkisi. Anadolu Üniversitesi, 1992.

Ertan İM. Ulusalüstü insan hakları hukukunda sağlık hakkı ve etkinleştirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2012 (Tez danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Semih Gemalmaz).

Evans TA, Human right tohealth?, Third World Quarterly, Vol. 23, No. 2, Global Healthand Governance:HIV / AIDS, April 2002; 197-215

Funda MN. İnsan haklar, sağlık hakkı ve hasta hakları. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin).

Gamgam H, Altunkaynak B, Parametrik olmayan yöntemler: SPSS uygulamalı. Gazi Kitapevi, 2008.

Güray A, Ulusam S, Ağaçişleri sektöründeki tek kanallı kuyruk sisteminde simülasyon analizi uygulaması. Pamukkale Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi, 2001; 7.1: 117-124.

Halaç O, Kantitatif Karar Verme Teknikleri:(Yöneylem Araştırmasına Giriş). Alfa Basım Yayım Dağıtım, 1995.

Halaç O, Kantitatif Karar Verme Teknikleri (Yöneylem Araştırması) Alfa Basım Yayım Dağıtım. 2001.

http://www.hasta.saglik.gov.tr/TR,4776/insan-haklari-ve-biyotip-sozlesmesi.html (26Ağustos 2017)

http://www.saglik.gov.tr/TR,10384/tarihi24041930--sayisi1593--rg-tarihi06051930--rg-sayisi1489--umumi-hifzissihha-kanunu.html (31 Ağustos 2017)

http://www.tkhk.gov.tr/2777_mhrsnin-tarihcesi (12 ağustos 2018)

https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/bali.htm (26 Ağustos 2017)

https://www.hastanerandevu.gov.tr (12 ağustos 2018)

https://www.mhrs.gov.tr (12 ağustos 2018)

https://www.sikayetvar.com/saglik-bakanligi/mhrs/randevu-sistemi (6 Nisan 2017).

https://www.tbmm.gov.tr (12 ağustos 2018)

https://www.tbmm.gov.tr (07 Eylül 2018)

Hunt P, The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 2006, 100.7: 603-607.

Isken MW, Ward TJ, Mckee TC, simulating outpatient obstetrical clinics. In: Proceedings Of The 31st Conference On Winter Simulation: Simulation---A Bridge To The Future-Volume 2. Acm, 1999. P. 1557-1563.

İslamoğlu AH. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Beta Basım. 2009. İzmit.

Kaboğlu İÖ., Özgürlükler Hukuku. Genişletilmiş 4. Baskı Afa Yayınları. 1998.İstanbul.

Kağan G. İstanbul ili anadolu yakasında merkezi hastane randevu sisteminin hasta memnuniyeti açısından değerlendirilmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014(Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Zelka).

Kalabalık H, İnsan Hakları Hukuku.2004. İstanbul.

Kapani M. Kamu Hürriyetleri, 7. Baskı. Yetkin Yayıncılık.1993.Ankara.

Karahan A, Gürpınar K., Hastanelerde kuyruk ve randevu sisteminin etkinliği üzerine bir araştırma: afyon devlet hastanesi örneği. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2009, 9.17: 155-172.

Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. (Scientific Research Methods). Nobel Yayınları. 2003, Ankara.

Kaya SD, Maimaiti N, Gorkemli H, Assessing patient satisfaction with obstetrics and gynaecology clinics/outpatient department in university hospital konya, turkey. International Journal of Research İn Medical Sciences, 5(9), 3794-3797.2017

Khalaf R, On some queueing systems with server vacations, extended vacations, breakdowns, delayed repairs and stand-Bys. Phd Thesis. Brunel University, School Of Information Systems, Computing And Mathematics. 2012.

Kınney Eleanor D, The ınternational human right to health: what does this mean for our nation and world. Ind. L. Rev., 2001; 34: 1457.

