

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE
KULLANILAN BİLGİ TEKNOLOJİLERİ VE
ETKİLEŞİMLERİ: İSTANBUL’DA BULUNAN BİR
DEVLET HASTANESİ ÜZERİNDE BİR UYGULAMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Faruk ALTINTAŞ

**Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ali ÖZCAN

HAZİRAN – 2019

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ


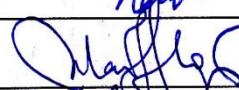
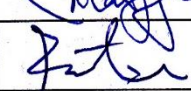
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE
KULLANILAN BİLGİ TEKNOLOJİLERİ VE
ETKİLEŞİMLERİ: İSTANBUL'DA BULUNAN BİR
DEVLET HASTANESİ ÜZERİNDE BİR UYGULAMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Faruk Altıntaş

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

“Bu tez 11.06/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi: Al. Özcan	Basarılı	
Dr. Öğr. Üyesi: Selma Altın	Basarılı	
Dr. Öğr. Üyesi: Güngör Yılmaz	Basarılı	

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Faruk ALTINTAŞ

11.06.2019

ÖNSÖZ

Bu tezin yazım aşamasında, desteklerini ve yardımını esirgemeyen, çalışmanın bütün aşamalarını ciddiyetle takip eden danışmanım; Dr. Öğr. Üyesi ALİ ÖZCAN' a, sevgili nişanlım Neslihan ÇALIMLI'ya ve bugünlere gelmeme vesile olan aileme şükranlarımı sunarım.

Faruk ALTINTAŞ

11.06.2019



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KISALTMA LİSTESİ	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii

GİRİŞ	1
--------------------	----------

BİRİNCİ BÖLÜM:SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ VE KAVRAMSAL

ÇERÇEVE	4
1.1. Sağlık Yönetimi	4
1.2. Sağlık Yöneticisi	5
1.3. Sağlık Yönetiminde Organizasyon Yapısı.....	8
1.3.1. Kamu Hastaneleri	8
1.3.2. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Organizasyon.....	9
1.3.3. Üniversite Hastanelerinde Organizasyon.....	10
1.3.4. Özel Hastanelerde Organizasyon.....	11
1.4. Sağlık Hizmetleri Yöneticileri ve Görevleri.....	12
1.4.1. Başhekimin Görev ve Yetkileri	12
1.4.2. Başhekim Yardımcısının Görev ve Yetkileri.....	14
1.4.3. Hastane Müdürünün Görev ve Yetkileri.....	14
1.4.4. Hastane Müdür Yardımcısının Görev ve Yetkileri.....	15
1.4.5. Hemşirelik Hizmetleri Müdürünün Görev ve Yetkileri.....	15
1.5. Sağlık Kurumlarında Yönetimsel Zorluklar.....	16

İKİNCİ BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİNİN GELİŞİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TEKNOLOJİ

2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetimi	22
2.1.1. Osmanlı Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Gelişimi.....	23
2.1.2. 1923-1980 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Gelişimi.....	24
2.1.3. 1980-1990 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Gelişimi.....	28
2.1.4. 1990-2000 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Gelişimi.....	31
2.1.5. 2000’li Yıllardan Günümüze Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Gelişimi.....	32
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Teknolojik Dönüşüm	35
2.2.1. Bilgi Teknolojileri ve Ekonomik Faaliyetlerdeki Yeri	35

2.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Alanında Bilgi Teknolojilerinin Tarihsel Gelişimi.....	37
---	----

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BİLGİ TEKNOLOJİLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ İÇERİSİNDEKİ UYGULAMA ALANLARI..... 41

3.1. Bilişim Teknolojileri Tanımı	41
3.2. Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Bilişim Teknolojilerinin Kullanımı.....	42
3.2.1. Yönetimsel Bilgi Sistemleri.....	44
3.2.2. İnsan Kaynakları Bilgi Sistemleri.....	46
3.2.3. Muhasebe Ve Finans Yönetimi Bilgi Sistemleri	48
3.2.4. Envanter Yönetimi Bilgi Sistemleri.....	49
3.2.5. Yönetim Bilgi Sistemleri İçerisinde Ofis Otomasyonu	50
3.2.6. Karar Destek Sistemleri	51
3.2.7. Klinik Bilgi Sistemleri	51
3.2.8. Laboratuvar Bilgi Sistemleri.....	52
3.2.9. Radyoloji Bilgi Sistemleri	55
3.2.10. Hemşirelik Bilgi Sistemleri	57

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: SAĞLIK KURUMLARI İÇERİSİNDE BİLGİ SİSTEMLERİNİN BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİSİ: İSTANBUL'DA BULUNAN BİR DEVLET HASTANESİ ÜZERİNDE BİR UYGULAMA..... 58

4.1. Amaç	58
4.2. Evren ve Örneklem	59
4.3. Sınırlılıklar ve Varsayımlar	59
4.4. Veri ve Ölçek	59
4.5. Model ve Hipotez.....	60
4.6. Bulgular.....	62
4.6.1. Frekans Analizi	62
4.6.2. Regresyon Analizi.....	64

SONUÇ..... 74

KAYNAKÇA 78

EK: Hastane Bilgi Sistemlerinin İşlevleri Üzerine Bir Anket Çalışması84

KISALTMA LİSTESİ

EBS	: Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi
HBS	: Hemşirelik Bilgi Sistemi şeklinde ifade edilmektedir.
HBYS	: Hastane bilgi yönetim sistemi
HHM	: Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
İKBS	: İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi
KBS	: Klinik Bilgi Sistemi
KHB	: Kamu Hastaneleri Birliği
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
LBS	: Laboratuvar Bilgi Sistemi
MUMPS	: Massachusetts General Hospital Multi-Programming System
NLP	: Doğal Dil İşleme Programı
PACS	: Görüntü arşivleme ve iletişim sistemleri
RBS	: Radyoloji Bilgi Sistemi
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSBS	: Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi
YBS	: Yönetimsel Bilgi Sistemi

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: İnsan Kaynakları Bilişim Sisteminin Kurumsal Düzen İçerisindeki Görevleri	47
Tablo 2: Muhasebe ve Finans Yönetimi Bilgi Sisteminin Kurumsal Düzen İçerisindeki Görevleri.....	48
Tablo 3: Katılımcıların Cinsiyetlerine Ait Veriler	62
Tablo 4: Katılımcıların Yaşlarına Ait Veriler	63
Tablo 5: Katılımcıların Mesleklerine Ait Veriler.....	63
Tablo 6: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Ait Veriler	63
Tablo 7: Katılımcıların Tecrübelerine Ait Veriler	64
Tablo 8: Yönetimsel Bilgi Sistemi F testi Sonuçları.....	64
Tablo 9: Yönetimsel Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları.....	64
Tablo 10: İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi F testi Sonuçları.....	65
Tablo 11: İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları.....	66
Tablo 12: Envanter Bilgi Sistemi F testi Sonuçları.....	67
Tablo 13: Envanter Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları.....	67
Tablo 14: Klinik Bilgi Sistemi F testi Sonuçları	68
Tablo 15: Klinik Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları	68
Tablo 16: Laboratuvar Bilgi Sistemi F testi Sonuçları.....	69
Tablo 17: Laboratuvar Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları.....	70
Tablo 18: Radyoloji Bilgi Sistemi F testi Sonuçları	71
Tablo 19: Radyoloji Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları	71
Tablo 20: Hemşirelik Bilgi Sistemi F testi Sonuçları	72
Tablo 21: Hemşirelik Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları	72

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Kamu Hastaneleri Birliğine Geçişten Önceki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Organizasyon Şeması.....	9
Şekil 2: Kamu Hastaneleri Birliği'ne Geçişten Sonraki Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Organizasyon Şeması	10
Şekil 3: Üniversite Hastaneleri Organizasyon Şeması	11
Şekil 4: Özel Hastanelerde Organizasyon Şeması.....	12
Şekil 5: Bilgi Sisteminin Unsurları.....	41
Şekil 6: Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri	43
Şekil 7: Sağlık Kurumlarında Hastane Bilgi Sistemi Raporlama Örneği.....	45
Şekil 8: Sağlık Kurumlarında Hasta Sayılarının Aylara Göre Dağılımı.....	46
Şekil 9: Sağlık Kurumlarında Sicil ve Personel Gösterimi	47
Şekil 10: Sağlık Kurumlarında Muhasebe Bilgi Sistemi Gösterimi.....	49
Şekil 11: Sağlık Kurumlarında Envanter Bilgi Sistemi Gösterimi.....	50
Şekil 12: Sağlık Kurumlarında Laboratuvar Bilgi Sistemi Gösterimi.....	53
Şekil 13: PACS Çalışma Döngüsü	56
Şekil 14: Sağlık Kurumlarında Radyoloji Bilgi Sistemi Gösterimi	56

