

**T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**


**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÖNETİM VE ORGANİZASYON PROGRAMI**

**ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA
BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIMININ
ÇALIŞAN MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

Ahmet DAĞ

**Danışman
Doç. Dr. Tuncer ÖZDİL**

MANİSA-2018

	T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu	FRYL-031
	YÜKSEK LİSANS EĞİTİMİ FORMLARI	Yayınlanma Tarihi	26/03/2018
		Revizyon No/Tarih	2/23/03/2018
		Sayfa	1/1
Tez Savunma Sınavı Tutanağı			

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 21/11/2018 tarih ve 42/15 sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin 9. Maddesi gereğince Enstitümüz İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ahmet DAĞ'ın "Üzel Sağlık Kurumlarından Bilgi Teknolojileri Kullanımının Çalışan Memnuniyetine Etkisi" konulu tezi incelenmiş ve aday 30/11/2018 tarihinde saat 10:00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra90 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından jüri üyelerine sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI olduğuna OY BİRLİĞİ
DÜZELTME yapılmasına * OY ÇOKLUĞU
RED edilmesine ** ile karar verilmiştir.

BAŞKAN

ÜYE

Doç. Dr. Tunçer ÖZAL

ÜYE

Prof. Dr. Cengiz TILMAK

Dr. Öğr. Üy. Nildem TEZİSAL

ÜYE

ÜYE

Evet

Hayır

Tez, burs, ödül veya Teşvik programına (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir.

Tez, mutlaka basılmalıdır.

Tez, mevcut haliyle basılmalıdır.

Tez, gözden geçirildikten sonra basılmalıdır.

Tez, basımı gereksizdir.

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir. İkinci tez savunma sınavında da başarısız olan öğrencinin Enstitü ile ilişkisi kesilir.

** Bu halde adayın Enstitü ile ilişkisi kesilir.

Hazırlayan
Enstitü Sekreteri

Onaylayan
Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Özel Sağlık Kurumlarında Bilgi Teknolojileri Kullanımının Çalışan Memnuniyetine Etkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2018

Ahmet DAĞ

İmza

ÖZET

ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIMININ ÇALIŞAN MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

Bu çalışma Özel Sağlık kurumlarında çalışan personelin; Temel Bilgi ve Sağlık Bilgi Teknolojilerini kullanmalarının çalışan memnuniyetine etkisini tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışma Üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık sektörü hakkında genel bilgiler verilmektedir. İkinci Bölümde temel bilgi teknolojileri ve sağlık alanında kullanılan bilgi teknolojileri ele alınmıştır. Üçüncü bölümde ise bu teknolojilerin kullanımının sağlık çalışanlarının memnuniyetine etkisi incelenmiştir.

Çalışmaya İzmir ve Manisa da bulunan dört özel hastane dahil edilmiştir. Veri toplama için anket tekniği seçilmiştir. 409 personele Sağlık bilgi teknolojileri kullanım anketi uygulanmıştır. Verilerin incelenmesinde; bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi ve ki kare analizi kullanılmıştır.

Özel sağlık kurumlarına sağlık hizmeti almak üzere başvuran hastaların bilgilerinin girilmesi, hastalığın teşhis edilmesi, bir takım analizlerin yapılması, tedavi uygulaması vb. işlemlerin bilgisayar ortamında izlenmesi daha sonraki müracaatlar için de önem taşımaktadır. Hasta ile ilgili gerekli bilgilerin hastanedeki çeşitli birimlerde çalışan idari ve sağlık personeline kısa zamanda ve gruplandırılmış olarak sunulması gerekir. Bu ise hastane bilgi yönetim sistemleri ile sağlanabilmektedir. Özel sağlık kurumlarında bilgi teknolojilerinin kullanımı; hastanedeki iş süreçlerinin bilgisayar ortamında izlenerek işlemlerin etkin ve verimli bir şekilde gerçekleştirilmesine katkı sağlamaktadır. Özel sağlık çalışanlarının bilgi teknolojilerinin kullanımından yüksek düzeyde memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelime: Bilgi Teknolojileri, Sağlık Bilgi Teknolojileri, Çalışan Memnuniyeti

ABSTRACT
THE IMPACT OF THE USE OF INFORMATION TECHNOLOGIES
ON EMPLOYEE SATISFACTION
IN PRIVATE HEALTHCARE INSTITUTIONS

The purpose of this study is to determine the impact of the use of the Basic and healthcare information technologies by personel working in private healthcare institutions on employee satisfaction.

The study consists of three sections. The first section covers the healthcare sector in general. The second section takes on the basic and healthcare information technologies employed in healthcare. The third section investigates the impact of the use of these information technologies on healthcare employees.

This study includes private hospitals located in İzmir and Manisa. Survey technique is employed to collect data. Healthcare Information Use Questionnaire is applied to 409 employees. While evaluating the data; T-test, one-way analysis of variance and chi-square analys is were used in independent groups.

According to the findings of the study, the computerized monitoring of processes such as treatments, diagnosis of the illnesses and the entry of the information of the patients who come in to get healthcare service bears importance for the subsequent applications. The required information related to patients should be presented to the administrative and healtcare personnel in short time and in a classified manner. This can be achieved using healthcare information technologies. The use of information technologies in private healtcare institutions contributes to the efficient and effective running of the processes by computerized monitoring of the business processes in hospitals. The result of the study indicates that the private healthcare employees are highly satisfied with the use of information technologies.

Keywords: Information Technologies, Health Information Technologies, Employee Satisfaction

ÖNSÖZ

Çalışmamın her aşamasında bana destek olan, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren danışman hocam Sayın Doç. Dr. Tuncer ÖZDİL'e, bilgi ve tecrübesi ile lisansüstü öğrenim hayatımın tüm zorlu aşamalarında maddi manevi her yönden yardımcı olan, tecrübeleri ile beni aydınlatan ve desteğini hiç eksik etmeyen, kendisini tanımaktan büyük onur duyduğum sevgili hocam Sayın Prof. Dr. Cengiz YILMAZ'a, yüksek lisans eğitimim sırasında desteğini, tezin gözden geçirilmesi ve basıma hazırlanması aşamasında yardımlarını esirgemeyen Sayın Dr. Öğretim üyesi Nihat DURAK'a, anket verilerinin SPSS programına girişini sağlayan oğlum Salih Fatih DAĞ'a, çalışmalarım sırasında manevi desteğini her zaman hissettiğim değerli arkadaşım Öğr. Gör. Levent PAYZIN'a, öğrenim hayatım boyunca beni maddi ve manevi olarak destekleyen ve hep yanımda olan aileme yürekten teşekkür ederim.

Ahmet DAĞ
Manisa, 2018

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
YEMİN METNİ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
TABLolar LİSTESİ	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GENEL ÖZELLİKLERİ

1.1.Sağlık Kavramı	2
1.2. Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler.....	3
1.3. Sağlık Hizmetleri.....	3
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
1.4.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
1.4.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	6
1.4.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	6
1.4.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	7
1.4.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	8
1.4.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	8
1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	8
1.4.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon.....	9
1.4.3.2. Sosyal Rehabilitasyon.....	9
1.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	9
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	9
1.6. Sağlık Sektörü.....	10
1.6.1. Ülkemizde Sağlık Hizmeti Üreten Kurum ve Kuruluşlar	12
1.6.1.1. Sağlık Bakanlığı.....	13
1.6.1.2. Belediyeler	13
1.6.1.3. İl Özel İdareleri	13
1.6.1.4. Üniversiteler.....	13
1.6.1.5. Diğer Bakanlıklar ve Kamu Kuruluşları	13

1.6.1.6. Vakıf, Dernek ve Hayır Kurumları	14
1.6.1.7. Azınlıklara ve Yabancılara Ait Sağlık Kuruluşları.....	14
1.6.1.8. Türk Tabipler Birliği	14
1.6.1.9. Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği	14
1.6.1.10. Türkiye Sağlık İşletmeleri Derneği.....	14
1.6.1.11. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası	14
1.6.1.12. Sağlık Endüstrisi İşverenler Sendikası	14
1.6.1.13. Sosyal Güvenlik Kurumu	15
1.6.1.14. Tüm Tıbbi Cihaz Üretici ve Tedarikçi Dernekleri Federasyonu	15
1.6.1.15. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği.....	15
1.6.1.16. Sağlık Gereçleri ve Üreticileri Derneği	15
1.6.2. Özel Sağlık Kuruluşları	15
1.6.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	17
1.6.3.1. Emekli Sandığı (ES)	19
1.6.3.2. SSK.....	19
1.6.3.3. Bağ-Kur.....	19
1.6.3.4. Sosyal Güvenlik Kurumu	19
1.6.3.5. Yeşil Kart.....	20
1.6.3.6. 224 Sayılı Sosyalizasyon Kanunu	20
1.6.3.7. Özel Sağlık Sigorta Şirketleri.....	20
1.6.3.8. Kişisel Ödemeler	20
1.6.3.9. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı	20
1.6.3.10. Vakıf ve Dernekler.....	20
1.6.4. Sağlık Sektörünün Özellikleri.....	20
1.6.5. Sağlık Sektörünün Tarihsel Gelişimi	22
1.6.5.1. 1920-1938 Dönemi	22
1.6.5.2. 1939-1960 Dönemi	24
1.6.5.3. 1961-1980 Dönemi	25
1.6.5.4. 1981 ve Sonrası	28
1.6.5.5. 2000'li Yıllar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı	30
1.6.5.6. Türkiye'de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları.....	32
1.6.5.6.1. 2003 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları.....	32
1.6.5.6.2. 2004 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları.....	33
1.6.5.6.3. 2005 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları.....	33

1.6.5.6.4. 2006 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları.....	33
1.6.5.6.5. 2007 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları.....	34
1.6.5.6.6. 2008 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları.....	34
1.6.5.6.7. 2009 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları.....	35
1.6.5.6.8. 2010 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları.....	35
1.6.5.6.9. 2011-2014 Yıllarında Gerçekleşen Sağlık Reformları	36
1.6.5.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasının Karşılaştırılması	37
1.6.6. Ülkemizde e-sağlık Uygulaması.....	38

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA BİLGİ TEKNOLOJİLERİ

2.1. Bilgi ve Bilgiyle İlgili Temel Kavramlar.....	40
2.1.1. Verinin Tanımı	41
2.1.2. Enformasyonun Tanımı	41
2.1.3. Bilginin Tanımı.....	41
2.2. Bilgi Toplumu ve Önemi	42
2.3. Verilerden Bilgi Türetilmesi.....	43
2.4. Bilginin Özellikleri.....	45
2.5. Bilgilerin Saklanması	45
2.6. Bilgi Teknolojileri.....	46
2.6.1. Bilgi Sistemlerinin Temel Öğeleri	47
2.6.2. Bilgi Sistemlerinin Sınıflandırılması	48
2.6.2.1. Yönetim Seviyelerine Göre Bilgi Sistemleri	49
2.6.2.2. Fonksiyonel Alanlara Göre Bilgi Sistemleri.....	49
2.6.2.3. Yönetime Destek Sağlama Biçimlerine Göre Bilgi Sistemleri	51
2.7. Sağlık Bilgi Sistemleri.....	52
2.7.1. Ülkemizdeki Sağlık Bilgi Sistemlerinin Tarihsel Gelişimi	52
2.7.2. Klinik Bilgi Sistemleri ve Bileşenleri.....	54
2.7.2.1. Elektronik Sağlık ve Hasta Kayıt Sistemleri	54
2.7.2.2. Klinik Karar Destek Sistemleri	55
2.7.2.3. Hemşire Bilgi Sistemleri	55
2.7.2.4. Tıbbi Görüntü Yönetim ve Depolama Sistemleri	55
2.7.2.5. Hasta Takip Sistemleri.....	56
2.7.2.6. Klinik İletişim Sistemleri	56
2.7.2.7. Tele-Tıp	56

2.7.2.8. Vaka Bilgi Sistemleri	57
2.7.2.9. Sanal Gerçeklik Uygulamaları.....	57
2.7.2.10. Akıllı Kart Uygulamaları.....	57
2.7.2.11. Hastane Bilgi Sistemi.....	58
2.7.2.12. Standartlar	58
2.7.2.13. Klinik Kılavuzlar ve Bakım Haritaları.....	58
2.7.3. Teşhis ve Tedavi Sistemleri	59
2.7.4. Sağlıkla İlgili Diğer Alanlarda Bilgi Sistemlerinin Uygulanması.....	60
2.7.4.1. Sağlık Sektöründe İnternet Uygulamaları	60
2.7.4.2. Afetlerde Bilgi Sistemleri Kullanımı.....	61
2.7.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Bilgi Sistemlerinin Kullanımı.....	62
2.7.4.4. Tıbbi Çağrı Merkezi Uygulamaları	62
2.7.4.5. Diş Hekimliği Alanında Bilgi Sistemleri Kullanımı	62
2.7.4.6. Engellilerin Hayata Katılımında Bilgi Sistemleri.....	63
2.7.4.7. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Sistemleri Kullanımı.....	63
2.7.4.8. Acil Servis ve Ambulans Hizmetlerinde Bilgi Sistemleri Kullanımı	64
2.8. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Sağlık Hizmetleri Sunumu Üzerine Etkileri	64
2.8.1. Geliştirilmiş Hastalık Yönetimi	65
2.8.2. İlaçların Yan Etkilerinin Azaltılması	65
2.8.3. Yatılan Gün Süresinde ve Yatan Hasta Maliyetlerinde Azalma	65
2.8.4. Gelişmiş İş Akışı İle Zaman Tasarrufu	66
2.8.5. Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Memnuniyetindeki Artış.....	66
2.9. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Kullanımında Karşılaşılan Sorunlar	66
2.10. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Üreten Kurumlarda Bilgi Sistemi Uygulamaları	67
2.10.1. Sağlık Bakanlığı Uygulamaları	67
2.10.2. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Harcamalarını Denetim Projesi	68
2.10.3. Sosyal Güvenlik Kurumu On-Line Uygulamaları.....	68

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA

BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIMININ

ÇALIŞAN MEMNUNİYETİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı.....	70
3.2. Araştırmanın Yöntemi	70
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	70
3.2.2. Veri Toplama Aracı.....	71

3.2.3.Verilerin Analizi	71
3.3. Araştırma Bulguları	73
3.3.1. Katılımcıların Genel Özellikleri, Temel Bilgi Teknolojileri konusunda yeterlilikleri..	73
3.3.2. Katılımcıların Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)Modülleriyle İlgili Yeterlilik Düzeyleri	78
3.3.3. Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Ölçeği İçin Geçerlilik Testi.....	80
3.3.4 Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşım Ölçeği İçin Geçerlilik Testi.....	83
3.3.5 Madde Bazında Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Karşılaştırması	86
3.3.6.Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Cinsiyete Göre Değişimi.....	88
3.3.7. Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Göreve Göre Değişimi.....	89
3.3.8.Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Yaş Gruplarına Göre Değişimi.....	95
3.3.9 Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Eğitim Gördüğü Alana Göre Değişimi.....	96
3.3.10 Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşım Arasındaki Korelasyon.....	101
3.4.Demografik Özelliklere Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyleri	102
3.4.1.Hastanedeki Göreve Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi.....	103
3.4.2. Eğitim Durumuna Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi	104
3.4.3.Eğitim Gördüğü Alana Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi	105
3.4.4.Yaşa Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi	106
3.4.5. Çalışılan Birime Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi.....	107
3.4.6.Cinsiyete Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi.....	107
3.4.7.Medeni Hale Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi.....	108
3.4.8.Çalışma Şekline Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi	109
3.4.9.Çalışma Süresine Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi	110
SONUÇ.....	111
KAYNAKÇA	113
EK: BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIM ANKETİ	120

KISALTMALAR LİSTESİ

AÇS	Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü
AİFD	Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği
BAĞ-KUR	Esnaf, Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BUT	Bütçe Uygulama Tebliği
ÇKYS	Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HBS	Hemşire Bilgi Sistemi
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
IT	Information Technology
İEİS	İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
KBS	Klinik Bilişim Sistemleri
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KİS	Klinik İletişim Sistemleri
KKDS	Klinik Karar Destek Sistemleri
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
MEDULA	Medikal Ulak Fatura Takip Sistemi
OHSAD	Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği
SADER	Sağlık Gereçleri ve Üreticileri Derneği
SB	Sağlık Bakanlığı
SBS	Sağlık Bilişim Sistemleri
SEİS	Sağlık Endüstrisi İşverenler Sendikası
SES	Sağlık Enformasyon Sistemi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği

TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TUSİDER	Türkiye Sağlık İşletmeleri Derneği
USBS	Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi
vb.	Ve benzeri
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
yy.	Yüzyıl



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Fonksiyonlarına göre Türk Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurumlar.....	11
Tablo 2: Verilerden Bilgi Türetilmesi.....	44
Tablo 3: Bilgi Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	48
Tablo 4: Bilgi Sistemlerinin Fonksiyonel Alanlara Göre Sınıflandırılması.....	50
Tablo 5: Yönetime Karar Desteği Sağlama Biçimlerine Göre Sınıflandırma.....	51
Tablo 6: Araştırmanın Yapıldığı Özel Hastanelerle İlgili Bilgiler.....	71
Tablo 7: Normallik Testi Sonuçları.....	72
Tablo 8: Katılımcıların Genel Özellikleri.....	74
Tablo 9.1: Türkiye’de Uzman Sağlık Personelinin Unvanlara Göre Dağılımı, 2015.....	76
Tablo 9.2: Türkiye’de Özel Sağlık Çalışanları ile Örneklem olarak Seçilen Sağlık çalışanlarının Unvanlara Göre Dağılımı.....	76
Tablo 10: Özel Sağlık Çalışanlarının Temel Bilgi Teknolojileri Konusundaki Yeterliliklerine Göre Dağılımları.....	77
Tablo 11: Özel Sağlık Çalışanlarının HBYS ile İlgili Yeterlilikleri.....	78
Tablo 12: Sağlık Çalışanlarının, Özel Sağlık Kurumunda Kullanılan Bilgi Teknolojilerinden Genel Memnuniyet Derecelerine Göre Dağılımları.....	80
Tablo 13: KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları.....	80
Tablo 14: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Ölçeği T. Açıklanan Varyans ...	81
Tablo 15.1: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Ölçeği Faktör Yükleri Faktör 1: Süreç	82
Tablo 15.2: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Ölçeği Faktör Yükleri Faktör 2: Kurumsal İmaj.....	82
Tablo 16: KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları.....	83
Tablo 17: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşma Derecesi Ölçeği	
Toplam Açıklanan Varyans.....	84

Tablo 18.1: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşma Derecesi Ölçeği Faktör Yükleri Faktör 1: Erişim	85
Tablo 18.2: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşma Derecesi Ölçeği Faktör Yükleri Faktör 2: Değişim	85
Tablo 19: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları ve Amaçlara Ulaşma t Testi.....	87
Tablo 20: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Cinsiyet Ortalamaları ile Bu ortalamalar Arasındaki Farkın t Testi Sonuçları.....	89
Tablo 21: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Göreve Göre Değişimi Tablosu.....	90
Tablo 21.1: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Geneli (Hastanedeki Göreve Göre)	91
Tablo 21.2: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Faktör 1 (Süreç) (Hastanedeki Göreve Göre)	92
Tablo 21.3: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Faktör 2 (Kurumsal İmaj) (Hastanedeki Göreve Göre)	93
Tablo 21.4: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşma Derecesi Geneli (Hastanedeki Göreve Göre)	94
Tablo 21.5: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşma Derecesi Faktör 1 (Erişim) (Hastanedeki Göreve Göre)	95
Tablo 22: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Yaş Gruplarına Göre Değişimi Tablosu	96
Tablo 23: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Eğitim Gördüğü Alana Göre Değişimi Tablosu	97
Tablo 23.1: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Geneli (Eğitim Gördüğü Alana Göre)	98
Tablo 23.2: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Faktör 1 (Süreç) (Eğitim Gördüğü Alana Göre)	99
Tablo 23.3: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Faktör 2 (Kurumsal İmaj) (Eğitim Gördüğü Alana Göre)	100
Tablo 24: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Arasındaki Korelasyon Tablosu	101
Tablo 25: Hastanedeki Göreve Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi ...	103

Tablo 26: Eğitim Durumuna Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi	104
Tablo 27: Eğitim Gördüğü Alana Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi	105
Tablo 28: Yaşa Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi	106
Tablo 29: Çalışılan Birime Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi	107
Tablo 30: Cinsiyete Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi.....	107
Tablo 31: Medeni Hale Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi.....	108
Tablo32: Çalışma Şekline Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi.....	109
Tablo 33: Çalışma Süresine Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi.....	110



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Ekonomisi Sistemi ve İşleyişi	4
Şekil 2. Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar	5
Şekil 3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	7
Şekil 4. Yönetim Seviyelerine Göre Bilgi Sistemleri	49



GİRİŞ

Özel Sağlık Sektörü son yıllarda hızlı gelişme gösteren sektörlerin başında yer almaktadır. Sektörde yoğun rekabet ortamı yaşanmaktadır. Her yıl yeni özel sağlık kurumları faaliyete başlamaktadır. Özel sağlık kurumları yoğun rekabet ortamında ayakta kalmak, gelişmelere ayak uydurabilmek ve sektörde öncü olabilmek için bilgi teknolojilerinden faydalanmalıdır. Sektörün dinamik ve değişken yapısı bilgi teknolojilerinin etkin ve verimli kullanımını zorunlu kılmaktadır.

Sağlık çalışanları, temel bilgi teknolojilerini ve sağlık bilgi teknolojilerini iş süreçlerinde kullanmak durumundadır. Esas itibarla hizmet sektörü içinde yer alan sağlık sektöründe çalışanların verimli ve memnun olması sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunumunda önem taşımaktadır. Çalışanların iş süreçlerinde temel ve sağlık bilgi teknolojilerine erişim ve kullanım düzeyleri, onların etkinliğine ve memnuniyet düzeylerine etkili olabilecek önemli unsurlar olarak görülebilir.

Bu tez çalışmasının amacı, çalışanların bilgi teknolojileri kullanım ve erişim düzeyleri ile çalışanların memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemektir. Gelecekte bu alanda faaliyette bulunacak sağlık işletmeleri için bilgilendirici bir çalışma olması amaçlanmaktadır. Ayrıca mevcut sağlık işletmeleri için çalışmalarını iyileştirme ve geliştirme açısından bu çalışmanın faydalı olacağını düşünmekteyim.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık kavramı ve sağlık sektörü ile ilgili bilgiler verilmektedir. İkinci bölümde, temel bilgi teknolojileri ve sağlık bilgi teknolojileri incelenmiştir.

Üçüncü bölümde, özel sağlık kurumlarında çalışan personelin bilgi teknolojilerini kullanımının düzeyi ve çalışan memnuniyetine etkisini araştıran bir anket çalışması yer almaktadır. İzmir ve Manisa İllerinde faaliyet gösteren dört özel hastanede 409 özel sağlık çalışanı ile anket yapılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen veriler bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi ve ki kare analizi kullanılarak incelenmiştir. Bu çalışma ile özel sağlık kurumlarında çalışan personelin bilgi teknolojileri kullanımının düzeyi ve çalışan memnuniyetine etkisi incelenmiştir.

Sonuç bölümünde ise, anket çalışmasından elde edilen bulgular değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GENEL ÖZELLİKLERİ

1.1.Sağlık Kavramı

Sağlık ve hastalık, insanların hayatları boyunca karşılaştıkları en önemli unsurlar olup hayatın sürdürülebilirliği için oldukça önem arz etmektedir. Hastalıkların önlenmesi, sağlıklı bir çevrenin oluşturulması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hükümetlerin öncelikli hedeflerindedir. Toplumun sağlık ihtiyacının karşılanmasına yönelik sunulan hizmetler sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu sağlık hizmetleri, sağlık kurumları ve işletmeleri tarafından sunulmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:17). Sağlık hizmetini sunan kuruluşlar kâr amacı güden ve gütmeyen olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Gapenski, 2007:3). Devlet, sosyal devlet olma anlayışı gereği vatandaşa sağlık hizmetini ücretsiz sunarken, özel sektör sağlık işletmeleri belirli bir bedel karşılığında söz konusu hizmeti sunmaktadır.

Sağlık kavramı, biyolojik bakış açısıyla vücudun tüm hücrelerinin birbirleriyle tam bir uyum içinde çalışmalarını ve optimum kapasitede kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifadeyle sosyal açıdan sağlık kavramı, bireylerin kapasitelerinin, zevklerinin ve performanslarının optimize edildiği durum olarak ifade edilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005:12).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1979 Alma Ata Konferansı'nda sağlık, "Yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil; aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlanmaktadır. Dolayısıyla sağlığın sadece sosyal ve fiziksel iyilikten ibaret olmadığı bunun yanı sıra ruhsal iyilik durumunu da içerdiği vurgulanmaktadır (Ateş, 2011:3). Bu tanıma göre erişilebilir en yüksek sağlık seviyesi, insanların din, ırk, politik görüş, sosyal veya ekonomik durumlarına göre herhangi bir şekilde ayırım yapılmaksızın sahip olması gereken en temel haklardan birisi olarak kabul edilmektedir. Sağlık aynı zamanda birey, grup ve toplumların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerini de ilgilendiren bir kavramdır. Bunun için sağlık sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu olarak görülmemelidir (Çelik, 2006:27).

Dünya Sağlık Örgütü'nce sağlık kavramının tanımına, “sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme” ifadesi de kısa bir süre önce eklenmiştir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006:47). Bu tanıma göre sağlık, çok boyutlu bir kavram olup birbirleriyle ilişkili çok sayıda faktörden doğrudan ve dolaylı olarak etkilendiği görülmektedir.

1.2. Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler

Sağlık kavramında çevresel yaklaşımı geliştiren Henrick L. Blum, sağlık durumunu dört temel faktörün etkilediğini; bu dört temel faktörün de farklı toplumsal sistemlerin etkisi altında olduğunu ve bu toplumsal sistemlerin aracılığıyla birbirlerini etkilediğini ileri sürmektedir. Sağlığı etkileyen faktörler; çevre, yaşam biçimi (davranış), kalıtım (genetik) ve sağlık hizmetleri olarak özetlenmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:19).

Bu kısımda sağlık durumunu etkileyen faktörlerden sadece sağlık hizmetleri açıklanmaktadır.

1.3. Sağlık Hizmetleri

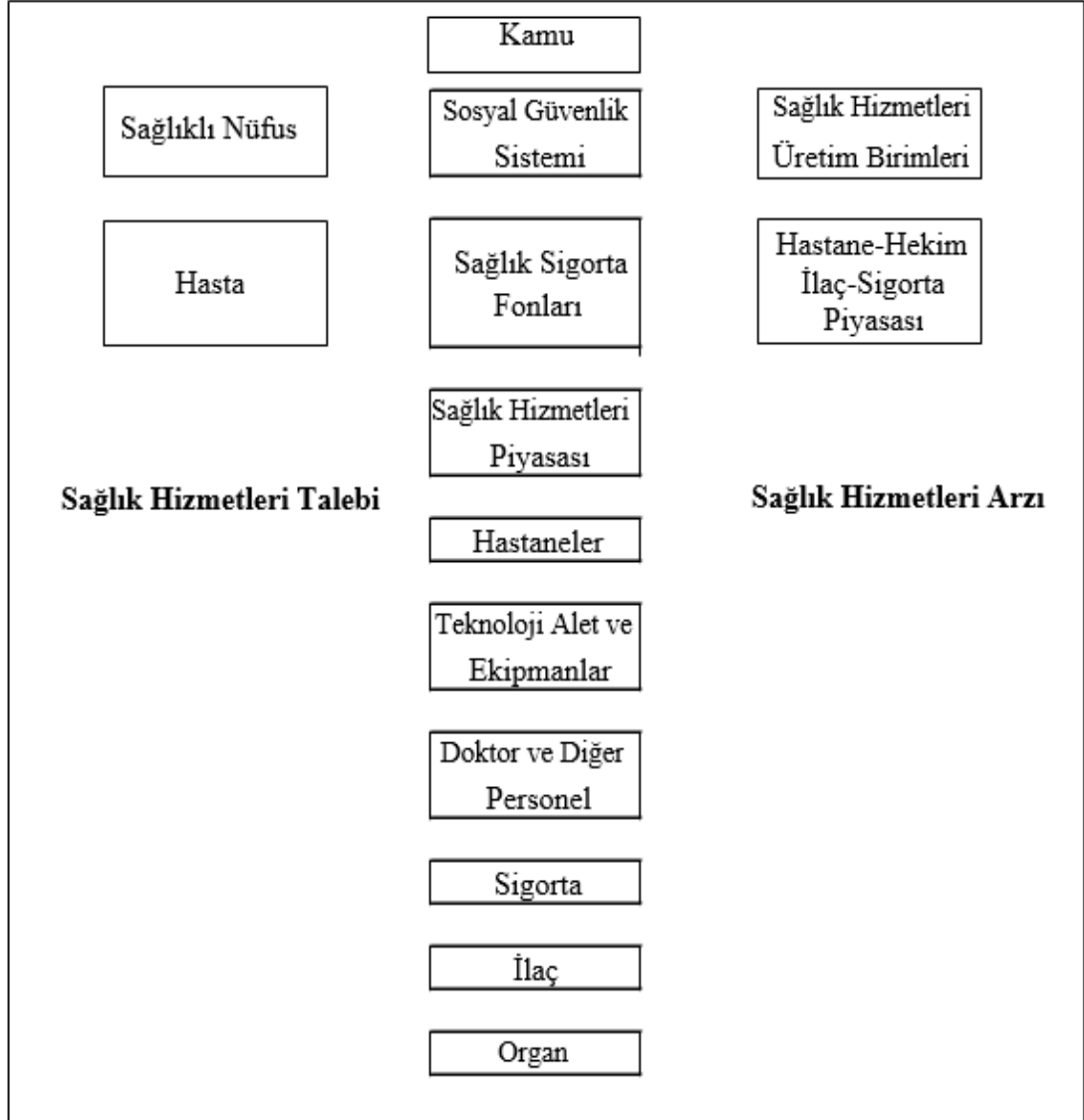
Kişi ve toplum sağlığını korumak, hastalığa yakalananların tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını devam ettirebilmeleri için onları rehabilite etmek ve sonuçta toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmek amacıyla yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmeti” denilmektedir (Güleş ve Özata, 2005:2).

Hastalığı önlemek veya mevcut hastalığı tedavi etmek amacıyla yapılan hizmetlerin asıl amacı toplumda oluşması muhtemel olumsuz durumları önleyerek sağlıklı ve üretken bir toplum oluşturmaktır. Sağlık hizmetleri, sağlık sektörünün en önemli parçası olmasının yanı sıra, bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan emek ve fiziksel sermaye gibi faktörleri de içermektedir Sağlık hizmetlerinde emek faktörü doktor, diş hekimi, hemşire, laborant vb. yardımcı meslek personelinin ifade etmektedir. Fiziksel sermaye ise sağlık personelinin sağlık hizmetlerini sunarken ihtiyaç duydukları bina ve onu donatacak araç ve gereçlerdir. İkinci derece mal ve hizmet niteliği taşıyan sağlık hizmetlerine ilaç, tıbbi malzeme ve lojistik hizmetlerini de dâhil etmek mümkündür (Mutlu ve Işık, 2014:15).

Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, imkânların elverdiği ölçüde erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek,

insanların sakat kalmalarını önlemek, sakatlananlara tıbbi ve sosyal hizmet sunmak, insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmelerini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür (Tengilimoğlu vd, 2011:70).

Şekil 1. Sağlık Ekonomisi Sistemi ve İşleyişi



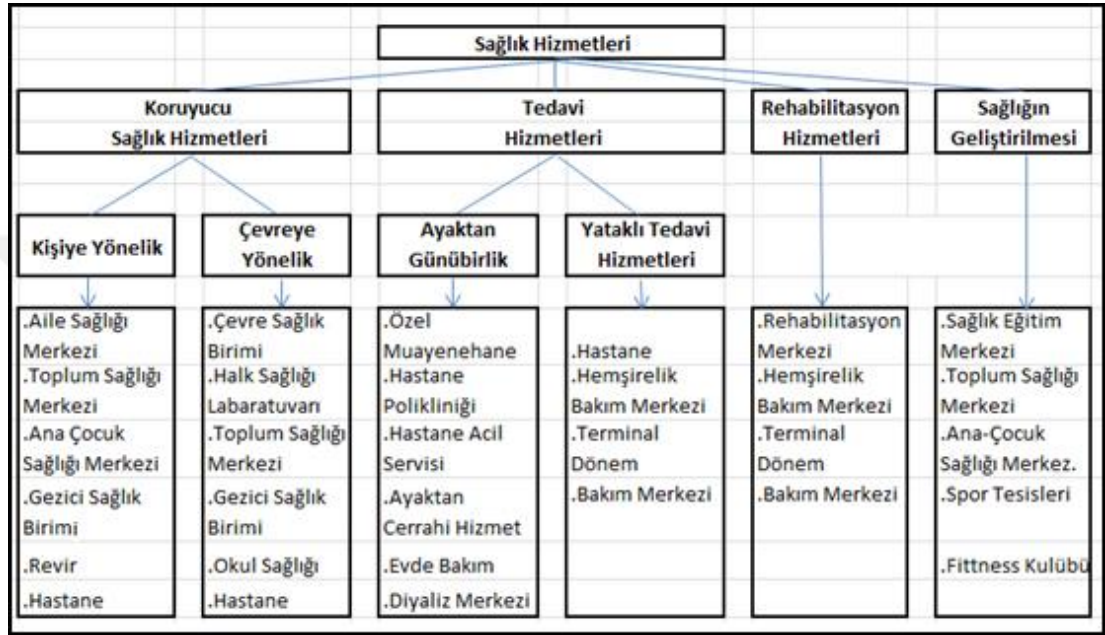
Kaynak: Mutlu ve Işık, 2005: 24

Sağlık hizmetlerinin üretim ve tüketim yönlerini gösteren Şekil 1 incelendiğinde üretim ve tüketim olaylarının meydana geldiği alan sağlık piyasaları olarak ifade edilmektedir. Sağlıklı bireylerin sigorta kurumu yoluyla olası hastalık risklerine karşı korunması, hasta olan bireylerin ise çeşitli sağlık sigorta fonları ile finanse edilerek sağlık üretim birimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerden yararlanması sağlık ekonomisinin işleyişi içinde yer almaktadır (Mutlu ve Işık, 2005: 23-24).

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri dört başlık altında aşağıda Şekil 2’de sunulmaktadır. Bu kısımda sağlık hizmetleri kapsamında sırasıyla koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri açıklanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:19).

Şekil 2. Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar



Kaynak: Tengilimoğlu, vd, 2011: 78

1.4.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık ya da sakatlık oluşmadan önce bu risklere karşı verilen bir mücadele şeklidir. Bu sebeple koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmek zorundadır. Toplumda sunulan bu tür hizmetlerin amacı hastalık riskini azaltarak sağlık seviyesi daha yüksek bir toplum oluşturmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için sağlık hizmeti vatandaşın ödeme gücüne bakılmaksızın tüm topluma sunulmaktadır. İnsan sağlığını korumak için hastalıklar oluşmadan önce verilen hizmetlerin tümü koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir (Tengilimoğlu vd, 2011:76).

Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve insana yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

1.4.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, çevre sağlığını olumsuz olarak etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri ortadan kaldırarak kişileri etkilemesini önlemek ve çevreyi olumlu hale getirmek için gerekli çalışmaların yapılmasını kapsamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:36). Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, hava kirliliği, gürültü ve radyasyon ile savaş, temiz su sağlanması gibi hizmetler bu gruba girmektedir (Tengilimoğlu, vd, 2011:77).

1.4.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyleri hastalık etkenlerine karşı dirençli, güçlü kılmak; hastalanmaları halinde ise erken teşhis ve tedavi ile iyileşmelerini sağlayan aşılama, ilaçla koruma, erken tanı ve tedavi, sağlık eğitimi ve beslenmenin iyileştirilmesi gibi hizmetleri kapsamaktadır (Tengilimoğlu, vd, 2011:79).