Koç Erdoğan, Hizmet Pazarlaması ve Yönetimi: Global Ve Yerel Yaklaşım. İstanbul: Seçkin Yayıncılık, 2016.

Kosteckı M, Waiting lines as a marketing ıssue. European Management Journal, 1996, 14.3: 295-303.

Köksal M, kuyruk teorisi (= bekleme hattı kuramı) (stokastik kuyruk modellerinin analitik yoldan incelenmesi). İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 1980, 9.1: 157-179.

Kurşun A, Kaygısız EG, Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) uygulamalarına yönelik memnuniyet ve erişilebilirlik düzeyinin belirlenmesi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018

Kurt Ö, Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim sorunlu mudur? aile hekimleri bu sorunu çözebilir mi?. kentsel bölgede sağlık örgütlenmesi: çok sektörlü yaklaşım aile hekimliği ülkemiz için uygun bir model midir, 2007, 69-78.

Lındley DV, The Theory of queues with a single server. ın: mathematical proceedings of the cambridge philosophical society. Cambridge University Press, 1952. P. 277-289.

Malhotra NK., Marketing Research an Applied Orientation, 4. Edition, Pearson Prentice Hall, New Jersey. 2004

Manav SC. Ötenazi ve yaşama hakkı. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hukuk Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016(Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ebru Karaman).

MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge Ek 2

MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

Özbay Ö, Çapraz tablo analizi nasil yapilir?: Pratik Bir Açiklama. HÜTAD, 2009; 9.

Özçetin S, Balaban M, Sağlık Hukuku. Seçkin Yayıncılık. 2015.Ankara.

Öztürk A, Yöneylem Araştırması, Ekin Kitapevi, Genişletilmiş 6. Baskı, 1997.

Öztürk YE, Sağlıkta algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenlerinin incelenmesi. Gümüşhane University Journal Of Health Sciences: 1079.

Pekgör S, Eryılmaz MA, Solak İ, Pekgör A, Yaka H, Kaya İFK., ... & Koç, M., evaluation of factors affecting the use of the central physician appointment system. Southern Clinics of Istanbul Eurasia, 2017; 28(3),

Roque A, Rodríguez RM, The right to health care for transsexual people in cuba. Medıcc Review, 2012, 14: 35-38.

Rowley J, Slack F, Information kiosks: a taxonomy. Journal Of Documentation, 2007; 63.6: 879-897.

Russell DJ, Et Al. Helping policy-makers address rural health access problems. Australian Journal Of Rural Health, 2013; 21.2: 61-71.

Sarıtiken MA,İnternet tabanlı hastane randevu sistemi, yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, 2002, Ankara.

Shannon RE, Simulation: A survey with research suggestions. Aıie Transactions, 1975, 7.3: 289-301.

Sorıano A, Comparison of two scheduling systems. Operations Research, 1966, 14.3: 388-397.

Ssenyonjo M, Economic, social and cultural rights in international law. Bloomsbury Publishing, 2009.

Su S, Shıh C, Managing a mixed-registration-type appointment system in outpatient clinics. International Journal of Medical Informatics, 2003, 70.1: 31-40.

Sztrik J, Finite-source queueing systems and their applications. Formal Methods in Computing, 1, 7-10. 2001

Şahin A, Ulusalüstü insan hakları hukukunda ekonomik sosyal ve kültürel hakların niteliği bağlamında sağlık hakkının kapsamı üzerine bir inceleme, AUHFD, 59 (4) 2010: 711-766

Şahin Ş. Merkezi hastane randevu sistemi uygulamasının etkinlik, farkındalığının, hasta bekleme süresine ve memnuniyetine etkisinin ağız ve diş sağlığı merkezinde değerlendirilmesi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Oğuz Özyaral).