Tezin Başlığı: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Kullanılan Bilgi Teknolojileri ve Etkileşimleri: İstanbul’da Bulunan Bir Devlet Hastanesi Üzerinde Bir Uygulama

Tezin Yazarı: Faruk ALTINTAŞ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ali ÖZCAN

Kabul Tarihi: 11 Haziran 2019

Sayfa Sayısı: xii (ön kısım) + 83 (tez)+4(ek)

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Küresel dünyada bilgi teknolojileri ve bilişim sistemlerinin gelişmeye başlamasıyla beraber, Türkiye’de de ekonomik ve ticari faaliyetlerde bilgi teknolojilerinin kullanımı yaygınlaşmıştır. Bilgi teknolojileri, bilginin toplanmasını, işlenmesini, arşivlenmesini ve bilgiye ulaşılmasını ve iletilmesini sağlayan teknolojilere verilen genel isimdir.

Bir hizmet alanı ve işletme olan sağlık hizmetleri organizasyonlarında da bilgi teknolojileri etkin olarak kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetleri yönetiminde bilgi teknolojilerinin kullanımı, veri girişi ve arşivlemesini etkin ve pratik hale getirerek idari faaliyetlerde avantaj sağlamaktadır. Hastane bilgi sistemleri, hastane yönetiminde rol oynayan farklı mertebelerdeki yönetici kişilere yardımcı olan, bilgiyi toplama ve yayma işlevlerini sağlayan ve farklı kaynaklardan elde edilen bilgilerin toplanarak veri oluşumunu mümkün kılan sistemlerdir. Yönetimin farklı fonksiyonlarını gerçekleştirmede, Türkiye’de yaygınlaşmaya başlayan profesyonel sağlık hizmetleri yönetimi algısında bilgi teknolojileri yadsınamaz bir öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Yönetimi, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Bilişim Teknolojileri, Bilgi Teknolojileri

Title of the Thesis: Health Services Management and Information Technologies used in Turkey and Their Interactions: An Application on A Public Hospital In İstanbul.	
Author: Faruk ALTINTAŞ	Supervisor: Assist. Prof. Dr. Ali ÖZCAN
Date: 11 June 2019	Nu. of Pages: xii (pre text)+ 83(main body)+4(App)
Department: Health Management Subfield: Health Management	
<p>With the start of the development of information technologies and information systems in a global world, Turkey has also spread in the use of information technology in economic and commercial activities. Information technologies are the general name for the technologies that provide information gathering, processing, archiving and accessing and communicating information.</p> <p>Information technologies have been used effectively in health services organizations, which are a service area and business. The use of information technologies in health services management provides an advantage in administrative activities by making data entry and archiving effective and practical. Hospital information systems are systems that help different levels of management who play a role in the management of the hospital, provide the functions of collecting and disseminating the information, and collecting the data from different sources and enabling the formation of data. Perform different functions in the management of information technology in healthcare management professionals began to become widespread perception in Turkey it has an undeniable importance.</p>	
Keywords: Health Management, Health Service Management, Information Technologies	

GİRİŞ

Çalışmanın Konusu: Sağlık hizmetleri çağdaş dünyada insanların birincil hakları arasında yer almakta, devletler bu hizmeti sağlamada başta rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinin temelini her ne kadar tıbbi tanı, tedavi süreçleri ve koruyucu hizmetler oluştursa da hizmet kurum ve kuruluşlarının birer organizasyon yapısı oldukları göz ardı edilemez.

Dünyada ve Türkiye’de sağlık hizmetleri uzun yıllar yalnızca medikal hizmetler işlevi ile ilişkilendirilmiş, geniş halk kitlelerine sunulan hizmetin devamlılığını sağlayacak yönetsel faktörler göz ardı edilmiştir. Sağlık organizasyonlarının birer işletme olarak ele alınıp, planlama, verimlilik, kaynak sağlama, hizmet kalitesi, denetleme, planlama ve koordine etme gibi bileşenleri düzenlenmelidir. Bu da ancak ve ancak çağdaş ve bilimsel yönetim şekliyle mümkündür.

Geleneksel anlayışla sağlık hizmetlerinin hekim kökenli kimselerin yönetimi altında olması, yönetimin işlevlerini yerine getirmede pürüzlere yol açmıştır. Bu anlamda profesyonel uzmanlara duyulan ihtiyaç geç anlaşılmış, değiştirilmeye çalışılan organizasyon yapısı zaman zaman sektelere uğramıştır.

Çağdaş ve bilimsel yönetim anlayışı gelişen teknoloji ve bilim ile birlikte teknolojik bilgi sistemlerini temele oturtmuştur. Oldukça karmaşık ve çok yönlü olan hastane yapılarının yönetimi, uzman profesyoneller kadar, teknolojik ve bilişsel donanım araçlarını gerektirmektedir.

Küreselleşen dünyada, teknolojik gelişmelerle mesafelerin ve zamanın kısaldığı bir sistemle karşı karşıyayız. Sağlık hizmetleri de yönetimden bakım hizmetlerine kadar uygulamalarını bu konjonktür üzerine oturtmuştur. Hastane yönetimi işinde iş gücünü azaltacak, zaman kayıplarını önleyecek, planlama ve strateji geliştirmede gerekli verilerin arşivlemesi ve ulaşımında kolaylık sağlayacak, mali bilgileri, alım ve satım süreçlerini düzenleyecek bilgi teknolojileri sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kullanılan bilgi sistemleri, her ne kadar uzmanlık alanlarına göre ayrı ayrı sınıflandırılmış olsa da, kullanıldıkları organizasyonun karmaşık ve bütünsel yapısı, bu sistemlerin birbiri ile ilişkisini zorunlu kılmaktadır. Dolayısıyla, söz konusu

bilgi sistemlerini kullanan personelin, ilintili olan diğer sistemler konusunda da bilgili ve yetenekli olması beklenmektedir.

Çalışmanın Amacı: Çalışmamızda da yukarıda çizilen çerçeve kapsamında, sağlık hizmetleri yönetiminde kullanılan bilgi sistemleri ortaya konmaya çalışılmış, gerekliliklerin ne şekilde evrildiği ve ihtiyaçların nereden doğduğu tarihsel ve toplumsal süreçler bağlamında açıklanması amaçlanmıştır. Mevcut bilgi teknolojilerinin hastanenin karmaşık ve kompleks organizasyon yapısı içerisindeki yeri ve konumunu ortaya koymak adına birbiriyle olan bağlantıları incelenmiştir. Bu inceleme adına gerçekleştirilen araştırmada İstanbul'da bulunan bir devlet hastanesi personellerine internet ortamında 200 personele gönderilen anket çalışmasına 148 personelin katılımı sağlanmıştır. Araştırmada ilk olarak katılımcıların demografik özellikleri bağlamında frekans analizi yapılmış, ardından literatürde en önemli görülen 7 ayrı bilgi sisteminin regresyon analizi yapılmıştır. Bu bilgi sistemleri; yönetsel bilgi sistemi, klinik bilgi sistemi, insan kaynakları bilgi sistemi, envanter yönetimi bilgi sistemi, laboratuvar bilgi sistemi, radyoloji bilgi sistemi ve hemşirelik bilgi sistemi olarak belirlenmiştir. Bilgi teknolojileri kullanım sürecinde karşılaşılan sorunlar ortaya konurken karşılaşılan problemlere dair çözüm önerileri geliştirebilmek adına bir alt yapı oluşturulmak istenmiştir. Çalışmanın bir diğer amacı ise, henüz yeni bir olgu olan sağlık hizmetleri yönetiminde bilgi teknolojilerinin kullanımı konusunda, az sayıda olan akademik çalışmalara ve literatürün genişletilmesine katkıda bulunmaktır.