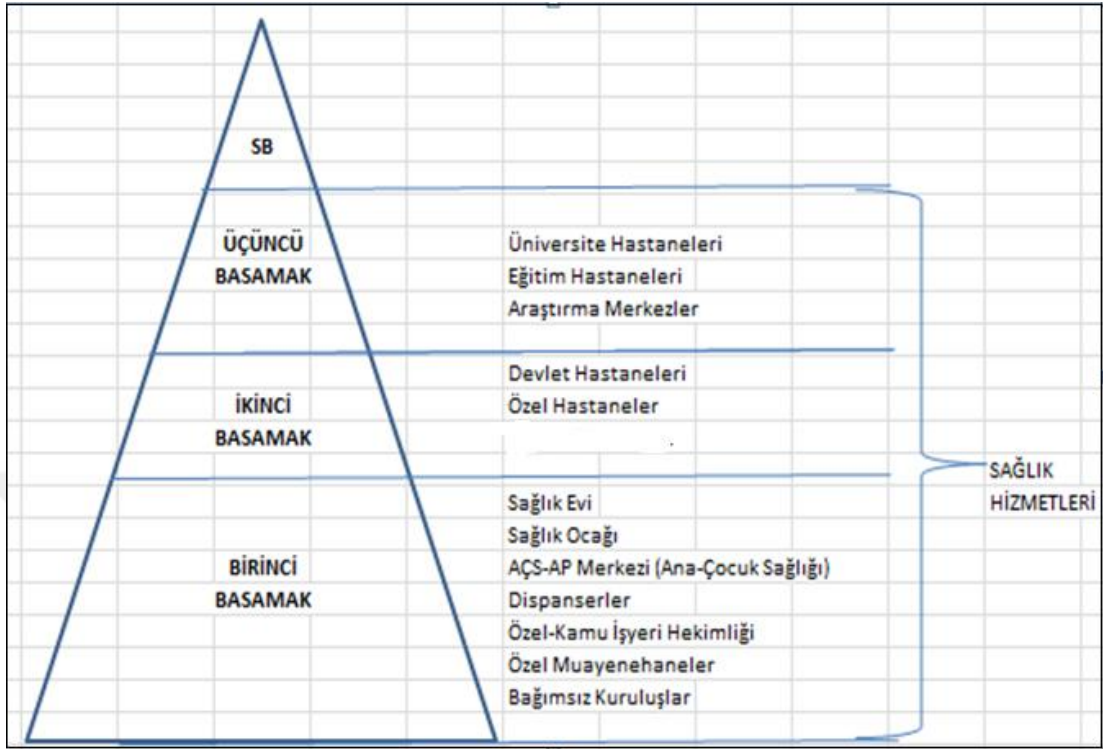
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık durumu bozulan bireylerin, eski sağlık seviyelerine ulaşmaları için verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak uzman hekim sorumluluğunda diğer sağlık personeliyle ekip halinde çalışılmasıyla sunulmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:38).

Hastalıkları teşhis ve tedavi etmek amacıyla sunulan sağlık hizmetleri üç aşamada incelenmektedir. Bunlar; aşağıda Şekil 3'te verildiği üzere birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleridir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan sağlık kurumları ayakta, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunan sağlık kurumları ise yataklı tedavi hizmeti veriyor denilebilir.

Şekil 3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu



Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemleri Eylem Planı,2004:10

1.4.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ya da tedavisi için düzenlenen hizmetler birinci basamak sağlık hizmetleridir (Tengilimoğlu, vd, 2011:80). Birinci basamak sağlık hizmetleri, tedavi hizmetlerinden daha çok koruyucu sağlık hizmetlerini içermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Genellikle uzmanlık eğitimi almamış sağlık personeli tarafından sunulmaktadır. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara, sağlık evleri, sağlık ocakları, toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, dispanserler örnek olarak verilebilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel amacı koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak olsa da, uygulamada hastalara sınırlı tedavi hizmetlerini sağladığı görülmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım,2010:40). Dolayısıyla hastalıkların ayakta teşhis ve tedavi edilmesi amacıyla hizmet veren birimler olarak da ifade edilmektedir (Güleş ve Özata, 2005:3).

1.4.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi edildikleri kurumlardır (Güleş ve Özata, 2005:3). Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhisi ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetler ikinci basamak sağlık hizmetlerinin görev alanını oluşturmaktadır. Ülkemizdeki hastanelerin ve yataklı sağlık merkezlerinin bu tür hizmetleri verdiği görülmektedir (Tengilimoğlu, vd, 2011:80). İkinci basamak sağlık hizmetleri, değişik büyüklükteki hastanelerde görev yapan uzman tıp ve sağlık personelinin (hemşire, eczacı, psikolog vb.) yer aldığı tedavi amaçlı hizmetlerin sunulduğu sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşların temel amacı, hastalara tedavi hizmetlerinin sunulmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisi ikinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:41).

1.4.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, yüksek teknolojinin kullanıldığı, belirli dallar üzerinde uzmanlaşmış sağlık hizmetlerini ifade etmektedir (Ateş, 2011:12). Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ileri düzeyde teşhis, bakım ve tedavi gerektiren hastalıklar için hizmet vermektedir. Özel dal hastaneleri, eğitim hastaneleri, numune hastaneleri, araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunan kuruluşlardır (Güleş ve Özata, 2005:3).

1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık sonrası, sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle, günlük yaşamını sürdüremeyen ve iş gücünü kaybeden kimselere verilen hizmetlerdir. Kişilerin hastalık ve kaza sonrası kaybettiği zihinsel ve bedensel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri eş güdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla kaza ya da hastalık sonucunda sakat kalan kişilere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceri kazandırmayı amaçlamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Tengilimoğlu, vd, 2011:80).

1.4.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir.

1.4.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Sakat veya özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, bir başkasına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsayan sağlık hizmetleridir (Tengilimoğlu, vd, 2011:81).

1.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk bireye aittir. Sağlık geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bu gün birçok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:39).

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin taşıdığı özellikler nedeniyle diğer mal ve hizmetlerden farklı kategoride değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü sağlık sektörü yoğun iş gücüne dayalı olmakla birlikte dikkat isteyen ve ufak bir hatada insan sağlığını tehlikeye atabilecek riskleri bünyesinde barındıran bir sektördür (Groot ve Meijerink, 2008:10-12).

Sağlık hizmetlerinin genel özellikleri özet olarak aşağıda sunulmaktadır:

- Uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir,
- İşlevsel bağımlılık çok yüksektir,
- İnsan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem vermektedir,
- Pahalı hizmetlerdir,
- İkili otorite hattı bulunmaktadır,
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir,
- Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir,
- İkamesi yoktur,

- Hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans göstermez,
- Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin çıktısının tanımlanması ve ölçümlenmesi güçtür (Bostan, 2007:16).

1.6. Sağlık Sektörü

Sağlık ile ilgili mal ve hizmet üreten kurum ve kuruluşların tümünün oluşturduğu yapı sağlık sektörü olarak ifade edilmektedir (Söyleyici, 2000:11).

Sağlık sektörünün yapısı ve unsurları incelendiğinde çok geniş bir kavram olduğu görülmektedir. Toplumun sağlıklı kılmak amacıyla sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki ürünleri arz ve talep etmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kurum, kuruluş, statü vb. unsurların tümünü belirtmek için sağlık sektörü kavramı kullanılmaktadır (Güleş ve Özata,2005:2).

Ülkemizde sağlık sektörü 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun öngördüğü biçimde düzenlenmiştir. Bu kanunla birlikte Türkiye’de ilk kez sevk zinciri gündeme gelerek, tedavi olmak isteyen hastaların önce birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına (sağlık ocağı) başvurmaları gerektiği, şayet buralarda, evde ve ayakta teşhis ve tedavi edilemeyenlerin ise ikinci basamakta yer alan hastanelere sevkleri uygun görülmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak sosyal devlet anlayışı içinde yerine getirilmekte ve bu hizmetlerin önemli bir kısmı kamu hastanelerince sunulmaktadır. Ayrıca vakıflar, dernekler, özel hastaneler de Türkiye’de sağlık hizmeti veren diğer kuruluşlardır (Ömürbek ve Altın, 2009: 212).

Ülkemiz sağlık sektöründe son yıllarda önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Sayısı hızla artan özel sağlık kurumları nedeniyle rekabet yoğunlaşmakta, yapılan düzenlemeler sonucunda hastaların özel hastanelerden ve kamuya ait diğer sağlık kurumlarından hizmet almalarının yolu açılmaktadır (Dayı vd, 2013:44). Üniversite hastanelerinde olduğu gibi Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumlarında da hizmet sağlayıcıların döner sermaye gelirlerinden yararlanabilmelerine imkân sağlanması rekabete ayrı bir boyut getirmektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları böylesi bir ortamda rekabetçi bir üstünlük yakalamak ve sürdürebilmek için konuya hizmet sağlayıcı bakış açısından yaklaşmaktadır. Bunun sonucunda sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasına önem veren geleneksel sağlık hizmeti sunumunda hastaların

tatminini dikkate alan müşteri (hasta) odaklılık ilkesiyle bütünleşik hale getirmeye zorlanmaktadır. Böylece hizmet kalitesi ve hasta tatmini konuları sağlık hizmeti sağlayıcıları için kritik öneme sahip konular olarak gündeme gelmektedir (Dursun ve Çerçi, 2004:1).

Sağlık sektörü; ilaç sanayi, yataklı tedavi kurumları, tıbbi alet, cihaz ve sarf malzemeleri sanayi ile sağlık hizmetlerinin birleşmesiyle ortaya çıktığı görülmektedir. Sağlık sektörü, doğrudan mal üretme yerine, işgücü devamlılığının sağlanmasında ve işgücü kayıplarının önlenmesinde önemli bir işleve sahiptir. Ayrıca işgücünün verimliliğine de katkı sağlamaktadır.

Türk sağlık sektöründe yer alan kurumların fonksiyonlarına göre sunumu aşağıda Tablo 1’de verilmektedir.

Tablo 1: Fonksiyonlarına göre Türk Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurumlar

POLİTİKA BELİRLEYİCİLER	SAĞLIK HİZMETİ SUNANLAR
Türkiye Büyük Millet Meclisi Kalkınma Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Yüksek Öğretim Kurumu Anayasa Mahkemesi	KAMU Sağlık Bakanlığı Üniversite Hastaneleri
İDARİ YÖNETİM	ÖZEL
Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlükleri İl Halk Sağlığı Müdürlükleri	Özel Hastaneler Vakıflar Azınlık Hastaneleri
SAĞLIK SEKTÖRÜ FİNANSMANI	Serbest Pratisyen/Uzmanlar Poliklinikler Laboratuvar ve Tanı Merkezleri
Maliye Bakanlığı SGK Özel Sandıklar Vakıflar	DERNEKLER
Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu Özel Sigorta Şirketleri Döner Sermayeler Uluslararası Kuruluşlar	Kızılay Vakıflar

Kaynak: <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>, 03 Ağustos 2015 tarihinde erişildi.

Tablo 1’de verilen sağlık hizmeti sunanlarda karşılaşılan sorunlardan biri de finansal performanslarının yetersiz oluşudur. Sağlık sektöründe faaliyet gösteren kamu ve özel sağlık işletmelerinin hastaları iyileştirme performanslarının yanı sıra finansal performanslarının da faaliyetlerini sürdürmeleri açısından önemli olduğu görölmektedir (Nelly vd., 2002:14).

1.6.1. Ülkemizde Sağlık Hizmeti Üreten Kurum ve Kuruluşlar

Ülkemizde sağlık hizmetleri başta devlet olmak üzere, vakıf, dernek ve özel girişimcilerin ortak katılımı ile yerine getirilmektedir. Sağlık hizmeti üreten kurumlar aşağıda verilmektedir(Güleş ve Özata, 2005:4).

- Sağlık Bakanlığı,
- Belediyeler,
- İl Özel İdareleri,
- Üniversiteler,
- Diğer Bakanlıklar ve Kamu Kuruluşları,
- Vakıf, Dernek ve Hayır Kuruluşları,
- Azınlıklara ve Yabancılara Ait Sağlık Kuruluşları
- Türk Tabipler Birliği,
- Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği,
- Türkiye Sağlık İşletmeleri Derneği,
- İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası,
- Sağlık Endüstrisi İşverenler Sendikası,
- Sosyal Güvenlik Kurumu,
- Tüm Tıbbi Cihaz Üretici ve Tedarikçi Dernekleri Federasyonu,
- Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği,
- Sağlık Gereçleri ve Üreticileri Derneği’dir.

Bu kısımda ölkemizde sağlık hizmeti üreten kurum ve kuruluşlar kısaca açıklanmaktadır.

1.6.1.1. Sağlık Bakanlığı

Ülkenin genel sağlık politikasının belirlenmesi, planlanması, koordinasyonu, kaynak temini ve dağıtımı; halkın sağlık eğitimi ve sağlık işgücü eğitimi; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi ve bunun için kurumlar oluşturulması, ilaç üretimi ve ithali, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, adli tıp hizmetleri, özel sağlık kurumlarının açılmasına izin verilmesi ve denetimi, gıda maddelerinin sağlığa uygun olup olmadığının denetimi gibi birçok hizmet Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yürütülmektedir.

1.6.1.2. Belediyeler

Temiz su temini, atıkların imha edilmesi, sağlıklı konut, hava ve çevre kirliliğinin önlenmesi, gıda üreten işyerlerinin denetimi gibi koruyucu hizmetler ve tedavi edici sağlık hizmetleri belediyeler tarafından verilmektedir. Bunlardan başka terk edilmiş, öksüz, yetim çocuklara bakmak ve fakir ailelerin yiyecek, giyecek, yakacak, barınma ve eğitim masraflarını karşılamak belediyelerin yürüttükleri görevler arasında yer almaktadır.

1.6.1.3. İl Özel İdareleri

İl özel idareleri çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve diğer sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için maddi destek vermektedir.

1.6.1.4. Üniversiteler

Araştırma-geliştirme, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlıklı işgücü eğitimi, ilaç ve serum üretimi gibi hizmetler üniversiteler tarafından verilmektedir.

1.6.1.5. Diğer Bakanlıklar ve Kamu Kuruluşları

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı, Tarım Bakanlığı gibi kimi bakanlıklarla Kamu İktisadi Teşebbüsleri sağlık hizmeti üretimine doğrudan veya dolaylı olarak katkı sağlamaktadır. Bu kurum ve kuruluşlar koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri vermektedirler.

1.6.1.6. Vakıf, Dernek ve Hayır Kurumları

Bu kurumlar tarafından genellikle sağlık eğitimi, sağlık iş g¼c¼ eğitimi, teşhis, tedavi ve rehabilitasyona y¼nelik hizmetler verilmektedir. Kızılay, Yeşilay, Vakıf Gureba Hastanesi ¼rnek g¼sterilebilir.

1.6.1.7. Azınlıklara ve Yabancılara Ait Sağlık Kuruluşları

¼lkemizde; azınlıklar ve yabancı uyruklular yataklı ve yataksız sağlık kurumları işletmeciliği yapmaktadırlar (G¼leř ve ¼zata, 2005:5-6).

1.6.1.8. T¼rk Tabipler Birliği

Anayasal g¼vence altında, 2023 sayılı yasa ile kurulmuş kamu kurumu niteliğinde ve ¼lkedeki hekimlerin % 80'inin ¼ye olduğu bu ¼rg¼t¼n ana gelir kaynağı ¼ye aidatları olup, h¼k¼metten hiçbir destek almamaktadır.

1.6.1.9. ¼zel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği

Tek çatı altında g¼çl¼ birliktelikten yana olan dernekler; ¼zel Hastaneler Derneği, Sağlık Kuruluşları Derneği, Turistik B¼lgeler Sağlık Kuruluşları Derneği ve G¼neydođu Anadolu ¼zel Sağlık İşletmecileri Derneği bir araya gelerek ¼zel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği "OHSAD'ı" kurmuştur. Bu birleşme ile beraber ¼zel sağlık sekt¼r¼ndeki hastanelerin yaklaşık % 80'ini, diğer sağlık kurum ve kuruluşlarının da yaklaşık 850 tanesini kapsayan bir yapıya d¼n¼řm¼řt¼r.

1.6.1.10. T¼rkiye Sağlık İşletmeleri Derneği

T¼rkiye Sağlık İşletmeleri Derneği'ne (TUSİDER) ¼ye olan 900 adetsağlık kuruluşu vardır.

1.6.1.11. İlaç End¼strisi İşverenler Sendikası

İlaç End¼strisi İşverenler Sendikası (İEİS), eşdeğer ilaç pazarını temsil etmek ve sağlık end¼strisinin gelişiminin korunması amacıyla 1964 yılında İstanbul'da kurulmuştur. Kuruluş, sağlık hizmeti politikalarında ¼nemli bir rol oynamakta ve eşdeğer ilaç kullanımını teşvik etmektedir. İEİS'in mevcut 43 ¼yesi bulunmaktadır.

1.6.1.12. Sağlık End¼strisi İşverenler Sendikası

Medikal cihaz sekt¼r¼nde hizmet vermekte olan şirketler T¼rkiye Sağlık End¼strisi İşverenler Sendikası (SEİS) çatısı altında toplanmaktadır. SEİS'in amacı

bir sivil toplum kuruluşu olarak sağlık sektörünü temsil etmek ve şirketleri dernek çatısı altında toplamaktır.

1.6.1.13. Sosyal Güvenlik Kurumu

5502sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile kurulmuş olup Sosyal Sigortalar Kurumu (SGK) Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü'nü aynı çatı altında toplamıştır.

1.6.1.14. Tüm Tıbbi Cihaz Üretici ve Tedarikçi Dernekleri Federasyonu

2004 yılında kurulmuştur. Bir çatı kuruluşu olarak, üyesi olan 16 dernek ve bu derneklere üye olan 1500' ün üzerindeki firma ile sivil toplum kuruluşu olarak görev yapmaktadır.

1.6.1.15. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği

Türkiye'de faaliyet gösteren araştırmacı ilaç firmaları tarafından 2003 yılında kurulmuş olan Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) İstanbul'daki merkezi ve Ankara'daki temsilciliği aracılığıyla faaliyetlerini sürdürmektedir. Derneğin amacı Türk tıbbında “yenilikçi” ürünlere, teknoloji ve bilgiye erişimi artırmak, sağlık alanında “etik ve şeffaf” bir ortam oluşturulması için çalışarak Türk sağlık sektörüne katkıda bulunmaktır.

1.6.1.16. Sağlık Gereçleri ve Üreticileri Derneği

Sağlık Gereçleri ve Üreticileri Derneği (SADER) 1993 yılında, Türk sağlık sektöründeki lider 14 kuruluş tarafından kurulmuş bir sivil toplum kuruluşudur. SADER'in asıl amacı her türlü tıbbi malzeme, cihaz ve ekipmanın ithalat, imalat, mümessillik, bakım, onarım, toptan ve perakende satıcılığı konusunda faaliyet gösteren kişi ve firmaların bu alandaki çalışmalarını koordine, teşvik, disipline etmek ve bilinçlendirmektir. Kanunların öngördüğü çerçevede hak ve menfaatlerini korumaktır. Ayrıca eğitim, sağlık ve çeşitli sosyal konularda doğrudan doğruya veya mevcut kuruluşlara yardım suretiyle, topluma yararlı eserler ve işler yapmaya çalışmaktadır (Deloitte, 2010:23).

1.6.2. Özel Sağlık Kuruluşları

Ekonomik ve sosyal ihtiyaçlara yönelik olarak kamunun sunduğu sağlık hizmetinin yetersiz gelmesinden dolayı özel sağlık kuruluşları oluşturulmuştur. Özel sağlık kurumları kompleks veya belirli ihtisas alanlarında sağlık hizmeti üreten

kurumlardır. Özel sağlık kurumları, toplum ve bireylerin ekonomik, sosyal, siyasal, psikolojik ihtiyaçlarına yönelik olarak sağlık hizmet üreterek bunları satmaktadır. Bu işlemleri gerçekleştirmek için sağlık işletmelerinin faaliyet gösterdikleri ülkenin milli geliri ile gelişmişlik düzeyleri özel sağlık kuruluşlarının gelirlerini önemli ölçüde etkilemektedir (Fernandes vd., 2007:242-257).

Özel hastaneler hayatın vazgeçilmez bir ögesi olarak görülmektedir. Bu kurumlar insanların oldukça duyarlı olduğu sağlık hizmetlerini üretmek toplum ve bireylere arz ettiği için organizasyon yapılarına göre onların hayatında önemli bir yere sahiptir.

Hastaneler kişisel bilgi ve becerilere dayalı olarak, el yordamı ve geleneksel yöntemlerle yönetilirken; üniversiteler bünyesinde eğitim ve araştırma hastanelerinin kurulması ve özel hastanelerin yaygınlaşması ile birlikte sağlık hizmeti üretiminde yeni anlayışların ve yöntemlerin gelişmesi ihtiyacı doğmuştur. Günümüzde daha çok hekim personelin etkinlik gösterdiği ve kendi kendine yetinen kapalı bir sistem görünümünde olan hastaneler vardır. Planlama, karar verme, denetim gibi temel yönetim faaliyetlerinde devlet otoritesine bağımlı olması, bugünkü durumda bulunmalarının temel sebeplerinden biri olarak sayılabilir. Ekonomik işletmelerle karşılaştırılırsa, kamu iktisadi teşebbüslerinin sorunlarına benzer daha yoğun sıkıntıları hastaneler de çekmektedir.

Özel sağlık kurumlarının yönetim kadrosu; yönetim kurulu, başta bıp ve sağlık işletmesinin müdüründen oluşmaktadır. Sağlık işletmesinin tıbbi ve sağlık hizmetleri bakımından idari yönetiminden en üst seviyede sorumlu olan görevli, başta bıptır. Sağlık işletmesinin müdürü ise sağlık işletmesinin işletmecilik açısından sevk ve idaresi ile ilgili iş ve işlemlerinden sorumludur.

Sağlık işletmeleri ve kuruluşları, ilgili kanunun 5'nci maddesine; "Sağlık hizmeti üretmek amacı ile kurulmuş tüzel kişiliğe haiz idari ve mali bakımından özerk kılınmış ilgili kanun yönetmeliğinde belirlenen usul ve esaslara tabi kamu-özel kuruluş ile işletmelerdir" şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık işletmelerinin tıbbi ve bürokratik idaresinin sağlanması; personel, mali işler, otelcilik, yemek, içecek, lokantacılık, teknik ve işletmecilik ile benzeri yönetim işlemlerini yönetim kurulu ile sorumlu başhekim makamına sunulmak üzere işlemlerin takibi ve sunumundan sağlık işletmesi müdürü sorumludur. Sağlık

işletmesinin müdürü işletmenin temsil edilmesi görevini de yürütmektedir. Sağlık işletmeleri, yasal mevzuat gereği işletmecilik hizmetlerini verimlilik ve karlılık esaslarına uygun bir şekilde sunmak; yine sağlık işletmelerinin Sağlık Bakanlığı'nın ilgili mevzuat ve yönetmeliklerine uygun şekilde çalıştırılarak işletmenin güvenliğinin sağlanması ve iç hizmet uygulamalarının yürütülmesi görevi ile yükümlenmiştir.

Hastane, poliklinik, sağlık merkezi, taş kırma üniteleri, diyaliz merkezleri, görüntüleme ve teşhis üniteleri, rehabilitasyon hizmetleri, eczacılık, optisyenlik, kan ve kan ürünleri, ilaç üretimi ve dağıtımı, kimyasal madde üretimi, tıbbi cihaz ve sarf malzeme üretimi, protez-ortez üretimi, ambulans işletmeciliği, evde bakım hizmetleri gibi birçok alanda hizmet, özel sektör sağlık işletmelerince sunulmaktadır (Güleş ve Özata, 2005:5).

1.6.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık harcamaları için kaç liranın gerekli olduğunu, bu paranın kimler tarafından ödeneceğini, kimlerin bu hizmetten yararlanacağını ve bu mekanizmanın kim tarafından kontrol edileceği ile ilgili hususları içermektedir (Tengilimoğlu vd, 2011:284).

Sağlık harcamalarının finansmanı için gerekli fonun devlet bütçesinde önemli bir paya sahip olduğu görülmektedir (Dayı ve Cıvan, 2014:2-3). Kamu sağlık işletmelerinin en önemli sorunu maliyetlerini karşılayacak gelire sahip olamamalarıdır. Dolayısıyla maliyetlerini karşılayarak kar etmesi için gelirlerini artırıcı girişimlerde bulunması ve maliyetlerinin yapısını inceleyerek gereksiz maliyet unsurlarını azaltıcı önlemler almaları gerekmektedir (Wayne ve Davis., 1991:72-73).

Sağlık hizmetlerinin finansmanının temel amacı, bütün bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerini, yeterli ve kaliteli sağlık hizmetlerini almalarını sağlamak ve bunun için yeterli ve sürdürülebilir kaynak oluşturmaktır. Sağlık finansmanının üç temel işlevi bulunmaktadır. Bunlar; gelir toplamak, fon havuzlamak ve hizmet sunucularına ödeme yapmaktır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için gerekli fonlar hizmet sunulmadan önce toplanarak bir havuzda birikir. Havuzdaki fonlar üyeler sağlık hizmetlerini kullandıkça kullanımlarına bağlı olarak ilgili hizmet sunucularına aktarılır. Kimlerin

fona katkı sağladığı ve ilgili kuruluşlara kim adına ödeme yapıldığı sistemde görünmektedir. Bu süreç yani fon havuzlama ve ödeme yapma genellikle birlikte olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı en genel anlamıyla kamu ve özel finans kaynakları olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir.

Kamu ve yarı kamu finansman kaynakları; vergiler, primler ve özel amaçlı vergilerden oluşmaktadır. Vergi gelirleri, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan en temel kaynaklardır. Primler, zorunlu ya da isteğe bağlı sosyal sigortalar aracılığıyla ve ortaya çıkabilecek sağlık risklerini karşılamak amacıyla bireylerden toplanan paralardır (Ateş, 2011:99). Özel amaçlı vergiler; belirli amaçlar çerçevesinde ulusal havuzlarda toplanan ve daha sonra devlet tarafından değişik alanlarda harcanan kamu gelirleridir.

Özel finansman kaynakları; özel sağlık sigortaları, toplumsal finansman, işveren finansmanı ve doğrudan ödemelerden oluşmaktadır.

Özel sağlık sigortacılığı; sosyal sigortaların ve ulusal sağlık sisteminin bulunmadığı ülkelerde yaygın olarak kullanılan bir finansman kaynağıdır. Sosyal sigortaların ve ulusal sağlık sisteminin bulunduğu ülkelerde ilave sigorta sistemi olarak çok yaygın olmamakla birlikte kullanıldığı görülmektedir. Farklı beklenti ve gereksinmelere cevap verebilmesi bakımından bu uygulamanın faydaları bulunmaktadır.

Toplumsal finansman; insanların, malzeme ve işgücü gibi yönlerden katkıda bulunarak oluşturulan finansman kaynağıdır. Toplumu oluşturan gruplar, sağlık hizmeti maliyetlerinin bir kısmını nakit vererek veya işgücü ile sağlamakta veya malzeme temin ederek sağlık hizmetinin finansmanına ekonomik katkı sağlar. Bu ekonomik yarar toplum finansmanı olarak değerlendirilmektedir. Çalışanların sağlıkları ile ilgili yapılan harcamalar ise işveren harcamalarını oluşturur. İşverenler çeşitli yollarla çalışanların sağlık hizmeti gereksinimlerinin tamamını veya bir bölümünü doğrudan finanse etmektedir.

Doğrudan ödemeler, kişilerin kullandıkları sağlık hizmeti için kendilerinin ceplerinden yaptıkları bütün ödemeleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerine ait harcamaların tümü sosyal sigorta kapsamında olsa bile örneğin, ilaç bedelinin bir

kısmı için yapılan ödemeler aslında bir çeşit cepten yapılan ödemedir (Ateş, 2011:100).

Topluma sağlık hizmeti sunabilmenin ön koşullarından birisi, bu hizmeti finanse etmek üzere ulusal gelirden pay ayrılmasıdır. Diğer bir ön koşul ise, ayrılan bu payın toplum yararına verimli bir şekilde kullanılmasıdır. Bu nedenlere bağlı olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı hemen hemen her ülkede olduğu gibi ülkemizde de kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. Sağlık işletmelerinin kaynaklarının verimli kullanılması için mali tabloları üzerinde çeşitli finansal analizler yapılarak varlıklarını ne kadar etkin ve verimli kullandıkları ölçülmektedir (Bertoneche ve Knight, 2001:74).

1.6.3.1. Emekli Sandığı (ES)

5434 Sayılı Emekli Sandığı Kanunu gereği, aktif çalışan devlet memurlarının, eşleri, çocukları ve bakmakla yükümlü olduğu anne-babalarının sağlık yardımlarını devlet bütçesinden; emekli memurların eşleri, çocukları ve bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerin sağlık yardımlarını ise kendi bütçesinden karşılamakta idi.

1.6.3.2. SSK

506 ve 2925 sayılı kanunlar gereği, bir hizmet sözleşmesine dayanarak bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılan sigortalıları, iş yerinin risklerine karşı sigorta etmek, kendisi ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık giderlerini karşılamak ve sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla hizmet vermekteydi.

1.6.3.3. Bağ-Kur

1479 Sayılı kanun gereği, belirli bir prim karşılığında devlet eliyle, esnaf, sanatkâr veya bağımsız çalışan vatandaşların ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla faaliyet göstermekteydi (Güleş ve Özata, 2005:6).

1.6.3.4. Sosyal Güvenlik Kurumu

ES, SSK ve Bağ-Kur'u Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) başlığı adı altında birleştiren 5502 sayılı kanun 20 Mayıs 2006 tarihinde 26173 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Böylece SGK, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında ve sağlık harcamalarının finansmanında tek kuruluş olarak örgütlenmektedir (Dayı vd, 2013:55).

Sigorta hak ve yükümlülüklerinde norm ve standart birliği sağlayan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 16 Haziran 2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi gazetede yayınlanarak 1 Ocak 2007 tarihinde yürürlüğe girmiştir (http://www.ekodialog.com/makaleler/sosyal_guvenlik_reformu.html, 03 Ağustos 2015 tarihinde erişildi.)

1.6.3.5. Yeşil Kart

3816 Sayılı Yeşil Kart Kanunu gereği her hangi bir sosyal güvencesi olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayamayacak durumda olan vatandaşların sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması amacıyla yürürlüğe girmiştir.

1.6.3.6. 224 Sayılı Sosyalizasyon Kanunu

Bu kanun gereği birinci basamak sağlık hizmetleri tüm vatandaşlara, sağlık evi, sağlık ocağı ve sağlık merkezlerinde ücretsiz olarak verilmektedir.

1.6.3.7. Özel Sağlık Sigorta Şirketleri

İsteğe bağlı olarak yatırılan prim karşılığında kişilerin sağlık giderlerini karşılamaktadır.

1.6.3.8. Kişisel Ödemeler

Bir vatandaşın sağlık giderlerinin herhangi bir sosyal güvence ile karşılanmaması durumunda kişinin kendisi tarafından karşılanmasıdır.

1.6.3.9. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı

Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları muhtaç vatandaşların sağlık giderlerini karşılamak için kurulmuş hayır kuruluşlarıdır.

1.6.3.10. Vakıf ve Dernekler

Ülkemizde fakir ve ihtiyaç sahibi vatandaşların, sağlık giderlerini karşılamak amacıyla faaliyet gösteren birçok vakıf ve dernek mevcuttur (Güleş ve Özata, 2005:7).

1.6.4. Sağlık Sektörünün Özellikleri

Bazı işletmeler ekonomik mal üretirken bazı işletmeler de, insan ihtiyaçlarını karşılayan ve elle tutulup gözle görülmesi her zaman kolay olmayan hizmet üretiminde bulunarak, fayda oluştururlar (Ertürk, 2000:31).

Sağlık sektörü, ilaç sanayi, yataklı tedavi kurumları, tıbbi alet, cihaz ve sarf malzemeleri sanayi ile sağlık hizmetleri alanının kendisinin sermaye birikim merkezlerinden birisi olmasıyla ortaya çıkmıştır. Sağlık sektörü doğrudan mal ve hizmet üretmez. İşgücünün yeniden üretiminde, devamlılığın sağlanmasında ve işgücü kayıplarının önlenmesinde işlev görür. Başka bir anlatımla işgücünün verimliliğine katkı sağlar (Ünal ve Ateş, 2002:14). Sağlık sektörü her ülkede farklılık göstermektedir. Bunun en önemli nedeni ülkelerin farklı coğrafi koşullara sahip olmaları, iklimleri, kültürleri ve benzeri nedenlerden dolayı farklı hastalıklar görülmektedir (Wisnar vd., 2011:4-6). Ancak genel itibariyle sağlık sektöründe görülen özellikler şunlardır:

-Sağlık sektöründe üretim ve tüketim eş zamanlıdır. Yani hizmet üretildiği anda tüketilir.

-Sağlık sektöründe hata ve ihmaller diğer sektörlere göre daha ağır sonuçlarla karşılaşılmasına neden olur. Hastanın sakat kalması veya ölmesi örnek olarak verilebilir.

-Sağlık sektöründe tüketici ile doğrudan temas vardır. İletişim yüz yüze olmaktadır.

-Diğer sektörlerin aksine, sağlık sektöründe malların stoklanması mümkün değildir. Bina, araç-gereç ve insan gücü hizmet sunumu için hazır tutulmaktadır. Bunlar hastaya hizmetin daha verimli bir şekilde sunulmasını sağlamaktadır.

-Sağlık sektöründe ileri teknoloji kullanılmakla beraber emek yoğun üretim söz konusudur (Yerebakan, 2000:46-48).

Sağlık sektörü hizmet sektörü içinde yer almaktadır. Ancak sağlık işletmeleri diğer hizmet işletmeleri ile benzer özellik taşıdıkları gibi farklı nitelikleri de vardır (Goncalves, 2011:196-197). Hizmet sektöründe yer alan diğer işletmelerde (turizm, restoran vb.) müşteriler ne istediklerini bilirler ve bir anlamda beklenti ve istekleriyle işletmeleri yönlendirirler. Ancak sağlık sektörü yüksek düzeyde profesyonel yeterlilik gerektirmektedir.

Hastalar iyileşebilmeleri için doktorlardan yardım alırlar. Ancak kendilerine uygulanacak tedavi ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip değildirler. Bu noktada diğer işletmelerden farklı olarak hastaların sağlık işletmelerini etkileyip yönlendirmeleri mümkün değildir. Çünkü sağlık işletmeleri ancak tıp biliminde

meydana gelen gelişmelerden etkilenmektedir. Bu hususta hastaların etkileyebileceği konular, hastane temizliği, bakım ve otelcilik gibi hizmetlerle sınırlıdır (Gemlik ve Şişman, 2011:91).

Sağlık bakanlıkları ülkelerinin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinden sorumlu olması nedeniyle ülkenin sağlık standartlarını belirlemekte ve iyileştirici önlemler almaktadır. Bunun için öncelikle verimlilik, ekonomiklik ve etkinlik analizleri yapılmakta ve tıbbi gelişmelere paralel kalite süreçlerinde iyileştirilmeler sağlanmaktadır (Davis vd., 2013:1-5).

1.6.5. Sağlık Sektörünün Tarihsel Gelişimi

Bu kısımda sağlık sektörünün tarihsel gelişim süreci incelenmekte olup sırasıyla 1920-1938 dönemi, 1939-1960 dönemi, 1961-1980 dönemi, 1981-2000 dönemi ve 2000’li yıllar ve sağlıkta dönüşüm programı açıklanmaktadır.