T.C. Resmi Gazete, 01 Ağustos 1998, Sayı: 23420

T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, MHRS Hizmet Raporu, 2017.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, MHRS Koordinatörlüğü MHRS Sunumu (10.12.2012)

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, MHRS Koordinatörlüğü MHRS Sunumu (09-10 Mayıs 2013), 2013b

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu(2003-2011), 2012a

T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bilgi Sistemleri Dergisi, Temmuz 2013a

Taha HA,Yöneylem Araştırması, Çev. Baray, ŞA ve Esnaf Ş., Literatür Yayınları, 43, 905. 2000

Taylor S, Waiting For Service: The Relationship Between Delays And Evaluations Of Service. The Journal Of Marketing. 1994; 56-69.

Tekin M, Sayısal Yöntemler (Yenilenmiş 7. Baskı). Günay Ofset. 2010 Konya

Temiz Ö, Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 69, No. 1, 2014; 165 – 188

Temiz Ö. Türk Hukukunda Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku (İdare Hukuku) Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2013 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Cüneyt Ozansoy).

Tengilimoğlu D, Akbolat M, Işık O, Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Akademik Yayıncılık(7.basım). 2015.Ankara

Toebes B, Towards an improved understanding of the international human right to health. Human Rights Quarterly, 1999, 21.3: 661-679.

Tüfekci N, Asığbulmuş H, Hasta memnuniyeti ve hastane tercihinde etkili olan faktörler: Isparta İli Örneği. Journal Of Current Researches On Health Sector 6.2 2016; 71-92.

Türkmen Öztürk H, Hekim-Hasta İlişkisinde Haklar ve Sorumluluklar. Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni. 2014; 5.1.

Tütek HH, Gümüşoğlu Ş, Sayısal Yöntemler Yönetsel Yaklaşım (Yenilenmiş 4.Bası), Beta Yayıncılık, 2005.

Uludağ A. Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler.Tablet Yayıncılık. 2010. Konya

Uyar L, birleşmiş milletler'de insan hakları yorumları-insan hakları komitesi ve ekonomik, sosyal ve kültürel haklar komitesi, 1981-2006. Baskı, 2006.İstanbul..

Üzeltürk Tahmazoğlu S. Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı. Legal Yayıncılık. 2012.İstanbul.

Veatch R M, Biyoetiğin Temelleri, Mega Basım(1.Baskı) .(Çev. Dr.TolgaGüven) .2010

Whitehead M, Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. TTB Yay. 1992 Ankara .

World Health Organization. 25 [Twenty five] questions and answers on health and human rights. 2002.

World Health Organization. Constitution of the world health organization.

Yelkenci S. Tunalı S, Eşanjör Üretim hattında simülasyon kullanılarak darboğaz istasyonların belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2011; 25.

Yıldızbaşı E, Öztaş D, Sanisoğlu Y, Fırat H, Yalçın N, Şeker E.D, ... & Akçay M, bir eğitim ve araştırma hastanesinde merkezi hekim randevu sistemini kullanan hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi. Ankara Medical Journal. 2016; 16(3), 293-302.

Yılmaz A. Kuyruk similasyonu modellerinin eleştirisel gözde geçirilmesi ve bir banka şubesine uygulanması. Marmara Üniveristesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekonometri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008 (Tez Danışmanı:Yrd.Doç.Dr. Fatma Urfalıoğlu).

Zikmund WG, Business Research Methods, 5. Edition, The Dryden Press, Orlando, 1997

EKLER

Ek-A Anket Formu

Değerli Katılımcı,

Bu anket çalışması Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan "Hastane Randevu Sistemlerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı çalışma Yrd. Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ sorumluluğunda Şeyma PARLAK'a Yüksek Lisans Tezi olarak verilmiştir. Anket formu tez çalışmasına veri desteği sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu çalışma, hastanelerin kendi bünyelerinde kullandıkları randevu sistemleri ile merkezi hekim randevu sisteminin(MHRS), sağlık hizmetlerine erişim hakkının sağlanmasında fark oluşturup oluşturmadığı incelenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilecek tüm bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve toplanan bilgiler gizli tutulacaktır. Bilimsel bir çalışmaya katkıda bulunmak maksadıyla, kıymetli zamanınızı ayırdığınız için teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fak. Öğretim Üyesi

Tezi Hazırlayan
Şeyma PARLAK
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enst. Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans Öğr.