Çalışmanın Önemi: Çalışma dört bölüm olarak planlanmıştır. İlk bölümde sağlık hizmetleri, sağlık yönetimi ve sağlık organizasyonu kavramlarına kavramsal bakış açısıyla yaklaşılacak, yönetim alanında karşılaşılan zorluklar ortaya konmaya çalışılacaktır. İkinci bölümde Türkiye'de sağlık hizmetleri yönetiminin ve sağlıkta teknolojinin gelişimi mercek altına alınacak ve yönetim algısının ne şekilde evrildiği, bugün sağlık hizmetleri yönetiminde doğan bilgi teknolojileri ihtiyaçlarının arka planını oluşturmak amacıyla tartışılacaktır. Üçüncü bölümde sağlık hizmetleri yönetiminde kullanılan bilgi teknolojilerinin alan sınıflandırması yapılacak ve tablolarla açıklanacaktır. Son bölümde ise İstanbul'da bulunan bir devlet hastanesi personeline uygulanan anket çalışmasından elde edilen verilerin ilk olarak demografik analizi,

ardından regresyon analizi yapılarak farklı bilgi sistemlerinin birbirleri ile ilişkisi ortaya konacaktır.

Çalışmanın Yöntemi: Çalışmada ilişkiisel araştırma modeli kullanılacak, tarihci metottan yardım alınacak ve korelasyonel ve nedensel karşılaştırma yöntemleri kullanılacaktır. Araştırmada, regresyon analizi yapılarak modelin anlamlılığı için F Testi, değişkenlerin anlamlılığı için T Testi uygulanacaktır. Literatür taramasında kullanılacak veriler, kütüphanelerden, elektronik veri tabanlarından, konuyla ilgili sivil toplum kuruluşlarının resmi internet sitelerinden, konularında rapor yayımlayan firmaların internet sitelerinden, konuyla ilgili yayın yapan basın ve yayın kuruluşlarından ve diğer elektronik kaynaklardan belgesel tarama yöntemi ile toparlanan birincil ve ikincil kaynaklardan elde edilmiştir. Bu veriler nitel araştırma teknikleri kullanılarak çözümlenerek yorumlanmıştır. Bu doğrultuda hazırlanan “Hastane Bilgi Sistemlerinin İşlevi Üzerine bir Anket Çalışması” başlıklı anket İstanbul’da bulunan bir devlet hastanesi personeli ile internet ortamında 200 kişi ile paylaşılmış ve toplam 148 adet anket toplanarak araştırma çerçevesinde kullanılmıştır.

Araştırma sırasında literatürde diğer alanlara kıyasla görece yeterli kaynak bulunmaması karşılaşılan zorluklardan biridir. Araştırma kapsamında ilişkileri ortaya konmak istenen değişkenlerin daha kapsamlı bir örnekleme araştırılması, ortaya çıkan sonuçların genelleştirilmesine ve temeline katkıda bulunacaktır. Fakat vakit ve maliyet yönünden karşılaşılan kimi kısıtlılıklar araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Ayrıca araştırmanın, tek bir organizasyonel hastane yapısı içerisinde gerçekleştirilmiş olması bir diğer sınırlılıktır. Bu alanda yapılan bilimsel araştırmaların yeterli miktarda olmaması da araştırmacıyı bulguları tartışma noktasında sınırlamıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler her ne kadar bilgi sistemlerinin nesnel özellikleri göz önünde bulundurularak hazırlanmış olsa da, katılımcıların objektif ve doğru cevaplar verdiği varsayılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Yönetimi

Sağlık yönetimi, toplumun sağlık durumuna etki eden çalışmaların tümüdür. Bu faaliyetler, sağlık durumunu etkileyen, nüfusun yaşamını sürdürdüğü coğrafi bölgelerin özelliklerinin belirlenmesi, sosyal, kültürel ve ekonomik sebeplerin tespiti, toplumun sağlık algısının ve sağlıktan yararlanmayı etkileyen etmenlerin belirlenmesi, kullanılacak kaynakların tespiti ve akışının sağlanması, sağlık alanında hizmet veren kurum ve kuruluşların örgütlenmesi, hem sağlıktan yararlanan hem de sağlık hizmetlerini sağlayan tüm bireylerin eğitimini kapsamaktadır (Atalay, 2004: 17).

Sağlık yönetimi kavramının kapsayıcı bir tanımlaması yapıldığında, en temel haliyle, toplumdaki bireylerin ilk olarak mevcut sağlıklarının korunması ve daha iyiye gitmesi için çabalanması, hem vatandaşların sağlığını olumsuz yönde etkileyecek hem de ülke ekonomisine zarar verecek hastalıkların önüne geçilmesi, sağlık konusunda bakanlıkların, kamu kurum ve kuruluşlarının ve diğer oluşumların ilgili yönetmelik ve mevzuat doğrultusunda kurulması, sağlık alanında gerekli araştırmaların yapılması ve bu araştırmalar sonucunda iyileştirici adımlar atılmasıdır (Kitapçı, 1993: 18). Bu doğrultuda mevcut amaçlara hizmet edecek bilgi ve donanıma sahip iş gücünün yetiştirilmesi ve organizasyona katılması sağlık yönetiminin bir başka temel amacıdır.

Sağlık yönetimi basamakları, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan hizmetleri olanaklı hale getirecek kaynak ve proseslerin planlanması, örgütlenmesi, koordinasyonu, eşgüdümlemesi, yönetilmesi, sonuçların değerlendirilmesi ve denetlenmesi ile gerekli durumlarda tekrar planlama yapılmasını kapsamaktadır.

Sağlık Hizmetleri Yönetimi, toplumun birey ve gruplarına gerekli hizmetin sağlanması, tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulması, sağlığın gerektirdiği çevresel koşullarla ilgili gerekli tüm tedbirlerin alınması ve uygun koşulların sağlanması için gerekli

planlama, yönetme ve denetleme işlemlerini kapsamaktadır (Ak, 1989: 11). Bütün bu tanımlamalar çerçevesinde, sağlık yönetimi alanında uygulamada bulunabilecek profesyonel ve donanımlı idareci ve yöneticiler gerekmektedir.

1.2. Sağlık Yöneticisi

Sağlık yönetiminde idareci/yönetici görevinde bulunanlar, alanında uzman ve profesyonel kimseler olmak durumundadırlar. Sağlık yöneticiliği, sağlık işletmelerinin faaliyete geçme aşamasındaki hazırlıklardan başlayarak, mevzuat doğrultusunda işleyişin devam etmesini, elde edilen kaynakların etkin ve doğru şekilde kullanılmasını ve hizmet sağlanmasıdır (Kitapçı, 1998: 7).

Sağlık örgütlerinin kuruluş ve işleyiş yönetmeliklerinde belirtilen hedeflerin gerçekleştirilmesinde ve öngörülen amaçların gerçekleştirilmesinde, mevcut kaynakların, en doğru, en verimli ve en ekonomik haliyle kullanılması sağlanmalıdır (Kitapçı, 1998: 8). Sağlık yöneticiliği de, örgüt planlamasından başlayarak, söz konusu kaynakların rasyonel ve ekonomik şekilde kullanılması, örgüt için gerekli iş gücünün temini ve bu oluşumun denetimi, kontrolü ve idaresini kapsamaktadır.

Ülkemizde sağlık yöneticiliği genel olarak, sağlık kuruluşunun işlemesi için yapılan planlama, örgütlenme, faaliyetleri değerlendirme, sonuçlarda görülen eksiklikleri giderici düzenlemeler yapma ve yeni sorunların çıkmasını önleyecek tedbirler alma işlerini kapsayan koordinatörlük görevi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak buna ek olarak, ideal anlamda sağlık idareciliği, işletmelerde sürece katılan tüm personelin eğitimi, idaresi ve koordinasyonu, ihtiyaç duyulan noktalarda kaynağın, esasen de maddi yönden gereksinim duyulan sermayenin sağlanması, hukuki süreçlerin takibi ve gerekli önlemlerin alınması, tıbbi işlerin yanı sıra idari ve mali işlerin de organizasyonu ve gerekli önlemlerin koordinasyonunu kapsamaktadır (Ak, 1989: 9).