1.6.5.1. 1920-1938 Dönemi

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), 3 Mayıs 1920’de 3 sayılı kanunu kabul ederek Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti’ni (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurmuştur. Böylece sağlık hizmeti ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nı kuran yasanın kabulünden sonra ilk sağlık bakanı olarak atanan Dr. Adnan Adıvar (1881-1955) göreve başladığında ne yerleşmiş köklü bir örgüt ve altyapı ne de toplumun gereksinimlerine yanıt verecek yasal düzenlemeler vardı.

1921 yılında sağlık bakanı olarak atanan Dr. Refik Saydam (1881-1942) kısa süreli aralıklar dışında bu görevi 1937 yılına kadar sürdürmüştür (Akdur, 2006:28). Dr. Saydam, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstererek hizmetlerin yapılmasına damgasını vurmuş ve sağlık hizmetleri tarihimizde yer edinmiştir. Dr. Saydam dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllardır.

Bu dönemde illerde sağlık müdürlükleri ve ilçelerde hükümet tabiplikleri kurularak sağlık örgütünün temel taşları oturtulmaktadır. Böylece hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmaktadır. Hükümet birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem verdiğinden bu hizmetlerin finansmanı merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe ile finanse edilmiştir. Yataklı tedavi hizmetlerinin, yine kamu eliyle; ancak

yerel idareler (belediyeler ve il özel idareleri) tarafından yürütölme politikası belirlenerek, bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik ile görevlendirilmektedir. Bu amaçla, bir yandan yerel idarelerin hastane açması teşvik edilirken öte yandan da bu idarelere örnek olmak üzere Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum, Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri” nin açıldığı görölmektedir (Akdur, 2006:29).

Kurtuluş savaşı yıllarında, dönemin en önemli sağlık sorunu bulaşıcı hastalıklar ve bunların önlenmesidir. Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetleri ön plandadır. Tedavi hizmetleri ise daha çok yerel yönetimlerce yerine getirilmektedir. Merkezi idarenin savaş ve yapılanma sorunlarına öncelik vermesi nedeniyle sağlık hizmetleri ikinci planda kalmıştır. Yoksul hastaların ücretsiz muayene ve tedavileri hükümet tabiplikleri eliyle yapılmıştır.

Dr. Saydam’ın bakanlık yaptığı 1923-1937 döneminde benimsenen ilkeler ve gerçekleştirilen uygulamalar, ülkenin sağlık politikasının temellerini oluşturmaktadır. Bu dönemde daha önce yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi hizmetleri görevi, Sağlık Bakanlığı’na üstlenilmektedir. Bakanlık gerekli gördüğü yerlere “Numune Hastaneleri” kurarak, çalışmaların yoğunluğunu; koruyucu sağlık hizmetlerine verdiği görölmektedir (Dağlı, 2006:53).

Dr.Saydam cumhuriyetin ilk yıllarında izlediği politikalar ile sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve gelişmesine katkı sağlamıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmaktadır. Yüksek ücret politikaları ile kamu sağlık hizmeti, personel açısından çekici hale getirilmiştir. Kamu sağlık sektöründe yer alan sağlık personelinin atama, yükselme, ödöl, ceza gibi özlük hakları tek elde; yani Sağlık Bakanlığı’nda toplanmış ve böylece bakanlık bu hizmeti fiilen yürüten bir kurum haline gelmiştir.

Sınırlı kaynakların, sık görölen, çok öldüren ve sakat bırakan hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için kullanılması doğrultusunda çaba gösterilmektedir. Bunun yanı sıra koruyucu hizmetlerde görev alacak hekim dışı sağlık iş gücünün yetersizliği ve kadınların o dönemde sahada istihdam edilmesinin zorluğu nedeniyle erkek personel eğitime ağırlık verilerek sağlık memurları yetiştirilmiştir.

Hükümet tabipliği, sivil yönetimin örgüt yapısına uygun olarak, ilçe temelinde örgütlenmiş, hükümet tabiplerine bulaşıcı hastalıklarla savaş, adli tabiplik,

yoksul hastaların teşhis ve tedavisi ile genel idari işler verilmiştir. Bunların resmi görevlerinin yanı sıra özel muayenehane açabilmelerine, buldukları yerde eczane yoksa ilaç satabilmelerine izin verilmiştir.

1.6.5.2. 1939-1960 Dönemi

Cumhuriyetin ilanından sonra kurulan sağlık örgütlenmesi bu dönemde de devam etmektedir. 1939-1960 döneminde yaşanan önemli gelişme ve değişiklikler şunlardır:

-Büyük sıtma salgınları nedeniyle 1945 yılında “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır.

-1945 yılında SSK kurulmuş, 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan bu kuruma, finansmanının yanı sıra sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkileri de verilmiştir.

-Dr. Behçet Uz (1893-1986)’un başkanlığı sırasında 1946-1947 yıllarında hazırlanan bir plana göre yaklaşık 20.000 nüfusa hizmet verecek “sağlık merkezleri” tasarlanmış, 10 hasta yatağının bulunacağı bu sağlık merkezlerinde, 2 hekim, 11 hekim dışı sağlık personelinin görev yapması, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesi öngörülmüşse de bu plan uygulamaya tam olarak konulamamıştır.

-1949 yılında yapılan bir düzenleme ile verem savaşı için kentlerde “Verem Savaş Dernekleri” kurulmuştur.

-1952 yılında “Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü” (AÇS) kurulmuş ve AÇS merkezleri, şubeleri ve istasyonları açılmıştır. Dr. Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi edici hizmetler, Sağlık Bakanlığı’na üstlenilmiş, belediye hastaneleri devletleştirilmiştir. Buna bağlı olarak koruyucu hizmetlerde görev yapan personelin hastanelere kayması ve hizmet açığının doğmasına yol açılmıştır. Hastanecilik alanında büyük gelişmeler sağlanırken, koruyucu hizmetler gerilemiş, özellikle hekim dışı sağlık personeli yetişmesine gereken önem verilememiştir (<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, 03 Ağustos 2015 tarihinde erişildi).

-1950’li yıllarda, Demokrat Partinin iktidara gelmesiyle sağlık politikalarında dönüşüm başlamıştır. 1953 yılında, özel idareye bağlı hastanelerin merkezi idareye devri dönemin en önemli gelişmesidir. Bu karar, tedavi edici sağlık hizmetlerinin

standartlarını yükseltmesi ve tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesine imkân sağlaması yönleriyle isabetli olduğu düşünülmektedir.

-Bu dönemde, teknolojik gelişme ile birlikte hastalıkların tedavisinde ilerlemeler kaydedilmiş, ancak tedavi maliyetleri de yükselmiştir. Ulaşım olanaklarının artması ve hızlı kentleşme sonucunda, büyüyen sağlık hizmeti talebinin karşılanamaması beraberinde yeni sorunları getirmiştir. Bakanlık yeni sağlık kurumları açmak bir yana, mevcutlara yeterli sağlık personeli sağlamakta zorlanmış, personel yetersizliği olan bölge ve kurumlarda hizmeti çekici kılacak olanaklar sağlayamamıştır. Bir başka ifadeyle, kamu sağlık kuruluşları tarafından arz edilen sağlık hizmeti, artan talebi karşılayamaz hale gelmiştir. Hekimler için kamu kesiminde çalışmanın çekiciliğini kaybetmesine bağlı olarak, özellikle büyük şehirlerde, özel muayene sayıları artmıştır.

-1950'li yılların sonuna gelindiğinde bugün olduğu gibi sağlık hizmeti arz ve talebi açısından memnun edici sonuca ulaşamamıştır. Hizmet isteyenler, kuyruklarda bekleyip muayene olamamaktan, hizmet sunanlar ise haklarını alamamaktan şikâyetçi idiler. Sıkıntılarını giderilmesi için çözüm arayışları sonucunda 1960'ların başında "hasta hizmetin verildiği yere gelmeyerek, hizmet hastanın olduğu yere götürülme" yaklaşımı gündeme gelmiştir (Dağlı, 2006:55).

1.6.5.3. 1961-1980 Dönemi

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi başlıklı kanun 1961 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin yaygın, sürekli, entegre ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sunulması amaçlanmaktadır. Ulusal sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışı kabul görmüş ve sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri biçiminde bir yapılanma gerçekleşmektedir. 1963 yılında, ilk beş yıllık kalkınma planında sağlığa da yer verilmiş ve sektöre ilişkin şu hedefler konulmuştur:

- Koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmek, yaygınlaştırmak ve Sağlık Bakanlığı aracılığıyla sunmak,
- Sağlık personelinin dengeli bir şekilde dağılımını sağlamak,
- Döner sermaye sistemini devlet hastanelerine uygulamak,
- Yerli ilaç endüstrisini güçlendirmek,

-Özel hastanelerin kurulmasını desteklemek (Sülkü, 2011:4).

1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilmiştir. Anayasa doğrultusunda hazırlanan birinci beş yıllık kalkınma planında devletin sağlık idaresinde temel amacının halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaçlara ulaşmak için tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük gruplara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla yeniden düzenlenmesi amacıyla zamanın Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek (1914-1990)'in önderliğinde hazırlanan, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece sağlık hizmetleri tarihimizde “Sosyalleştirme Dönemi” olarak adlandırabileceğimiz dönem fiilen başlamıştır.

Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri uygulamasına 1963 yılında başlanırken 1977 yılına kadar hizmetlerin tüm ülkeye yayılması hedeflenmekteydi. Bunun yanı sıra 1982 yılında ise, her 5000 kişiye bir “Sağlık Ocağı” kurulmasının tamamlanması öngörülmekteydi. Programın ülkenin tümüne yayılmasıyla, birçok kuruluşça belirli bir sistemi olmadan ayrı ayrı yürütülen hizmetlerin doğurduğu sakıncalar giderilerek, hizmetler eğitim ve denetim zinciri ile birbirine bağlanarak, mevcut kaynakların en verimli şekilde kullanılması sağlanacaktı.

224 Sayılı yasa sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak olarak düzenlemektedir. Bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi gerektiğini en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi ile yazılı hale getiren ilk yasa olması sağlık sisteminde önemli bir gelişme olarak dikkat çekmektedir (Akdur, 2006:32). Bu yasa ile sağlık hizmetlerinin her alanda bütünleştirilmesi ve tek elden yurda yayılması amaçlanmaktadır. Ancak izleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalar ile bu yasanın amacına uygun yürütülen sağlık politikaları birbiriyle çelişmektedir. Bunun bir sonucu olarak, ülke koşullarına uygun olan Sosyalleştirme Programı, merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi sağlık alanı iki ayrı politikanın

çekişme/çatışma alanı haline getirilerek, programın başarılı olmasını zorlaştıran bir ortam oluşturduğu görülmektedir.

Cumhuriyet'in başından 1970'li yıllara kadar hizmetlerin kamu eliyle görülmesini benimseyen bir politika izlenmektedir. Hükümetler düzeyinde zaman zaman bu politikaya karşı çıkışlar ve bu politikayı engelleme girişimleri yapılmakta ve açıkça bu politika değiştirilmediği/değiştirilemediği gibi aktif özelleştirme programı da uygulanamamıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak, her geçen yıl kamu ağırlığı artmıştır (Akdur, 2006:33).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile hükümet tabipliği yerine nüfus temel alınarak sağlık ocaklarının kurulması öngörülmüştür. İlk kez 1963'te Muş ilinde başlayan uygulamalar her yıl birkaç ile daha yayılarak 1979'da 45, 1982 yılında ise 53 ile yayılmış, 1983 yılında yapılan bir düzenleme ile tüm ülkede bu kanuna uygun sağlık örgütlenmesine gidilmesi sağlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır;

- Eşit hizmet,
- Sürekli hizmet,
- Entegre hizmet,
- Kademeli hizmet,
- Öncelikli hizmet,
- Katılımlı hizmet,
- Ekip hizmeti,
- Denetlenen hizmet,
- Uygun hizmet
- Nüfusa göre hizmettir.

Bu ilkelere uygun olarak tasarlanan örgütlenme modeli şöyledir:

Sağlık örgütlenmesinin temel birimi, 5-10 bin kişiye birinci basamak hizmeti verecek olan sağlık ocaklarıdır. Her sağlık ocağında bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, 2-4 köy ebesi, bir tıbbi sekreter, bir hizmetli ve şoför bulunmaktadır.

Böylece sağlık ocakları ekip anlayışı içinde, kendi bölgesindeki tüm nüfusa, birinci basamak tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Personel sorumlu olduğu bölgede oturarak sürekli hizmet etmekte ve gerektiğinde gezici olmaktadır.

Sağlık ocakları, tedavi edici hizmetler yönünden devlet hastanelerince, koruyucu hizmetler yönünden ise sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenerek, sevk zinciri kurulmaktadır. Bu örgütlenme modeli kırsal kesimde başarılı olmuşsa da çeşitli nedenlerle kentsel kesimde bir türlü etkinleştirilememiştir (<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, 03 Ağustos 2015 tarihinde erişildi).

Sosyalleştirme programı uygulamasından önce ülkemizde sağlık hizmetleri dağınık bir şekilde yürütülmekteydi. Merkezlerde yoğunlaşan sağlık örgütleri, çoğunluğu yataklı tedavi kurumları olmak üzere yığılmalara neden olmakta idi ve yeterli hizmet verilemiyordu. İlçe ve köylerde sağlık hizmeti vermek üzere kurulan örgütlerde merkezi bir yapı bulunmadığından, personel ve mali imkansızlıklar nedeni ile istenilen sonuca ulaşılamamaktadır (Dağlı, 2006:58).

Çağdaş bir anlayışın izlerini taşıyan sosyalizasyon modelinin program hedefleri sürekli ertelense de, temel ilkeleri bugün de geçerliliğini korumaktadır. Sistemin hekim gereksinimi için başlangıçta düşünülen özendirici önlemlerle “gönüllü hizmet” ilkesinden 1981’de çıkarılan “mecburi hizmet” yasasıyla büsbütün vazgeçildiği görülmektedir. Ancak böyle zorunluluğa dayalı yöntemle doldurulan kadroların üreteceği hizmetin niteliğinin nasıl olacağı ayrı bir tartışma konusu olarak göze çarpmaktadır.

Genel olarak 1960-1980 dönemi incelendiğinde, dönemin en önemli gelişmesinin sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi olduğu tespit edilmektedir (Dağlı, 2006: 59).

1.6.5.4. 1981 ve Sonrası

1980 sonrası dönemde, sağıkta özelleştirme de aracı olarak “Genel Sağlık Sigortası” gündeme getirilmiş; hatta bu yaklaşım,1982 Anayasası’na da yansıtılmıştır.1961 Anayasası’nda bir hak olarak tanımlanan sağık; 1982 Anayasasında bir hizmet olarak tanımlanmaktadır. Böylece sağık bir insan hakkı olarak tanımlanmayarak, devlet tarafından karşılanması öngörülen bir gereksinim

olmaktan çıkarılmış olmaktadır. Devletin sağlık alanındaki temel görevinin sağlık kuruluşlarının planlanması ve düzenlenmesine ilişkin hüküm ile genel sağlık sigortasına zemin hazırlanmakta ve bu da 1982 Anayasası'nın sağlık alanına bakışının farklı olduğunu göstermektedir.

Genel sağlık sigortası ile halkın özellikle ayaktan tedavi için sağlık tesislerine müracaatlarının artması beklenmekteydi. Günümüzde de süren yeterli sayı ve nitelikte hekim bulma ve sağlık ocaklarını tam kapasite çalıştırmada yaşanan sıkıntılar nedeni ile müracaatların karşılanamayacağı kaygısı duyulmuştur. Sigorta gelirlerinin istenilen düzeyde olmaması durumunda gider fazlalığının devlete yeni mali yükler getireceği düşünülerek genel sağlık sigortası ile ilgili çalışmalara devam edilememiştir.

Dünyada ortaya çıkan değişimin etkisiyle, 1980 sonrasında Türkiye'de sağlık politikasında genel eğilim, sektörde piyasa koşulları ve kurallarının egemenliğini sağlamaya yönelik olmuştur. Bu genel eğilime karşılık, özel girişimlerin sağlık sektörüne ilgisi yeterince yükseltilememiş, koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamında, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise tamamına yakın kısmında kamu kesimi günümüze kadar egemen konumunda kalmaya devam etmiştir (Dağlı, 2006:59-60).

Bir yandan özelleştirme için hükümetler düzeyinde çaba gösterilmekte ve adeta zorlamalara başvurulmakta iken öte yandan kamu kuruluşları aracılığıyla yatırımlara devam edilmektedir. Ancak bütçeden ayrılan para olabildiğince azaltılmakta ve en az düzeyde tutulmaktadır. Sonuçta bir yandan var olan kamu hizmet birim ve kuruluşları hizmetlerini sürdürebilmek için kaynak sıkıntısı çekerken öte yandan da yatırımlar çok uzun sürelere yayılmakta, inşaat tamamlansa bile içinin donanımı yapılamamaktadır. Böylece kamu sağlık hizmetlerinde kalitesizlik ve verimsizlik olgusu yaşanmaktadır.

Türkiye'de, günümüz sağlık sektöründeki tüm yapı ve uygulamaları bu ikili politika ya da iki politikanın çekişmesi belirlemekte olup, adeta bir karmaşa ortamı yaşanmaktadır. Bu karmaşanın doğal bir sonucu olarak, sağlık politikasının alt politikaları ya da pratikteki uygulamaları olan finansman, örgütlenme ve insan gücü alanlarında bir karmaşa ve belirsizlik vardır. Örneğin; finansman konusunda dünyada bilinen tüm yöntemlerin bir karması uygulanmakta olup, belirgin ve kesin olarak

yeğlenmiş sağlık finansman biçimi yoktur. Aynı şekilde örgütlenmede de dünyada bilinen tüm örgütlenme biçimleri uygulanmaktadır. İnsan gücünün gerek yetiştirilmesi gerekse istihdamı konusunda da net bir uygulamadan söz edilememektedir. Dünyada bilinen tüm istihdam biçimleri var olup, bunlar arasında yatay ve dikey geçişler de söz konusudur. Örneğin aynı hekim hem devlet memuru, hem ek görevi var, hem de özel çalışabilmektedir. Özetle, Türkiye’de ne genel sağlık politikası anlamında ne de bunların alt politika ya da uygulamaları anlamında, belirlenmiş ve kararlaştırılmış net bir ortam yoktur.

Sağlık hizmetlerine kamudan yeterli kaynak ayrılmamakta, ayrılan kaynak ise verimli kullanılmamaktadır. Hizmetler birbiri ile eşgüdümü olmayan onunda ötesinde bir birinden habersiz kurum ve kuruluşlarca yürütülmektedir. Sektöre hâkim olan bu karmaşa nedeni ile sağlık hizmetleri, hizmet alanların da hizmet verenlerin de memnun olmadığı bir yapı haline gelmiştir (Akdur, 2006:35).

1.6.5.5. 2000’li Yıllar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye’de 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” uygulanmaya başlanmıştır. Sağlıkta dönüşüm programının amacı sağlık hizmetlerini kaliteli, çağdaş, adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır (Sülkü, 2011:1).

Ülkemizde sağlık sektörünün yeniden yapılanmasına yönelik çalışmalar son yıllarda önem kazanmaktadır. Ancak bu çalışmalar zaman zaman çeşitli nedenlerle kesintiye uğrayarak özellikle yasal değişimi gerektiren çalışmalar da yasalaşma sürecinde yaşanan tikanıklar sebebiyle hayata geçirilemediği görülmektedir.

58. ve 59. Hükümet Programı’nda ve buna bağlı olarak hazırlanan Acil Eylem Planı’nda tanımlanan Kamu Yönetimi Reformu kapsamında; “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler şunlardır:

- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,

- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve ocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının zendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada ncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında da e- dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Hükümet Programında yer alan bu temel hedeflerden yola çıkılarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı Taslağı Sağlık Bakanlığı ile çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın müşterek çalışmasıyla hazırlanmıştır.

Bu program çerçevesinde özellikle multi-sektörel bir yaklaşım içerisinde, sağlık hizmet sunumunu ve finansmanını ayıran, ancak ikisini de eş zamanlı ele alan bir modeli öngören yapıda; Sağlık Bakanlığı, alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte aşağıda önerilen başlıklar altında yeni bir strateji ve aktivite planı hazırlanmıştır.

Bu program çerçevesinde, sağlık hizmet sunumunu ve sağlık sektörünü yeniden yapılandırmayı hedef alan beş temel başlık belirlenerek, bu konular Sağlık Bakanlığı, alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile ortaklaşa geliştirilerek projelendirilmiştir. Bu dönüşüm programı çerçevesinde, ihtiyaç duyulabilecek alanlarda mali ve teknik destek sağlamaya yönelik olarak, Dünya Bankası teknik heyeti ile de st düzeyde çalışmalar yürütülmüştür.

Bu alışmalar çerçevesinde, her iki bakanlık st düzey yöneticileri ve teknik çalışanları ile Dünya Bankası Teknik alışma Grubu'yla birlikte hazırlanan; Hazine Müsteşarlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından da onaylanan Değerlendirme Notu (Aide Memoire) kapsamında beş temel başlık belirlenmiştir. Değerlendirme notunda tanımlanan kurumlar arası çalışma grubu üyelerince aşağıda ayrıntılı bir Şekilde ifade edilen "Türkiye Sağlık Dönüşüm Projesi" kapsamında ele alınması öngörülen çalışmalar bu beş ana başlık altında rapor haline getirilmiştir.

Programın ana hatlarını, yöntemlerini ve geliştirilmesi planlanan yönleri ortaya koyan bu raporun hayata geçirilmesi sürecinde yürütülecek çalışmalar öncesi, ulusal ölçekte ilgili taraflarla paylaşılıp zenginleştirilmesini ve toplumsal anlamda sahiplenilmesini sağlamaya yönelik olarak yapılacak “Ulusal Fikir Birliği Toplantısı”nda görüşmeye açılması planlanmaktadır.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana amaçları şunlardır (Sağlıkta Dönüşüm Programı Konsept Notu, 2003:2-4):

- Sağlık Bakanlığının yönetim yapısının yeniden düzenlenerek, önderlik, planlayıcılık ve denetleyicilik rolünün güçlendirilmesi,

- Genel Sağlık Sigortası,

- Sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması,

- Bilgi ve beceri ile donatılmış yüksek motivasyonlu çalışan sağlık insan gücü

-Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (e-sağlık).

1.6.5.6. Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları

Ülkemiz sağlık yönetiminde 2003 yılında başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2010 yılına kadar her yıl reform niteliğinde düzenlemeler yapılmıştır. Bu kısımda tarih sırasına göre gerçekleşen reformlar açıklanmaktadır.

1.6.5.6.1. 2003 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları

2003 yılında gerçekleşen reformlar aşağıda verilmektedir:

- Ambulans hizmetlerinin ücretsiz yapılması,

- Ödeme yapılmadığı için hastaların hastanede rehin tutulması sisteminin ortadan kaldırılmasına yönelik mekanizmanın uygulanması,

- Toplam Kalite Yönetimi'nin Sağlık Bakanlığı'nda uygulanması,

- Performansa dayalı ödemelerin 10 Sağlık Bakanlığı hastanesinde pilot olarak uygulanması,

- Kızamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası bağlamında aşılama günlerinin organize edilmesidir.

1.6.5.6.2. 2004Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları

2004 yılında gerçekleşen reformlar aşağıda verilmektedir:

- Bireysel performansa dayalı ödeme sisteminin Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında uygulamaya geçirilmesi,
- Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavi kapsamına alınması,
- Maliye Bakanlığı kararnamesi uyarınca geri ödeme kararlarından sorumlu Geri Ödeme Komisyonu'nun Kurulması,
- Hekim seçme hakkının Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanması,
- Ülke çapında gebelere ücretsiz demir desteği sağlanmasıdır.

1.6.5.6.3. 2005 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları

2005 yılında gerçekleşen reformlar aşağıda verilmektedir:

- Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavide verilen reçeteli ilaçlarının kapsama alınması,
- Kurumsal ve kalite kriterlerinin Sağlık Bakanlığı kuruluşlarındaki performansa dayalı ek ödeme sistemine eklenmesi,
- SSK eczanelerinin kapatılması ve üyelerin özel kuruluşlara erişimine izin verilmesi,
- SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi,
- İlaçlar için Yeşil Kartlılara yönelik katkı payı koşulu getirilmesi,
- Aile Hekimliğinin ilk olarak Düzce'de uygulamaya konulması,
- İlaçlar için ruhsatlandırma yönteminin kabul edilmesidir.

1.6.5.6.4. 2006 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları

2006 yılında gerçekleşen reformlar aşağıda verilmektedir:

- Sağlık Bakanlığı hastaneleri için global bütçenin uygulamaya başlanması,
- 5502 Sayılı Kanun (Sosyal Güvenlik Kurumlarının Entegrasyonu) uygulamasına başlanması,
- Aile Hekimliğinin Eskişehir, Edirne, Denizli, Adıyaman ve Gümüşhane illerinde uygulamaya konulması,

- SGK da ilaç harcaması takip sisteminin kurulması ve SGK için MEDULA'nın başlatılması,

- Sağlık için Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Kanunu'nun Meclis'te kabul edilmesi,

- Kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşılarının rutin aşılama programına alınmasıdır.

1.6.5.6.5. 2007 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları

2007 yılında gerçekleşen reformlar aşağıda verilmektedir:

- Sosyal güvence kapsamında olmasa bile birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi,

-Ambulans hizmetlerinin kırsal erişimi zor alanlarda daha erişilebilir hale getirilmesi,

-Aile hekimliğinin Elazığ, Isparta, Samsun ve İzmir illerinde uygulamaya konulması

- Yeni Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) kabulüdür. Buna göre;

1) SSK ve Bağ-Kur için Sağlık Bakanlığı hastanesinden üniversite hastanesine sevk zorunluluğunun kaldırılması,

ı1) Kronik rahatsızlığı olan hastaların önce hekim onayı olmadan eczanede tekrar reçete yaptırabilmesi,

ıı1) SGK ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde CPT (Ödeme Şekli) ve ICD-10'a (Uluslararası İlaç Kodlama Standardı) dayalı ayakta ve yatan hasta prosedürlerine yönelik toplu (sabit fiyat) ödemenin getirilmesi,

ıv) SGK ile sözleşmeli hastanelerin tüm Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerin talepleri MEDULA üzerinden bildirme zorunluluğu getirilmesidir.

1.6.5.6.6. 2008 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları

2008 yılında gerçekleşen reformlar aşağıda verilmektedir:

- Özel Ayakta Tanı ve Tedavi Merkezleri konulu yeni sağlık yönetmeliğinin kabul edilmesi ve “İhtiyaç Ruhsatı” koşulunun konulması ve yeni ruhsatlandırma prosedürlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilmesi,

- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) kanunu değişikliklerinin Meclis tarafından kabulü ve Cumhurbaşkanı tarafından imzalanması,

- GSS uygulamasının başlaması ve Yeşil Kart programının GSS kapsamına alınması,

- Pentavalan (Difteri, tetanos, boğmaca, çocuk felci ve Hib enfeksiyonlarına karşı) aşıların rutin bağışıklama programına alınması,

- Açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun’un kabul edilmesidir.

1.6.5.6.7. 2009 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları

2009 yılında gerçekleşen reformlar aşağıda verilmektedir:

-2009 yılında Sağlık Bakanlığı hastaneleri için global bütçe uygulamasına başlandı.

- Kamu Personelinin GSS kapsamına alınması hakkında tebliğ, 27436 sayılı Resmi Gazete’de açıklandı. 15.01.2010 tarihinden itibaren ilgili kayıt ve işlemlerin SGK’na devir alınması kararı alındı.

1.6.5.6.8. 2010 Yılında Gerçekleşen Sağlık Reformları

2010 yılında gerçekleşen reformlar aşağıda verilmektedir:

- Kamu personeli GSS kapsamına alındı,

- Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören ve “Tam gün” olarak bilinen yasa tasarısı, TBMM Genel Kurulu’nda kabul edilerek kanunlaştı,

-SGK, hastadan aldıkları fark ücretini belirlemek için anlaşmalı olduğu özel hastaneleri sınıflandırdı,

- 5997 Sayılı kanunla Yeşil Kart uygulamasının 01.01.2012 tarihine kadar yürürlükte kalması düzenlendi (Sülkü, 2011:9).

1.6.5.6.9. 2011-2014 Yıllarında Gerçekleşen Sağlık Reformları

2011 ve 2014 yılları arasında gerçekleşen sağlık reformları aşağıda verilmektedir (663 Sayılı KHK, 2011; 6428 Sayılı Kanun, 2013; Uğurluoğlu vd., 2013:166,172).

-2004 yılında Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiş ve 2010 yılı sonu itibari ile ülkemizin her yerinde aile hekimliği fiilen kurulmuş ve uygulanmaya başlanmıştır.

-2011 yılından itibaren Aile Hekimliği uygulaması genişletilerek, aile hekimlerinin bulunduğu her yerde "Toplum Sağlığı Merkezi" açılması için bakanlık gerekli mevzuat değişikliğini yapmıştır. Böylece Toplum Sağlığı Merkezi için gerekli teçhizat ve demirbaşlar ile ihtiyaç duyulan kadrolar tahsis edilmiş, ülke genelinde hızla uygulanmaya başlanmıştır.

-2010 yılında Bakanlar Kurulu tarafından kabul edilen 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısında köklü değişiklikler yapıldı.

-663 sayılı KHK ile kamu sağlık işletmeleri (hastane statüsünde sayılanlar) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlanarak ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarının tek bir merkezden yönetilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla her ilde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak, o ildeki tüm Kamu Sağlık İşletmeleri bu birliklere bağlanarak hastane yönetiminde özerk yapı güçlendirilmiştir.

-663 sayılı KHK ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurularak, her ilde Halk Sağlığı Müdürü atanmış ve tüm aile hekimlerinin ve toplum sağlığı merkezlerinin bu teşkilata bağlanması ile birinci basamak sağlık hizmetinde uzmanlaşma amacı güdülmüştür.

-2011 Yılında 663 sayılı KHK ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu fiilen kuruldu.

-2012 Yılında tüm vatandaşlar zorunlu olarak GSS kapsamına alındı.

-2013 Yılında kabul edilerek yayınlanan Şehir Hastaneleri Kanunu ile 14 ilde 15 Şehir Hastanesinin kurulması amaçlanmaktadır. Şehir Hastaneleri, kamu ve özel sektörün birlikte yapacağı ve özel sektörün otuz yıl işletip devlete devredeceği bir

projedir. Bu proje ile yapılması amaçlanan şehir hastaneleri, büyük bir sağlık kompleksi olarak Türkiye tarihinin en büyük sağlık projelerinden biri olarak görülmektedir. Şehir hastanelerinde ayrıca ihtisaslaşmaya gidilerek kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi, ruh sağlığı hastanesi, kalp damar hastalıkları hastanesi, onkoloji hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi gibi yan dal hastanelerini de kapsamaktadır.

1.6.5.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasının Karşılaştırılması

GSS'nin uygulanma tarihinin 2008 yılına ertelenmesine rağmen, SGK'nın hayata geçirilmesi ile yasal düzenlemeye gerek olmayan bazı uygulamaların yürürlüğe konulması 15.06.2007'de SUT ile sağlanmıştır.

Bu dönem GSS kapsamında olup da hayata geçirilen uygulamalar ile eski sistemle karşılaştırılmasının maddeler halinde sunumu aşağıda verilmektedir:

- SSK ve Bağ-Kur'lulara, anlaşmalı üniversite hastanelerine doğrudan müracaat edebilme imkânı sağlandı. Eski uygulamada bu hak sadece ES sigortalılarına tanınıyordu. SSK'lılar devlet hastanelerinden sevk alarak müracaat ediyor, Bağ-Kur'lular ise üniversite hastanelerindeki tedavi giderlerini kendileri karşılayıp sonra Bağ-Kur'dan talep ediyorlardı. Geri ödemede çıkan fark ise hasta tarafından cepten karşılanıyordu. Ayrıca SUT ile tüm sigortalılara sözleşmeli özel sağlık tesislerine ayakta ve yatarak tedavilerde doğrudan müracaat edebilmeleri imkânı sağlandı.

- Eski uygulamada SSK'lılar sağlık tesislerine vizite kâğıdı, sağlık karnesi ve resmi kimlik belgesi sunmak zorundayken, yeni uygulamada bu belgelerden sadece biri yeterli olmaktadır.

- Yatarak tedavilerde ilaçların ve diğer tıbbi malzemelerin hastane tarafından temini şart kılınılmaktaydı. Ayrıca zorunlu olarak temin ettirilen tıbbi malzeme ücretlerinin tamamı hastaya geri ödenmekteydi. Eski uygulamada hastane eczanesinde bulunmayan ilaçlar, reçete ile serbest eczanelerden hasta veya yakınları tarafından temin edilmekteydi. Ayrıca hastanenin temin ettiği tıbbi malzemelerin ödenmesinde Bütçe Uygulama Tebliği (BUT) fiyatlandırmasına göre fark çıkması halinde, bu miktar hasta tarafından cepten karşılanılmaktaydı.

- Uzun süre ilaç kullanılması zorunlu hastalıklarda hasta için rapor ve reçete, iki yıl geçerli olmak üzere sadece bir kez düzenlenerek hastaların doğrudan eczaneye başvurarak üçer aylık dönemlerde ilaçlarını alabilmelerine imkân tanınmaktadır. Oysa eski uygulamada hastalar, her üç ayda bir sağlık tesislerine giderek, yeniden reçete yazdırmak sureti ile ilaçlarını eczaneden almaktaydı.

- Yeni uygulama ile sağlık tesisleri tetkik ve tahlil için dışarıya sevk yapma uygulaması kaldırılarak, hastanelerin bu hizmetleri özel merkezlerden dışarıdan sağlanan hizmet kapsamında alarak tüm tetkik ve tahlilleri yaptırmalarının önü açılmaktadır. Eski uygulamada sağlık tesislerinde yapılamayan tetkik ve tahliller için hastalar, özel merkezlere sevk edilmekteydi. SSK'lılar sadece sözleşmeli merkezlere gitmek zorundayken Bağ-Kur'lular, özel merkezlere gittiklerinde tetkik veya tahlil bedellerini kendileri ödeyip, daha sonra geri ödeme talep ediyorlardı. Bu şekilde oluşabilecek ücret farkını Bağ-Kur'lu cepten karşılamaktaydı.

- Bağ-Kur ve ES sigortalılarında olduğu gibi SSK'lıların tüm dış tedavileri için devlet hastaneleri ve sözleşmeli üniversite hastanelerinden sevk alarak, özel muayenehanelere veya özel sağlık tesislerine tedavi için başvurabilmesi sağlanmıştır. Eski uygulamada SSK, sadece protez için özele sevk yapıyordu. SUT ile özürülülere, özel muayenehanelere ve özel sağlık tesislerine doğrudan gitme hakkı tanınmıştır.

- Bütün sigortalıların şehir içi ve dışı ambulans bedelleri yeni düzenlemeyle sigorta kapsamına alınmıştır. Eski uygulamada, ES sigortalıları için bu hizmet ücretsiz sağlanırken, SSK'lılar şehir dışı ambulans hizmetleri için ödeme yapmak zorundaydı. Bağ-Kur'da ise ambulans kullanım bedelleri ödenmiyordu.

- Elektronik ortamda hastaların durumunu takip edebilmek amacıyla hastalara yapılan ödemeler, MEDULA'ya geçirilerek elektronik ortamda hasta odaklı takip sistemi geliştirilmiştir. Eski sistemde sadece kişinin hak sahipliği sorgulaması elektronik ortamda yapılabilmekteydi (Sülkü, 2011:12-14).