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz:
( ) Kadın ( ) Erkek

3. Medeni Durumunuz:
( ) Evli ( ) Bekâr

4.Eğitim Durumunuz:
( )Okur-yazar değil ( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite ( )Lisansüstü

5.Sağlık Güvenceniz:
( )Sosyal Güvencesi Yok ( )SGK(Emekli Sandığı, SSK, Bağkur) ( )GSS(Genel Sağlık Sigortası)
( ) Özel Sağlık Sigortası ( )Diğer(Belirtiniz)……

6.Mesleğiniz:
( )Öğrenci ( )İşsiz ( )İşçi ( ) Memur ( )Serbest Meslek ( )Ev Hanımı
( )Emekli ( )Diğer(Belirtiniz)……..……..

7.Aylık Ortalama Gelir Durumunuz:
( )1400 TL ve altı ( )1401-2000 ( )2001-3000 ( )3000 TL üzeri

8.Aşağıdakilerin hangisinde ikamet ediyorsunuz?

( )İl merkezi ( )İlçe merkezi ( )Köy(Mahalle) ( )Diğer(Belirtiniz)……

9. Hastane binasına nasıl ulaştınız?

( )Yürüyerek ( )Özel Araçla ( )Toplu Ulaşımla(1 vasıta) ( )Toplu Ulaşımla(2 vasıta)

(Toplu Ulaşımla(3 ve daha çok vasıta)

10.İnterneti hangi sıklıkla kullanıyorsunuz?

( )Her gün 1-8 saat arası ( )Her gün 8 saatten fazla ( )Haftada birkaç defa ( )Nadiren(sadece gerektiğinde) ( )Kullanmıyorum

11.Hangi randevu sistemini kullandınız?
( )Merkezi Hekim Randevu Sistemi(MHRS) ( )Hastane Bünyesindeki Kuyruk ve Randevu Sistemi
( )Diğer(Belirtiniz).....

12.Hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini biliyor musunuz? ( )Evet ( )Hayır

13.Randevu sistemlerini nasıl öğrendiniz?
( )Bir yakınımdan ( ) Hastane çalışanlarından ( )Sosyal medyadan ( )Kurumsal tanıtım ile(Broşür, afiş vs.) ( )Diğer(Belirtiniz).....

14.Randevunuzu kim alıyor?
( ) Kendiniz ( )Bir yakınınız(aile üyesi, arkadaş vs.) ( )Eczane ( ) Diğer(Belirtiniz).....

15.Randevunuzu kaç gün içinde alabiliyorsunuz?
( ) Aynı gün içerisinde ( )1-3 gün ( )4-7 gün ( )8-14 gün ( ) 15 ve üzeri

16.Hastaneye gelmeden önce randevu aldınız mı? ( )Evet ( )Hayır

17.Randevu saatinizde muayene olabiliyor musunuz? ( )Evet ( ) Hayır

(17.soruya cevabınız hayır ise yanıtlayınız.)
18.Muayene olmak için ne kadar süre bekliyorsunuz?
( )1-15 dk ( )16-30 dk ( )31-59 dk ( ) 1 saat ve üzeri

19.Randevunuz ile ilgili bir sorun yaşadınız mı? ( )Evet ( ) Hayır

(19.soruya cevabınız evet ise yanıtlayınız.)
20. Muayene olduğunuz hastanede randevunuzla ilgili sorun yaşadığınızda çözüm sağlayacak ilgili birim var mı?
( )Evet ( ) Hayır ( )Bilmiyorum

21.Hangi birimde muayene oldunuz?
( )1-Çocuk Hastalıkları Kliniği
( )2-Dermatoloji Kliniği
( )3-Göğüs Hastalıkları
( )4-İç Hastalıkları Kliniği
( )5-Kardiyoloji Kliniği
( )6-Nöroloji Kliniği
( )7-Psikiyatri Kliniği