Sağlık işletmeleri, konusu her ne olursa olsun, özünde bir hizmet veya mal üreten oluşumlardır. Bu organizasyonlar da profesyonel yöneticiliği gerekli kılmaktadır. Sağlık işletmelerinin bu anlamda, bir şirketten, otelden veya küçük bir lokantadan farkı yoktur. Örgütlenme küçük veya büyük ölçekli olsun, bütün işletmelerde yönetim yapılması yukarıda sayılan basamakları gerektirmektedir. Sağlık sektöründe de, bin yataklı bir eğitim araştırma hastanesi de, birkaç yataklı bir entegre hastane de aynı şekilde kapsamı fark etmeksizin profesyonel bir işletme yönetimine ihtiyaç duymaktadır.

Çağımızın geldiği noktada, teknolojik ve bilimsel gelişmeler hem sanayi alanında hem de diğer iş kollarında faaliyet gösteren örgütlerin değişim ve dönüşümüne neden

olmuştur. Organizasyon ve iş yapısı anlamında değişen işletmeler, yönetim alanında da bu gerekliliklere ayak uydurmak durumunda kalmışlardır. Yönetici veya idareci pozisyonundaki kimselerden de aynı şekilde bilimsel ve teknolojik gelişmelere ayak uydurması, çağın gerektirdiği yenilikleri takip edip uygulayabilecek donanıma sahip olmaları beklenmektedir.

Dünyada gelişmekte olan sağlık sistemi teknolojilerinde mevcut sistemi idare edecek modern yönetim algısı hakimdir. Medikal alanda ileri düzeyde başarıların elde edilmesi, yalnızca tıbbi gelişmelerle değil, gelişmiş ve modern yönetim çerçevesinde mümkündür.

Sağlık yönetimi organizasyonunun planlanması ve koordine edilmesi, sağlık işletmelerinde önemli bir sorundur. Kusurlu yapılmış bir sağlık yönetimi organizasyonunda verimli ve etkin kullanılmayan kaynaklar, ülkenin milli ekonomisine de doğrudan etki etmektedir. Mali idarenin, donanımlı yöneticiler tarafından etkin bir şekilde sağlanamıyor olması büyük bir organizasyonel zarara neden olmaktadır. Sağlık yönetimi alanında konulacak hedefler ve alınacak kararlar, ülkenin menfaatine olacak, milli ekonomiye büyük katkı sağlayacaktır. Söz konusu eylem planı, planlama, örgütlenme, maliye, insan kaynakları, araştırma ve geliştirme faaliyetleri, denetim ve sürecin değerlendirilip eksiklikleri noktasında tekrar uygulanmasına kadar geniş bir süreci kapsmalıdır.

Son yıllarda sağlık yönetimi alanında da oldukça dikkate değer gelişmeler söz konusudur. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler, sağlık kuruluşlarını daha komplike ve büyük ölçekli organizasyonlar haline getirmektedir. Karmaşıklaşan organizasyon yapıları, tıbbi hizmetlerin tek başına başarılı olamayacağı, farklı sistemlerle desteklenmesi gerektiğini gündeme getirmiştir.

Tıbbi hizmetlerin yanı sıra, bir sağlık organizasyonunun, idari, mali ve teknik yapısı da kuruluşun başarısını doğrudan etkilemektedir. Toplumdaki bireylerin sağlık alanında ihtiyaçlarının karşılanmasında tıbbi hizmetlerin rolü büyük olsa da, sürecin idari, finansal ve teknolojik açıdan desteklenmesi gerekmektedir. Bu noktada sağlık yöneticilerinden, toplumda var olan sorunları tanıyıp, buna karşı çözümler üretecek

planlamaları yapması, mevzuat çerçevesinde işbirliği içerisinde uygulaması beklenmektedir (Ak, 1989: 13-14).

Sağlık hizmetleri alanında aktif olan hastanelerin yöneticileri, büyük bütçelerin idaresini üstlenmekte, çok sayıda profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı personelin uyumlu bir şekilde çalışmasından sorumlu bulunmaktadır. Bir sağlık organizasyonu olarak hastaneler, hem kurumsal otoritelerle hem de toplumsal baskı gruplarıyla etkileşim halindedirler. Bir anayasal hak olan sağlık hizmetleri, topluma hastaneler aracılığıyla ulaşmaktadır. Bu anlamda devletin güvence altına aldığı bir hizmeti sağlama görüntüsünün yanı sıra, toplum tarafından da bu organizasyonlardan bir hak ve talep söz konusudur. Bu özelliğiyle sağlık yönetimi, kapsamlı ve karmaşık bir hal almaktadır. Organizasyon yönetimi açısından oldukça zor ve karmaşık bir sistem karşımıza çıkmaktadır. Bu doğrultuda, organizasyonun idaresinde bulunan yöneticilerin, kaynak yönetimi ve sistem idaresinde bilgi ve becerilerinin gelişmiş olması ve teknolojik ve bilimsel gelişmelere hızlı adapte olması beklenmektedir (Çimen, 2010: 3).

Bu noktada Matris örgüt yapısından bahsetmek gerekir. Matris ilk olarak uzay işletmeleri için oluşturulmuş olsa da, zamanla diğer örgütsel yapılanmalarda ve hizmet sektörü işletmelerinde; daha ziyade de hastanelerde uygulanmıştır. Matris örgüt yapısı, dikey ve yatay ilişkiler üzerine oturtulmuştur. Matris organizasyonlarda dikey ve yatay ilişkiler aynı derecede önem arz etmektedir. Bu tip organizasyonlarda fonksiyonel yönetici ve vaka yöneticisi olmak üzere iki farklı yönetici bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici; işleri kimlerin, nerede ve ne şekilde gerçekleştirdiğiyle ilgilenir. Vaka yöneticisi ise hangi işlerin, hangi zamanda ve niçin yapılacağını belirler. Bu ikili yönetim sistemi ile, personel bir yandan uzmanlıkları sebebiyle ilgili departman yöneticisine sorumluyken, öte yandan bu uzmanlığını belirli bir vaka üzerinde uygulamasından dolayı da vakanın yöneticisine karşı sorumludur. Matris yapısının en belirgin özelliği de bu ikili görünümünden kaynaklanmaktadır. Bu organizasyonlarda, vaka yöneticileri ile diğer ilgili personel arasında bir ast-üst ilişkisi veya emir-komuta zinciri mevcut değildir. Vaka yöneticileri, ilgili projenin gerçekleşmesi için diğer uzmanlarla ortaklaşa çalışmalıdır. Hastanelerde ise matris organizasyon yapısının uygulamasında kimi farklılıklar göze çarpmaktadır. Örneğin; hastanelerin hasta bakım hizmetlerinde vaka yöneticisi doktorlar, vaka ekibi personelleri ise hemşire, eczacı ve

diyetisyenlerdir. Vaka ekibini oluşturan personel, aynı anda birden fazla vaka ile ilgilenmekte, birden fazla vaka yöneticisine karşı sorumluluk almaktadır. Bu da organizasyonda daha karmaşık bir görüntüye yol açabilmektedir. Bunun yanı sıra, vaka yöneticisi ile ilgili personel arasında yatay ilişkiler beklenirken, Türkiye’de vaka yöneticisi olan doktorların, diğer ekip üyelerine karşı dikey bir ilişki benimsedikleri görülmektedir (Şahin, 2010: 33).

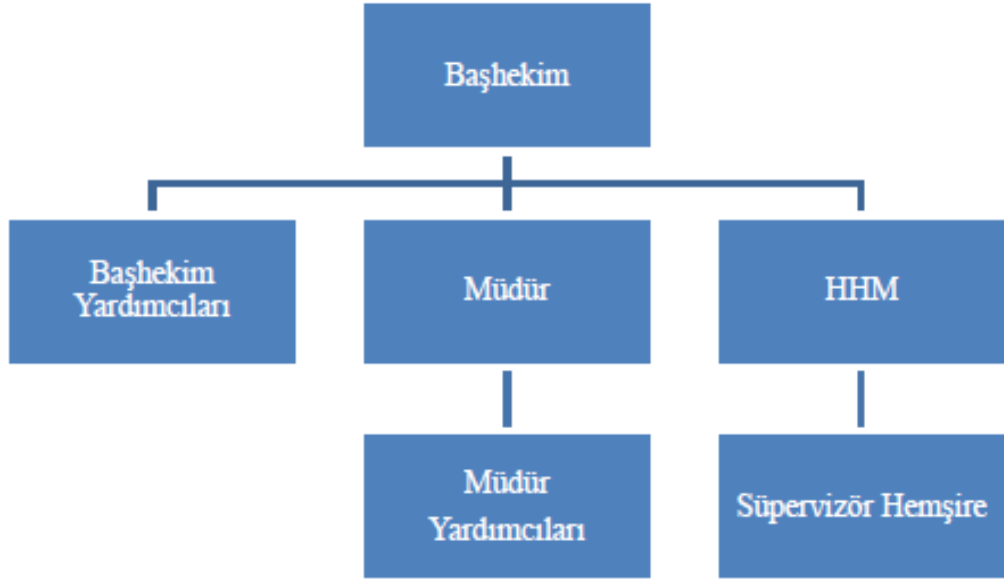
1.3. Sağlık Yönetiminde Organizasyon Yapısı