1.6.6. Ülkemizde e-sağlık Uygulaması

Ulusal Sağlık Bilgi Sistemleri (USBS) projesi, ülkemiz sağlık sisteminde yer alan bilişim sistemlerinin en üst düzeyde kullanıldığı; hastaların doğumundan ölümüne kadar geçen sürede sağlığı ile ilgili tüm bilgilerinin yer aldığı bilgi sistemidir. Hastaların ülkemizin her hangi bir yerindeki sağlık kuruluşlarından aldığı

sağlık hizmeti ile ilgili bilgiler farklı şehirlerden de görülebilecek ve hastalığının takibi kolaylaşacaktır.

Örneğin bir hasta daha önce Sinop ilinde tomografi çektiğinde bu tomografi filminin sonuçlarına Manisa'da doktor ulaşabilecek ve hastayı takip etmesi kolaylaşacaktır.

Sağlık bakanlığının yıllardır üzerinde çalıştığı ve henüz tamamlanamayan e-Sağlık Projesi'nin temel amaçları SB'nin 2014 yılında yayınlanan "SB 2013 Yılı Faaliyet Raporu" nda yer almaktadır. Bahsi geçen amaçlar aşağıda verilmektedir (SB Faaliyet Raporu, 2013:21-23):

- Sağlık veri standardizasyonunun sağlanması
- Veri analiz desteği ve karar destek sistemleri oluşturulması
- e-Sağlık paydaşları arasında veri akışının hızlandırılması
- Elektronik kişisel sağlık kayıtlarının oluşturulması
- Kaynak tasarrufunun sağlanması ve verimliliğin artırılması
- e-Sağlık kavramının ulusal anlamda benimsenmesinin hızlandırılmasıdır.

Ülkemizde sunulan e-sağlık uygulamaları aşağıda sıralanmaktadır. (SB Faaliyet Raporu, 2013:21-25):

- Sağlık-Net
- Tele Tıp,
- Elektronik Sağlık Kayıtlarıdır.

Sağlık-Net, Sağlık kurum ve kuruluşları arasında sağlıkla ilgili her türlü bilginin belirli standartta toplandığı, depolandığı ve gerektiğinde sunulduğu bir elektronik ağ sistemidir. Verilerin hızlı ve ekonomik bir şekilde iletilmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu sistem ile sağlık kurumlarının veri tabanı yönetim maliyetleri düşecek ve daha kaliteli hizmet sunabilmek için gerekli bilgilere kısa sürede ulaşılacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA BİLGİ TEKNOLOJİLERİ

Bilgisayarın günlük hayata girmesiyle insanoğlunun yaşantısı ve geleceği önemli ölçüde etkilenmekte; bilgisayar ile interneti kullananların sayısı her geçen gün büyük bir hızla artmaktadır. Teknoloji geliştikçe bilgisayarların işlem yapma hızları ve bilgi depolama kapasitelerinde hızlı artışlar yaşanmaktadır. Böylece pahalı olarak görülen bilgisayar teknolojisi herkesin rahatlıkla temin edebileceği fiyat seviyelerine düşerek kullanıcı sayısını artırmaya devam etmektedir. Bunun sonucunda internet kullanıcıları günlük hayatta gerçekleştirilen birçok işi ve/veya işlevi evlerinden, iş yerlerinden veya mobil teknoloji aletleri ile internet üzerinden kısa sürede gerçekleştirebilmektedir. Evimizdeki veya işyerimizdeki bilgisayarımızdan günlük gazetelerimizi okuyabilmekte, faturaları ödeyebilmekte, bankacılık işlemlerini yapabilmekte, sağlık hizmetleri ile ilgili randevuları almak, bilişim çağında en çok kullanılan internet uygulamalarına örnek olarak verilebilmektedir (Kazdağlı, 2002:5).

Bu bölümde veri ve bilginin tanımından ve türetilmesinden bahsedilerek bilginin toplumdaki önemi, bilginin saklanması ve bilgi sistemleri açıklanmaktadır. Sonraki kısımlarda sağlık bilgi sistemleri, sağlık bilgi sistemlerinin sağlık hizmeti sunumu üzerine etkileri, sağlık bilgi sistemlerinin kullanımında karşılaşılan sorunlar ve Türkiye’de sağlık hizmeti üreten kurumlarda sağlık bilgi sistemleri uygulamalarına yer verilmektedir.

2.1. Bilgi ve Bilgiyle İlgili Temel Kavramlar

18. ve 19. yy.’lara damga vuran sanayi devrimiyle birlikte toplumun yapısında önemli değişimler yaşanmıştır. 20. yy’ın sonlarında, sanayi toplumu yerini hızla gelişen bilgi toplumuna bırakmakta ve dünyada yeni bir dönem başlamaktadır. Değişik terimlerin kullanıldığı bu dönem genellikle; “Bilgi Toplumu”, “Teknoloji Çağı” veya “Bilgisayar Çağı” gibi terimlerle ifade edildiği görülmektedir. Dolayısıyla henüz yeni gelişen bir alan olduğu için “Bilgi Yönetim Sistemleri” ile “Bilgi Yönetimi” kavramları arasında kesin ve net bir ayırımın yapılmadığı görülmektedir (Onat, 2010:3).

2.1.1. Verinin Tanımı

Veri, gerçekleştirilen her işlem için belirli standartlara göre alınan kayıtlar olarak tanımlanmaktadır (Davenport ve Prusak, 2001:22). Verinin en önemli özelliği işlenmemiş olması diğer bir ifadeyle ham olmasıdır. Bu nedenle veriler işlenmedikleri sürece tek başlarına her hangi bir anlam ifade etmezler (Berberler, 2010:2). Veriler analiz formatına uygun kaydedilmelidir. Ancak analize uygun oluşturulan ve kaydedilen veriler analize tabi tutularak istenilen sonuçlara ulaşabilmekte ve ihtiyaç duyulması halinde analizin bir sonraki aşaması için gerekli verileri de bu süreçte oluşturmak mümkündür (Davenport ve Prusak, 2001:24). Veriler çeşitli veri kayıt cihazı ile kaydedilmekte ve dijital ortamda saklanmaktadır.

2.1.2. Enformasyonun Tanımı

Verinin istenilen formata dönüştürülmüş şekline enformasyon denir. Enformasyon kendi başına anlam ifade eden ve analizi yapacak kişilerin rahatlıkla kullanabileceği veri olarak tanımlanmaktadır. Veri ham veriden farklı olduğunda diğer bir ifadeyle anlamlı hale geldiğinde enformasyona dönüşmektedir (Zaim, 2005:67-68). Bunu gerçekleştirebilmek için verilere değer eklemek gerekmektedir. Veriler aşağıda belirtilen değer ekleme yöntemlerinden birinin veya birkaçının uygulanmasıyla enformasyona dönüştürülmektedir (Berberler, 2010:4):

- Kategorize Etme: Verilerin anlamlı olacak şekilde çeşitli kriterlere göre sınıflandırılmasıdır.
- Düzeltme: Analizde kullanılacak hatalı verilerin ayıklanması dolayısıyla verilerin gerçeği yansıtmasıdır.
- Hesaplama: İstatistiksel veya matematiksel yöntemler ile verilerin analiz edilme süresidir.
- Amaca Yönelme: Verilerin belirli bir analizde kullanılmak üzere hazırlanması ve bu amaç doğrultusunda kullanılmasıdır.
- Özetleme: Verilerin istenilen formatta kısa ve özü ifade edecek şekilde özetlenmesidir.

2.1.3. Bilginin Tanımı

Veri, bilgi üretiminde kullanılan ve anlam çıkarmaya elverişli işlenmemiş olgulardan meydana gelen; grafik ve tablo ile sayısal veya alfabetik semboller şeklinde sunulan olgulardır. İşte bu verilerin bir takım dönüştürme sürecinden geçirilip kullanıcı için anlamlı hale getirilmesi ile bilgi elde edilir. Enformasyon,

verinin anlamlı olacak şekilde belirli bir amaç doğrultusunda hazırlanmış halidir. Bilgi ise karar alma sürecine destek olmak amacıyla enformasyonun analize uygun bir formata dönüştürülerek analiz edilmesi ve analizden ulaşılan sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (Altın, 2008:32-34).

2.2. Bilgi Toplumu ve Önemi

Günlük yaşantımızda “bilgi toplumu”, “bilgi çağı”, “bilgi teknolojisi”, “bilgi alt yapısı”, “bilgi otoyolu” gibi terimler sıkça kullanılır hale gelmiştir. Bunun temel nedeni “bilgi”nin ekonomik kalkınma ve toplumların gelişmesi açısından taşıdığı önemin giderek artmasıdır (Tonta, 1999:363).

Bilgi Toplumu kavramının ilk kez Japonya’da ortaya çıktığı görülmektedir. 1966’da bu ülkenin planlamacılarına kılavuzluk etmek üzere hükümetçe görevlendirilen bilim, teknik ve ekonomi alanlarından oluşan bir çalışma takımı “Endüstri Toplumu” kavramına öykünerek, “Bilgi Toplumu” (Japonca: Johoka Shakai) deyimini geliştirmiştir (Güleş ve Özata, 2005:28).

Bilgi toplumu kavramı farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Bunlardan en dikkat çekici olanı; “Bilginin işlenmesinde, depolanmasında ve dağıtımında son yüzyılda meydana gelen teknolojik gelişmeler ön plana çıkarılarak bilgisayar ve iletişim teknolojisi ağırlıklı bir toplum” tanımıdır (Güleş ve Özata, 2005:29). Başka bir tanımda ise bir ülkedeki gayri safi milli hasılanın yüzde kaçının bilgi sektöründen geldiğine ya da bilgi ile ilgili işlerde çalışan insan gücünün toplam iş gücüne oranına bakılarak ekonomik ya da meslek ağırlıklı bir tanımlama yapılmaktadır. Bilgi toplumu kavramı diğer bir tanımda ise ağların “zamanı ve mekanı sıkıştırmak” suretiyle hızlı veri iletişimine imkan sağladığına dikkat çekerek, mekânsal açıdan tanımlamakta, kimileri ise eskiye oranla giderek artan toplumsal dolaşımdaki bilgi miktarını göz önünde bulundurarak kültürel ağırlıklı tanımlara yönelmektedirler (Güleş ve Özata, 2005:29).

Bilgi toplumunun insanı; tahlil, sentez, araştırmacılık, müteşebbislik, objektiflik, pratik yaratıcı düşünce, problem çözme ve karar verme hüner ve teknikleri, gereğinde grup çalışması yapabilme, etkili konuşma, etkili takdim, rapor yazma ve sunma tekniklerini çok iyi bilen insanların vasıfları olarak tarif edilmektedir.

Bilgi, gelişen bilişim ve iletişim teknolojileri ile hem daha çok artmakta hem de bilgiye erişim gittikçe daha kolay hale gelmektedir. Bilgi odaklı yeni toplum

yapısı, hızlı iletişim, sürekli değişim gösteren yeni teknolojiler bilginin tüm alanlarda temel güç ve kaynak kabul edildiğini göstermekte ve hayatımızın olmazsa olmazları arasında yer almaktadır (Çalık ve Pınar, 2009:5). Bilgi toplumunun en önemli bilgi toplayıcısı ve yayıcısı internet ve bilgisayarlardır.

Ekonomik hayatın bir parçası olan bilgi, iş hayatını büyük ölçüde etkilemiştir. Bilgi teknolojisindeki gelişmeler üretim, pazarlama, eğitim ve bankacılık alanında köklü değişikliklere yol açmıştır. Bilginin sağladığı imkânlar üreticinin ve tüketicinin hizmetine sunulmuştur.

Bilgi ağlarının gelişmesi sonucu, bilginin uluslararası denetimi, erişimi ve paylaşımı kolaylaşmıştır. Artık basılı formatı olan veya olmayan her türlü bilgiye bilgi ağları yoluyla kolaylıkla erişilebilmektedir. Bu erişim hangi uzaklıkta olursa olsun birkaç saniyeyi aşmamaktadır. Bu ağlar yoluyla bilginin dağıtımı kolaylaşmakta, belge ve bilgiler ihtiyaç sahiplerine teknolojinin sunduğu nimetler olarak kısa sürede ulaşmaktadır.

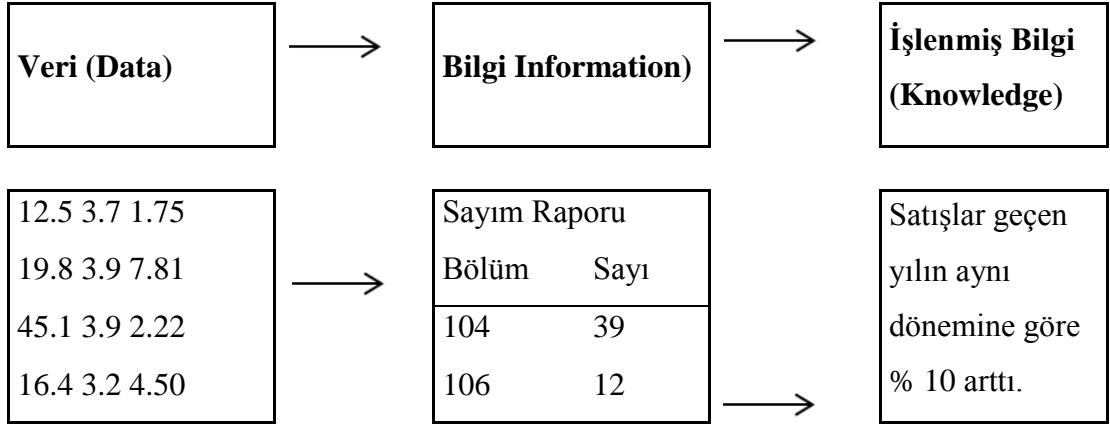
Teknolojik gelişmeyi bir hayat tarzı olarak algılayan bilgi toplumu ülkelerinde, haberleşme araçlarının yaygınlaşması ile zaman ve mekân boyutları kısalmış, ülke içerisinde olduğu gibi ülkeler arasında da bir bütünleşme doğmuştur.

Sonuç olarak, bilgi toplumu, ekonomide temel üretim faktörünün bilgi olduğu, insanların büyük çoğunluğunun bilgiye dayalı sektörde çalıştığı, sürekli olarak her alanda büyük miktarda bilginin üretildiği ve üretilen bu bilgilerin bilişim teknolojileri yardımıyla kolayca iletilebildiği, insanların üretilen bu bilgiye mekân ve zaman kısıtlaması olmadan kolayca ulaşabildikleri toplum yapısı olarak nitelendirilebilir (Güleş ve Özata, 2005:29-30).

2.3. Verilerden Bilgi Türetilmesi

Verinin (data) basit bir tanımı yapılmak istenirse veri; rakam, görüntü ve ses formatında kaydedilen, sınıflandırılan, depolanan ancak tek başlarına özel bir anlam ifade etmeyen maddeler, olaylar, hareketler ve işler olarak tanımlanmaktadır. Bilgi (information), alıcı için bir anlam veya değer ifade eden düzenlenmiş verilerdir. İşlenmiş bilgi (knowledge) ise, bir program veya aktiviteye uygulanmak üzere anlayış, tecrübe, uzmanlık ve bilgi birikimi ile işleme tabi tutulmuş veya düzenlenmiş (data) veri veya (information) bilgilerdir. Veri, bilgi ve işlenmiş bilgi arasındaki fark Tablo 2’de verilmiştir (Güleş ve Özata, 2005:30).

Tablo 2: Verilerden Bilgi Türetilmesi



Kaynak: Güleş ve Özata, 2005:30

Bilgi kavramı Latince “informato” kökünden gelmekte, “biçim verme”, “biçimlendirme” ve “haber verme” anlamında kullanılmaktadır. Bilgi genel anlamda düşünme, yargılama, akıl yürütme, okuma, gözlem ve deney yoluyla elde edilen “düşünsel ürün” ya da “öğrenilen şey” olarak tanımlanmaktadır. Bilgi bu anlamıyla belirli bir süreçten geçerek işlenmiş, sahibi için anlamı olan, yönetsel karar almada stratejik öneme haiz olduğu varsayılan veya gerçek değeri olan veri demektir (Öğüt, 2003:9).

Enformatik yüzyıl ya da bilgi çağı, bilginin üretim için temel kaynak olduğu, bilgi üretimi ve iletiminin yaygınlaştığı, bilgi üretim ve dağıtımında çalışanların çoğunlukta olduğu, sürekli öğrenme ve bilgilenme yoluyla değişim ve gelişimin kaçınılmaz hale geldiği yeni toplumsal ve ekonomik örgütlenme dönemini işaret etmektedir (Öğüt, 2003:5).

İleri bilgi teknolojilerinin kullanımıyla, iş süreçlerinin bütün aşamalarını gözetebilecek, özerk ve nitelikli insan kaynaklarına ihtiyaç artmaktadır. Bilgi teknolojilerinin kullanımıyla beraber örgüt yapılarında, çalışanların rollerinde ve iş süreçlerinde önemli değişimler meydana gelmektedir. İnsan-bilgisayar etkileşimi, bilgi teknolojilerine dayalı sistemlerin daha kullanılabilir ve kullanıcının taleplerine daha uygun sistemler üretilmesi konusu ile ilgilenen multi-disipliner bir alan haline geldiği görülmektedir (Işık ve Akbolat, 2010:367).

Daha iyiyi bulma arzusu, teknolojik bilginin ulaştığı sınırsız imkânlar ile birleşerek yeni teknolojik imkânlarla küçülen dünyada toplumların bilgilerini arttırarak onları her gün daha ileri noktalara ulaştırmaktadır.

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyi, eskiden ürettiği çelik ve enerji miktarı ile ölçülürken; artık bilgi teknolojisini oluşturan mikro elektronik, telekomünikasyon ve bilgisayar teknolojilerinin imkânları ile elde edilen işlenen, iletilen, saklanan bilgi miktarı ile ölçülmeye başlanmıştır. Bu yeni dönemde gelişmişlik kriterlerinde fiziki miktardan çok daha farklı bilgiye dayalı miktarlar ağırlıkla yer almaktadır.

2.4. Bilginin Özellikleri

Bilginin tanımının daha iyi anlaşılması için bilginin özelliklerinin bilinmesi gerekmektedir. İyi bir bilginin sahip olması gereken özellikler; doğruluk, uygunluk, zamanlılık, noksansızlık, denetlenebilirlik, kısalık, güncellik ve ekonomiktir (Güleşve Özata, 2005:30-32).

Bilgi hatalardan arındırılmalı ve karar verilecek konu ile ilgili olmalıdır. Ayrıca bilgi istenilen zamanda hazır bulunmalı ve karar vericinin istediği gibi eksiksiz sunulmalıdır. Bilginin doğru olup olmadığının tespiti için orijinal kaynağı ile karşılaştırılabilir. Bilgi ihtiyaca uygun ve öz olmalı, gereksiz bilgilerden kaçınılmalıdır. Bununla birlikte bilgi güncelliğini korumalı ve bilgiye en az maliyetle ulaşılmalıdır (Yıldırım, 2013:33-34).

2.5. Bilgilerin Saklanması

Bilgilere ulaşılması kadar bilgilerin depolanması da önemlidir. Bilgilerin güvenilir ve eksiksiz depolanabilmesi için bilgi teknolojisinin hızla gelişerek önemli mesafeler kat ettiği görülmektedir. Birçok internet tabanlı büyük firmalar internet üzerinden server kurarak verilerini sanal ortamda muhafaza etmektedir (Gürsoy, 2011:3). Ayrıca disk teknolojisindeki son ilerlemeler ile çok yüksek hacimli bilgiler küçük belleklerde saklanıp taşınabilmektedir.

Bilgiler bir aracı kullanılarak taşınabileceği gibi çeşitli kamuflej yöntemleri ile yani şifrelenerek kimsenin anlayamayacağı formatta saklanması da mümkündür(http://www.emo.org.tr/ekler/d6072ea730f0625_ek.pdf, 04 Ağustos 2015 tarihinde erişildi). Önemli bilgilere sadece izin verilen kişiler tarafından erişme izni veren bilgi teknolojileri ile bilgilerin elektronik ortamda muhafaza edilmesi ve paylaşılması kolaylaşmaktadır. Diğer bir avantajı ise sanal ortamda tutulan bilginin saklama maliyetinin fiziksel cihazlarla tutulan bilginin saklanma maliyetinden daha düşük olmasıdır.

2.6. Bilgi Teknolojileri

Bilişim, bilgi ve teknolojinin birlikte kullanılması ile elde edilen sonuçlar olarak tarif edilebilir. İngilizce "Information Technology" (IT) teriminin Türkçe karşılığı olarak "Bilişim veya Bilgi Teknolojileri" terimi kullanılmaktadır. Bilişim sözcüğü Prof.Dr. Aydın Köksal tarafından Türkçe'ye kazandırılmıştır. Prof.Dr. Aydın Köksal, bilginin akışkan durumunu anlatmak için bil eylem kökünden, bilişmek eylemini; oradan da bilişim sözcüğünü türetmiştir.

Bilişim sistemi; kendisinin de bir alt sistemi olarak dâhil olduğu, daha geniş ve başka alt sistemlere sahip olan bir sistem kapsamında bilgi kümelerinin toplanması, saklanması, işlenmesi, dağıtılması, karar verilmesi ve iletilmesi için gerekli olan bilgi kümeleri sistemi şeklinde tanımlanmaktadır (Bensghir, 1996:76-80). Bilişim sistemi ayrıca, veri saklama ve erişim amacıyla yapılan ve genellikle bir veri tabanı yönetim sistemi kullanan bir bilgisayar sistemi şeklinde de ifade edilmektedir.

Her organizasyon farklı bir hizmet alanı, farklı bir çalışma biçimi ve yapılan işin türüne bağlı olarak farklı nitelikte bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Bilişim sistemleri; organizasyonlarda yönetim seviyelerine, fonksiyonel alanlara ve yönetime destek sağlama biçimlerine göre farklı niteliklerde sınıflandırılmaktadır (Ömürbek ve Altın, 2009:213).

Bilişim sistemleri terimi ile bilginin toplanması, saklanması, işlenmesi, erişilmesi ve dağıtılmasına hizmet eden teknolojiler, uygulama ve hizmetlerin bütünü ve sistem üzerindeki bilgilerin tümü kastedilmektedir. Bilişim sistemi; yönetimin karar vermesi için gerekli bilgiyi değişik kaynaklardan toplayan, işleyen, saklayan ve veriyi raporlayan formal bir bilgi sistemidir. Bilgisayar destekli bilişim sistemleri bilgiyi işleme ve yazılı hale getirmede bilgisayar yazılım ve donanım teknolojisine dayanır. Her sistem gibi bilişim sistemleri de bir birleriyle ilişkili belli parçalardan oluşmaktadır.

Günümüzde aralarındaki sınırlar pek net olmamasına rağmen bilişim sistemlerinin altı çeşidi vardır. Bunlar; ticari işlem sistemleri, ofis otomasyon sistemleri, üst yönetim bilişim sistemleri, uzman sistemler, karar destek sistemleri ve yönetim bilişim sistemleridir (Güleş ve Özata, 2005:55).

2.6.1. Bilgi Sistemlerinin Temel Öğeleri

Bilişim sistemlerinde bilgi oluşturma süreci; girdi, işlem, çıktı, depolama ve dağıtım olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır. Literatürde görülen genel tanımda ise bilgi sistemi; belirli hedefleri karşılamak üzere verileri karar verici için anlamlı bilgilere çeviren insan gücü, programlar ve yönetsel süreçlerden oluşan bir set olarak tanımlanmaktadır. Bilgi sistemlerinin girdi birimi, çıktı birimi, merkezi işlem birimi, yazılım, prosedürler ve personel olmak üzere altı unsuru bulunmaktadır (Bensghir, 1996:41):

-Girdi Birimleri: Bilgi sistemlerinin temel girdisi olan veriler, girdi birimleri aracılığıyla sisteme aktarılır. Girdi birimleri olarak tarayıcılar, diskler vb. donanımlar kullanılmaktadır.

-Merkezi İşlem Birimi: Verilerin kontrol edilmesi, işlenmesi ve saklanması işlerini yürüten donanımlardır. Merkezi işlem birimi bu işlemleri yürütmek üzere aritmetik ünite, iç hafıza ve kontrol ünitelerine sahiptir. Büyük bilgisayarlar, mini bilgisayarlar ve mikro bilgisayarlar bunlardan sadece bir kaçıdır.

-Çıktı Birimleri: Merkezi işlem biriminde çeşitli işleme tabii tutularak çıktılara dönüşen bilgiler, çıktı birimleri ile kullanıcıların hizmetine sunulur. Çıktı birimlerine örnek olarak disk, yazıcı ve çiziciler verilmektedir.

-Personel: Bilgi sistemleri personeli olarak, sistemin tasarımından uygulama alanına geçinceye kadar yapılması gereken işleri yürütmekle görevli sistem analisti, sistem mühendisi, sistem tasarımcısı, programcı ve operatör kadroları bulunmaktadır.

-Prosedürler: Bilgi sistemi içinde yer alan personel, girdi ve çıktı birimleri ile merkezi işlem birimi arasında işbirliği sağlayan çeşitli işletme ve kullanıcı talimatları sistemin prosedürleri olarak hazırlanır.

-Yazılım: Bilgi sisteminden beklenen hedefleri gerçekleştirmek üzere girdi ve çıktı birimleri ile merkezi işlem biriminin faaliyetlerini kontrol etmek üzere hazırlanan programlar ve komutlar dizisi yazılım olarak adlandırılmaktadır. İşlenmemiş ham haldeki veriler sorun çözmede karar vericiye yeterli düzeyde bilgi sağlamaz. Bu nedenle ham verilerin belirli işlemlerden geçirilerek ve yorumlanarak kararların alınmasına hazır hale getirilmesi gerekmektedir. İşte bu noktada bilgi sistemi devreye girerek verilerin işlenmesi ve yorumlanmasında gerekli kuralları oluşturmaktadır. Verilerin işlenmesi ve yorumlanmasında genel olarak, istatistiksel analizler, karmaşık matematiksel hesaplamalar ve bir takım özetlemeler yapılmaktadır (Bensghir, 1996:42).

2.6.2. Bilgi Sistemlerinin Sınıflandırılması

Her organizasyonun farklı hizmet alanı ve çalışma biçimi olması nedeniyle yapılan işin türüne bağlı olarak farklı nitelikte bilgi gereksinimi olmaktadır. İhtiyaç duyulan bilgiler organizasyonların kurdukları bilgi sistemleri ile karşılanmaktadır. Bilişim sistemleri organizasyonların ihtiyaç duydukları bilgilere göre kurulmakta ancak genel itibariyle yönetim seviyelerine, fonksiyonel alanlara ve destek sağlama biçimlerine göre üç farklı kategori altında toplanmaktadır (Güleş ve Özata, 2005:38). Bilgi sistemlerini Tablo 3’de verildiği gibi sınıflandırmak mümkündür.

Tablo 3: Bilgi Sistemlerinin Sınıflandırılması

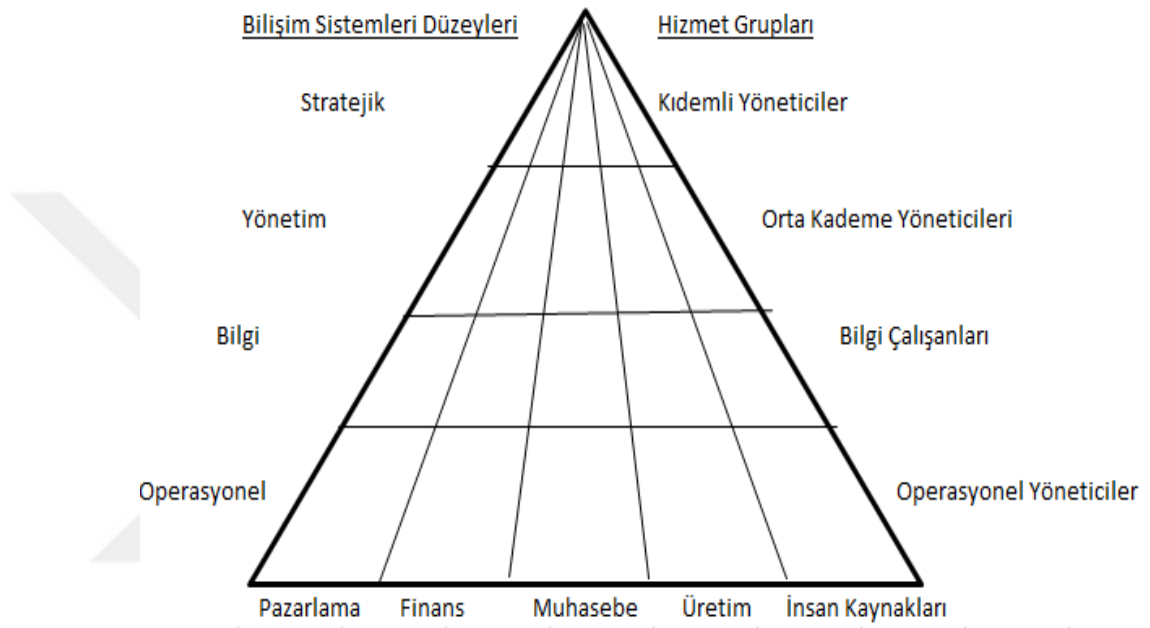
Genel Sınıflandırma	Alt Düzey Bilgi Sistemleri
Yönetim Seviyelerine Göre	Operasyonel Düzey Bilgi Sistemleri Bilgi Düzey Bilgi Sistemleri Yönetim Düzeyi Bilgi Sistemleri Stratejik Düzey Bilgi Sistemleri
Fonksiyonel Alanlara Göre	Tedarik Sistemleri Tasarım ve Üretim Sistemleri Pazarlama ve Satış Sistemleri Muhasebe ve Finansman Sistemleri İnsan Kaynakları Yönetimi Sistemleri Lojistik Sistemleri
Destek Sağlama Biçimine Göre	Ticari Kayıt Sistemleri Yönetim Bilgi Sistemleri Ofis Otomasyon Sistemleri Karar Destek Sistemleri Grup Karar Destek Sistemleri İletişim Sistemleri Üst Yönetim Bilgi Sistemleri Uzman Sistemler

(Kaynak: Güleş ve Özata, 2005:38)

2.6.2.1. Yönetim Seviyelerine Göre Bilgi Sistemleri

Bilgi sistemi organizasyonların yönetim yapılarına göre farklılık göstermektedir. Ancak genel itibariyle yönetim seviyelerine göre sınıflandırmayı; Stratejik düzey, yönetim düzeyi, bilgi düzeyi ve operasyonel düzey olarak dört farklı kategoride yapmak mümkün olup Şekil 4’de verilmektedir (Güleş ve Özata, 2005:39).

Şekil 4. Yönetim Seviyelerine Göre Bilgi Sistemleri



Kaynak: Laudon ve Laudon, 2011:54

Şekil 4 incelendiğinde piramidin en üst basamağında kıdemli düzeydeki yöneticiler için stratejik düzey, orta kademe düzeyindeki yöneticiler için yönetim düzeyi, bilgi çalışanları düzeyindekiler için bilgi düzeyi, operasyonel yöneticiler düzeyindekiler için operasyonel bilgi sistemleri kurulmaktadır (Güleş ve Özata, 2005: 39).

2.6.2.2. Fonksiyonel Alanlara Göre Bilgi Sistemleri

İşletmelerin faaliyet alanlarına göre kullandıkları bilgi sistemleri farklılık göstermektedir. Ancak genel itibariyle her organizasyonda lojistik, tedarik, üretim, pazarlama, muhasebe, finans, insan kaynakları gibi birimler bulunmakta ve her birimin altında farklı işlevleri yerine getirecek bilgi sistemleri kurulmaktadır. Bilgi sistemlerinin fonksiyonel alanlara göre sınıflandırılması Tablo 4’de verilmektedir (Güleş ve Özata, 2005:42).

Tablo 4: Bilgi Sistemlerinin Fonksiyonel Alanlara Göre Sınıflandırılması

Fonksiyonel Alanlar	İşlevleri
Tedarik Bilgi Sistemleri	Organizasyonun üretimde bulunabilmesi için ihtiyaç duyulan üretim faktörlerinin temin edilmesi
Tasarım ve Üretim Bilgi Sistemleri (CAD,CAM,İş Akışı Otomasyon Sistemleri)	Üretilen ürünün tasarımı, üretimi ve üretim sırasındaki iş akışının düzenlenmesi
Pazarlama ve Satış Sistemleri (E-Ticaret, CRM)	Pazarlama karmasına yönelik işlevler
Finansman ve Muhasebe Bilgi Sistemleri	Nakit ve fon yönetimi, finansal kayıtların tutulması
İnsan Kaynakları Yönetim Bilgi Sistemleri	Personel temini, istihdam ve özlük işlerinin yürütülmesi
Lojistik Bilgi Sistemleri	Malzemelerin taşınması, envanteri, kontrolü ve dağıtımı

Kaynak: Güleş ve Özata, 2005:42

Tedarik bilgi sistemleri, organizasyonun üretim yapabilmesi için ihtiyaç duyulan hammadde ve malzemelerin tedariki, taşınması ve üretimde kullanılması için gerekli verilerin sağlandığı sistemlerdir (Tekin vd, 2000:65-67). Üretilen ürünün; tespit edilmesi, tasarlanması, iş akışının oluşturulması için tasarım ve üretim bilişim sistemleri kullanılmaktadır. Tüketicinin ihtiyaçlarının saptanarak üretilen ürünün belirlenmesi, üretilen ürünün tüketiciye ulaştırılması için gerekli pazarlama ve satış faaliyetleri pazarlama ve satış sistemlerinin kullanılmasıyla gerçekleşmektedir.

İşletmelerin lojistik, tedarik, üretim ve pazarlama gibi faaliyetleri yürütebilmesi için fona ihtiyaç duyulmaktadır. İşte bu fonların sağlanması, kullanılması ve denetlenmesi için finansman ve muhasebe bilişim sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. İnsan Kaynakları Yönetim Bilgi Sistemleri; örgütte mevcut işlerin saptanması, iş tanımlarının yapılması, ihtiyaç duyulan kadroların tespiti ve işe uygun personelin seçilmesi, eğitilmesi ve organizasyona uyum sağlanabilmesi için gerekli bilgileri temin etmektedir.

Üretim için gerekli hammaddelerin tedarik edilmesi, yüklenmesi, boşaltılması depoya ulaştırılması, üretim alanına götürülmesi ve diğer işlemleri etkin bir şekilde gerçekleştirebilmek için lojistik bilgi sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Şimşek, 2001:215-218).

2.6.2.3. Yönetime Destek Sağlama Biçimlerine Göre Bilgi Sistemleri

Birçok sağlık işletmesi sisteme yükledikleri verileri istedikleri alanlarda ve konularda temin edecek yönetim bilgi sistemlerine ihtiyaç duymaktadır (Ak, 2010:10-11). Bu bilgi sistemlerinin kendini geliştiren ve ihtiyaç duyulduğunda istenilen bilgi sistemlerini oluşturarak sağlık bilgi sistemlerine yöneldikleri ve yönetime destek sağladıkları görülmektedir.

Bu grupta yer alan bilgi sistemleri yönetime destek sağlama biçimlerine göre sınıflandırılmaktadır. Yönetime destek sağlama biçimlerine göre bilgi sistemleri; Ticari Kayıt Sistemleri, Ofis Otomasyon Sistemleri, İletişim Sistemleri, Yönetim Bilişim Sistemleri, Karar Destek Sistemleri, Grup Karar Destek Sistemleri, Üst Düzey Yönetici Bilgi Sistemleri, Uzman Sistemler olup Tablo 5’de verilmektedir (Güleş ve Özata, 2005:55).