( )8-Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
( )9-Çocuk Cerrahisi Kliniği
( )10-Genel Cerrahi Kliniği
( )11-Göğüs Cerrahisi Kliniği
( )12-Göz Hastalıkları Kliniği
( )13-Kalp Damar Cerrahisi Kliniği
( )14-Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği
( )15-Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
( )16-Üroloji Kliniği
( )17-Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
( )18-Diğer……(Belirtiniz)

22.Randevu aldığınız halde hastaneye gelmediğiniz oldu mu? ( )Evet ( ) Hayır

23.Evet ise neden hastaneye gelmediniz?
( ) Randevum olduğunu unuttum.
( ) Randevu uzak bir tarihe verildiği için daha farklı yöntemlere yöneldim.
( ) Randevumun hekim kaynaklı iptal edildiği bildirildi.
( )Diğer(Belirtiniz)……

24.Hastaneye gelmenize rağmen muayene olamadığınız bir durumla karşılaştınız mı?
( )Evet ( ) Hayır

25.Evet ise neden muayene olamadınız?
( )Muayene için hastaneye geldiğimde hekim hastanede yoktu.
( )Aynı randevu saati birden çok hastaya verilmişti.
( )Randevu aldıktan sonra hastane sisteminden kaynaklı teknik bir sorundan dolayı muayene olamadım.
( )Randevu saatim dışında geldiğim için randevum iptal edildi.
( )Diğer(Belirtiniz)……

26.Sağlık hizmeti sunumunda hastane randevu sistemlerini yeterli buluyor musunuz?
( )Evet ( ) Hayır

27.Kullandığınız randevu sisteminden memnun kaldınız mı?(1-10 arasında seçim yapınız)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	**10**

Hiç memnun değilim — Çok memnunum

28.Tekrar muayene olmak isteseniz hangi randevu sistemini kullanmak istersiniz?
( ) Bir önceki randevumdaki gibi MHRS'yi kullanırım.
( ) Bir önceki randevumdaki gibi hastane randevu sistemini kullanırım.
( ) Bir önceki randevumdan farklı olarak MHRS'yi kullanırım.
( ) Bir önceki randevumdan farklı olarak hastane randevu sistemini kullanırım.

(MHRS'yi **kullanmayanlar** tarafından cevaplanacaktır.)
29.MHRS'yi neden tercih etmediniz?
( )MHRS'yi bilmiyorum.
( )MHRS'den telefon ile randevu alamadım.
( )MHRS online randevu yöntemlerini kullanamıyorum.
( )Hastane randevu sistemini MHRS'den daha kullanışlı buluyorum.
( )Diğer(Belirtiniz)……

30.MHRS randevusu alırken en çok tercih ettiğiniz yöntem hangisidir?
( )Alo 182 çağrı merkezi ( ) MHRS internet sitesi ( )MHRS mobil uygulaması
( )Diğer(Belirtiniz)……..

31.MHRS'de aşağıdaki durumlardan **en çok** hangisinden memnun kalmadınız?
( ) Alo 182 müşteri temsilcisi ile iletişim kurarken zorlanıyorum(kaba, ilgisiz vs.).
( ) İnternetten randevu alırken sorun yaşıyorum.
( ) MHRS' de istediğim branşlardan randevu alamıyorum.
( ) Alo 182 randevu hattının ücretli olmasını uygun bulmuyorum.
( ) MHRS' de istediğim veya tedavimi sürdüren hekime randevu alamıyorum.
( ) Diğer(Belirtiniz)……

32.MHRS'de aşağıdaki durumlardan **en çok** hangisinden memnun kaldınız?
( )MHRS'de mobil uygulamanın bulunması ekstra bir kolaylık sağlıyor.
( )MHRS hekim seçme özgürlüğümü artırıyor.
( )MHRS gereksiz beklemeleri azaltıyor.
( ) Eşit ve adaletli bir sağlık hizmeti sunumu sağlıyor.
( ) Diğer(Belirtiniz)……