Geleneksel olarak, hastane yönetimlerinde, en yetkili kişi, organizasyonun başında bulunan idareci; başhekimdir. İdareden sorumlu en yetkili kişinin aynı zamanda mesleki olarak hekim olması önemlidir (Özgen, 1995: 74). Başhekim, mali ve idari işler, tıbbi hizmetler, insan kaynakları, bakım ve onarım hizmetleri gibi geniş bir yelpazede sorumluluk almakta, bütün bu işleri, başhekim yardımcıları aracılığıyla idare etmektedir. Hastane organizasyonu, hem kamusal zorunluluk hem de fonksiyonel çok yönlülüğü nedeniyle, servis ve ünite yapılanması olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.3.1. Kamu Hastaneleri

Kamu hastanelerinde de geleneksel hastane organizasyonunda olduğu gibi, yönetimin başında başhekim bulunmakta ve hizmetlerin tamamı kendi içlerinde yetkili olan başhekim yardımcıları aracılığıyla yürütülür. Hastanenin kamu idari yapısına uygun olarak yürütülmesinden hastane müdürü ve başhekim birlikte sorumludur. Ancak uygulamada, hizmet başlıklarında yetkili başhekim yardımcıları, hastane müdür ve müdür yardımcılarında daha çok söz hakkına sahiptir.

Servis hizmetleri Hemşirelik Hizmetleri Müdürünün sorumluluk alanına girmektedir. Hem servis işleyişinden hem de yardımcı hizmetlerden sorumlu olan HHM, yine bu alanda yetkili başhekim yardımcısına bağlıdır. Bu noktada, hastane müdürünün servis hizmetlerinde hemşireler üzerinde bir yetki alanı bulunmazken, başhekim yardımcıları bu alandan sorumludur. Bu görünümüyle üç başlı bir yapıya sahip olan organizasyon yapısı içerisinde zaman zaman görev ve sorumluluk çatışmaları yaşanabilmektedir.



Şekil 1:Kamu Hastaneleri Birliğine Geçişten Önceki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Organizasyon Şeması

1.3.2. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Organizasyon

Kamu Hastaneleri Birliği sürecine geçildiğinde, eğitim ve araştırma hastanelerinde yönetimin başında yine doktor kökenli bir hastane yöneticisi görülmektedir. Bir önceki yapılanmada idari hizmetlerin başında bulunan başhekim yardımcılığı göreviyle hekimler oldukça etkin bir konumda iken, kamu hastaneleri birliğine geçilmesiyle bu konumları el değiştirmiştir. Bu süreçte mali ve idari işler ile satın alma, stoklama gibi iş kolları kendi alanlarında yetkili müdürlere devredilmiştir.

Bu yapılanmada HHM'nin yerini Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü almıştır. Birimde HHM yardımcıları fiilen eskisi kadar etkin değildir. Hemşirelik Hizmetleri ve servis işleri bu birim tarafından idare edilmektedir.

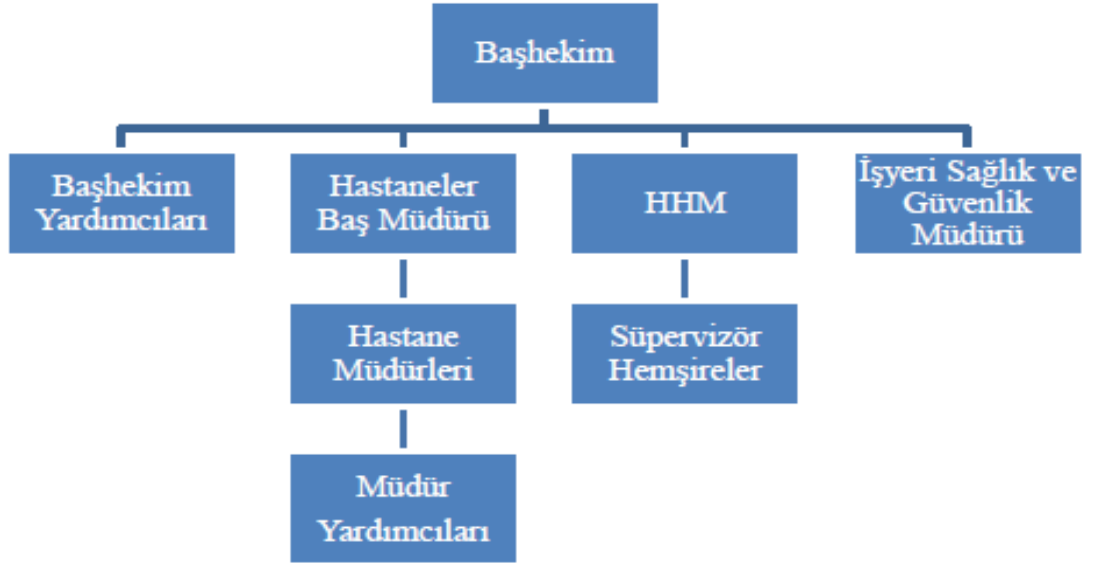
Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ek olarak Sağlık Otelciliği Müdürlüğü, Hasta Hizmetleri gibi birimler oluşturulmuştur. Bu birimlerin temel amacı hastanın ve yakınlarının, hastanın sağlık hizmeti alma sürecinde oluşabilecek ihtiyaçlarını karşılamaktır.



Şekil 2': Kamu Hastaneleri Birliği'ne Geçişten Sonraki Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Organizasyon Şeması

1.3.3. Üniversite Hastanelerinde Organizasyon

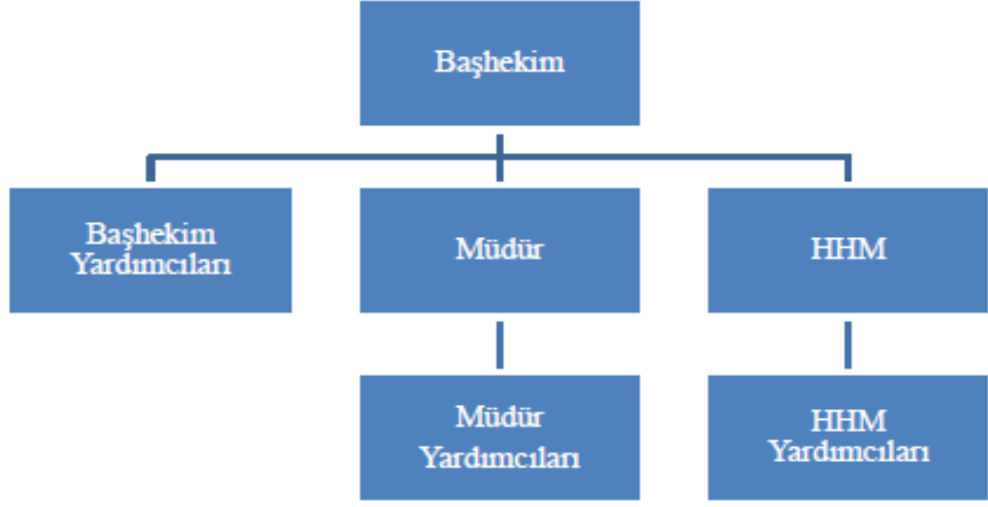
Üniversite hastanelerinin organizasyon yapısı, aynı zamanda bir eğitim kurumu olmaları sebebiyle farklılık göstermektedir. Bu organizasyonda idari ve mali işlerin ayrı ellerde yürütüldüğü görülmektedir. İdari işler, hastane müdürleri ve işletme müdürlerinin sorumluluk alanındayken, mali kaynakların planlanması, denetimi ve kullanımı döner sermaye müdürlüğünün yürütmesindedir. Söz konusu döner sermaye müdürlükleri, üniversite hastanelerine değil, doğrudan Maliye Bakanlığına bağlı olarak çalışmaktadır. Döner sermaye yapısı, kamu hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde tam olarak aynıyken, özel hastaneler ile farklılık göstermektedir. Finansal yönetim, özel hastanelerin kendi iç yapılanmasında kurduğu birimler aracılığı ile yürütülürken, kamu ve özel hastanelerde finans birimi Maliye Bakanlığı ile ortak bir yapılanma olarak karşımıza çıkmaktadır.