Tablo 5: Yönetime Karar Desteği Sağlama Biçimlerine Göre Sınıflandırma

Bilgi Sistemi Türleri	Kullanım Amacı
Ticari Kayıt Sistemleri	Günlük ticari faaliyetlerin yürütülmesi, verilerin toplanması, saklanması ve diğer bilgi sistemlerine veri gönderimi
Ofis Otomasyon Sistemleri	Bir ofiste yürütülen kırtasiye işlerinin yerine getirilmesi
İletişim Sistemleri	Bilginin elektronik formda değiştirilmesi ve paylaşılması
Yönetim Bilgi Sistemleri	Yöneticilere planlama, uygulama ve kontrol faaliyetleri için yardım
Üst Düzey Yönetici Bilgi Sistemleri	Örgütün üst kademe yöneticilerine bireysel karar desteği sağlama
Uzman Sistemler	Uzmanlık bilgisi isteyen bir alanda karar verebilme

Kaynak: Güleş ve Özata, 2005:55

Organizasyonların her gün gerçekleştirdiği işlemlere ait verilerin toplanması, kayıt altına alınması, saklanması ve ilgili bilişim sistemlerine aktarılması Ticari Kayıt Sistemleri ile yürütülmektedir. İşletmelerin rutin olarak her gün yürüttükleri günlük ofis işlemlerinde ise ofis otomasyon sistemleri kullanılmaktadır.

İletişim sistemleri işletmede gerçekleşen iletişimin etkin ve verimli bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için oldukça önemlidir. Yöneticiler, Yönetim Bilgi Sistemleri'nden temin ettikleri bilgiler doğrultusunda sağlık işletmesini yönetmektedirler. Örgüt üst düzey yönetimi, Üst Düzey Yönetici Bilgi Sistemleri'nden elde ettikleri bilgiler ışığında örgütün mevcut durumu ve geleceği ile ilgili kararları almaktadırlar. Uzman Sistemler, işletmeler de uzmanlık bilgisi isteyen alanlarda karar verebilmek için gerekli veriyi yöneticilere sağlamaktadır.

2.7. Sağlık Bilgi Sistemleri

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulan bilgilerin etkin ve verimli bir şekilde üretilmesi, saklanması, kullanılması ve yönetilmesinde Sağlık Bilgi Sistemleri(SBS)'nin payı oldukça yüksektir. Sağlık işletmelerinde sunulan hizmetin kalitesi hem sağlık personelinin uzmanlığına hem de o işletmenin veya organizasyonun bilişim teknolojilerini ne kadar etkin kullandığına bağlı olarak değişmektedir (Köksal ve Esatoğlu, 2005:63). Çünkü sağlık sektörü geçmiş yıllarda insan odaklı çalışan bir sektör olarak faaliyet göstermekteydi. Ancak son yıllarda teknolojiye meydana gelen değişim ile birlikte sağlık sektörü insan odaklı bir sektör olmaktan çıkıp teknoloji odaklı bir sektör haline geldiği görülmektedir (Kushniruk ve Borycki, 2008:5). SBS, sağlık işletmelerine başvuran hastaların veri tabanına kayıt edilmesinden itibaren, hastaneden ayrılışına kadar hatta hastanın kontrolünü gerektiren durumlarda dahi hasta takibinin yapılabilmesine imkân veren tedavi sürecinin vazgeçilmez bir ögesidir.

Sağlık bilgi sistemleri genel olarak Klinik Bilgi Sistemi ve Teşhis Tedavi Sistemleri olarak iki kısımda incelenmektedir. Bu kısımda ülkemizde SBS'lerin gelişimi anlatıldıktan sonra sağlık bilgi sistemlerinin türleri anlatılmaktadır.

2.7.1. Ülkemizdeki Sağlık Bilgi Sistemlerinin Tarihsel Gelişimi

Ülkemizde hastanelerde bilgi sistemlerinin kurulmasının ilk adımı 1967 yılında Hacettepe Üniversitesi tarafından atılmıştır. Hacettepe Üniversitesi ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin birlikte yürüttükleri bu proje doktorların istememeleri nedeniyle faaliyete girememiş ve 1997 yılında bilgi sistemi

kurulması için özel sektör ile iş birliği yapılarak bu alanda ilk adım atılmıştır (Ak, 2009:333).

Sağlık Bakanlığı 1991 yılında gerçekleştirmeyi planladığı sağlık reformları kapsamında farklı iki projeyle yönetim bilişim sistemleri kurmayı amaçlamıştır. 1.Sağlık Projesi ile Sağlık Enformasyon Sistemi (SES)'nin kurulması projenin ilk aşamasıdır. İkinci ve son aşama ise 2.Sağlık Projesi ile Yönetim Bilgi Sistemleri'nin oluşturularak birinci basamak sağlık hizmetleri için Bilgi Yönetim Sistemleri'nin geliştirilmesidir (Özsarı, 1998:15).

1996'da SB bünyesinde Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı kurularak Sağlık Bilgi Sistemleri'nin bu merkezce yürütülmesi amaçlanmıştır. Ancak birinci ve ikinci sağlık projelerinde belirlenen hedeflere maalesef zamanında ulaşılamamıştır. Bunun üzerine 1999'da SB Bilgi İşlem Daire Başkanlığı bünyesinde bir yazılım ekibi oluşturularak "Hastane Bilgi Yönetim Sistemi" (HBYS) uygulama yazılımını yazdırmaya ve pilot hastane olarak da Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulamaya başlanılmasına karar verilmiştir. Fakat 2002 sonunda gerçekleşen hükümet değişikliği ile SB bu projeyi durdurmuş ve hastanelerin HBYS ihtiyaçlarını döner sermaye ile özel sektör firmalarından temin etmeleri yönünde bir politika uygulamaya başlamıştır.

SES projesi, ülke çapında sağlık sektörüne ait bilgilerin güncellik ve güvenilirliğini sağlayarak, SB'nin bilgi sistemlerindeki etkinlik derecesini artırmayı hedefleyerek böylece iş gücü ile kullanılan malzeme ve teçhizat miktarını azaltarak tasarruf etmeyi amaçlamaktaydı. SES; Temel Sağlık İstatistikleri Modülü, Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi, Hastane Bilgi Sistemleri ve Üst Düzey Karar Destek Modülü olarak dört kategoride toplanmıştır.

SB hastanelerin otomasyon sistemine geçmesini sağladıktan sonra sağlık bilişimi alanında farklı uygulamalar yürütmüştür. Bunlar; Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemi, Ulusal Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi, İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Sistemi ve Tele-Tıp projeleridir. (Ak, 2009:336-337). 2013 yılına gelindiğinde ise Merkezi Randevu Sistemi, HBYS, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS), Sağlık-Net, İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Sistemi ile MEDULA sistemine entegrasyonları konusunda çalışmalar yapılmış ve sistemin birbiri ile entegre çalışması sağlanmıştır

2.7.2. Klinik Bilgi Sistemleri ve Bileşenleri

Klinik Bilgi Sistemleri (KBS), hastalara ait bilgilerin girilerek bir havuzda toplandığı ve istenildiğinde bilgi sistemlerine veri sağlayan sistemlerdir (IOM, 1997:1). Bu sistemin en önemli özelliği hastaların tedavi sürecine başlanıldığı andan itibaren polikliniklerde ve/veya yatan hasta servislerinde uygulanan her türlü girişimsel işlemleri kayıt altına alıp saklamasıdır.

Sağlık organizasyonlarında KBS; hastalıkların önceden teşhis edilmesinde, kalite yönetim sürecinde ve hastanelerin sundukları hizmetlerin standartlarının iyileştirilmesinde oldukça önemli bilgiler sunmaktadır.

KBS, sağlık işletmelerinde veya organizasyonlarında sunulan bilgi sistemlerinin bir araya gelmesiyle oluşan bütünleştirilmiş bir sistemdir. Bu nedenle birçok alt sistemden oluşmaktadır. KBS'yi oluşturan alt sistemler şunlardır (Raymold ve Dold, 2002:3; Güleş ve Özata, 2005:91):

- Elektronik Hasta Kayıtları
- Klinik Karar Destek Sistemleri
- Tele-Tıp
- Hemşire Bilgi Sistemleri
- Tıbbi Görüntüleme Sistemleri
- Klinik İletişim Sistemleri
- Hasta Takip ve Yönetim Sistemleri
- Vaka Bilgi Sistemleri
- Akıllı Kart Uygulamaları
- Hastane Bilgi Sistemleri
- Standartlar
- Klinik Kılavuzlar ve Bakım Haritaları
- Sanal Gerçeklik Uygulamaları.

Aşağıda KBS'yi oluşturan ve yukarıda sayılan alt sistemler sırasıyla açıklanmaktadır.

2.7.2.1. Elektronik Sağlık ve Hasta Kayıt Sistemleri

Tedavi görmek amacıyla hastanelere başvuran hastalardan bazılarının farklı hastanelerde tedavi görmek için başvurdukları gözlemlenmektedir. Çünkü hastanelerde belirli bir standartta sağlık hizmetinin sunulmaması, her hastanede istenilen branşta doktorun olmayışı, hastaların farklı tarihlerde farklı şehirlerde

bulunmaları gibi nedenlerden dolayı hastaya ait bilgiler her hastanede ayrı ayrı kaydedilip arşivlenmekteydi. Böylece hastanın daha önce hangi hastanede nasıl bir tedavi gördüğü bilinmemekteydi (Shortliffe ve Barnett, 2002:10). Yeni uygulanacak tedavinin hastanın daha önce yaşadığı sağlık problemleriyle ilgili olup olmadığı bilinmediğinden hastaya farklı bir tedavi uygulanabilmekteydi. Teknolojinin gelişmesi ile SB'nin Hasta Kayıt Sistemi ile ortak bir paket program üzerinden faaliyetlerini yürütmesi ile hasta farklı bir şehirde istediği herhangi bir devlet hastanesine başvurduğunda hastaya ait kişisel bilgiler ile daha önce gördüğü tedavi bilgilerine kolaylıkla erişilebilmektedir. Bunun yanı sıra Elektronik Hasta Kayıt Sistemleri ile hasta kayıtları elektronik ortamda tutulduğundan arşivleme ve dosyalama maliyetleri de düşmektedir (Safran ve Goldberg, 2000:78-83).

2.7.2.2. Klinik Karar Destek Sistemleri

Klinik Karar Destek Sistemleri (KKDS), hastalara ait bilgilerin teşhis ve tedavisinde kullanılmasında oldukça önemli bir rol üstlenmektedir. KKDS, hastaların tedavi süreçlerinde tıbbi personelin hasta ile ilgili bilgileri elektronik ortamdan almalarını sağlayarak tedavi sürecini hızlandırmaktadır. Hastalara uygulanan girişimsel işlemler, ilaçlar ve doz bilgileri bu sistemde izlenmektedir (Thoresn ve Makela, 1999:11).

2.7.2.3. Hemşire Bilgi Sistemleri

Son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumunda yardımcı hizmetler sınıfının payının arttığı görülmektedir. Hemşire Bilgi Sistemleri (HBS), hasta bakım hizmetlerinin ve tedavi sürecinde hemşirelik işlemlerin takip edildiği bilişim sistemidir. Teknolojinin gelişmesiyle hemşirelik alanında uygulamalar artmakta ve hemşirelik işlemlerinden elde edilen verilerin kaydedilmesi, takip edilmesi ve değerlendirilmesi açısından da hastane yönetime gerekli veriyi sağlamaktadır (Grossenvd, 1997:85).

2.7.2.4. Tıbbi Görüntü Yönetim ve Depolama Sistemleri

Sağlık işletmelerinde Tıbbi Görüntü Yönetim ve Depolama Sistemleri genellikle radyoloji ünitesinde gerçekleşen girişimsel işlemler için kullanılmaktadır. Ancak hastanelerin gelişmişliğine bağlı olarak nükleer tıp ünitesi olan hastanelerde bu sistem kurulmaktadır. Tıbbi Görüntü Yönetim ve Depolama Sistemleri, hastaların tedavi süreçlerinde doktorlar tarafından istenilen radyolojik tetkiklerin sisteme

girilmesi, izlenmesi ve kaydedilmesini sağlamaktadır. Böylece hasta takibi kolaylaşmakta, hastanın tıbbi görüntü sonuçları internet ile hekimin bilgisayarında izlenebilmekte ve hastane bilişim sistemlerinde önemli bir tasarruf kalemi olarak görülmektedir (Pietka, 2003:843).

2.7.2.5. Hasta Takip Sistemleri

Bilgisayarlar, hastaların takip edilmesinde önemli bir rol üstlenmektedir. Tıbbi cihazlara bağlı yaşayan hastaların izlenmesi ve takip edilmesinde kullanılmaktadır. Hastaya daha iyi hizmet sunabilmek için günümüzde kullanılması adeta zorunluluk arz eden bilişim sistemleri olarak görülmektedir (IOM, 1997:1-4). Hasta takip sistemleri özellikle hastanelerde yatan ve durumu ağır olan hastaların tedavilerinde önemli bir görev üstlenmektedir (Güleş ve Özata, 2005:107).

2.7.2.6. Klinik İletişim Sistemleri

Klinik İletişim Sistemleri(KİS), sağlık işletmelerinde hem yatarak hem de ayakta tedavi edilen hastaların tedavi süreçlerinde sağlık personelinin arasında iletişim kurulmasını sağlayan bilgi sistemleridir (Tang ve McDonald, 2001:102). Hastanede görev alan personelin ameliyathaneden polikliniklere, yönetim bölümünden konferans salonlarına kadar gerçekleşen her türlü iletişimi kapsayan sistemdir. Telefon, mobil iletişim cihazları ve bilgisayarlar iletişim araçları olarak sıkça kullanılmaktadır. Bu nedenlerle KİS'nin hastane yönetiminde önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir.

2.7.2.7. Tele-Tıp

Tele-Tıp, son zamanlarda geliştirilen önemli sağlık bilişim sistemlerindedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bir tıp fakültesi Tele-Tıp'ı; "Mesafe nedeniyle hastalara ulaşmanın sorun olduğu durumlarda sağlık hizmetlerinin sunumunda elektronik bilgi sistemleri ile iletişim araçlarının birlikte kullanılması" şeklinde tanımlanmaktadır (Güleş ve Özata, 2005:109). Aslında Tele-Tıp uygulaması, doktor ile hasta arasındaki mekân kavramını ortadan kaldırmakta ve aralarında uzak mesafeler olduğunda Tele-Tıp teknolojisi ile tedavi hizmetinin sunulmasına imkân tanımaktadır (Yılmaz, 1999: 51).

Ülkemizde Tele-Tıp uygulaması henüz yaygın olmamakla birlikte yeni yeni kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Bunun başlıca nedenleri; teknolojik

gelişmelerin geç takip edilmesi, telekomünikasyon alt yapısının yetersizliği, öğretim ve bilgi eksikliğidir (Öksüz, 2002:88).

2.7.2.8. Vaka Bilgi Sistemleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1983'de çıkarılan sosyal güvenlik yasası ile hastanelere ödeme yapacak finansman kuruluşunun ödemelerini düzenleyen Prospectif Payment System olarak adlandırılan bir ödeme sistemidir (Güleş ve Özata, 2005:115). Bu ödeme sistemleri tanıya dayalıdır. Dolayısıyla Vaka Bilgi Sistemleri, vakalara uygulanan tanıya dayalı girişimsel işlemlerde birbirlerine benzer olan tanıların maliyetlerinin de aynı olacağı varsayımına dayanarak yeni bir ödeme sistemi oluşturulmasını sağlamaktadır.

2.7.2.9. Sanal Gerçeklik Uygulamaları

Sanal gerçeklik uygulamaları ilk kez 1990'lı yıllarda ortaya çıkmıştır. Bilgisayar teknolojisindeki hızlı yükseliş üç boyutlu görüntü sistemlerinin oluşturulabilmesini sağlamıştır. Böylece sanal gerçeklik uygulamalarının gelişen teknoloji ile tıp alanında uygulanmasına imkân tanınmıştır.

Sanal gerçeklik uygulamaları hastalıkların tanınmasında ve önceden hastaların bilgilendirilmesinde önemli bir rol üstlenmektedir. Bilhassa hastaların tedavi süreçlerinde nasıl bir hastalıkla mücadele ettikleri bilgisayar simülasyonu ile izletilmekte ve tedavi süreçlerinde onları motive etmektedir. Ayrıca birçok nörolojik hastalıkların teşhisinde ve tedavisinde de sanal gerçeklik uygulamalarından sıkça yararlanıldığı görülmektedir (Gates ve Hemingway, 1999: 312).

2.7.2.10. Akıllı Kart Uygulamaları

Akıllı kart uygulamaları, hastaların farklı yerlerde yaşayacağı var sayımına dayanarak hazırlanmış olup hastalara ait tıbbi bilgilerin bir karta yüklenerek kartta saklanmasını ve hastanın gittiği yere yanında götürebilmesini sağlamaktadır. Ayrıca hasta sayısının yüksekliği ve sanal depolama alanının yetersiz olduğu durumlarda da akıllı kart uygulamalarının kullanıldığı görülmektedir. Akıllı kartların içine yüklenen veriler kredi ve diğer banka kartlarına yüklenenlerden daha fazladır. Akıllı kartların veri kapasitesinin yüksekliği, sadece kart sahibinde bulunması ve hastanelerde ilgili doktorun sadece kendi alanında istediği veriye ulaşmasını sağlaması açısından oldukça güvenilir ve kullanışlı bir sistemdir (Neame, 1997: 573).

2.7.2.11. Hastane Bilgi Sistemi

Hastaneler sağlık sisteminin en önemli parçası olup oldukça karmaşık bir yapıya sahip sağlık işletmeleridir. Sağlık hizmetlerinin niteliği itibariyle her kişiye farklı nitelikte sunulabilmesi onun standart bir hizmet şeklinde sunumunu engellemektedir. Hastaneler gerek ayakta gerekse yatarak tedavi sunan işletmeler olmasının yanı sıra sağlık turizminin gerçekteştiği ve vatandaşların bilinçlendirildiği örgütlerdir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin ve harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılda'ki payının da yadsınamayacak kadar yüksek olması devletin bu alanda özel düzenlemeler yapmasını zorunlu kılmaktadır. İşte bu kadar önem arz eden bir alanda özel bir düzenleme yapılması ve artan teknoloji ile birlikte bilgi sistemlerinden yararlanılması ihtiyacını doğurmaktadır. Özellikle Avrupa Birliği'nin Hastane Bilgi Sistemleri'nin kurulmasında yüksek miktarda yatırım harcamaları yaptığı bilinmektedir (Bemmel, 1993:1-3).

Hastanelere her gün yüzlerce hasta tedavi olmak için başvurmaktadır. Birçok hasta farklı branşlara ait birden fazla şikâyeti için muayene olmaya gelmektedir. Hastalığın tanısı ve tedavisine karar verebilmek için laboratuvar ve radyoloji ünitelerinden tetkik istenmektedir. Böylece oldukça kompleks bir yapıda bilgilerin süratle ve en uygun maliyetle sağlanması için hastanelerde bilgi yönetim sistemleri kurulmaktadır (Dayı, 2013:217-246).

2.7.2.12. Standartlar

Sağlık sektörü diğer hizmet sektörlerinden farklı olup hizmet sunumunda belirli bir standart bulunmamaktadır. SB'nin merkezi otomasyon sistemi kurulmadan önce SBS'ler her hastane de farklılık arz etmekteydi. Bunun yanı sıra hastanelerin her departmanında farklı SBS kullanılmaktaydı. İşte bu nedenlerden dolayı her hastanede veriler ayrı ayrı toplanmakta olduğundan dolayı etkin ve verimli bir veri tabanı oluşturulamıyordu. Bunun sonucunda da hastaneler arasında veri paylaşımı yapılamamaktaydı (Soyer, 2003:1). İşte SBS'lerle oluşturulan standartlar ile bu sorunların çözülmesi düşünölmektedir.

2.7.2.13. Klinik Kılavuzlar ve Bakım Haritaları

Klinik kılavuzlar, hastalıkların teşhis ve tedavisinde izlenecek yolları gösteren rehber niteliğinde kitapçıklardır. Bu kılavuzlar doktorlara rehber nitelikte olup hastalardan gereksiz tetkiklerin istenmesini engellemektedir. Böylece her seferinde her hastadan tahlil ve röntgen vb. filmler istenilmeyince hastanenin iş yükü

azalmakta, personel hastalarla daha fazla ilgilenebilmekte ve hastanın devlete maliyeti de azalmaktadır (Güleş ve Özata, 2005:129-130).

Klinik kılavuzların daha gelişmiş şekli ise “Bakım Haritaları” olarak karşımıza çıkmaktadır. Bakım haritaları rahatsızlığı olan hastaların hastanelere başvurduklarında doktorların nasıl bir yol izleyeceğini göstermekte ve personele tavsiyelerde bulunmaktadır. Bakım haritaları hastanelerin vizyon ve misyonlarına göre değişmektedir (Musoğlu, 2002:114).

2.7.3. Teşhis ve Tedavi Sistemleri

Sağlık teknolojisi, WHO'nun tanımına göre; “Sağlıkla ilgili her türlü problemin tanımı ve çözümü için gerekli teknik, malzeme ve iş gücünün bütünü” olarak ifade edilmektedir (Ay, 1998:1). Sağlık teknolojisinin ilerlemesiyle teşhis ve tedavi sistemleri gelişmekte ve böylece tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisi mümkün olmaktadır. 1990'lı yıllardaki teknolojik gelişmeyle birlikte yeni makine ve teçhizatlar geliştirilmekte hem dünya hem de ülkemiz için sağlık teknolojisinde yeni bir dönem açılmaktadır (Güleş ve Özata, 2005:131).

2000'li yıllarda sağlık teknolojisindeki değişim ile birlikte birçok tıbbi malzeme ve araç portatif olarak üretilmiş, hastalar cihazların yanına gitmeyerek, cihazlar hastaların ayağına götürülecek konuma gelmiştir. Örneğin hastanın en ufak bir tahlili için laboratuvar ünitesine başvurması gerekirken, günümüzde hasta yatağında test yapıp sonuçları elektronik sisteme yüklenmektedir (Güzel, 2001:1788-1789).

Teşhis ve tedavilerde kullanılan tıbbi cihazlar ve sarf malzemeleri ile sistemler aşağıda verilmektedir (Güleş ve Özata, 2005: 133-135):

- Tıbbi Görüntüleme Sistemleri,
- Ameliyathane ve Solunum Cihazları,
- Biyokimya, Moleküler Biyoloji, Hematoloji, Genetik ve Mikrobiyoloji Cihazları,
- Biyolojik Sinyal İzleme Cihazları,
- Radyoterapi Sistemleri,
- Fizik Tedavi Cihazları,
- Optik Tıbbi Cihazlar,
- Sterilizatör ve Etüv Cihazları,
- Diş, KBB ve Göz Üniteleri,

- Ses ve İşitme Cihazları,
- Mekanik Cihazlar ve Cerrahi Aletler,
- Tıbbi Gaz Sistemleri,
- Hemodiyaliz Cihazları, Su Sistemleri,
- Tek Kullanımlık Sarf Malzemeleri,
- Protez ve Ortezler'dir.

Teşhis ve tedavi sistemlerinin hastane personeline kullanılması bir takım güçlükler ile karşılaşılabilir. Teknik, sosyal ve psikolojik engeller sisteminin çalışmasını aksatmaktadır (Ak, 2010:21). En çok karşılaşılan sorun ise sağlık personelinin yeni kurulan bilişim sistemini kullanmaya hâkim olmaması, işlerin gecikmesi veya program ile sunulan birçok avantajdan istifade edememesidir.

2.7.4. Sağlıkla İlgili Diğer Alanlarda Bilgi Sistemlerinin Uygulanması

Bilgi sistemlerinde yaşanan teknolojik gelişmeler sağlık sektörüne de yansımıştır. SBS'nin kurulmasıyla sağlık hizmetlerinin kalite standartları yükselmiştir. Bilhassa bilgisayar teknolojisindeki değişim birçok tıbbi cihaz ve teçhizatın otomasyon sistemi ile birlikte çalışmasını zorunlu kılmaktadır (Işık vd, 2013:7-18). Böylece sağlık işletmeleri kendilerini bir anda SBS'lerin içinde bulmuşlardır. SBS'ler, sağlık kurumlarının yönetim departmanından, hasta tedavi ünitelerine kadar tüm hizmet alanlarına uygulanmaktadır. SB'nca kurulan SBS sadece devlet hastanelerine ve araştırma hastanelerine değil, sağlık ocaklarından eczanelere kadar birçok kesimi kapsayacak şekilde oluşturulmuştur.

2.7.4.1. Sağlık Sektöründe İnternet Uygulamaları

Ticari işletmeler için önemli bir pazar haline gelen internetin, sağlık sektörü içinde son yıllarda oldukça önem kazandığı görülmektedir. İnternet, müşterilere ulaşmanın en kolay ve en etkili yöntemlerinden biri olarak düşünülmektedir. Sağlık işletmeleri veya organizasyonları internet üzerinden hastalara kolayca ulaşır, hastaları takip edebilmekte ve hastalara ait her türlü bilgiyi kolayca kaydederek tedavi sürecine önemli katkılar sağlamaktadır (Gates ve Hemingway, 1999:310-312).

Sağlık sektöründe en yaygın kullanılan internet uygulamalarından biri de internet tabanlı SBS'lerin bir paket program ile kullanılmasıdır. Örneğin; hasta hastaneye muayene olmaya gittiğinde, doktorun istediği tetkikler SBS ile internet üzerinden sisteme işlenmektedir. Hasta her hangi bir evrak olmadan tetkik için ilgili laboratuvara veya radyoloji ünitesine başvurarak işlem yapılmaktadır. Yapılan

tetiklerin sonuçları aynı şekilde internet üzerinden ilgili doktorun ekranından görülebilmekte ve doktorun yazacağı ilaçlar eczacıların kullandığı bilgi sistemine yüklenmekte ve hasta her hangi bir resmi evrak olmadan ilaçlarını eczaneden alabilmektedir.

İnternet günümüzde her sektörde yaygın olarak kullanılmakta olup sağlık sektöründe de yoğun bir kullanım alanına sahip olduğu görülmektedir. Sağlıkla ilgili alanlarda kullanılan internet uygulamaları şunlardır (Güleş ve Özata, 2005:136-137):

- Sağlık personelinin eğitiminde,
- Sağlık ile ilgili web siteleri,
- Sağlıkla ilgili bilimsel çalışmalarda,
- İnternet üzerinden muayene ve rehberlik hizmetlerinde,
- Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşımında,
- Evde hasta bakım hizmetlerinde,
- İdari ve mali işlerin takibinde,
- Kamu sağlığı hizmeti veren kurumlarda bilgi toplamak için kullanılmaktadır.

2.7.4.2. Afetlerde Bilgi Sistemleri Kullanımı

SB acil durumlara hazırlıklı olmak için acil durum ve afet ekibi oluşturarak acil durum ve afet planı hazırlanmaktadır. Böylece sağlık merkezi herhangi bir acil durum ile karşılaştıklarında eylem planlarına göre hareket etmektedir.

Afetlerde sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve zamanında yürütülebilmesi için afet bilgi sistemleri kullanılmaktadır. Afet meydana geldiği andan itibaren yaralılara yapılacak tıbbi müdahale ne kadar hızlı olursa insanların yaşama şansı o kadar yüksek olmakta ve ölümlerin sayısı azalmaktadır. Afet bilgi sistemleri, SBS ile entegre çalıştığından afet meydana geldiğinde hastaların varsa hastalıkları ve daha önce gördükleri tedaviler sistemde izlenerek zaman kaybetmeden ona uygun tedavi yapılabilmektedir (Güleş ve Özata, 2005:137).

SBS'ler acil durum meydana geldiği anda hastaların tedavileri için gerekli ortamın yeme, içme ve barınma gibi ihtiyaçların sağlanmasında önemli görev almaktadır. Ayrıca hastaların tedavi süreçleri için gerekli önlemlerin alınması, ölen hastaların ölüm nedenlerinin araştırılması ve hastalıkların yayılmasının önlenmesi gibi işlevlerde de SBS'lerin yaygın olarak kullanıldığı bilinmektedir.

2.7.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Bilgi Sistemlerinin

Kullanımı

Son yıllarda küresel rekabetin artmasıyla küresel pazarlamanın önemi artmıştır. Özellikle internet üzerinden pazarlama faaliyetlerinin artmasıyla satışlar yükselmiştir. Böylece ticari işletmelerin kullandığı pazarlama çalışmaları hizmet işletmelerinde de başarıyla uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık sektörü de e-pazarlama çalışmalarına ayak uydurmuştur. Bunun sonucunda internet üzerinden pazarlama çalışmalarına uyumlu SBS'ler geliştirilmiştir.

Sağlık sektöründe sağlık hizmetinin internet üzerinden pazarlanabilmesinde hastanelerin bulunduğu yerin nüfusu, demografik özellikleri vb. bilgilerin elde edilmesinde bilgi sistemlerinden yararlanılmaktadır (Karahana, 2001:1). Ayrıca pazarlama faaliyetlerinin sağlık sektöründe en fazla yürütüldüğü alanlardan biri de ilaç sektörüdür. İlaç üreticileri ve dağıtıcıları hastalara verilen ilaçlar ile ilgili istatistiklerden faydalanmak amacıyla bilgi sistemlerinden yararlanmaktadır (Germeyan, 1996:184-185).

2.7.4.4. Tıbbi Çağrı Merkezi Uygulamaları

Tıbbi çağrı merkezi uygulamalarına ilk kez 1970'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde rastlanılmaktadır (Güleş ve Özata, 2005:139). Hastalar sağlık problemleriyle ilgili merak ettikleri her şeyi hastanelere gitmeden bir telefon yardımıyla uzmanına sorabilmekte ve böylece 7 gün 24 saat destek alabilecekleri bir çağrı merkezi bulunmaktadır. Aslında bu merkezler iki önemli fonksiyon için hizmet vermektedir. Bunlardan birincisi acil bir durum meydana geldiğinde tıbbi müdahale için ambulans çağırma hizmeti vermesidir. Diğeri ise acil bir durum olduğunda acil yardım ekibi gelene kadar hastaya yapılması gereken müdahale için gerekli ilk yardım bilgisi için teknik destek vermesidir.

2.7.4.5. Dış Hekimliği Alanında Bilgi Sistemleri Kullanımı

Gelişen teknoloji dış hekimliği alanında da farkındalık meydana getirmiştir. Böylece dış hekimliği bilgi sistemlerinin kurulmasıyla dış tedavilerinde olumlu katkılar sağladığı görülmektedir. Dış hekimliği alanında geliştirilen bilgi sistemleri, hastaların dış ile ilgili sağlık problemlerinin çözülmesi için gerekli bilgilerin toplanmasında kullanılmaktadır. Özellikle bilgisayar teknolojisinin dış sağlığı alanında gelişen yeni tedavi yöntemlerinin uygulanması ve geliştirilmesinde önemli işlev görmektedir (Umar, 2002:30-35).

Diş hekimliği alanında kullanılan bilgi sistemleri şunlardır (Güleş ve Özata, 2005:139-141):

- Karar verme modelleri,
- Diş tablolama sistemleri,
- Ağız kanser taraması sistemi,
- Diş çürüğü tarama sistemi,
- Konuşma tanıma teknolojileridir.

2.7.4.6. Engellilerin Hayata Katılımında Bilgi Sistemleri

Teknolojiyi kullanabilen bilgisayar kullanıcıları bilgi sistemlerindeki gelişmeleri yakından takip edebilmekte ve teknolojinin getirdiği kolaylıklardan günlük hayatta istifade edebilmektedir. Ancak sağlığı yerinde olmayan diğer bir ifadeyle engelli kişiler maalesef bu değişimden yararlanamamaktadır. Engellilerin de teknolojik gelişmelerden yararlanması için onlara hitap eden bilgi sistemleri geliştirilerek onların hayata tutunmalarında önemli bir rol üstlendikleri görülmektedir.

Bedensel ve/veya zihinsel engellilerin eğitimden mahrum kalmamaları için onlara uygun bilgi sistemleri kurulmaktadır. Ses tanıma sistemleri, tarayıcı teknolojiler gibi sistemlerin geliştirilmesi ile engelliler kimseye muhtaç olmadan kendi işlerini görebilmekte ve iş hayatında rahatça çalışabilmektedir (Güleş ve Özata, 2005:141).

Engellilerin toplum ve iş hayatına katılmalarını sağlamak amacıyla çeşitli bilişim sistemleri geliştirilmektedir. Aladin, Aurora, Barrier ve Casa II gibi bilişim sistemleri engellilerin hayata katılımında kullanılan bilgi sistemlerinden sadece bir kaçıdır (Küçükpınar,1998:1).

2.7.4.7. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Sistemleri Kullanımı

Birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığının sağlanabilmesinde gerekli çevresel koşulların oluşturulması için devlet tarafından sunulan sağlık hizmetleridir. Aslında koruyucu sağlık hizmetleri olarak da adlandırılan birinci basamak sağlık hizmetleri; hava, deniz, su gibi doğal etmenler ile çevresel etkenlerin insan sağlığı için her hangi bir tehdit unsuru oluşmadan engellenmesi için gerekli önlemleri almaktadır.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri yaygın olarak sağlık ocakları şeklinde örgütlenmektedir. İşte bu sağlık organizasyonları, görevlerini süratle ve etkin bir şekilde yapabilmeleri için bilişim sistemlerinden yararlanmaktadır. Günümüzde aile hekimliği uygulaması sağlık ocağının bulunduğu mahalle veya semtteki sakinlerin birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında başvuru yapacakları sağlık işletmeleridir (Yüce,2011:38-40). SB sağlık ocaklarına yığılmaları engellemek için adrese kayıtlı kişilere sağlık hizmeti sunmaktadır. Bunu gerçekleştirebilmek için de ülke genelinde SBS kullanılmaktadır.

2.7.4.8. Acil Servis ve Ambulans Hizmetlerinde Bilgi Sistemleri

Kullanımı

Acil bir durum meydana geldiğinde hastaya ilk müdahalenin yapılması anından hastaneye yetiştirilmesine kadar geçen sürede hastanın sağlığı için saniyeler oldukça önemlidir. Bu nedenle ilk yardım merkezine telefon geldiği andan itibaren, hastaya müdahale yapılıp hastaneye sevkine kadar geçen sürede gerçekleştirilen her işlem ilgili sağlık personeli tarafından bilgi sistemleri ile Acil Yardım Merkezine ve/veya hastaneye bildirilmektedir. Bilgi sistemlerinin kullanılmasıyla bu süreç kısaltılmakta ve bilgi sistemleri hasta sağlığı için önemli bir görev üstlenmektedir (Fonkych vd., 2005:1-5). Ayrıca ambulanslara takılan GPS sistemleri ile ambulansın an ve an takibi yapılmakta ve hastaya en yakın nasıl ulaşılabileceğinin koordinatları ambulansın ekranına düşerek hastaya en kısa zamanda ulaşılmaya çalışılmaktadır.

2.8. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Sağlık Hizmetleri Sunumu Üzerine Etkileri

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, yaşanan sorunların çözümünde SBS'lerin önemli bir payı vardır. Sağlık teknolojisinin ilerlemesiyle sağlık alanında yaşanan birçok sorun çözümlenerek sağlık hizmetinde yürütülen etkinliğin artırıldığı görülmektedir (Güleş ve Özata, 2005:147). Bilişim sistemlerinin sağlık sektöründeki uygulama alanları arttıkça sağlık harcamaları azalarak daha kısa sürede daha kaliteli sağlık hizmetinin sunulduğu gözlemlenmektedir.

SBS'lerin sağlık sektörüne sağladığı katkılardan diğeri ise hastalara ait bilgilerin veri tabanında tutulması ve istenildiğinde ilgili personele sunulmasıdır. Böylece hastayı muayene eden doktor hasta ile ilgili bilgilere rahatça ulaşmakta ve bilgileri aklında tutmasına gerek kalmamaktadır. Bunun yanında SBS'ler doktor tarafından uygulanan tedavi programının takip edilmesinde de kullanılmaktadır.

Sağlık alanında yaşanan her türlü tıbbi gelişme bilgi sistemlerine de yansımaktadır. Sağlık teknolojisinin gelişmesiyle yeni tıbbi tedavi cihazları üretilmekte ve hastanın tedavi sürecini kolaylaştırmaktadır.