33.Kullandığınız randevu sistemini yakınlarınıza tavsiye eder misiniz? ( )Evet ( ) Hayır

Ek-B Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:52	**Toplantı Tarihi: 16.06.2017**

Karar Sayısı:2017/957:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ' ın **"Hastane Randevu Sistemlerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi"** başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 08.06.2017 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Şeyma PARLAK' ın yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ' ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.
Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.
Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ
Yardımcı Araştırmacı: Şeyma PARLAK

ASLI GİBİDİR.
16.06.2017
Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek-C Konya Valiliği Kurum İzni

TEBLİĞ VE TEBELLÜĞ TUTANAĞI

Konya İli Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Şeyma PARLAK, Valilik Makamından havaleli 10.01.2018 tarihli dilekçe ile müracaatta bulunarak, "Hastane Randevu Sistemlerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi" ile ilgili olarak yürütmekte oldukları yüksek lisans tez konusu araştırma kapsamında, 22.01.2018-23.04.2018 tarihleri arasında, Konya il merkezinde (Selçuklu, Meram, Karatay) anket çalışması talebinde bulunmuştur ve söz konusu anket çalışmasının yapılmasında herhangi bir sakıncanın bulunmadığına Valilik Makamının 16.01.2018 gün ve 2018/352 sayıları ile olur verilmiştir.

22.01.2018-23.04.2018 tarihleri arasında yapılacağı bildirilen Anket çalışmalarının, 5429 sayılı Türkiye İstatistik Kanunu'nun 6.13.14 ve 53. maddelerinde belirtilen çerçevede "İstatistikî Sonuçlar içeren araştırmalar" yapılabildiği belirtildiğinden, bahse konu anket çalışmasının, uygulanan metotlar ve araştırmada kullanılan yazılı malzemenin içerik olarak bir suç içermemesi gerektiği, anket çalışmasının gündüz saatlerinde yapılması, halkın rahatsız edilmemesi, gönüllülük ilkesi esas alınarak zorlayıcı davranılmaması, anket çalışmasının kamu güvenliği ve düzenini bozmaması gerektiği, belirtilen kanun ve hükümlere riayet edilmemesi halinde haklarında gerekli yasal işlemlerin yapılacağı hususları tebliğ edilmiş olup;

Bu tebliğ ve tebellüğ tutanağı tarafımızdan tanzimle birlikte imza altına alınmıştır. 19.07.2018

TEBLİĞ EDEN	HAZURUN	TEBELLÜĞ EDEN
Talat AŞKIN Polis Memuru	Öznur ÇALLI Polis Memuru	Şeyma PARLAK Anket Sorumlusu

Akabe Mah. Adanaçevre yolu No:108 Karatay/KONYA
e-mail: güvenlik @konya.pol.tr

Bilgi İçin İrtibat : Pol.Me. Talat AŞKIN
Telf: 0 332 321 73 44 Faks : 0 332 321 63 55

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı	Şeyma PARLAK	**İmza**	
Doğum Yeri:	Samsun		
Doğum Tarihi:	05.03.1993		
Medeni Durumu:	Bekar		

Öğrenim Durumu

Derece	Okul Adı	Bölüm	Mezuniyet Tarihi
İlköğretim	Alparslan İÖO		2004
Ortaokul	Alparslan O.O.		2007
Lise	Ali Fuat Başgil Anadolu Lisesi		2011
Lisans	Selçuk Üniversitesi	Sağlık Yönetimi	2015
Yüksek Lisans			
Becerileri			
İlgi Alanları			
İş Deneyimi			
Aldığı Ödüller			
Hakkımda bilgi			
Tel.	05457909155		
Adres	Musalla Bağları Mah. Mahşer Sok. Baytaş Sitesi No:1/2 Selçuklu/Konya		
E-mail	seyma.parlak@outlook.com		