Şekil 3: Üniversite Hastaneleri Organizasyon Şeması

1.3.4. Özel Hastanelerde Organizasyon

Özel hastanelerin organizasyon yapısı, eğitim araştırma hastanelerinin Kamu Hastaneleri Birliğine geçmeden önceki yapılanması ile aynıdır. Başhekim yine tüm idari ve mali işlerden ve hizmet birimlerinden sorumlu tek yetkili olarak en üst mevkide bulunurken, mevcut iş bölümündeki yetki alanları başhekim yardımcıları arasında paylaşılmıştır. Hastanenin kamu idari yapısına uygun yürütülmesi görevi yine müdürlerde iken, HHM gibi hizmet idareleri başhekim yardımcılarına bağlıdır.



Şekil 4:Özel Hastanelerde Organizasyon Şeması

1.4. Sağlık Hizmetleri Yöneticileri ve Görevleri

Sağlık hizmetleri yönetiminde idari kadroda yer alan yöneticilerin, Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre görev tanımlamaları ve yetki alanları çizilmiştir. Organizasyonel yapılanma içerisinde kimi farklılıklar görülse de, bu bölümde yönetmelikte belirtildiği şekliyle, yöneticilerin görev ve sorumluluklarına değinilecektir.

1.4.1.Başhekimin Görev ve Yetkileri

Başhekim, yönettiği kurumun tıbbi ve idari hizmetleri ile eğitim hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur. Yönetmeliğe göre hizmetlerin en az haftada 1 kez denetlenmesi gereklidir.

Çalışmaların hem verimli hem hızlı yürütülebilmesi için gerekli önlemleri alarak, kaliteli ve ekonomik bir hizmet sağlama yolunda planlamalar yapar.

Kurumda görevli personele mevzuat doğrultusunda iş gördürür ve görev ve hizmetler ile ilgili işlerde tüm personelin doğrudan amiri konumundadır. Mesai saatlerinin kontrolünü, personel giriş, çıkış saatlerinin ve vardiya değişimlerinin denetimini yapar.

Hastaların sağlık hizmetinden yararlanma sürecinin takibini yapar, görevli personel ile hasta arasındaki ilişkilerin doğru ve olumlu yönde olduğundan emin olur. Tüm görevli personelin, hasta ve hasta yakınları ile pozitif ilişkiler içerisinde olup olmadıklarını denetler, kötü davranışların önüne geçer, hastanın tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin tartışmaların hasta ve hasta yakınları yanında gündeme gelmemesi, hastanın moralini bozacak davranışlardan kaçınılması için gerekli önlemleri alır.

Hastaların teşhis ve tedavi sürecinde laboratuvar muayenelerinin takip ve izlemesini yapmakla yükümlüdür.

İdare, laboratuvar, eczane, depo gibi alanlara ait tutulan kayıtların, hastane ünitelerinde bulunan demirbaş cihaz ve malzemeler ile ilaç kayıtlarının takibinden, evrak ve dosyaların, hastane kurallarına ve yasalara uygun şekilde düzenlenmesini sağlamaktan eksikliklerden ve bu eksikliklerin giderilmemesinden sorumlu olan personel hakkında gerekli işlemleri yapmalıdır. Hastaneye ait cihaz ve demirbaşların bakım ve onarımı, prosedürlere ve yasalara uygun olarak yapılmasını sağlamalıdır.

Doktorların hastalara verdiği ilaç, yiyecek ve içeceklerin tıbbi uygunluğunu denetlemekle yükümlüdür.

Hastanede görevli uzman personelin görevi başında bulunamadığı durumlarda, başka resmi sağlık kurumlarından aynı dalda uzman kimseleri kendi kurumunda görevlendirebilir. Kurum alışanlarının yıllık izin düzenlemesinden ve izin sürelerinde söz konusu personel transferlerinden sorumludur.

Doktorların veya hastane kurulunun düzenledikleri raporların yönetmeliğe ve usule uygunluğunu kontrol eder. Tespit ettiği hataları düzelterek onaylar. Kurul raporlarında, eksiklik halinde iade etme hakkı varken, tek doktorun sorumlu olduğu raporlarda, hastayı başka bir uzman hekime yönlendirebilir.

Başhekim yardımcılarını veya uzmanlardan birini daire doktorluğu görevi ile yetkilendirebilir. Kurum personelinin alması gerekli hizmet eğitimlerinin planlama ve yürütme içinden sorumludur. Başhekim gerekli durumlarda yetki ve sorumluluklarını, hastane prosedürleri ve yasalar çerçevesinde yardımcılara devretme hakkına sahiptir (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983: 18).

Görüldüğü gibi başhekim, hastanenin insan kaynaklarından, hasta ilişkilerine, mali işlerden idari işlere uzanan çok geniş bir yelpazede, planlama, yürütme, koordine etme, denetleme anlamında görev ve sorumlulukları bulunan bir yönetici olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.4.2. Başhekim Yardımcısının Görev ve Yetkileri

Başhekim yardımcısı, başhekime karşı sorumludur ve başhekimin tüm görevlerinde ona yardımcı olmakla ve emirlerini yerine getirmekle yükümlüdür. Başhekim, birden fazla yardımcısı olması durumunda, yardımcıları arasında görev dağılımı yapabilir. Başhekimin kurumda bulunmadığı zamanlarda geçici olarak yerine vekalet eder. Başhekimin işten ayrıldığı durumlarda ise, yeni başhekim atanana kadar, hastane prosedürlerine ve yasalara uygun olarak vekil görevini üstlenir. Bu zamanlarda, başhekimin bütün sorumluluk ve yetkilerinden mesuldür (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983: 20).

1.4.3. Hastane Müdürünün Görev ve Yetkileri

Hastane müdürünün görev alanı hastanenin idari, mali, bilgi sistem birimi ve teknik hizmetleridir. Başhekimliğe bağlı olarak hareket eden hastane müdürü, söz konusu hizmetlerin hastane kurallarına ve yasalara uygun olarak yürütmekle ve verimlilik ilkesi esasında kurumun ihtiyaçlarının tespiti ve giderilmesi ile sorumludur.

Kurumun satın alma işlerinden de sorumlu olan hastane müdürü, tıbbi malzemelerden gıda malzemelerine kadar depolarda yer alan tüm ürünlerin giriş ve çıkışlarını takip eder. Günlük yiyecek ve içecek listelerinin şartnameye uygun olup olmadığını tespit eder. Herhangi bir eksiklik veya yanlışlık durumunda başhekimin bilgisi dahilinde iade ve düzeltme işlemlerinin takibini yapar.

Hem kurum binasının fiziki koşullarının uygunluğundan ve gerektiği durumlarda onarılmasından, hem de kurumda yer alan cihazların bakım ve onarım işlerinin takibinden sorumludur.

Kendisine bağı genel idari hizmet çalışanlarının görev, yetki ve sorumluluk alanlarını kurumun prosedürlerine ve yasalara uygun bir şekilde belirlemek ve yerine getirilmesini sağlamak durumundadır.

Kurumun güvenliği ve emniyeti için gerekli önlemleri almakla sorumludur. Hem genel hem de olağanüstü durumlar için gerekli eylem planlarını hazırlamalıdır.

Hastanenin tıbbi, mali, idari evrakları ile istatistik, laboratuvar ve poliklinik çalışma cetvellerinin doğru ve zamanında düzenlenmesini ve ilgili yerlerle paylaşılmasını sağlar.

Bulaşıcı hastalık vakalarını ve bu hastalıklardan dolayı ölenler hakkında ilgili mercilere bilgi verir (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983: 21).

Görüldüğü gibi hastane müdürünün, idari alanlar başta olmak üzere, mali ve teknik alanlara yayılan geniş bir sorumluluk alanı vardır. Hastane müdürleri bu alanların çoğunda başhekimine bağlı olarak görevde bulunur.