Sağlık Bilgi Sistemleri aşağıda belirtilen özellikleri taşımaktadır (Raymold vd., 2002:5):

-Hasta ile ilgili her türlü bilginin bilgisayar ile sanal ortamda toplanması,

-Hastalardan toplanan verilerin doktorlara, sağlık kurumları yöneticilerine ihtiyaçları doğrultusunda gruplandırılması,

-Sağlık işletmesinde yer alan çeşitli birimler arasında iletişimin sağlanması.

SBS'lerin sağlık hizmetlerinin sunumuna birçok olumlu etkileri vardır. Bunlardan sadece "Geliştirilmiş Hastalık Yönetimi", "İlaçların Yan Etkilerinin Azaltılması", "Yatılan Gün Süresinde ve Yatan Hasta Maliyetlerinde Azalma", "Gelişmiş İş Akışı ve Zaman Tasarrufu" ve "Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Memnuniyetinde ki Artış" bu kısımda açıklanmaktadır.

2.8.1. Geliştirilmiş Hastalık Yönetimi

Hastalık yönetimi, hastalıkların tedavi edilebilmesi için gerekli tıbbi araç ve gerecin, makinelerin ve sağlık personelinin bir arada koordineli bir şekilde kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere hastalıkların tedavisinde SBS'ler etkin bir rol oynamaktadır. Örneğin; elektronik ortamda hastalıkların takip edilmesinde, tedavi sürecindeki yeni gelişmelere adapte olunmasında ve hastalıkların tedavi sürecinde sağlık kurumları yöneticilerine ve doktorlara önemli katkılar sağlamaktadır (Kleschen vd, 2000: 540).

2.8.2. İlaçların Yan Etkilerinin Azaltılması

Doktorlar tarafından hastalara yazılan reçetelerdeki ilaçlar yanlış kullanıldığında hastaların ciddi hastalıklarla karşılaştıkları görülmektedir. Hatta reçete ile satılması gereken ilaçlar doktor tavsiyesi olmadan hastalarca bilinçsiz tüketildiğinde ölüm ile sonuçlanan birçok vaka gerçekleşmektedir. Bunun yanı sıra 1974 yılında yapılan bir araştırmada tedavi sürecinde ilaçları düzenli kullanan hastaların sadece %22'lik bir orana sahip olduğu düşünüldüğünde, ilaçları bilinçsiz ve düzensiz kullanmanın ne kadar ciddi bir tehlike oluşturduğunu anlamak hiç te zor olmamaktadır (Boyd vd, 1974:486).

2.8.3. Yatılan Gün Süresinde ve Yatan Hasta Maliyetlerinde Azalma

Gelişmiş ülkelerde sağlık bilgi sistemleri hastalıkların önlenmesinde ve hastaların hastaneye girmeden tedavi olabilmelerine imkân vermekte sağlık

işletmelerinin kalitesini artırmaktadır. Bu hastanelerde Laboratuvar Uyarı Sisteminin kullanılmasıyla hastalıkların hasta sağlığını tehdit etmeye başladığında gerekli tedbirler alınarak hastaların hastanede yattıkları gün sayısının azaltıldığı görülmektedir (Güleş vd, 2005:151). Bazı özel hastanelerde de klinik bilgi sisteminin kullanılmasıyla hastaların taburcu olma sürelerinin kısaldığı gözlemlenmektedir (Tate vd., 1990:296).

2.8.4. Gelişmiş İş Akışı İle Zaman Tasarrufu

Sağlık işletmelerinde bilgi sistemlerinin kullanılması iş akışını hızlandırmakta bunun sonucunda da zaman tasarrufu sağlanmaktadır. Böylece hastalıkların teşhisinde ve tedavi sürecinde bilgi sistemleri sağlık personelinin işini kolaylaştırmakta ve tedavi sürecine önemli katkılar vermektedir. Ayrıca bilgisayar üzerinden kurulan iletişimde hasta kayıt sürecinde önemli zaman tasarrufu elde edildiği görülmektedir (Güleş ve Özata, 2005:152).

2.8.5. Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Memnuniyetindeki Artış

Sağlık organizasyonlarında kullanılan SBS'ler sağlık personelinin angarya iş yükünü azaltmaktadır. İş yükü azalan personel asıl işine daha fazla vakit ayırarak işini severek yapmaktadır. SBS'ler hastaların da tedavi süreçlerinde personel ile iletişim kurmalarını kolaylaştırmaktadır (Kabene, 2011:293). Bilgi sistemleri ile hasta, tedavi sürecinin her aşamasında bilgilendirilmektedir. Yatan hastaların tedavi aşamalarının bilgisayar üzerinden takip edilmesi hastalara ait bilgilere ulaşmayı kolaylaştırmaktadır.

2.9. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Kullanımında Karşılaşılan Sorunlar

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık işletmelerinde başlayan dönüşüm sürecinde bilgi sistemlerinin rolü göz ardı edilemeyecek kadar çoktur. Sağlık Bakanlığı sağlıkta dönüşüm reformu kapsamında atılan ilk adımlardan biride sağlık işletmelerinde sağlık bilgi sistemlerinin kurulmasıdır. Böylece hasta bilgi sisteminin oluşturulmasıyla hastaların tedavi işlemlerinin daha kısa süre içinde tamamlanması amaçlanmaktadır. Ancak ülkemizde 81 ilde yer alan tüm kamu sağlık işletmelerini ortak bir otomasyon sisteminde toplamak hiç te kolay olmamıştır. Sistemin kurulduğu ilk yıllarda hastaların sisteme kayıtlarının alınması, işleme sokulması ve sistemin her hastanede etkin olarak kullanılmayışının en sık karşılaşılan sorunlardan biri olduğu görülmektedir.

SBS'lerin faydalarının yanı sıra zararlarının da olduğu ifade edilmektedir. SBS'lerin tehdit ettiği en önemli sorunlardan birisi ise toplanan bilgilerin gizli kalıp kalmayacağı ve gayri resmi yollardan 3.kişilerce bu bilgilerin ele geçirilme ihtimalidir (Gostin vd., 1995: 5-10). Bunun için internet ağ güvenlik sistemleri kurularak güvenlik sorunu çözülmektedir.

2.10. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Üreten Kurumlarda Bilgi Sistemi

Uygulamaları

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı ile yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı, ülkemizde vatandaşlara sunulan sağlık hizmetinden sorumlu olup kamu ve özel sektör sağlık işletmeleri ile ilgili her türlü mevzuatı oluşturmak, denetlemek ve gerektiğinde önlemleri almakla yükümlüdür. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetinin etkin yürütülebilmesi için Sağlık Bilgi Sistemlerini kurmakla yükümlüdür (Güleş ve Özata, 2005:154).

Sağlık harcamalarının finansmanı SGK'nın sigortalılardan topladığı primler ve Sağlık Bakanlığı bütçesi ile karşılanmaktadır. Dolayısıyla ülkemiz sağlık sisteminde yer alan iki önemli aktör Sağlık Bakanlığı ile SGK'dır. Bu nedenle bu iki kurumun bilgi sistemlerinde işbirliği içinde çalıştıkları görülmektedir.

Bu kısımda Sağlık Bakanlığı Uygulamaları, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Harcamaları Denetim Projesi ve Sosyal Güvenlik Kurumu Online Uygulamaları açıklanmaktadır.

2.10.1. Sağlık Bakanlığı Uygulamaları

Sosyal Devlet anlayışı gereği devlet, vatandaşa sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür. Devlet bu amacı sağlamak için ülkenin her iline, ilçesine, bucağına hatta köyüne sağlık ocakları, hastaneler, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon merkezleri açarak sağlık hizmeti vermektedir. Bahsedilen sağlık kuruluşlarını açabilmek için o yörede yaşayan halkın nüfusu, ölüm oranı ve doğum oranı gibi birçok istatistiki bilgilerden yararlanmak gerekmektedir. İstenilen bu bilgileri elde edebilmek için SBS'ler çeşitli bilgi sistemlerinden yararlanmaktadır. Bunlar; Temel Sağlık İstatistikleri Modülü, Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi Modülü, Üst Düzey Karar Destek Modülü ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Bilgi Sistemleridir (Güleş ve Özata, 2005: 155).

2.10.2. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Harcamalarını Denetim Projesi

Sağlık harcamalarının hızla artması nedeniyle, SGK o zamanki adı Emekli Sandığı olan kurumun 1990'lı yıllardan itibaren harcamaları denetim altına almak için işlemler bilgisayar ortamına aktararak, sağlık harcamalarında tasarruf amaçlanmaktadır. Bunu gerçekleştirebilmek için ilaçlar, tıbbi tedavi cihazları araç ve gereçleri kodlanarak bilgisayar sistemine yüklenmiştir (Güleş ve Özata, 2005:158-159). 2000'li yıllarda bu sistem daha geliştirilerek yapılan harcamaların hepsi otomasyon ile internet üzerinden görülmekte ve hastanenin yaptığı her türlü girişimsel işlem SGK tarafından kontrol altına alınarak hastanelerin yaptığı her harcama ödenmemektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile SBS'ler geliştirilerek sağlık işletmelerini, eczaneleri ve SGK'yı kapsayan ortak bir ağ kurularak her işlem internet üzerinden gerçekleştirilmekte böylece kâğıt maliyetleri de azaltılmaktadır.

2.10.3. Sosyal Güvenlik Kurumu On-Line Uygulamaları

SGK, üç farklı sosyal güvenlik kurumunu tek bir çatı altında örgütlenmesiyle kurulmuştur. Böylece çok başlı ve karmaşık bir sosyal güvenlik sisteminden sade ve tek bir merkezden yönetilen bir kurum oluşturularak bürokrasinin ortadan kaldırılması hedeflenmektedir.

E-sigorta projesi SGK'nın büyük çığır açan projelerinden biri olup ülkenin her yerinde bulunan işverenlere ait sigorta bilgilerine internet üzerinden ulaşmayı mümkün kılmaktadır. Bunun yanı sıra hastaların muayene olmak için sağlık kuruluşlarına başvurmaları ve yapılan tedavi sürecinin tamamını internet üzerinden takip etmelerini sağlayan muayene işlemleri bilgi sistemi de SGK'nın diğer önemli online uygulamalarındandır.

Sağlık harcamalarının önemli bir ögesi ise hastaların ilaçları için eczanelere yapılan ödemelerdir. Ortak bir veri tabanı oluşturularak eczanelerin verdikleri ilaçlar internet üzerinden takip edilmekte ve hasta ilaçların kullanma süresi dolmadan aynı ilacı tekrar alamamaktadır (Demirel, 2013:87).

Bilgi sistemlerinin kullanılmasıyla SGK'nın harcamaları kontrol altına aldığı görülmektedir. Ayrıca resmi evrak bürokrasisinin kaldırılmasıyla onaysız evrakları olan hastaların ilaçları kendi cebinden ödeme devri kaldırılmıştır. Hasta hiçbir şekilde bekletilmeden hastanede muayene olup eczaneden ilaçlarını alabilmektedir (Özdemir, 2012:31-34).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA
BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIMININ
ÇALIŞAN MEMNUNİYETİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

Çalışmanın bu bölümünde İzmir ve Manisa illerinde yer alan dört özel hastanede gerçekleştirilen araştırmaya ve bu araştırma sonucu elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, Özel hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının; temel bilgi teknolojilerini ve hastane yönetim bilgi sistemlerini kullanım becerilerini ve hastane bilgi yönetim sisteminin özel sağlık kurumlarına sağladığı yararlar konusundaki düşüncelerini ortaya koymaktır.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni İzmir ve Manisa’da faaliyet gösteren özel hastanelerdeki sağlık çalışanlarıdır. Özel hastanelerde çalışan doktor, ebe/hemşire, sağlık teknikeri/teknisyeni, tıbbi sekreter ve memur olarak görev yapan özel sağlık çalışanları araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihte İzmir ilinde faaliyet gösteren özel hastane sayısı 23’tür. (<http://www.ism.gov.tr/kurumlar>) Manisa ilinde faaliyet gösteren özel hastane sayısı ise 10’dur. (www.manisa.saglik.gov.tr/dokumanlar/kurumlar)

İzmir ve Manisa’da faaliyet gösteren dört özel hastanedeki 409 sağlık çalışanı örneklem olarak alınmıştır. Basit rastgele örnekleme yöntemi ile İzmir’deki birinci özel hastanedeki 633 sağlık çalışanının 196’sına, ikinci özel hastanedeki 237 sağlık çalışanının 112’sine, Manisa’daki üçüncü özel hastanedeki 250 sağlık çalışanının 55’ine, dördüncü özel hastanedeki 250 sağlık çalışanının 46’sına anket uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı dört özel hastanedeki toplam sağlık çalışanı sayısı 1370’tir. (Tablo 6)

Tablo 6: Araştırmanın Yapıldığı Özel Hastanelerle İlgili Bilgiler

Bulunduğu İl	Hastane No	Çalışan Sayısı	Anket Sayısı
İzmir	1.Özel Hastane	633	196
İzmir	2.Özel Hastane	237	112
Manisa	3.Özel Hastane	250	55
Manisa	4.Özel Hastane	250	46
Toplam		1370	409

3.2.2. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket tekniği kullanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce, konuyla ilgili yapılan literatür taramasından yararlanılarak özel hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının bilgi sistemi kullanım becerilerini ve kullanılan sistemin fayda sağladığı alanları ortaya çıkaracak bir anket formu oluşturulmuştur.

Anket formunda;

Özel sağlık çalışanlarının tanımlayıcı bilgilerinin yanı sıra temel bilgi teknolojileri kullanım becerilerini ölçen 6, hastane bilgi teknolojilerindeki modülleri kullanım becerilerini ölçen 16, genel memnuniyet düzeyini ölçen 1, bilgi teknolojileriyle ilgili 28 soru sorulmuştur.

Ankette sağlık bilgi teknolojilerini tanımlayan sorular iki farklı şekilde tasarlanmıştır. Birincisi; sağlık bilgi teknolojilerinin özel sağlık kuruluşlarında kullanım amaçlarını açıklama çabası, ikincisi ise sağlık bilgi teknolojilerinin gerçekten istenen amaçlara uygun kullanılıp kullanılmadıklarını anlamaya yönelik kullanım amacına ulaşma derecesidir.

Katılımcılar her bir soruyu, önce sağlık bilgi teknolojilerinin kendi kuruluşlarında ne amaçla kullanıldığını belirtecek şekilde, ardından da sağlık bilgi teknolojilerinin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını belirtecek şekilde iki defa görüş belirterek cevaplamışlardır.

3.2.3. Verilerin Analizi

Sağlık çalışanlarının hastanedeki görevi, eğitim durumu, eğitim alanı, yaşı, çalıştıkları birim, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma süresi, çalışma şekli, bilgi teknolojileri konusunda aldıkları eğitim ile ilgili çeşitli kişisel bilgilere ilişkin elde

edilen veriler betimleyici istatistiklerin yanı sıra frekans dağılım tablolarıyla incelenmiştir.

Çalışma kapsamında kullanılan bilgi teknolojileri kullanım amaçları ve bilgi teknolojileri kullanım amaçlarına ulaşılma derecesi ölçeklerinin geçerlilik çalışmaları için faktör analizi yapılmış ve ölçeklerin faktör yapısı belirlenip bu faktör yapısına göre ölçeklerin alt boyutlarının skorları hesaplanmıştır. Hesaplanan bu skorların normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediğinin tespiti için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi yapılmış, skorların normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Normallik testi sonuçları Tablo 7 de verilmiştir. Tablo 7 deki p değerleri her iki test için de 0,05 den büyük çıktığından skorlar normal dağılım göstermektedir.

Tablo 7: Normallik Testi Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Değer	sd	p	Değer	sd	p
Kullanım Amaçları (Toplam)	0,315	354	0,200	0,746	354	0,200
Kullanım Amaçları (Faktör 1: Süreç)	0,164	354	0,200	0,855	354	0,200
Kullanım Amaçları (Faktör 2: Kurumsal İmaj)	0,194	354	0,200	0,885	354	0,200
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Toplam)	0,200	354	0,326	0,853	354	0,309
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Faktör 1:Erişim)	0,195	354	0,306	0,851	354	0,367
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Faktör 2:Değişim)	0,237	354	0,189	0,836	354	0,177

Elde edilen ölçek skorlarının cinsiyet, görev, eğitim durumu gibi çeşitli parametrelere göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analiziyle (Anova) araştırılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda gruplar arasındaki farkın anlamlı çıkması halinde farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için TUKEY testi yapılmıştır.

Ek olarak; katılımcıların bilişim teknolojilerinden memnuniyet düzeyi ile bazı demografik değişkenler arasındaki ilişkilerin tespiti için çapraz tablolar oluşturulmuş ve ki kare testi ile değişkenler arasındaki bağımlılık araştırılmıştır.

Anketin güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısına göre hesaplanmıştır. Görüş ve tutum bildiren sağlık bilgi teknolojileri kullanım amaçları ile ilgili 28, sağlık bilgi teknolojileri kullanım amaçlarına ulaşma derecesi ile ilgili 28 olmak üzere toplam 56 soruya verilen cevaplara göre hesaplanan Cronbach Alpha değeri; hem kullanım amaçları hem de kullanım amaçlarına ulaşılma derecesi için 0,984 olarak bulunmuştur. Bu değer anketin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.3. Araştırma Bulguları

Bu bölümde Bilgi Teknolojileri Kullanım Anketi'nde yer alan ifadelerle ilgili olarak araştırma örnekleminden toplanan verilerle elde edilen frekans dağılım tabloları, betimleyici istatistikler ve hipotez testleriyle ilgili elde edilen sonuçlar yer almaktadır.

3.3.1. Katılımcıların Genel zellikleri, Temel Bilgi Teknolojileri konusunda yeterlilikleri

Araştırmaya 4 farklı özel sağlık kurumundan toplam 409 sağlık çalışanı katılmıştır.

Tablo 8: Katılımcıların Genel Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Bay	87	21,3
	Bayan	322	78,7
	TOPLAM	409	100,0
Yaş	24 ve altı	120	29,3
	25-34	161	39,4
	35-44	89	21,8
	45 ve üzeri	39	9,5
	TOPLAM	409	100,0
Medeni Durumu	Bekar	248	60,6
	Evli	161	39,4
	TOPLAM	409	100,0
Eğitim Durumu	Lise	128	31,3
	Önlisans	134	32,8
	Lisans	83	20,3
	Lisansüstü	64	15,6
	TOPLAM	409	100,0
Eğitim Görülen Alan	Tıp	62	15,2
	Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	217	53,1
	İktisadi ve İdari Bilimler	75	18,3
	Sosyal Bilimler	55	13,4
	TOPLAM	409	100
Çalışılan Birim	Tıbbi	309	75,6
	İdari	100	24,4
	TOPLAM	409	100,0
Hastanedeki Görev	Doktor	62	15,2
	Ebe/Hemşire	104	25,4
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	71	17,4
	Tıbbi Sekreter	119	29,1
	Memur	53	13,0
	TOPLAM	409	100,0
Çalışma Süresi	4 yıl ve daha az	229	56,0
	5-9 yıl	67	16,4
	10-14 yıl	46	11,2
	15 yıl ve üzeri	67	16,4
	TOPLAM	409	100
Çalışma Şekli	Gündüz	317	77,5
	Nöbet	92	22,5
	TOPLAM	409	100,0
Bilgi Teknolojileri Konusunda Eğitim Alınan Yer	Okul	47	11,5
	Kurs	12	2,9
	Seminer	6	1,5
	Hizmetiçi Eğitim	79	19,3
	Eğitim Almadım	28	6,8
	Birden Fazla Yerden	237	57,9
	TOPLAM	409	100,0

Örneklemedeki sağlık çalışanlarının genç, bekar bayan ağırlıklı bir yapı içerdiği görülmektedir. 35 yaşın altını genç kabul ettiğimizde, sağlık çalışanlarının %69' luk bir oranla genç ağırlıklı bir yapı içerdiği görülmektedir. Sağlık çalışanlarının bekar ağırlıklı bir yapı içerdiği görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının yaklaşık % 31' i orta öğrenim, %69'u ise yükseköğrenim düzeyinde eğitim almışlardır. Sağlık çalışanlarının ağırlıklı olarak yükseköğrenim yapanlardan oluştuğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının % 68' i tıp ve sağlık bilimleri, % 32'si İktisadi idari ve sosyal bilimler alanında eğitim almışlardır. Sağlık çalışanlarının ağırlıklı olarak tıp ve sağlık bilimleri alanında öğrenim yapanlardan oluştuğu görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının yaklaşık 3/4' ü tıbbi, 1/4'ü idari birimlerde görev yapmaktadır. Oranlara bakıldığında sağlık çalışanlarının ağırlıklı olarak tıbbi birimlerde çalıştıkları görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının yaklaşık % 58'i sağlık hizmetlerinin sunumunda, %42'si ise sekreterlik ve büro hizmetlerinin sunumunda görev almaktadır. Sağlık çalışanlarının ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alanlardan oluştuğu görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının % 56'sı hastanede 5 yılın altında bir süredir çalışmaktadır. Özel sağlık sektöründe iş gücü devir hızının yüksek olduğu söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının yaklaşık 4/5' ü gündüz görev yaparken, 1/5' i ise nöbet şeklinde çalışmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği açısından yaklaşık 1/5 oranındaki sağlık çalışanının nöbet tutmak durumunda kaldığı görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının yaklaşık % 60' ı bilgi sistemleri konusunda bilgi sahibi olmak için birden fazla eğitim olanağından istifade ettikleri görülmektedir. Hizmet içi eğitimler de yaklaşık % 20' lik bir oranla azımsanmayacak bir paya sahiptir.

Tablo 9.1: Türkiye’de Özel Sektör Uzman Sağlık Personelinin Unvanlara Göre Dağılımı,

Ünvanlar	Özel Sektör
Uzman Hekim	22.655
Pratisyen Hekim	5.729
Asistan Hekim	0
Toplam Hekim Sayısı	28.384
Diş Hekimi	14.291
Eczacı	25.010
Hemşire	25.941
Ebe	4.100
Diğer Sağlık Personeli	31.845
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	19.609
Toplam Personel Sayısı	149.180

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015.

Tablo 9.2: Türkiye’de Özel Sağlık Çalışanları ile Örneklem olarak Seçilen Sağlık çalışanlarının Unvanlara Göre Dağılımı

	Özel Sektör		Örneklem	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Doktor	28.384	25,83	62	15,16
Ebe Hemşire	30.041	27,34	104	25,42
Diğer Sağlık Personeli	31.845	28,98		
Diğer Personel Ve Hizmet Alımı	19.609	17,85		
Sağlık Teknikeri Teknisyeni			71	17,35
Tıbbi Sekreter			119	29,09
Memur			53	12,96
Toplam	109.879	100,00	409	100,00

Örneklemede diş hekimi ve eczacı unvanında sağlık çalışanı bulunmamaktadır. Örneklemedeki Sağlık Teknikeri ve Teknisyen sayısını Türkiye genelindeki Diğer sağlık personeli olarak değerlendirebiliriz. Örneklemedeki Tıbbi Sekreter ve Memur sayısını Türkiye genelindeki Diğer Personel ve Hizmet Alımı olarak değerlendirebiliriz.

Katılımcılara çok sık kullandıkları bilişim teknolojileri ve yazılımlarıyla ilgili kendilerini yeterli görüp görmedikleri sorulmuştur. 409 katılımcının bu soruya verdiği cevapların oransal dağılımları (Tablo 10)'da görülmektedir.

Tablo 10: Özel Sağlık Çalışanlarının Temel Bilgi Teknolojileri Konusundaki Yeterliliklerine Göre Dağılımları

	YETERSİZ		YETERLİ	
	N	%	n	%
1.Ofis Programları; Word, Excel, Powerpoint vb.	67	16,4	342	83,6
2.Bilgisayar İşletim Sistemleri (Windows v.b.)	75	18,3	334	81,7
3.Donanım (Tarayıcı-Yazıcı-Harici disk-Flash bellek, projeksiyonvb)	89	21,8	320	78,2
4.Internet, Bilgisayar Ağları	68	16,6	341	83,4
5.Veritabanı (Acces, Oracle, Sqlvb)	238	58,2	171	41,8
6.Hastane Yönetim Bilgi Sistemi Programı	23	5,6	386	94,4

Örneklemdaki sağlık çalışanlarının bilgi teknolojileri kullanım düzeyi konusunda en yeterli oldukları alan %95 ile Hastane Yönetim Bilgi Sistemi programıdır, bunu %84 ile ofis programları, % 83 ile İnternet ve Bilgisayar Ağları, % 82 ile Bilgisayar İşletim Sistemleri (Windows vb.), % 78 ile Donanım (Tarayıcı-Yazıcı-Harici Disk-Flash vb) izlemektedir. Genel Bir değerlendirme yapıldığında sağlık çalışanları temel bilgi teknolojilerini kullanma konusunda kendilerini yüksek derecede yeterli bulmaktadırlar (Tablo 10).

Söz konusu oranlara bakarak sağlık çalışanlarının sağlık hizmetleri sunumunda işyerinde kullandıkları bilgisayarın işletim sistemi, ofis programları, internet ve donanım kullanımında yüksek düzeyde yeterli oldukları ve hizmet sunumundaki etkinlik ve verimliliğin artırılmasına katkı sağladıkları söylenebilir.

Sadece Veritabanı (Acces, Oracle, Sqlvb.) kullanımı konusunda %42 oranında katılımcı kendini başarılı bulmaktadır. Bu da beklenen bir sonuçtur. Veri tabanı programlarını genelde bilgisayarın kullanımıyla değil de programlama kısmıyla ilgilenen bilgi işlem personeli kullanmaktadır.

3.3.2. Katılımcıların Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Modülleriyle İlgili Yeterlilik Düzeyleri

Sağlık çalışanlarına çalıştıkları kurumlarda kullanılan HBYS ile ilgili kendilerini yeterli görüp görmedikleri sorulmuştur. Bu soruya verilen cevaplarla (Tablo 11) oluşturulmuştur. Araştırmaya katılan 409 sağlık çalışanının 309 'u tıbbi birimlerde, 100' ü de idari birimlerde çalışmaktadır.

Tablo 11: Özel Sağlık Çalışanlarının HBYS ile İlgili Yeterlilikleri

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Programında Kullandığınız Modüller ve Size göre Kullanım Düzeyiniz?				
MODÜLLER	Tıbbi Birimlerde Çalışanların Yeterlilikleri		İdari Birimlerdeki Çalışanların Yeterlilikleri	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Randevu	118	38,19	61	61,00
Hasta Kabul	107	34,63	53	53,00
Poliklinik	150	48,54	57	57,00
Yatan Hasta	166	53,72	50	50,00
Doğumhane, Ameliyathane	103	33,33	23	23,00
Yoğun bakım	93	30,09	25	25,00
Laboratuvar	167	54,05	35	35,00
Radyoloji, Röntgen, MR	164	53,07	36	36,00
Eczane	127	41,10	28	28,00
Kan Merkezi	110	30,59	23	23,00
Vezne	54	17,48	38	38,00
Satın Alma	48	15,53	25	25,00
Faturalama	47	15,21	36	36,00
Stok Yönetimi Depo	115	37,22	31	31,00
Personel	71	22,98	33	33,00
İstatistik	65	21,04	43	43,00

Örneklemdaki sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemi kullanım düzeyleri incelendiğinde ilginç bir durumla karşılaşılmaktadır. Hastane bilgi sistemi programı çok detaylı bir program olup programın tüm bölümleri her sağlık personeli tarafından kullanılmamaktadır. Sağlık personeli hastane bilgi sistemi programında kendi işi ile ilgili modülleri kullanmakta, kendisini ilgilendirmeyen modülleri ise kullanmamaktadır.

Sağlık çalışanlarının HBYS modüllerini kullanım düzeyleri çalıştıkları birime göre değerlendirildiğinde şöyle bir durumla karşılaşılmaktadır.

Tıbbi birimlerde çalışan 309 sağlık çalışanının kendilerini en yeterli gördükleri modül % 54,05'lik bir oranla “Laboratuar modülüdür”, bunu % 53,72 ile “Yatan Hasta”, %53,07 ile “Radyoloji, Röntgen, MR”, %48,54 ile “Poliklinik” , %41,10 ile “Eczane” modülleri izlemektedir. Bu bölümler hastalıkların teşhis ve tedavisinde birçok sağlık personeli tarafından kullanılan temel modüllerdir. Bu sebeple birçok sağlık çalışanı tarafından kullanılmaları beklenen bir sonuçtur. “Yatan Hasta” ile ilgili işlemleri birçok sağlık personelinin bilmesi beklenen bir durumdur. Mesai saatleri dışında da sisteme girilmesi gereken çok sayıda iş ve işlemlerin birçok sağlık personeli tarafından yapılması gerekmektedir. “Randevu”, “Stok Yönetimi ve Depo”, “Kan Merkezi”, “Hasta Kabul”, “Doğumhane, Ameliyathane”, Yoğun bakım” modüllerini kullanım konusunda kendini yeterli gören Tıbbi birimlerde çalışan oranı %40 ile %30 arasında değişmektedir.

“Personel”, “İstatistik”, “Vezne”, “Satın alma”, “Faturalama” modüllerini kullanım konusunda kendini yeterli gören Tıbbi birimlerden çalışan oranı %25 ile %15 arasında değişmektedir. Bu modüller daha çok İdari birimlerdeki sağlık çalışanları tarafından kullanılmaktadır.

İdari birimlerde çalışan 100 sağlık çalışanının kendilerini en yeterli gördükleri modül % 61'lik bir oranla “Randevu” modülüdür, bunu % 57 ile “Poliklinik”, %50 ile “Hasta Kabul”, %50 ile “Yatan Hasta” modülleri izlemektedir.

“İstatistik”, “Vezne”, “Radyoloji, Röntgen, MR”, “Faturalama”, “Laboratuar”, “Personel”, “Stok Yönetimi ve Depo” modüllerini kullanım konusunda kendini yeterli gören İdari birimlerde çalışan oranı %45 ile %30 arasında değişmektedir.

“Eczane”, “Yoğun Bakım”, “Satın Alma”, “Kan Merkezi”, “Doğumhane, Ameliyathane” modüllerini kullanım konusunda kendini yeterli gören İdari birimlerde çalışan oranı %30 ile %20 arasında değişmektedir. Bu modüller daha çok Tıbbi birimlerdeki sağlık çalışanları tarafından kullanılmaktadır.

Tablo 12: Sağlık Çalışanlarının, Özel Sağlık Kurumunda Kullanılan Bilgi Teknolojilerinden Genel Memnuniyet Derecelerine Göre Dağılımları

		n	%
Kurumunuzda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyiniz?	Memnun Değilim	48	13,4
	Kararsızım	46	12,9
	Memnunum	263	73,7
	TOPLAM	357	100,0

Örneklemdaki sağlık çalışanlarının özel sağlık kurumlarında kullanılan bilgi teknolojilerinden genel memnuniyet oranı % 73,7'dir. Bu oran ortanın biraz üzerinde veya iyi olarak kabul edilebilir, ancak yeterli olduğu söylenemez. Bu oran sistemin kullanımı konusunda hala yapılması gereken bir takım çalışmalara ihtiyaç olduğu şeklinde yorumlanabilir.

3.3.3. Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Ölçeği İçin Geçerlilik Testi

Bilgi teknolojileri kullanım amaçları ölçeğinin geçerlilik çalışması için Temel Bileşenler Analizi yöntemiyle faktör analizi yapılmış ve sonuçları aşağıda verilmiştir. Faktör analizinin ilk adımında veri yapısının faktör analizi için uygun ve veri sayısının yeterli olup olmadığının tespiti için yapılan KMO testi ve Bartlett küresellik testi sonuçları (Tablo 13) de verilmiştir.

Tablo 13: KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

KMO örneklem yeterlilik testi		,965
Bartlett Küresellik Testi	Ki kare	10188,296
	Sd	378
	P	0,000

KMO katsayısının 1'e yakın olması ve Bartlett küresellik testinin anlamlı olması durumuna göre veri setinin faktör analizi için uygun olduğu görülmektedir. (Tablo 14) de verilen açıklanan varyans tablosuna göre; 1'den büyük öz değer sayısı 2 adet olduğu için 28 maddelik ölçeğin, 2 faktörlü bir yapı gösterdiği görülmüştür. Birinci faktör (Süreç) tek başına toplam varyansın %69,98'ini; ikinci faktör (Kurumsal İmaj) ise tek başına toplam varyansın %4,69'unu açıklamaktadır. İki faktörün birlikte ise toplam varyansın %74,66'sını açıkladığı görülmektedir.

Tablo 14: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Ölçeği Toplam Açıklanan Varyans

Bileşen	Özdeğerler			Kareler Toplamı		
	Toplam	% Varyans	Kümülatif Varyans	Toplam	% Varyans	Kümülatif Varyans
1	19,59	69,98	69,98	19,59	69,98	69,98
2	1,31	4,69	74,66	1,31	4,69	74,66
3	0,91	3,25	77,91			
4	0,66	2,36	80,27			
5	0,55	1,96	82,23			
6	0,52	1,87	84,10			
7	0,50	1,77	85,86			
8	0,43	1,52	87,39			
9	0,40	1,43	88,82			
10	0,36	1,29	90,11			
11	0,35	1,26	91,37			
12	0,29	1,05	92,42			
13	0,26	0,91	93,33			
14	0,22	0,77	94,10			
15	0,19	0,67	94,77			
16	0,18	0,64	95,41			
17	0,17	0,62	96,03			
18	0,15	0,55	96,57			
19	0,14	0,50	97,07			
20	0,13	0,47	97,54			
21	0,11	0,41	97,95			
22	0,11	0,38	98,33			
23	0,10	0,35	98,67			
24	0,10	0,34	99,01			
25	0,08	0,29	99,31			
26	0,07	0,26	99,57			
27	0,07	0,25	99,82			
28	0,05	0,18	100,00			

Maddelerin hangi faktör altında ağırlıklandığı ise (Tablo 15) de görülmektedir. Verilen katsayılara göre 28 maddelik ölçekte maddeler faktörler arasında net bir şekilde ayrıştığı için ölçekten madde çıkarılmasına ihtiyaç kalmamıştır.

Tablo 15.1: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Ölçeği Faktör Yükleri
Faktör 1: (Süreç)

	1.Faktör (Süreç)
6.Kalite Yönetimine destek olur	0,847
2.Tıbbi hizmetlerin kalitesini artırır	0,812
3.Zaman kaybını önler	0,803
12.İlaç ve diğer tıbbi sarf malzemelerinin takibini kolaylaştırır	0,801
7.Malzeme ve sipariş takibini kolaylaştırır	0,795
8.Malzeme ihtiyaç planlamasını kolaylaştırır	0,791
5.Hastalara randevu vermede kolaylık sağlar	0,786
1.Bilgilere daha kolay ulaşmayı sağlar	0,784
9.Laboratuvar testi analizinde kullanımı faydalıdır	0,775
10.Tıbbi görüntüleme analizinde kullanımı faydalıdır	0,708
4.Çalışanlar arasındaki iletişimi hızlandırır	0,689
16.İstem ve tedavi sonuçlarının girişinde kolaylık sağlar	0,682
13.Bordro hazırlama ve hesap çıkarmada faydalıdır	0,666
22.Yenilikleri takip etmeye yarar	0,655
21.Müşteri taleplerinin daha hızlı karşılanmasını sağlar	0,632
11.Maliyetleri Azaltır	0,628

Tablo 15.2: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Ölçeği Faktör Yükleri
Faktör 2: (Kurumsal İmaj)

	2.Faktör (Kurumsal İmaj)
14.Çalışanların performanslarının ölçülmesinde etkilidir	0,800
24.Hızlı çevresel değişimlere tepki vermeye imkân sağlar	0,777
18.Hasta bakımının etkin olarak planlanmasını sağlar	0,761
15.Ameliyathane ve tanı ünitelerini daha etkin planlanmasını sağlar	0,755
27.Objektif, adil ve sistemli çalışmaya hizmet eder	0,753
28.Kaynakların etkin kullanımını sağlar	0,725
20.Verimliliği artırır	0,699
25.İnternet üzerinden tanıtım yapmaya imkân sağlar	0,685
23.Hastane dışı ile hızlı ve güvenilir veri alış-verişine imkân sağlar	0,677
26.E-posta, mobil iletişim, efv.b. yollarla hızlı, ucuz iletişim, bilgi transferi sağlar	0,670
19.Envanter kontrolünü sağlar	0,653
17.Bilgisayar destekli tıbbi karar almada önemlidir	0,636

3.3.4 Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşım Ölçeği İçin

Geçerlilik Testi

Bilgi teknolojileri kullanım amaçlarına ulaşım ölçeğinin geçerlilik çalışması için Temel Bileşenler Analizi yöntemiyle faktör analizi yapılmış ve sonuçları aşağıda verilmiştir. Faktör analizinin ilk adımında veri yapısının faktör analizi için uygun ve veri sayısının yeterli olup olmadığının tespiti için yapılan KMO testi ve Bartlett küresellik testi sonuçları (Tablo 16) da verilmiştir.

Tablo 16: KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

KMO örneklem yeterlilik testi		,962
Bartlett Küresellik Testi	Ki kare	12355,734
	sd	378
	p	0,000

KMO katsayısının 1'e yakın olması ve Bartlett küresellik testinin anlamlı olması durumuna göre veri setinin faktör analizi için uygun olduğu görülmektedir. (Tablo 17) de verilen açıklanan varyans tablosuna göre; 1'den büyük öz değer sayısı 2 adet olduğu için 28 maddelik ölçeğin, 2 faktörlü bir yapı gösterdiği görülmüştür. Birinci faktör (Erişim) tek başına toplam varyansın %75,02'sini; ikinci faktör (Değişim) ise tek başına toplam varyansın %4,42'sini açıklamaktadır. İki faktör birlikte ise toplam varyansın %79,44'ünü açıkladığı görülmektedir.

Maddelerin hangi faktör altında ağırlıklandığı ise (Tablo 18) de görülmektedir. Verilen katsayılara göre 28 maddelik ölçekte maddeler faktörler arasında net bir şekilde ayrıştığı için ölçekten madde çıkarılmasına ihtiyaç kalmamıştır.

Tablo 17: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşma Derecesi Ölçeği Toplam Açıklanan Varyans

Bileşen	Özdeğerler			Kareler Toplamı		
	Toplam	% Varyans	Kümülatif Varyans	Toplam	% Varyans	Kümülatif Varyans
1	21,01	75,02	75,02	21,01	75,02	75,02
2	1,24	4,42	79,44	1,24	4,42	79,44
3	0,98	3,52	82,96			
4	0,65	2,33	85,29			
5	0,53	1,88	87,17			
6	0,42	1,50	88,67			
7	0,38	1,37	90,04			
8	0,32	1,13	91,17			
9	0,29	1,03	92,20			
10	0,27	0,95	93,14			
11	0,23	0,81	93,96			
12	0,19	0,68	94,64			
13	0,17	0,62	95,26			
14	0,16	0,57	95,83			
15	0,14	0,50	96,33			
16	0,14	0,50	96,83			
17	0,12	0,43	97,26			
18	0,11	0,40	97,66			
19	0,10	0,36	98,02			
20	0,09	0,33	98,35			
21	0,08	0,30	98,65			
22	0,07	0,27	98,92			
23	0,07	0,24	99,15			
24	0,06	0,21	99,36			
25	0,05	0,19	99,55			
26	0,05	0,18	99,73			
27	0,04	0,15	99,88			
28	0,03	0,12	100,00			

Tablo 18.1: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşma Derecesi Ölçeği Faktör Yükleri 1.Faktör (Erişim)

	1.Faktör (Erişim)
1.Bilgilere daha kolay ulaşmayı sağlar	0,863
3.Zaman kaybını önler	0,809
2.Tıbbi hizmetlerin kalitesini artırır	0,805
4.Çalışanlar arasındaki iletişimi hızlandırır	0,789
5.Hastalara randevu vermede kolaylık sağlar	0,779
6.Kalite Yönetimine destek olur	0,778
7.Malzeme ve sipariş takibini kolaylaştırır	0,765
8.Malzeme ihtiyaç planlamasını kolaylaştırır	0,754
10.Tıbbi görüntüleme analizinde kullanımı faydalıdır	0,753
12.İlaç ve diğer tıbbi sarf malzemelerinin takibini kolaylaştırır	0,724
20.Verimliliği artırır	0,697
9.Laboratuvar testi analizinde kullanımı faydalıdır	0,693
13.Bordro hazırlama ve hesap çıkarmada faydalıdır	0,684
21.Müşteri taleplerinin daha hızlı karşılanmasını sağlar	0,678
11.Maliyetleri Azaltır	0,674
19.Envanter kontrolünü sağlar	0,668
17.Bilgisayar destekli tıbbi karar almada önemlidir	0,659
16.İstem ve tedavi sonuçlarının girişinde kolaylık sağlar	0,633

Tablo 18.2: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşma Derecesi Ölçeği Faktör Yükleri 2.Faktör (Değişim)

	2.Faktör (Değişim)
24.Hızlı çevresel değişikliklere tepki vermeye imkân sağlar	0,863
25.İnternet üzerinden tanıtım yapmaya imkân sağlar	0,853
23.Hastane dışı ile hızlı ve güvenilir veri alış-verişine imkân sağlar	0,847
27.Objektif, adil ve sistemli çalışmaya hizmet eder	0,813
28.Kaynakların etkin kullanımını sağlar	0,798
22.Yenilikleri takip etmeye yarar	0,772
26.E-posta, mobil iletişim, eft v.b. yollarla hızlı, ucuz iletişim, bilgi transferi sağlar	0,753
18.Hasta bakımının etkin olarak planlamasını sağlar	0,733
14.Çalışanların performanslarının ölçülmesinde etkilidir	0,630
15.Ameliyathane ve tanı ünitelerini daha etkin planlamasını sağlar	0,589

3.3.5 Madde Bazında Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Karşılaştırması

Bilgi teknolojileri kullanım amacı ve kullanım amacına ulaşma derecesi ile ilgili maddelere verilen cevapların ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları (Tablo 19) da verilmiştir.

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre;

- 2.Tıbbi hizmetlerin kalitesini artırır
- 3.Zaman kaybını önler
- 5.Hastalara randevu vermede kolaylık sağlar
- 6.Kalite Yönetimine destek olur

Maddelerine verilen cevaplarda amaç ve amaca ulaşım düzeyinde anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Diğer maddeler için ise katılımcıların bilgi teknolojileri için amaç ve amaca ulaşma derecesi arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Anlamlı düzeyde farklılık gösteren maddeler için amaca ulaşım düzeyi değerlendirme ortalaması, amaç ortalamasından anlamlı derecede daha düşüktür.

Tablo 19: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları ve Amaçlara Ulaşma “t” Testi

	Amaç		Amaca Ulaşım		P
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	
1.Bilgilere daha kolay ulaşmayı sağlar	4,21	0,72	4,15	0,74	0,24
2.Tıbbi hizmetlerin kalitesini artırır	4,20	0,79	4,09	0,74	0,04*
3.Zaman kaybını önler	4,24	0,78	4,09	0,84	0,01*
4.Çalışanlar arasındaki iletişimi hızlandırır	4,14	0,83	4,09	0,78	0,43
5.Hastalara randevu vermede kolaylık sağlar	4,28	0,72	4,17	0,73	0,04*
6.Kalite Yönetimine destek olur	4,25	0,78	4,15	0,71	0,09*
7.Malzeme ve sipariş takibini kolaylaştırır	4,26	0,72	4,19	0,70	0,17
8.Malzeme ihtiyaç planlamasını kolaylaştırır	4,21	0,76	4,16	0,71	0,33
9.Laboratuvar testi analizinde kullanımı faydalıdır	4,24	0,71	4,18	0,75	0,23
10.Tıbbi görüntüleme analizinde kullanımı faydalıdır	4,25	0,73	4,18	0,73	0,25
11.Maliyetleri Azaltır	4,14	0,79	4,14	0,73	0,96
12.İlaç ve diğer tıbbi sarf malzemelerinin takibini kolaylaştırır	4,25	0,70	4,17	0,72	0,15
13.Bordro hazırlama ve hesap çıkarmada faydalıdır.	4,18	0,79	4,12	0,77	0,34
14.Çalışanların performanslarının ölçülmesinde etkilidir.	3,93	0,94	4,00	0,87	0,37
15.Ameliyathane ve tanı ünitelerinin daha etkin planlanmasını sağlar.	4,10	0,77	4,05	0,80	0,47
16.İstem ve tedavi sonuçlarının girişinde kolaylık sağlar	4,21	0,76	4,15	0,76	0,30
17.Bilgisayar destekli tıbbi karar almada önemlidir.	4,13	0,77	4,12	0,74	0,94
18.Hasta bakımının etkin olarak planlanmasını sağlar.	4,03	0,76	4,07	0,79	0,45
19.Envanter kontrolünü sağlar.	4,15	0,75	4,12	0,78	0,66
20.Verimliliği artırır.	4,15	0,75	4,04	0,84	0,08
21.Müşteri taleplerinin daha hızlı karşılanmasını sağlar.	4,14	0,74	4,09	0,82	0,39
22.Yenilikleri takip etmeye yarar.	4,19	0,78	4,13	0,82	0,35
23.Hastane dışı ile hızlı ve güvenilir veri alış-verişine imkân sağlar.	4,15	0,80	4,13	0,77	0,72
24.Hızlı çevresel değişikliklere tepki vermeye imkân sağlar.	4,10	0,79	4,10	0,80	0,97
25.İnternet üzerinden tanıtım yapmaya imkân sağlar	4,14	0,80	4,14	0,80	0,98
26.E-posta, mobil iletişim, efv.b. yollarla hızlı, ucuz iletişim, bilgi transferi sağlar.	4,21	0,74	4,14	0,81	0,24
27.Objektif, adil ve sistemli çalışmaya hizmet eder	4,12	0,78	4,05	0,81	0,28
28. Kaynakların etkin kullanımını sağlar	4,16	0,76	4,17	0,71	0,90

***p<0,05**

3.3.6.Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Cinsiyete Göre Değişimi

Bilgi teknolojileri kullanım amacı ve kullanım amacına ulaşımın cinsiyet ortalamaları ile bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları (Tablo 20) de verilmiştir.



Tablo 20: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Cinsiyet Ortalamaları ile Bu ortalamalar Arasındaki Farkın t Testi Sonuçları

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Kullanım Amaçları (Toplam)	Erkek	85	4,19	0,73	0,109	0,913
	Kadın	307	4,18	0,66		
Kullanım Amaçları (Faktör 1. Süreç)	Erkek	85	4,19	0,70	-0,224	0,823
	Kadın	307	4,21	0,65		
Kullanım Amaçları (Faktör 2. Kurumsal İmaj)	Erkek	85	4,08	0,76	-0,169	0,866
	Kadın	307	4,10	0,62		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Toplam)	Erkek	78	4,15	0,71	0,377	0,707
	Kadın	282	4,12	0,63		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Faktör 1.Erişim)	Erkek	78	4,16	0,71	0,456	0,649
	Kadın	282	4,12	0,64		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Faktör 2. Değişim)	Erkek	77	4,15	0,74	0,579	0,563
	Kadın	282	4,10	0,70		

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; bilgi teknolojileri kullanım amaçları ve kullanım amaçlarına ulaşma düzeyi ile bunların alt boyutları cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile kadın ve erkeklerin bilgi teknolojileri kullanım amacı ve bu amaçlara ulaşma düzeyi değerlendirmeleri aynı seviyededir denilebilir.

3.3.7. Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Göreve Göre Değişimi

Bilgi teknolojileri kullanım amacı ve kullanım amacına ulaşımın göreve göre ortalamaları ile bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları (Tablo 21) de verilmiştir.

Tablo 21: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Göreve Göre Değişimi Tablosu

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Kullanım Amaçları (Toplam)	Doktor	56	4,21	0,59	7,164	0,000*
	Ebe/Hemşire	102	4,14	0,63		
	Sağlık Tek./Teknisyen	69	3,88	0,88		
	Tıbbi Sekreter	115	4,23	0,60		
	Memur	50	4,52	0,54		
	Toplam	392	4,18	0,68		
Kullanım Amaçları (Faktör 1.Süreç)	Doktor	56	4,26	0,54	8,480	0,000*
	Ebe/Hemşire	102	4,19	0,64		
	Sağlık Tek./Teknisyen	69	3,87	0,90		
	Tıbbi Sekreter	115	4,25	0,53		
	Memur	50	4,54	0,48		
	Toplam	392	4,21	0,66		
Kullanım Amaçları (Faktör 2.Kurumsal İmaj)	Doktor	56	4,10	0,62	5,607	0,000*
	Ebe/Hemşire	102	4,05	0,60		
	Sağlık Tek./Teknisyen	69	3,85	0,82		
	Tıbbi Sekreter	115	4,15	0,57		
	Memur	50	4,40	0,60		
	Toplam	392	4,10	0,65		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Toplam)	Doktor	49	4,10	0,61	3,142	0,015*
	Ebe/Hemşire	98	4,13	0,59		
	Sağlık Tek./Teknisyen	59	3,89	0,78		
	Tıbbi Sekreter	107	4,19	0,63		
	Memur	47	4,30	0,60		
	Toplam	360	4,13	0,65		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Faktör 1. Erişim)	Doktor	49	4,11	0,61	3,276	0,012*
	Ebe/Hemşire	98	4,15	0,59		
	Sağlık Tek./Teknisyen	59	3,89	0,80		
	Tıbbi Sekreter	107	4,19	0,63		
	Memur	47	4,31	0,58		
	Toplam	360	4,13	0,65		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Faktör 2. Değişim)	Doktor	49	4,07	0,71	1,968	0,099
	Ebe/Hemşire	98	4,08	0,69		
	Sağlık Tek./Teknisyen	58	3,92	0,75		
	Tıbbi Sekreter	107	4,18	0,67		
	Memur	47	4,26	0,74		
	Toplam	359	4,11	0,71		

*p<0,05

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; bilgi teknolojileri kullanım amacı alt boyutları ile ve bu amaçlara ulaşma düzeyinin geneli ile birinci alt boyutu göreve göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p < 0,05$), kullanım amacına ulaşma düzeyi göreve göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Anlamlı düzeyde farklılık gösteren ölçek ve alt boyutlar için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla TUKEY testi yapılmıştır.

Tablo 21.1: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Geneli (Hastanedeki Göreve Göre)

Bağımlı değişken: Kullanım Amaçları Genel

Tukey HSD

(I) Hastanedeki Göreviniz?	(J) Hastanedeki Göreviniz?	Ortalama fark (I-J)	Standart Hata	Anlamlılık
Doktor	Ebe/Hemşire	,06795	,10263	,964
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	,34068*	,11081	,019
	Tıbbi Sekreter	,00713	,10008	1,000
	Memur	-,22874	,11980	,314
Ebe/Hemşire	Doktor	-,06795	,10263	,964
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	,27273*	,09686	,041
	Tıbbi Sekreter	-,06083	,08438	,952
	Memur	-,29669*	,10703	,046
Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	Doktor	-,34068*	,11081	,019
	Ebe/Hemşire	-,27273*	,09686	,041
	Tıbbi Sekreter	-,33356*	,09415	,004
	Memur	-,56942*	,11490	,000
Tıbbi Sekreter	Doktor	-,00713	,10008	1,000
	Ebe/Hemşire	,06083	,08438	,952
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	,33356*	,09415	,004
	Memur	-,23587	,10458	,162
Memur	Doktor	,22874	,11980	,314
	Ebe/Hemşire	,29669*	,10703	,046
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	,56942*	,11490	,000
	Tıbbi Sekreter	,23587	,10458	,162

Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Geneli için; Sağlık Teknikeri / Teknisyenlerinin ortalaması, Doktor, Ebe/Hemşire, Tıbbi Sekreter ve Memurlardan anlamlı derecede farklıdır. Buna ek olarak Memurların ortalaması, Ebe / Hemşirelerin ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

**Tablo 21.2: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları
Faktör 1 (Süreç) (Hastanedeki Göreve Göre)**

Bağımlı Değişen: Kullanım Amaçları Faktör1 (Süreç)

Tukey HSD

(I) Hastanedeki Göreviniz?	(J) Hastanedeki Göreviniz?	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Anlamlılık
Doktor	Ebe/Hemşire	,05389	,10572	,986
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	,36960*	,11415	,011
	Tıbbi Sekreter	,00773	,10309	1,000
	Memur	-,24541	,12340	,273
Ebe/Hemşire	Doktor	-,05389	,10572	,986
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	,31571*	,09978	,014
	Tıbbi Sekreter	-,04616	,08691	,984
	Memur	-,29930	,11025	,054
Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	Doktor	-,36960*	,11415	,011
	Ebe/Hemşire	-,31571*	,09978	,014
	Tıbbi Sekreter	-,36186*	,09699	,002
	Memur	-,61500*	,11835	,000
Tıbbi Sekreter	Doktor	-,00773	,10309	1,000
	Ebe/Hemşire	,04616	,08691	,984
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	,36186*	,09699	,002
	Memur	-,25314	,10773	,132
Memur	Doktor	,24541	,12340	,273
	Ebe/Hemşire	,29930	,11025	,054
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	,61500*	,11835	,000
	Tıbbi Sekreter	,25314	,10773	,132

Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı Faktör 1 (Süreç) İçin Sağlık Teknikeri / Teknisyenlerinin ortalaması; Doktor, Ebe / Hemşire, Tıbbi Sekreter ve Memurların ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

Tablo 21.3: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Faktör 2 (Kurumsal İmaj) (Hastanedeki Göreve Göre)

Bağımlı değişken: Kullanım amacı Faktör 2 (Kurumsal İmaj)

Tukey HSD

(I) Hastanedeki Göreviniz?	(J) Hastanedeki Göreviniz?	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Anlamlılık
Doktor	Ebe/Hemşire	,07726	,10808	,953
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,27970	,11707	,120
	Tıbbi Sekreter	-,00337	,10539	1,000
	Memur	-,21464	,12615	,434
Ebe/Hemşire	Doktor	-,07726	,10808	,953
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,20244	,10244	,280
	Tıbbi Sekreter	-,08063	,08885	,894
	Memur	-,29190	,11271	,074
Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	Doktor	-,27970	,11707	,120
	Ebe/Hemşire	-,20244	,10244	,280
	Tıbbi Sekreter	-,28307*	,09960	,038
	Memur	-,49434*	,12136	,001
Tıbbi Sekreter	Doktor	,00337	,10539	1,000
	Ebe/Hemşire	,08063	,08885	,894
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,28307*	,09960	,038
	Memur	-,21127	,11013	,309
Memur	Doktor	,21464	,12615	,434
	Ebe/Hemşire	,29190	,11271	,074
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,49434*	,12136	,001
	Tıbbi Sekreter	,21127	,11013	,309

Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı Faktör2 (Kurumsal İmaj) İçin Sağlık Teknikeri / Teknisyenlerinin ortalaması; Tıbbi Sekreter ve Memurların ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

Tablo 21.4: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşma Derecesi Geneli (Hastanedeki Göreve Göre)

Bağımlı Değişken: Amaçlara ulaşım genel

Tukey HSD

(I) Hastanedeki Göreviniz?	(J) Hastanedeki Göreviniz?	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Anlamlılık
Doktor	Ebe/Hemşire	-,07438	,10858	,960
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,14734	,11871	,727
	Tıbbi Sekreter	-,11250	,10593	,826
	Memur	-,23741	,12596	,327
Ebe/Hemşire	Doktor	,07438	,10858	,960
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,22172	,10304	,201
	Tıbbi Sekreter	-,03812	,08801	,993
	Memur	-,16303	,11131	,586
Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	Doktor	-,14734	,11871	,727
	Ebe/Hemşire	-,22172	,10304	,201
	Tıbbi Sekreter	-,25984	,10024	,074
	Memur	-,38475*	,12121	,014
Tıbbi Sekreter	Doktor	,11250	,10593	,826
	Ebe/Hemşire	,03812	,08801	,993
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,25984	,10024	,074
	Memur	-,12491	,10872	,780
Memur	Doktor	,23741	,12596	,327
	Ebe/Hemşire	,16303	,11131	,586
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,38475*	,12121	,014
	Tıbbi Sekreter	,12491	,10872	,780

Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacına ulaşılma derecesi geneli için Sağlık Teknikeri / Teknisyenlerinin ortalaması; Memurların ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

Tablo 21.5: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçlarına Ulaşma Derecesi Faktör 1 (Erişim) (Hastanedeki Göreve Göre)

Bağımlı Değişken: Amaçlara Ulaşılma Derecesi Faktör 1 (Erişim)

Tukey HSD

(I) Hastanedeki Göreviniz?	(J) Hastanedeki Göreviniz?	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Anlamlılık
Doktor	Ebe/Hemşire	-,07477	,10813	,958
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,15595	,11822	,679
	Tıbbi Sekreter	-,10985	,10549	,836
	Memur	-,25116	,12543	,267
Ebe/Hemşire	Doktor	,07477	,10813	,958
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,23072	,10261	,164
	Tıbbi Sekreter	-,03509	,08764	,995
	Memur	-,17639	,11084	,504
Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	Doktor	-,15595	,11822	,679
	Ebe/Hemşire	-,23072	,10261	,164
	Tıbbi Sekreter	-,26581	,09982	,062
	Memur	-,40711*	,12070	,007
Tıbbi Sekreter	Doktor	,10985	,10549	,836
	Ebe/Hemşire	,03509	,08764	,995
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,26581	,09982	,062
	Memur	-,14130	,10827	,688
Memur	Doktor	,25116	,12543	,267
	Ebe/Hemşire	,17639	,11084	,504
	Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	,40711*	,12070	,007
	Tıbbi Sekreter	,14130	,10827	,688

Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacına ulaşılma derecesi Faktör 1 (Erişim) için Sağlık Teknikeri / Teknisyenlerinin ortalaması; Memurların ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

3.3.8. Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Yaş Gruplarına Göre Değişimi

Bilgi teknolojileri kullanım amacı ve kullanım amacına ulaşımın yaş gruplarına göre ortalamaları ile bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları (Tablo 22) de verilmiştir.

Tablo 22: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Yaş Gruplarına Göre Değişimi Tablosu

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Kullanım Amaçları (Toplam)	24 ve altı	117	4,13	0,70	1,007	0,390
	25-34	155	4,21	0,69		
	35-44	85	4,25	0,60		
	45 ve üzeri	35	4,06	0,73		
	Toplam	392	4,18	0,68		
Kullanım Amaçları (Faktör 1. Süreç)	24 ve altı	117	4,14	0,68	0,947	0,418
	25-34	155	4,22	0,69		
	35-44	85	4,29	0,53		
	45 ve üzeri	35	4,15	0,71		
	Toplam	392	4,21	0,66		
Kullanım Amaçları (Faktör 2. Kurumsal İmaj)	24 ve altı	117	4,05	0,65	0,579	0,629
	25-34	155	4,13	0,65		
	35-44	85	4,12	0,63		
	45 ve üzeri	35	4,01	0,74		
	Toplam	392	4,10	0,65		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Toplam)	24 ve altı	108	4,13	0,63	0,050	0,985
	25-34	141	4,13	0,61		
	35-44	80	4,14	0,68		
	45 ve üzeri	31	4,08	0,81		
	Toplam	360	4,13	0,65		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Faktör 1. Erişim)	24 ve altı	108	4,12	0,62	0,054	0,984
	25-34	141	4,14	0,62		
	35-44	80	4,14	0,67		
	45 ve üzeri	31	4,10	0,82		
	Toplam	360	4,13	0,65		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Faktör 2. Değişim)	24 ve altı	107	4,12	0,70	0,053	0,984
	25-34	141	4,10	0,65		
	35-44	80	4,12	0,75		
	45 ve üzeri	31	4,07	0,86		
	Toplam	359	4,11	0,71		

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; bilgi teknolojileri kullanım amaçları ve kullanım amacına ulaşım ölçeklerinin geneli ile alt boyutları yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile tüm yaş gruplarının bilgi teknolojileri kullanım amacı ve kullanım amacına ulaşım düzeyi değerlendirmeleri aynı seviyededir denilebilir. Amaçlara ulaşıldığı söylenebilir.

3.3.9. Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Eğitim Gördüğü Alana Göre Değişimi

Bilgi teknolojileri kullanım amacı ve kullanım amacına ulaşımın eğitim durumuna göre ortalamaları ile bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları (Tablo 23)

Tablo 23: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Eğitim Gördüğü Alana Göre Değişimi Tablosu

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Kullanım Amaçları (Toplam)	Tıp	56	4,21	0,59	8,921	0,000*
	Sağlık/Fen/Teknik Bil.	212	4,05	0,73		
	İktisadi ve İdari Bilimler	72	4,51	0,53		
	Sosyal Bilimler	52	4,21	0,57		
	Toplam	392	4,18	0,68		
Kullanım Amaçları (Faktör 1. Süreç)	Tıp	56	4,26	0,54	8,806	0,000*
	Sağlık/Fen/Teknik Bil.	212	4,08	0,73		
	İktisadi ve İdari Bilimler	72	4,52	0,44		
	Sosyal Bilimler	52	4,23	0,56		
	Toplam	392	4,21	0,66		
Kullanım Amaçları (Faktör 2. Kurumsal İmaj)	Tıp	56	4,10	0,62	7,744	0,000*
	Sağlık/Fen/Teknik Bil.	212	3,97	0,69		
	İktisadi ve İdari Bilimler	72	4,37	0,55		
	Sosyal Bilimler	52	4,22	0,55		
	Toplam	392	4,10	0,65		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Toplam)	Tıp	49	4,10	0,61	1,409	0,240
	Sağlık/Fen/Teknik Bil.	193	4,07	0,66		
	İktisadi ve İdari Bilimler	66	4,25	0,67		
	Sosyal Bilimler	52	4,18	0,60		
	Toplam	360	4,13	0,65		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Faktör 1. Erişim)	Tıp	49	4,11	0,61	1,229	0,299
	Sağlık/Fen/Teknik Bil.	193	4,09	0,67		
	İktisadi ve İdari Bilimler	66	4,26	0,67		
	Sosyal Bilimler	52	4,17	0,59		
	Toplam	360	4,13	0,65		
Kullanım Amaçlarına Ulaşılma Derecesi (Faktör 2. Değişim)	Tıp	49	4,07	0,71	1,428	0,234
	Sağlık/Fen/Teknik Bil.	192	4,05	0,70		
	İktisadi ve İdari Bilimler	66	4,24	0,76		
	Sosyal Bilimler	52	4,18	0,65		
	Toplam	359	4,11	0,71		

*p<0,05

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; bilgi teknolojileri kullanım amacı geneli ve alt boyutları eğitim gördüğü alana göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p < 0,05$), kullanım amaçlarına ulaşılma derecesi ölçeği geneli ve alt boyutları eğitim gördüğü alana göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Anlamlı farklılık gösteren bilgi teknolojileri kullanım amacı ölçeği geneli ve alt boyutları için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için TUKEY testi yapılmıştır.

Tablo 23.1: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Geneli (Eğitim Gördüğü Alana Göre)

Bağımlı değişken: Kullanım Amaçları Genel

Tukey HSD

(I) Eğitim Gördüğünüz Alan?	(J) Eğitim Gördüğünüz Alan?	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Anlamlılık
Tıp	Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	,17145	,09230	,248
	İktisadi İdari Bilimler	-,25628	,10968	,092
	Sosyal Bilimler Tarih/Edebiyat	,03655	,11791	,990
Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	Tıp	-,17145	,09230	,248
	İktisadi İdari Bilimler	-,42773*	,08451	,000
	Sosyal Bilimler Tarih/Edebiyat	-,13490	,09496	,487
İktisadi İdari Bilimler	Tıp	,25628	,10968	,092
	Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	,42773*	,08451	,000
	Sosyal Bilimler Tarih/Edebiyat	,29283*	,11192	,045
Sosyal Bilimler Tarih/Edebiyat	Tıp	-,03655	,11791	,990
	Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	,13490	,09496	,487
	İktisadi İdari Bilimler	-,29283*	,11192	,045

Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı Geneli için İktisadi ve İdari Bilimler Alanında eğitim görenlerin ortalaması ile Sağlık/Fen/Teknik Bilimler ve Sosyal Bilimler Tarih Edebiyat alanında eğitim görenlerin ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

Tablo 23.2: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Faktör 1 (Süreç) (Eğitim Gördüğü Alana Göre)

Bağımlı Değişken: Kullanım Amaçları Faktör 1 (Süreç)

Tukey HSD

(I) Eğitim Gördüğünüz Alan?	(J) Eğitim Gördüğünüz Alan?	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Anlamlılık
Tıp	Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	,16782	,09543	,295
	İktisadi İdari Bilimler	-,27088	,11339	,081
	Sosyal Bilimler Tarih Edebiyat	,06715	,12190	,946
Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	Tıp	-,16782	,09543	,295
	İktisadi İdari Bilimler	-,43870*	,08737	,000
	Sosyal Bilimler Tarih Edebiyat	-,10067	,09817	,735
İktisadi İdari Bilimler	Tıp	,27088	,11339	,081
	Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	,43870*	,08737	,000
	Sosyal Bilimler Tarih Edebiyat	,33803*	,11570	,019
Sosyal Bilimler Tarih Edebiyat	Tıp	-,06715	,12190	,946
	Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	,10067	,09817	,735
	İktisadi İdari Bilimler	-,33803*	,11570	,019

Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Faktör 1 (süreç) için; eğitim gördüğü alana göre İktisadi İdari Bilimler alanında eğitim görenlerin ortalaması ile Sağlık/Fen/Teknik bilimler ve Sosyal Bilimler Tarih/Edebiyat alanında eğitim görenlerin ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

Tablo 23.3: Tukey Testi Sonuçları Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Faktör 2 (Kurumsal İmaj) (Eğitim Gördüğü Alana Göre)

Bağımlı Değişken: Kullanım Amacı Faktör 2 (Kurumsal İmaj)

Tukey HSD

(I) Eğitim Gördüğünüz Alan?	(J) Eğitim Gördüğünüz Alan?	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Anlamlılık
Tıp	Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	,16386	,09668	,328
	İktisadi İdari Bilimler	-,24726	,11482	,138
	Sosyal Bilimler Tarih Edebiyat	-,01881	,12344	,999
Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	Tıp	-,16386	,09668	,328
	İktisadi İdari Bilimler	-,41112*	,08853	,000
	Sosyal Bilimler Tarih Edebiyat	-,18267	,09946	,258
İktisadi İdari Bilimler	Tıp	,24726	,11482	,138
	Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	,41112*	,08853	,000
	Sosyal Bilimler Tarih Edebiyat	,22845	,11717	,209
Sosyal Bilimler Tarih Edebiyat	Tıp	,01881	,12344	,999
	Sağlık/Fen/Teknik Bilimler	,18267	,09946	,258
	İktisadi İdari Bilimler	-,22845	,11717	,209

Bilgi Teknolojileri Kullanım Amaçları Faktör 2 (Kurumsal İmaj) için; eğitim gördüğü alana göre İktisadi İdari Bilimler alanında eğitim görenlerin ortalaması ile Sağlık/Fen/Teknik bilimler alanında eğitim görenlerin ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

3.3.10 Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşım Arasındaki Korelasyon

Bilgi teknolojileri kullanım amacı ve kullanım amacına ulaşım derecesi arasındaki korelasyon (Tablo 24) de verilmiştir.

Tablo 24: Bilgi Teknolojileri Kullanım Amacı ve Kullanım Amacına Ulaşımın Arasındaki Korelasyon Tablosu

	Kurumunuzda Kullanılan Bilişim Teknolojileri Memnuniyet Düzeyiniz	SÜREÇ FAKTÖRÜ	KURUMSAL İMAJ FAKTÖRÜ	ERİŞİM FAKTÖRÜ	DEĞİŞİM FAKTÖRÜ
Kurumunuzda Kullanılan Bilişim Teknolojileri Memnuniyet Düzeyiniz	1				
SÜREÇ FAKTÖRÜ	,231 (**)	1			
KURUMSAL İMAJ FAKTÖRÜ	,238(**)	,851(**)	1		
ERİŞİM FAKTÖRÜ	,271(**)	,684(**)	,647(**)	1	
DEĞİŞİM FAKTÖRÜ	0,204(**)	,521(**)	,607(**)	,820 (**)	1

Temel Bilgi ve Sağlık Bilgi Teknolojileri kullanma düzeyi etkinliği ile çalışanların memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analize göre

-Çalışanların memnuniyet düzeyi ile Süreç faktörü arasında

$r=0,231$ $P<0,01$ düzeyinde pozitif yönlü zayıf anlamlı ilişki vardır.

-Çalışanların memnuniyet düzeyi ile Kurumsal İmaj faktörü arasında

$r=0,238$ $P<0,01$ düzeyinde pozitif yönlü zayıf anlamlı ilişki vardır.

-Çalışanların memnuniyet düzeyi ile Erişim faktörü arasında

$r=0,271$ $P<0,01$ düzeyinde pozitif yönlü zayıf anlamlı ilişki vardır.

-Çalışanların memnuniyet düzeyi ile Değişim faktörü arasında

$r=0,204$ $P<0,01$ düzeyinde pozitif yönlü zayıf anlamlı ilişki vardır.

Bu korelasyon analizi bize Özel sağlık kurumlarında kullanılan bilgi teknolojilerinin çalışan memnuniyeti ile pozitif yönlü zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişkisi olduğunu göstermektedir.

Korelasyon analizinde kurumsal imaj ile süreç arasında ve değişim faktörü ile erişim faktörü arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki çıkmıştır. Bu iki değişken birbirini karşılıklı etkileyen değişkenler olup hizmet sürecindeki iyileşmeler çalışan gözünde kurumsal imajı da olumlu yönde etkilemektedir.

Benzer şekilde erişim faktörü ile süreç ve erişim faktörü ile kurumsal imaj arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki çıkmıştır. Bu değişkenler de karşılıklı olarak birbirini etkileyen değişkenler olup erişim ve kurumsal imajı pozitif yönde etkilemektedir.

Kısacası süreç faktörü kurumsal imajı pozitif yönde etkilerken, erişim ve değişim faktörlerini pozitif yönde orta derecede etkilemektedir.

3.4.Demografik Özelliklere Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyleri

409 katılımcıdan 52 si Çalıştıkları kurumda kullanılan bilgi teknolojilerinden duydukları memnuniyet düzeyi ile ilgili fikir beyan etmemişlerdir. Memnuniyet konusunda fikir beyan eden katılımcılarla ilgili durumlar aşağıdaki tablolarda incelenmiştir.

3.4.1.Hastanedeki Göreve Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

Hastanedeki göreve göre bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi (Tablo 25) de verilmiştir.

Tablo 25: Hastanedeki Göreve Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

		Kurumda Kullanılan Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi		Total		
		Memnun Değilim	Memnunum			
Hastanedeki Göreviniz	Doktor	n	14	41	55	
		%	25,5%	74,5%	100,0%	
	Ebe / Hemşire	n	27	60	87	
		%	31,0%	69,0%	100,0%	
	Sağlık Teknikeri/ Teknisyeni	n	20	41	61	
		%	32,8%	67,2%	100,0%	
	Tıbbi Sekreter	n	28	80	108	
		%	25,9%	74,1%	100,0%	
	Memur	n	5	41	46	
		%	10,9%	89,1%	100,0%	
	Toplam		n	94	263	357
			%	26,3%	73,7%	100,0%

Ki kare=8,003; p=0,091

Görev ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde doktorların %74,5'i, ebe/hemşirelerin %69'u, sağlık teknikeri/teknisyenlerinin ise %67,2 dir. Tıbbi sekreterlerin %74,1'i kurumda kullanılan bilişim teknolojilerinden memnunken, Memurların %89,1'i memnundur.