1.4.4. Hastane Müdür Yardımcısının Görev ve Yetkileri

Hastane müdür yardımcısı, hastane müdürünün yukarıda belirtilen idari, mali ve teknik görev ve yetkileri dahilinde vereceği görevleri yerine getirmekle ve hastane müdürünün mevcut görevlerini yerine getirmesine yardımcı olmakla sorumludur. Bunun yanı sıra hastane müdürünün çeşitli sebeplerden görevinin başında olmadığı zamanlarda, onun sorumlu olduğu tüm görevleri yerine getirmekle yükümlüdür (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983: 32).

1.4.5. Hemşirelik Hizmetleri Müdürünün Görev ve Yetkileri

Hemşirelik hizmetleri müdürü, başhekimin yönlendirmesi ile göreve gelir ve doğrudan başhekimine bağlıdır. Esas görevi, hasta bakım işlerinin doğru bir şekilde yürütülmesidir.

Kurumda görev yapmakta olan diğer sorumlu hemşireler ile kendisine bağlı hizmet birimlerinin çalışanlarının doğrudan amiri konumundadır. Bu alışanların görevlerini kurumun kurallarına ve yasalara uygun şekilde yerine getirdiklerinin takibini yapmak durumundadır. Gerekli durumlarda, tıbbi konulardaki hata ve eksiklikleri başhekimine, idari konulardaki hata ve eksiklikleri ise hastane müdürüne iletmekle yükümlüdür. Kendisine bağlı çalışan personelin çalışma yerlerinin belirlenmesi ve gerekli

durumlarda değiştirilmesi ile ilgili görüş ve taleplerini başhekiye iletmek ve alınan kararları uygulamak durumundadır. Kendi sorumluluğunda olan personelin mesleki gelişiminden sorumludur ve bu doğrultuda kurum içi eğitimler düzenlemelidir. Personelin hasta ile daima olumlu bir ilişki içerisinde olmasını teşvik etmek ve bu ilişkinin denetçisi olmakla yükümlüdür. Söz konusu çalışanların nöbet ve izin çizelgelerinin kontrolünü ve olası değişikliklerin takibini yapar.

Hasta bakım hizmetlerinin eksiksiz ve doğru yerine getirilmesinden sorumludur. Eksiklik tespit ettiği durumlarda, hataları başhekiye bildirmek durumundadır.

Hasta bakımı ile doğrudan ilgilidir; hastaların beslenme, temizlik ve ilaç düzenlerinin kontrolünü yapar, doğru şekilde bu süreçlerin yönetilmesini sağlar. Hasta ziyaretlerinin kontrolünü ve hasta bakımını aksatmayacak düzeyde ziyaret koşulları sağlamanın teftişini yapar (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983: 33).

Görüldüğü gibi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, ilk olarak hastanede personel açısından en yoğun servislerin başında ve bu çalışanların idaresi görevinde bulunmaktadır. Bunun yanı sıra hasta bakım süreçleri de kendisinin sorumluluğunda ve gözetmenliğindedir.

1.5. Sağlık Kurumlarında Yönetimsel Zorluklar

Sağlık kurumları üzerinde genel hatlarıyla yapılan literatür çalışmalarında öncelikle sağlık kurumlarını yansıtan parametre olarak sağlık çalışanları dikkate alınmış ve bu parametrenin üzerinden gidildiğinde belli başlı yönetimsel zorluklar tespit edilmiştir. Bu yönetimsel zorluklar hizmet içi, zaman, etik ile ilgili olduğu kadar aynı zamanda motivasyon, iletişim, yetki ve takım çalışması gibi konularda da yaşanabilmektedir. Bu çerçeveden konuya bakıldığında sağlık kurumlarında yönetimsel zorluklar birçok başlık altında incelenebilmektedir.

İlk olarak sağlık kurumlarında yaşanan yönetimsel zorluklar içerisinde motivasyon kavramından bahsedilebilmektedir. Sağlık kurumlarına yansıtan en büyük parametrenin sağlık çalışanları olduğundan bahsetmiştik. Bu bahse konu olan sağlık çalışanlarının en önemli yapı taşını ise hemşirelerin oluşturduğu bir gerçek olarak görülmektedir.

Sağlık kurumu olan hastanelerdeki en büyük çalışma grubunu oluşturan topluluk hemşirelerdir. Dolayısıyla kalabalığı oluşturan topluluğun verimliliği ve motivasyonu

ne kadar yüksek olursa ait olduğu kurumun çalışma verimliliği ve motivasyonu da o kadar üst düzey olacaktır. Bundan dolayı hemşirelerin verimli ve motivasyonu yüksek çalışması, ait oldukları sağlık kurumu olan hastanelerinde verimli ve motivasyonu düzgün olarak çalışacağıının bir göstergesi olarak kabul edilecektir. Eğer burada bahsedildiği gibi çalışan grubun büyük bir bölümünü oluşturan topluluğun yani sağlık kurumlarında hemşirelerin motivasyonları sağlanamazsa yaşanabilecek birtakım olumsuzluklar ortaya çıkabilmektedir (Öztürk, 2002: 6).

Motivasyon eksikliğinden kaynaklanan ve sağlık kurumlarına yansıyan olumsuzluklar şu şekilde ifade edilebilmektedir (Atatürk Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi Lisans Tamamlama Programı, Yönetim ve Organizasyon, 19. Hafta, Ders Notları, 2011: 4);

- Mesleğini icra edebileceği işten uzaklaşma, soğuma gibi durumlarla yüzleşerek işten ayrılma durumu ile karşılaşmak,
- Bir ömür yapacağını düşündüğü mesleği hakkında olumsuz düşünerek, gelecek kaygısı gütmek,
- Mesleğin kişi üzerinde bıraktığı tatmin duygusunda gözle görülür bir azalış yaşamak,
- İş hayatında karşılaşılan zorluklar ile savaşmama isteği ve giderek kayıtsızlık hali ile karşılaşmak,
- İster çalışma arkadaşları ile ister hastalar ile iletişim kuramama sorunu ile karşı karşıya kalmak,
- Fiziksel ve duygusal sorunlarda artış yaşanması,
- Kişinin sunduğu hizmetin kalitesinde ve niteliğinde yaşanan azalma,
- Çalışılan kurum veya yapılan meslekten yakınma hali,

Yukarıda bahsedilen motivasyon eksikliğinden kaynaklanan durumlar dışında etik ile ilgili durumlarda sağlık kurumlarındaki yönetimi etkileyen faktörler arasında görülmektedir.

Etik kavramı, kişinin veya kişinin ait olduğu meslek grubunun davranışlarını etkileyen ve belirleyen ahlaki değerler kümesi olarak tanımlanabilmektedir (Kutlay ve Yılmazlar,

2001: 532). Aslan ve arkadaşları (2003), yaptıkları çalışmada sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının (hemsire) yararlandığı etik ilkeleri şu şekilde özetlemişlerdir (Aslan, Vural ve Avcı, 2003: 147);

- Çalışan kişi sadık olmalı, hastalara güven aşılmalıdır. Bu durum etik ilkeler içerisinde sadakat olarak adlandırılmaktadır.
- Çalışan kişi hastalarına ve o bireylerin bakımlarına saygılı olmalıdır. Aynı zamanda hastanın seçim ve reddetme hakkına da saygı göstermelidir. Bu durum etik ilkeler içerisinde bireye saygı olarak adlandırılmaktadır.
- Çalışan kişi insiyatif kullanabilme özelliğine sahip olmalıdır. Üst düzey yöneticinin (doktor, başhekim, vb.) olmadığı durumlarda en iyi kararı vermesi gerekmektedir. Bu durum etik ilkeler içerisinde otonomi olarak adlandırılmaktadır.
- Sağlık kurumları içerisinde hastalara ayırım gözetmeksizin eşit bir şekilde hizmet verilmesi gerekmektedir. Bu durum etik ilkeler içerisinde adalet olarak adlandırılmaktadır.
- Çalışan kişi hastanın tedavisini sürdürürken hastaya ve hasta yakınlarına güven aşılmalıdır. Bu durum etik ilkeler içerisinde güvenilirlik olarak adlandırılmaktadır.
- Sağlık kurumlarında çalışan kişilerin astlarından üstlerine kadar her bir birimin hasta hakkındaki durumu diğer birimlere doğru bir şekilde aktarması gerekmektedir. Ayrıca aktarılması gereken bu doğruluk işleyişi, hasta ve hasta yakınlarına karşıda yapılmalıdır. Bu durum etik ilkeler içerisinde doğruluk olarak adlandırılmaktadır.
- Çalışan bireyin insan sağlığını düşünerek ona fayda sağlaması gerekmektedir. Bu durum etik ilkeler içerisinde yararlılık olarak adlandırılmaktadır.
- Çalışan kişinin ihmalkâr davranışlardan kaçınarak, hastanın tedavi sürecindeki zararlı olabileceğini düşündüğü yöntemlerden uzak durarak onun en iyi şekilde tedavi görmesini sağlaması gerekmektedir. Bu durum etik ilkeler içerisinde zarar vermeme olarak adlandırılmaktadır.