Görev ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

3.4.2. Eğitim Durumuna Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

Eğitim durumuna göre bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi (Tablo 26) da verilmiştir.

Tablo 26: Eğitim Durumuna Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

			Kurumda Kullanılan Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi			Total	
			Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum		
Eğitim Durumu	Lise	n	13	15	84	112	
		%	11,6%	13,4%	75,0%	100,0%	
	Önlisans	n	17	14	87	118	
		%	14,4%	11,9%	73,7%	100,0%	
	Lisans	n	9	12	50	71	
		%	12,7%	16,9%	70,4%	100,0%	
	Lisansüstü	n	9	5	42	56	
		%	16,1%	8,9%	75,0%	100,0%	
	Toplam		n	48	46	263	357
			%	13,4%	12,9%	73,7%	100,0%

Ki kare= 2,510; p=0,867

Eğitim durumu ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde;

Lise ve Lisansüstü mezunlarının % 75'i,

Önlisans mezunlarının % 73,7'si,

Lisans mezunlarının ise % 70,4'ü memnun olduğunu belirtmiştir.

Eğitim durumu ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

3.4.3.Eğitim Gördüğü Alana Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet

Düzeyi

Eğitim gördüğü alana göre bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi (Tablo 27) de verilmiştir.

Tablo 27: Eğitim Gördüğü Alana Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

			Kurumda Kullanılan Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi			Toplam
			Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	
Eğitim Alanı	Tıp	n	9	5	41	55
		%	16,4%	9,1%	74,5%	100,0%
	Sağlık/Fen/Teknik	n	29	29	128	186
		%	15,6%	15,6%	68,8%	100,0%
	İktisadi ve İdari Bilimler	n	3	6	58	67
		%	4,5%	9,0%	86,6%	100,0%
	Sosyal Bilimler	n	7	6	36	49
		%	14,3%	12,2%	73,5%	100,0%
Toplam		n	48	46	263	357
		%	13,4%	12,9%	73,7%	100,0%

Ki kare= 9,622; p=0,141

Eğitim görülen alan ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde;

İktisadi İdari Bilimler alanında eğitim görenlerin memnuniyet düzeyi % 86,6 Tıp alanında eğitim görenlerin memnuniyet oranı % 74,5'tür.

Sosyal Bilimler (Tarih/Edebiyat) alanında eğitim görenlerin memnuniyet oranı % 73,5 olup,

Sağlık/ Fen/Teknik Bilimler alanında eğitim görenlerin memnuniyet oranı ise %68,8'dir.

Eğitim görülen alan ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

3.4.4.Yaşa Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

Yaşa göre bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi (Tablo 28) de verilmiştir.

Tablo 28: Yaşa Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

		Kurumda Kullanılan Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi			Toplam	
		Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum		
Yaş	24 ve altı	N	12	19	77	108
		%	11,1%	17,6%	71,3%	100,0%
	25-34	N	24	12	102	138
		%	17,4%	8,7%	73,9%	100,0%
	35-44	n	9	14	61	84
		%	10,7%	16,7%	72,6%	100,0%
	45 ve üzeri	n	3	1	23	27
		%	11,1%	3,7%	85,2%	100,0%
Toplam		n	48	46	263	357
		%	13,4%	12,9%	73,7%	100,0%

Ki kare= 9,629; p=0,141

Yaş ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde;

24 ve altı yaş grubunda memnun olanların oranı %71,3

25-34 yaş grubunda memnun olanların oranı %73,9

35-44 yaş grubunda %72,6

45 ve üzeri yaş grubunda ise %85,2'dir.

Yaş ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

3.4.5. Çalışılan Birime Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

Çalışılan birime göre bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi (Tablo 29) da verilmiştir.

Tablo 29: Çalışılan Birime Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

			Kurumda Kullanılan Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi			Toplam
			Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	
Çalışılan Birim	Tıbbi	n	39	37	192	268
		%	14,6%	13,8%	71,6%	100,0%
	İdari	n	9	9	71	89
		%	10,1%	10,1%	79,8%	100,0%
Toplam		n	48	46	263	357
		%	13,4%	12,9%	73,7%	100,0%

Ki kare= 2,287; p=0,319

Çalışılan birim ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; tıbbi bölümlerde çalışanların %71,6'sı; idari birimlerde çalışanların ise %79,8'i memnun olduğunu belirtmiştir.

Çalışılan birim ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3.4.6. Cinsiyete Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

Cinsiyete göre bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi (Tablo 30) da verilmiştir.

Tablo 30: Cinsiyete Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

			Kurumda Kullanılan Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi			Toplam
			Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	
Cinsiyet	Erkek	n	13	10	57	80
		%	16,3%	12,5%	71,3%	100,0%
	Kadın	n	35	36	206	277
		%	12,6%	13,0%	74,4%	100,0%
Toplam		n	48	46	263	357
		%	13,4%	12,9%	73,7%	100,0%

Ki kare= 0,697; p=0,706

Cinsiyet ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; erkeklerin %71,3'ü; kadınların ise %74,4'ü memnun olduğunu belirtmiştir.

Cinsiyet ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3.4.7. Medeni Hale Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

Medeni Hale göre bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi (Tablo 31) de verilmiştir.

Tablo 31: Medeni Hale Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

			Kurumda Kullanılan Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi			Toplam
			Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	
Medeni Durum	Bekâr	n	36	31	156	223
		%	16,1%	13,9%	70,0%	100,0%
	Evlî	n	12	15	107	134
		%	9,0%	11,2%	79,9%	100,0%
Toplam		n	48	46	263	357
		%	13,4%	12,9%	73,7%	100,0%

Ki kare= 4,805; $p=0,090$

Medeni durum ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; bekârların %70'i; evlilerin ise %79,9'u memnun olduğunu belirtmiştir.

Medeni durum ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3.4.8.Çalışma Şekline Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

Çalışma şekline göre bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi (Tablo 32) da verilmiştir.

Tablo 32: Çalışma Şekline Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

			Kurumda Kullanılan Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi			Toplam
			Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	
Çalışma şekli	Gündüz	n	35	32	213	280
		%	12,5%	11,4%	76,1%	100,0%
	Nöbet	n	13	14	50	77
		%	16,9%	18,2%	64,9%	100,0%
Toplam		n	48	46	263	357
		%	13,4%	12,9%	73,7%	100,0%

Ki kare= 4,017; p=0,134

Çalışma şekli ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; gündüz çalışanların %76,1'i; nöbet şeklinde çalışanların ise %64,9'u memnun olduğunu belirtmiştir.

Çalışma şekli ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3.4.9.Çalışma Süresine Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

Çalışma süresine göre bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi (Tablo 33) de verilmiştir.

Tablo 33: Çalışma Süresine Göre Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi

			Kurumda Kullanılan Bilgi Teknolojileri Memnuniyet Düzeyi			Toplam
			Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	
Çalışma süresi	4 yıl ve daha az	n	25	27	153	205
		%	12,2%	13,2%	74,6%	100,0%
	5-9 yıl	n	9	7	40	56
		%	16,1%	12,5%	71,4%	100,0%
	10-14 yıl	n	7	3	29	39
		%	17,9%	7,7%	74,4%	100,0%
	15 yıl ve üzeri	n	7	9	41	57
		%	12,3%	15,8%	71,9%	100,0%
	Toplam	n	48	46	263	357
		%	13,4%	12,9%	73,7%	100,0%

Ki kare= 2,470; p=0,872

Çalışma süresi ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; 4 yıl ve daha az çalışanların %74,6'sı, 5-9 yıl süre ile çalışanların %71,4'ü 10-14 yıl çalışanların ise %74,4'ü memnun olduğunu belirtmiştir. 15 yıl ve üzeri süre ile çalışanlardan memnun olduğunu belirtenlerin oranı %71,9'dur.

Çalışma süresi ile kurumda kullanılan bilgi teknolojileri memnuniyet düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

SONUÇ

Bu çalışmada özel sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarının bilgi teknolojileri ile ilgili görüşleri alınarak bilgi teknolojileri kullanımının çalışan memnuniyetine etkisi ortaya konulmuştur.

Hizmet sektöründe yer alan özel hastaneler yoğun rekabet ortamında faaliyetlerini sürdürmektedir. Burada bilgi teknolojilerini kullanmalarının önemi ortaya çıkmaktadır. Yoğun rekabette öne geçmek isteyen özel sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarının memnuniyeti hizmet kalitesi için önemlidir.

Özel hastanelerde kullanılan bilgi teknolojileri hastanedeki iş süreçlerini takip etmede ortaya çıkan problemlerin çözümünde kullanılan bir araçtır. Bilgi teknolojilerinin kullanımı sağlık çalışanlarının işlerini kolaylaştırmaktadır. Bilgi teknolojileri ile iş süreçleri bilgisayar ortamında izlenerek gerek hizmet alan hastalara gerek ise sağlık çalışanlarına zaman kazandırılmaktadır.

Sağlık çalışanlarının ağırlıklı olarak bayan, genç, bekar, yüksek öğrenimli, tıp ve sağlık bilimlerinde eğitim almış ve tıbbi birimlerde çalışan bir yapı içerdiği görülmektedir. Sağlık çalışanlarının hastanedeki çalışma süreleri genelde dört yılın altında olduğundan sektördeki iş gücü devir hızının yüksek olduğu söylenebilir. Bilgi teknolojileri konusunda birden fazla eğitim yerinden faydalandığı ve hizmet içi eğitimin önemli bir paya sahip olduğu görülmüştür.

Özel sağlık çalışanlarının sağlık hizmetleri sunumunda işyerinde kullandıkları bilgisayarın işletim sistemi, ofis programları, internet ve donanım kullanımında yüksek düzeyde yeterli oldukları ve hizmet sunumundaki etkinlik ve verimliliğin artırılmasına katkı sağladıkları söylenebilir. Veri tabanı programlarını ise genelde bilgisayarın kullanımıyla değil de programlama kısmıyla ilgilenen bilgi işlem personeli kullanmaktadır.

Özel sağlık çalışanlarının hastane bilgi sistemi kullanım düzeyleri incelendiğinde ilginç bir durumla karşılaşılmaktadır. Hastane bilgi sistemi programı çok detaylı bir program olup programın tüm bölümleri her sağlık personeli tarafından kullanılmamaktadır. Sağlık personeli hastane bilgi sistemi programında kendi işi ile ilgili modülleri kullanmakta iken, kendi işi ile ilgili olmayan modülleri ise kullanmamaktadır.

Özel sağlık çalışanlarının kurumlarında kullanılan bilgi teknolojilerinden genel memnuniyet oranı % 73,7'dir. Bu oran ortanın biraz üzerinde veya iyi olarak kabul edilebilir, ancak yeterli olduğu söylenemez. Bu oran sistemin kullanımı konusunda hala yapılması gereken bir takım çalışmalara ihtiyaç olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmanın sonucuna göre temel bilgi teknolojileri ve sağlık bilgi teknolojilerinin kullanım ve erişim düzeyi ile çalışanların memnuniyeti arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bu bağlamda çalışanların bilgi teknolojilerine erişiminin sağlanması ve bu konuda çalışanlara hizmet içi eğitimlerin verilmesi çalışanların memnuniyetine olumlu katkılar yapabilecektir.

Yapılan bu çalışmada bilgi teknolojileri kullanımı memnuniyet düzeyi ile demografik değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Buradan çıkan sonuç, hastane yönetimlerinin personel ayırımı yapmaksızın her personele bilgi teknolojilerine erişim ve kullanım imkanı sağlaması ve bu konuda ihtiyaç olduğu durumda eğitim faaliyetleri düzenlemesi gereğidir.

Çalışanların yüksek teknoloji ile etkileşiminin giderek arttığı günümüzde bu çalışmadan elde edilen bulgular özellikle insan kaynakları strateji ve planlamasında kullanılabilir. Teknolojideki hızlı değişimler dikkate alındığında insan kaynaklarının teknolojiye uyumunun sağlanması ve attırılması için uygulanacak eğitim, plan ve programlarının hazırlanmasında çalışmanın bulguları uygulayıcılara önemli katkılar sağlayabilir.

KAYNAKÇA

Ak, B.(2009). “Türkiye’de Sağlık Bilişimi, Bir Kişisel Değerlendirme ve Uluslar Arası Bir Başarı Öyküsü: CorTTex”. *Akademik Bilişim ’09 - XI. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri* 11-13 Şubat 2009 Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.

http://ab.org.tr/ab09/kitap/ak_AB09.pdf, 04 Ağustos 2015 tarihinde erişildi.

Ak, B.(2010), “Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (Hastane Otomasyonu) Ders Notu”,

<http://akocuyigit.files.wordpress.com/2012/09/hbys-giric59f.pdf>, Erişim

Tarihi:16.03.2014, Ankara.

Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu. Gözden Geçirilmiş Güncellenmiş İkinci Baskı, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

Altın, Fatma Gül (2008), Sağlık Sektöründe Bilgi Teknolojilerinin Uygulanması: İzmir Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

Ateş, M. (2011). *Sağlık İşletmeciliği*. İstanbul: Beta Basım Yayım.

Ay, S.(1998), Hastanelerde İleri Teknoloji Kullanımı, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Bemmel, Van J.H.(1993), “An International Perspective on Information Management Technology in Health Care”, In Proceedings Of Conference On Clinical Information, London, pp.1-3.

Bensghir, Türksel Kaya (1996), Bilgi Teknolojileri ve Örgütsel Değişim, Türkiye Orta Doğu ve Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, Ankara.

Berberler, Rıdvan (2010), “Bilgi Toplumuna Geçiş Sürecinde Türkiye: Bir Kamu Kurumunda Bilgi Teknolojileri Kullanımına İlişkin Bir Araştırma”, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

Bertoneche, M. ve Knight, R.(2001), Financial Performance, Butterworth-Heinemann, Oxford, England.

Bostan S. (2007), Hastanelerde Sağlık Hizmeti Alma Sürecinde Ortaya Çıkan Hasta Hakları İhlalleri, Sağlık Hakları Dergisi, Sayı 2, S. 16-21

Boyd, J., Covington, T., Stanaszek, W., ve Coussons, T.(1974), “Drug Defaulting, Part II, Analysis Of Non –Compliance Patterns”, Am J Hosp Pharm, Vol:31, pp.485-491.

Çalık, D ve Pınar, Ö.P.(2009). “Geçmişten Günümüze Bilgi Yaklaşımları Bilgi Toplumu ve İnternet”, 14.Türkiye’de İnternet Konferansı Bildiri Kitabı, İstanbul.

Çelik, Y. (2006),”Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 9, Sayı 1, 20-36.

Dağlı, G.H. (2006), Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı, Ankara Üniversitesi, SBE, Maliye Bölümü Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Davenport, Thomas H. ve Prusak, Laurance (2001), İş Dünyasında Bilgi Yönetimi, Rota Yayınları, İstanbul.

Davis, P., Milne, B., Parker, K., Hider, P. ve Lay-Yee, R.(2013), “Efficiency, Effectiveness, Equity, Evaluating Hospital Performance In Three Dimensions”, *Journal of Health Policy*, Vol:2984, pp.1-9.

Dayı, Faruk (2013), Sağlık İşletmelerinde Uygulamalı Finansal Analiz, Ekin Kitabevi, Bursa.

Dayı, Faruk ve Akdemir, Erdem (2013), “Sağlık İşletmelerinde Finansal Risk Analizi: Kastamonu Kamu Hastaneleri Örneği”, *Düzce University Journal of Management and Education Sciences*, Vol: 3, Issue:1, pp.1-15.

Dayı, Faruk ve Civan, Mehmet (2014), “Altman Z Skoru ve Yapay Sinir Ağı Modeli İle Sağlık İşletmelerinde Finansla Başarısızlık Tahmini”, *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı:41, Kırgızistan.

Dayı, Faruk, Ercan, Cuma ve Akdemir, Erdem (2013), “Kamu Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Değerlemesi: Kamu Hastaneleri Birlikleri Üzerine Bir Uygulama”, *Asia Minor Studies*, Vol:1(2), pp.54-71.

Dayı, Faruk, Ercan, Cuma ve Nal, Mustafa (2013), “Sağlık İşletmelerinde Maliyet Hacim Kar Analizi: Radyoloji Ünitesi Üzerine Bir Uygulama”, *Journal of Academic Researches and Studies*, Vol:5(9), pp.43-64.

Deloitte (2010), Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı, Ankara.

Demirel, A.(2013), Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Sağlık Bilgi Sistemleri ve Kullanım Modülleri, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Dursun Y, Çerçi M, (2004) “Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma”, *Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi*, Sayı 23, Temmuz-Aralık 2004, S.1-16

Ertürk M, (2000) İşletme Biliminin Temel İlkeleri. Beta Yayın, No:597, İstanbul.

Fernandes, E.,Pires, H.M., Ignacio, A.A.V. ve Sampaio, L.M.D.(2007), “An Analysis of The Supplementary Health Sector In Brazil”, *Journal of Health Policy*, Vol:81, pp.242-257.

Fonkych, K. ve Taylor R.(2005), The State and Pattern Of Health Information Technology Adoption, RAND Corporations, Pittsburgh.

Gapenski, L.C.(2007), Understanding Healthcare Financial Management, Fifth Edition, Health Administration Press, Chicago.

Gates, B. ve Hemingway, C.(1999), Dijital Sınır Sistemiyle Düşünce Hızında Çalışmak, (Çeviren: Ali Cevat Akkoyunlu), Doğan Kitapçılık, İstanbul.

Gemlik, N. ve Şişman, A. F. “Sağlık ve Sağlık Sektörü Kavramlarına Genel Bir Bakış” Ayşegül Y. Kaptanoğlu, (ed.) (2011). *Sağlık Yönetimi*. İstanbul: Beşir Kitabevi

Germeyan, H.(1996), Ürün Yönetimi, Alemdar Ofset, İstanbul.

Goncalves, F.(2011), “A Cross Country Explanation of Performance of Health Care Systems: The Consumer Point Of View Using The Euro Health Consumer Index”, Journal of Economic Modelling ,Vol:28, pp.196-200.

Gostin, L.,Brezina, T. ve Powers, M.(1995), “Privacy And Security of Health Information In The Emerging Health Care Systems”, Journal Of Law Medicine, Vol: 5(1), pp.1-15.

Green, M.A. ve Bowie M.J.(2009), Essentials of Health Information Management Principles and Practices, Delmar Cengage Learning American Medical Association, NewYork.

Groot, W.N.J. ve Meijerink M.H.(2008), Expenditure Management In Health Care, Public Health and Health Care to the Ministry of Health of Netherlands, Netherlands.

Grossen, W., Epping, P. Ve Dasen, T. (1997), “Can We Solve Current Problems with Nursing Information Systems”, Computer Methods and Programs in Biomedicine, Vol:54, pp.85-91.

Güleş, H.K. ve Özata, Musa (2005). *Sağlık Bilişim Sistemleri*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım

Gürsoy, Umman Tuğba (2011), Uygulamalı Veri Madenciliği Sektörel Analizler, Pegem Akademi, Ankara.

Güzel, Ö.(2001), ”Sağlık Sektöründe Laboratuvar Hizmetleri”, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, Sayı 10.

Harris, P.J. ve Brown, J.B.(1998), Research and Development In Hospitality Accounting And Financial Management”, Journal of Hospitality Management, Vol:17, pp.161-181.

http://tr.wikipedia.org/wiki/Bilgi_toplumu

<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>, 03 Ağustos 2015 tarihinde erişildi.

http://www.ekodialog.com/makaleler/sosyal_guvenlik_reformu.html, 03 Ağustos 2015 tarihinde erişildi.

http://www.emo.org.tr/ekler/d6072ea730f0625_ek.pdf, 04 Ağustos 2015 tarihinde erişildi.

<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, 03 Ağustos 2015 tarihinde erişildi.

IOM-Institute of Medicine (1997), Committee on Quality of Health Care In America, Washington DC., s.1.

Işık, O., Yılmaz, A., Barışçı, N., Akbolat, M., Odacıoğlu, Y., Akca, N. ve Esatoğlu, A.E.(2013), Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.

Işık, Oğuz ve Akbolat, Mahmut (2010), “Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma”, Bilgi Dünyası, 11(2), ss.365-389.

Kabene, S.M.,King L. ve Gibson C.J.(2011), “Techonology and Human Resources Management In Health Care Enterprise Information Systems”, Information Resources Management Association, USA, pp.292-312.

Karahan, Ö.(2001), Hastane Pazarlaması ve Halkla İlişkiler, www.merih.net, Son Erişim: 26.02.2014.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010).*Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kazdağlı, H.(2002), “Bilgi Teknolojileri Çağında Neredeyiz?”, Pamukkale Üniversitesi Bilgi Teknolojileri Kongresi, 06-08 Mayıs, Denizli.

Kesgin, C. ve Topuzoğlu, A. (2006) Sağlık Tanımı; Başaşikma *Journal of İstanbul Kültür University*, 2006;3, Sayfa 47-79.

Kleschen, M.Z.,Holbrook, J. Ve Rothbum, A.K.(2000), “Improving The Pneumococcl Immunization Rate For Patients With Diabetes In A Managed Care Population: A Simple Intervention With A Rapid Effect”, Journal on Quality Improvement, Vol: 26, pp.538-546.

Köksal, A. ve Esatoğlu, E.A.(2005), “Ankara İlindeki Üniversite ve Özel Hastanelerde Kullanılan Elektronik Hastane Bilgi Sistemlerinin Analizi”, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Meslek Yüksekokulu Dergisi, Cilt:7, Sayı:1, s.53-65.

Kushniruk, A. W. ve Borycki, E.M.(2008), Human, Social, and Organizational Aspects of Health Information Systems, Medical Information Science Reference, New York.

- Küçükpınar, A.(1998), T.C. Ulaştırma Bakanlığı Tuena Özürlü ve Engelli Vatandaşlar İçin Hizmet Çalışması, Ankara.
- Laudon, K.C. ve Laudon J.P.(2011), *Yönetim Bilişim Sistemleri Dijital İşletmeyi Yönetme*, Çeviri Editörü: Prof. Dr. Uğur Yozgat, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Musoğlu, Erdal (2001),“İkibinli Yıllar Türkiye’inde Sağlıkta Bilgi Stratejileri: Tıp Bilişim Derneği Çalışma Grupları Sonuç Raporu”, Tübitak Yayınları, Ankara.
- Mutlu, A. ve Işık, A. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Basım Yayın.
- Neame, R.(1997), “Smart Cards- The Key to Trustworthy Health Information Systems”, British Medical Journal, Vol: 314, pp.573.
- Nelly, A., Adams, C. ve Kennerly, M.(2002), The Performance Prism, FT Prentice Hall, Pearson Educaiton Limited, Great Britain.
- Onat, Ayşe (2010), Özel Hastanelerde Bilgi Yönetimi: Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Öğüt, A. (2003), Bilgi Çağında Yönetim, 2. Baskı. Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Öksüz, E.(2002), Birinci Basamak Elektronik Hasta Kayıtları ve Sağlık Hizmeti Profili, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Adana.
- Ömürbek, N. ve Altın, F.G.(2009), “Sağlık Bilişim Sistemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma İzmir Örneği”, *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Mayıs, Cilt 5, Sayı 19, Sayfa 211-232.
- Özdemir, A.R.(2012), Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis İli Örneği, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Denizli.
- Özsarı, H.(1998), “Sağlık Projeleri ve Sağlık Enformasyon Sistemleri Çalışmaları Hakkında Genel Bilgi Notu”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, Cilt 2(6), sy.15.
- Pietka, E.(2003) Large- Scale Hospital Information Systems In Clinical Practice, International Congress Series 1256, pp.843-848.
- Raymold, B. ve Dold, C.(2002), “Clinical Information Systems: Achieving the Vision”, Kaiser Permanente Institute For Health Policy, One Kaiser Plaza, Oakland, Ca 94612, pp.1
- Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu (2013)
- Sağlıkta Dönüşüm Programı Konsept notu (2003)

Safran, C. ve Goldberg, H.(2000), “Electronic Patient Care Record and Impact of the Internet”, International Journal of Medical Informatics, pp.77-83.

Shortliffe, E.H. ve Barnett, G.O.(2002), Medical Data: Their Acquisition, Storage and Use, Medical Informatics, Computer Application in HealthCare and Biomedicine.

Soyer, Ç.(2003), “Sağlık Kuruluşlarında Bilgi Denetimi HL7 Tıbbi Bilgi Değişim Standardı”, Hastane Dergisi, Sayı 13.

Söyleyici, T. (2010), Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması, Pamukkale Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi

Sülkü, S.N. (2011), Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetleri Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yanı No:2011/414

Şimşek, Ş.(2001), İşletme Bilimlerine Giriş, Sekizinci Baskı, Günay Ofset, Konya.

Tang P.C. ve Mc Donald C.J.(2001), Computer Based Patient Record Systems, Medical Informatics Computer Applications in HealthCare and Biomedicine, Second Edition.

Tate, K.E.,Gardner, R.M. ve Weaver, L.K.(1990), “A Computerized Laboratory Alerting System”, M. D. Computing, Vol: 7, pp.296-301.

TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemleri Eylem Planı, 2004

Tekin, M.,Güleş, H.K. ve Burgess, T.(2000), Değişen Dünyada Teknoloji Yönetimi, Damla Ofset, Konya.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2011). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Thoresn, T. ve Makela, M.(1999), Professional Practise: Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation, DSI, Copenhagen Denmark, Cdc, National Vital Statistics Report, Vol:48:11.

Tonta, Y. (1999), “Bilgi Toplumu ve Bilgi Teknolojisi”, Türk Kütüphaneciliği 13(4) 353-365.<http://yunus.hun.edu.tr/~tonta/yayinlar/biltop99a.htm>

Uğurluoğlu, Ö., Aldoğan, E., Işık, Oğuz ve Akbolat, M.(2013), Sağlık Kurumları Mevzuatı, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları :1817, Anadolu Üniversitesi Web Ofset Tesisleri, Eskişehir.

Umar, H.(2002), “Capabilities of Computerized Clinical Decision Support Systems: The Implications ForThe Practicing Dental Professional”, The Journal of Contemporary Dental Practice, Vol: 3, pp.27-42

Ünal, E. ve Ateş, M. (2002). *Sağlık ve Piyasa*. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım

Wayne J., Davis M. ve R., H.A. (1991), *Management Accounting*, Addison Wesley Publishing Company Inc., USA.

Wisnar, M., Maier C.B., Glinos I.A., Dussault, G. ve Figueras J. (2011), *Health Professional Mobility and Health Systems Evidence From 17 European Countries*, World Health Organization Press, Denmark.

Yerebakan, M. (2000), *Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, İstanbul Ticaret Odası Yayını, İstanbul.

Yıldırım, Ahmet (2013), *Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Sağlık Bilgi Sistemleri ve Kullanım Modülleri*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yılmaz, E. (1999), "Uzayda Olsanız da Sağlığınız Denetim Altında", *Bilim ve Teknik Dergisi*, Sayı:376, s.50-53.

Yüce, Ş. (2011), *Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Tokat Devlet Hastanesinde Bir Uygulama*, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tokat.

Zaim, Halil (2005), *Bilginin Artan Önemi ve Bilgi Yönetimi*, İşaret Yayınları, İstanbul.

ÖZEL SAĞLIK KURUMLARI BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIM ANKETİ

Sayın Sağlık Çalışanı,

Bu anket,

Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü Yönetim Organizasyon Programında "Özel Sağlık Kurumlarında Bilgi Teknolojileri Kullanımının Çalışan Memnuniyetine Etkisi" adlı bir Yüksek Lisans Tezi çalışması için hazırlanmıştır. Elde edilen veriler **özel sağlık kurumlarında bilgi teknolojileri kullanımı ile ilgili genel bir değerlendirme** yapmak amacıyla kullanılacaktır. Yapacağınız değerli katkılardan dolayı teşekkür eder iyi çalışmalar dileriz.

Hastanedeki Göreviniz?

- Doktor Ebe/Hemşire Sağlık Teknikeri/Teknisyeni
 Tıbbi Sekreter Memur Diğer.....

Eğitim Durumunuz?

- Lise Ön Lisans Lisans Lisans Üstü

Eğitim Gördüğünüz Alan?

- Tıp Fen bilimleri İktisadi ve İdari Bilimler
 Sosyal Bilimler (Tarih edebiyat v.b.) Diğer.....

Yaşınız?

- ≤24 25-34 35-44 45-54 ≥55

Çalıştığınız Birim?

- Tıbbi İdari Diğer.....

Cinsiyetiniz?

- Bay Bayan

Medeni Durumunuz?

- Bekar Evli

Çalışma Süreniz?

- ≤5 yıl 5-9 yıl 10-14 yıl 15-19 yıl ≥20 yıl

Çalışma Şekli?

- Gündüz Nöbet Vardiya

Bilgi Sistemleri Konusunda Aldığınız Eğitimlerin Yeri?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Oku I Kurs Seminer
 Hizmet İçi Eğitim Eğitim Almadım
 Diğer.....

Size Göre Bilgi Teknolojilerini Kullanım Düzeyiniz?	1.Kullanmıyorum	2.Yetersiz	3.Kısmen Yeterli	4.Yeterli
Her maddede, Bilgi Teknolojilerini 1.Kullanmıyorum, 2.Yetersiz, 3.Kısmen Yeterli, 4.Yeterli seçeneklerinden sadece birini X ile işaretleyin				
BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIM DÜZEYİ				
1.Ofis Programları; Word, Excel, Powerpoint vb				
2.Bilgisayar İşletim Sistemleri (Windows v.b.)				
3.Donanım (Tarayıcı-Yazıcı-Harici disk-Flash bellek, projeksiyon vb)				
4.Internet, Bilgisayar Ağları				
5.Veritabanı (Acces, Oracle, Sql vb)				
6.Hastane Yönetim Bilgi Sistemi Programı				

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Programında Kullandığınız Modüller ve Size göre Kullanım Düzeyiniz?				
Her maddede, 1.Kullanmıyorum, 2.Yetersiz, 3.Kısmen Yeterli, 4.Yeterli seçeneklerinden sadece birini X ile işaretleyin				
MODÜLLER	Kullanım Düzeyiniz			
	1 Kullanmıyorum	2 Yetersiz	3 Kısmen Yeterli	4 Yeterli
Randevu				
Hasta Kabul				
Poliklinik				
Yatan Hasta				

Doğumhane, Ameliyathane				
<u>Yoğunbakım</u>				
Laboratuvar				
Radyoloji, Röntgen, MR				
Eczane				
Kan Merkezi				
Vezne				
Satın Alma				
Faturalama				
Stok Yönetimi Depo				
Personel				
İstatistik				

Kurumunuzda kullanılan bilişim teknolojilerini bir bütün olarak değerlendirdiğinizde memnuniyet dereceniz ne olur?

seçeneklerden sadece birini **X** ile işaretleyin

- Fikrim yok Hiç memnun değilim Memnun değilim Kararsız
 Memnunum Çok memnunum

ÖZEL HASTANELERDE **BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIM AMAÇLARI** |
HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİZ?

Çalıştığınız kurumda kullanılan bilgi teknolojilerinin kullanım amaçlarıyla ilgili olarak VERİLEN İFADELERİ 1.Hiç Katılmıyorum 5.Kesinlikle Katılıyorum şeklinde 1 ve 5 arasında vereceğiniz puanlarla değerlendiriniz BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIM AMAÇLARI İLE İLGİLİ İFADELERE KATILIM DÜZEYİNİZ? Her ifade için fikrinizi X ile belirtiniz	Fikrim Yok	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
İFADELER	0	1	2	3	4	5
1.Bilgilere daha kolay ulaşmayı sağlar						
2.Tıbbi hizmetlerin kalitesini artırır						
3.Zaman kaybını önler						
4.Çalışanlar arasındaki iletişimi hızlandırır						
5.Hastalara randevu vermede kolaylık sağlar						
6.Kalite Yönetimine destek olur						
7.Malzeme ve sipariş takibini kolaylaştırır						
8.Malzeme ihtiyaç planlamasını kolaylaştırır						
9.Laboratuvar testi analizinde kullanımı faydalıdır						
10.Tıbbi görüntüleme analizinde kullanımı faydalıdır						
11.Maliyetleri Azaltır						
12.İlaç ve diğer tıbbi sarf malzemelerinin takibini kolaylaştırır						
13.Bordro hazırlama ve hesap çıkarmada faydalıdır.						
14.Çalışanların performanslarının ölçülmesinde etkilidir.						
15.Ameliyathane ve tanı ünitelerini daha etkin planlanmasını sağlar.						
16.İstem ve tedavi sonuçlarının girişinde kolaylık sağlar						
17.Bilgisayar destekli tıbbi karar almada önemlidir.						
18.Hasta bakımının etkin olarak planlanmasını sağlar.						
19.Envanter kontrolünü sağlar.						
20.Verimliliği artırır.						
21.Müşteri taleplerinin daha hızlı karşılanmasını sağlar.						
22.Yenilikleri takip etmeye yarar.						
23.Hastane dışı ile hızlı ve güvenilir veri alış-verişine imkan sağlar.						
24.Hızlı çevresel değişiklere tepki vermeye imkan sağlar.						
25.İnternet üzerinden tanıtım yapmaya imkan sağlar						
26.E-posta, mobil iletişim, eft v.b. yollarla hızlı, ucuz iletişim, bilgi transferi sağlar.						
27.Objektif, adil ve sistemli çalışmaya hizmet eder						
28. Kaynakların etkin kullanımını sağlar						

ÖZEL HASTANELERDE
BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIM AMAÇLARINA ULAŞILMA DERECEŚİ
 HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİZ?

Kurumunuzda Kullanılan bilişim teknolojileri sayesinde, Aşağıda sıralanan ifadelerdeki amaçlara ne kadar ulaőıldıđına ilişkin görüőlerinizi 1 ve 5 arasında vereceğiniz puanlarla belirtiniz.						
BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIM AMAÇLARINA ULAŞILMA DERECEŚİNİ Her ifade için X ile belirtiniz	0	1	2	3	4	5
İFADELER						
1. Bilgilere daha kolay ulaşmayı sağlar						
2. Tıbbi hizmetlerin kalitesini artırır						
3. Zaman kaybını önler						
4. Çalışanlar arasındaki iletişimi hızlandırır						
5. Hastalara randevu vermede kolaylık sağlar						
6. Kalite Yönetimine destek olur						
7. Malzeme ve sipariş takibini kolaylaştırır						
8. Malzeme ihtiyaç planlamasını kolaylaştırır						
9. Laboratuvar testi analizinde kullanımı faydalıdır						
10. Tıbbi görüntüleme analizinde kullanımı faydalıdır						
11. Maliyetleri Azaltır						
12. İlaç ve diğer tıbbi sarf malzemelerinin takibini kolaylaştırır						
13. Bordro hazırlama ve hesap çıkarmada faydalıdır.						
14. Çalışanların performanslarının ölçülmesinde etkilidir.						
15. Ameliyathane ve tanı ünitelerini daha etkin planlanmasını sağlar.						
16. İstem ve tedavi sonuçlarının girişinde kolaylık sağlar						
17. Bilgisayar destekli tıbbi karar almada önemlidir.						
18. Hasta bakımının etkin olarak planlamasını sağlar.						
19. Envanter kontrolünü sağlar.						
20. Verimliliği artırır.						
21. Müşteri taleplerinin daha hızlı karşılanmasını sağlar.						
22. Yenilikleri takip etmeye yarar.						
23. Hastane dışı ile hızlı ve güvenilir veri alış-verişine imkan sağlar.						
24. Hızlı çevresel değişiklere tepki vermeye imkan sağlar.						
25. İnternet üzerinden tanıtım yapmaya imkan sağlar						
26. E-posta, mobil iletişim, <u>eft v.b.</u> yollarla hızlı, ucuz iletişim, bilgi transferi sağlar.						
27. Objektif, adil ve sistemli çalışmaya hizmet eder						
28. Kaynakların etkin kullanımını sağlar						