Etik ile ilgili durumlar dışında başka bir yönetsel zorluk olarak gösterilen durum, zaman yönetimi zorluğudur. Süreç itibariyle başlanması gereken tarihin tanımlanmış, bitmesi gereken dönemin belirlenmiş olduğu bir vakit aralığında söz konusu eylemin yapılabilmesi adına bütün kaynakların verimli bir şekilde kullanılması durumuna zaman yönetimi denmektedir (Ardahan, 2003: 18). Fakat bazı durumlarda zaman yönetimini

etkin bir şekilde kullanama durumu ile karşı karşıya kalınmaktadır. Bu gibi durumlara sebep olan etkenler plansızlık, ertelemek, yetki vermemek, öncelikleri belirlememek ve sıralamamak, hayır diyememek, düzensiz ve verimsiz toplantılar, dağınık büro ve masa düzeni şeklinde açıklanmaktadır (Topal, 2015: 65).

Bir işin düzenli bir şekilde ilerleyebilmesi, plan yaparak zaman yönetimini iyi bir şekilde idare etmekten geçmektedir. Planlı çalışma durumu bireyin salt kendi işine yarayan bir durum olmasının dışında ayrıca çalışma arkadaşları arasında da aktif zaman kullanımını sağlamasına yardımcı olmaktadır. Zamanın daha efektif kullanılması adına yapılması gereken işlerin öncelik sıralamasını belirlemek gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kendi yetkilerini güvenilir çalışma ortamındaki çalışma arkadaşlarına devretmesi ile hem iş yoğunluğu kişiyi hataya teşvik etmez hem de paylaşımdan kaynaklı etkin zaman kullanımını sağlamış olunur. Ayrıca zaman yönetimi bozukluklarının en önemli sebepleri arasında ertelemek gelmektedir. İşlerin ertelenmesi yük miktarını artırarak, planın dışına çıkma sebebi olarak görülebilmektedir. Yöneticiler veya çalışma arkadaşları arasında samimiyetin sağlanması departman işi olmayan işlerin hayır diyememekten ötürü kabul edilip yapılması, bireyin kendi işini sekteye uğratmasına neden olacaktır. Bunun yanı sıra çalışma ortamının düzensiz olması, kişilerin işleri üzerindeki kontrollerine kaybetmelerine sebep olacaktır. İş üzerindeki kontrol kaybı, bitiş süresi belli olan bir işin zamanında yapılmaması ile sonuçlanarak zaman yönetimi bozukluğuna uğramış kişinin yaşadığı yönetim zorluğunun kanıtı niteliğinde görülmektedir. Son olarak işin içeriğinden uzak toplantılar düzenlenmesi de zaman yönetiminin etkin kullanılmasında yaşanan zorluklar arasında yerini almaktadır (Topal, 2015: 65-66).

Sağlık kurumlarında yaşanan yönetsel zorluklar arasında yetki ve görevlerin açık bir şekilde belirlenmemesi de yer almaktadır. Topaloğlu ve Koç (2007) bütün iş görenler arasında etkin bir çalışma sistemi oluşturmak için organizasyon yapısının sağdan sola, yukarıdan aşağıya yetki bağları ile bağlı olması gerektiğini savunmuşlardır. Buradan anlaşılacağı üzere çalışan bireylerin kurum içerisindeki görevleri net bir şekilde belirlenmediği takdirde kişiler kendi içlerinde çalışmalarına müdahale edebilir, bu durum ise kurum içi çatışmaya sebebiyet verebilir (Topaloğlu ve Koç, 2007: 100).

Sağlık kurumlarında yaşanacak görev ve yetki sorumluluğu arasındaki belirsizlik diğer organizasyonlarda meydana gelecek çalışanlar arası çatışma ile sınırlı kalmamaktadır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin esas amacı olan hasta bakımını da negatif yönde etkilemektedir.

Sağlık hizmetleri yönetiminde çarkların düzgün işlemesi adına yönetsel zorlukları aşmak için ayrıca hizmet içi eğitime de önem vermek gerekmektedir. Çünkü sağlık hizmetleri, teknolojinin önemli ölçüde ilerlemesi ile birlikte çalışanlarına eğitim vermesi gereken bir sektördür. Teknolojinin getirisi bilgidir. Bundan dolayı çalışan bireyin sağlık hizmeti sunabileceği yerde yetersiz kalması adına her gün gelişen teknolojiye ayak uydurmak için hizmet içi eğitimin sağlanması önemli bir gereklilik olarak görülmektedir (Topal, 2015: 63).

Her meslek grubunda olduğu gibi hemşirelerinde teknoloji ve bilimin hızlı gelişimine ayak uydurmaları gerekmektedir. Sağlık birimlerindeki bilgi düzeyi artışı, sağlık hizmetleri yönetiminin de yöntemlerinin de değişime uğramasına neden olmaktadır. Bundan dolayı sağlık kurumları çalışanları sürekli bir biçimde kendilerini yenilemelidirler (Çelen ve diğerleri, 2007: 29).

Sağlık hizmetleri yönetiminin başarılı bir şekilde sağlanabilmesi için ayrıca sağlık kurumları içerisinde iletişimde başarılı olması gerekmektedir. Çünkü her kurumda olması gereken ama sağlık kurumlarında daha titizlikle sağlanması önem arz eden durum, işlemlerin hatasız bir şekilde yapılmasıdır. İşlemlerin hatasız bir şekilde yapılabilmesi için ise iletişim önemli bir faktör olarak görülmektedir. Eğer çalışan bireyler arası iletişimsizlik söz konusu olduğu bir durum ortaya çıkarsa, hasta bakımı ya da tedavi süreci hatalı bir işleyişten geçecek, bu durum belki de hiç istenmeyen sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Bundan dolayı iletişim ile ilgili yaşanan zorluklar, yönetsel zorluklar içerisinde yer almaktadır.

Sağlık kurumlarında yaşanan yönetsel zorluklar arasında son olarak ise takım çalışmasının doğru işlemeyişinden kaynaklı meydana gelen aksaklıklar yer almaktadır. Takım çalışması bütün organizasyonların önem verdiği sektörel bir olgu olarak görülmektedir. Bundan dolayı sağlık kurumlarında da takım çalışması oldukça önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık hizmetleri içerisinde, mozaik bir eğitim seviyesine sahip (idari personel, teknisyen, sağlık hizmetleri yardımcıları, hemşire, doktor, vb. gibi) alışan bireyler yer almaktadır. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinde ekip olmak, takım çalışmasına yatkın olmak diğer kurumlara nazaran çok daha zor bir olgu olarak bilinmektedir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin temelinde insan ve insan sağlığı bulunduğundan ötürü her çalışan bireyin daha hassas bir şekilde işinin üzerine düşmesi gerektiği, tartışmaya kapalı bir konu olarak görülmektedir. Bu bilgiler ışığında sağlık çalışanları arasında bir ayırım yapılmaksızın herkesin kendi içinde önem arz ettiği bir kurum olduğu anlaşılmaktadır. Dolayısıyla her bir çalışanın kendilerini birbirlerine yardımcı olarak görmekten ziyade birbirlerinin tamamlayıcısı olarak görmeleri, sağlık kurumları arasında takım çalışmasının yaygınlaşmasını sağlayacak unsurlar arasında görülmektedir (Topal, 2015: 61).

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİNİN GELİŞİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TEKNOLOJİ

2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetimi

Türkiye’de sağlık hizmetleri organizasyonları olarak adlandırabileceğimiz hastaneler, tek bir çatı altında toplanmış değildir. Kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı mülkiyetinde faaliyet gösterirken, özel hastaneler olarak bildiğimiz kuruluşlar, “Özel Hastaneler Tüzüğü”ne ve “Hususi Hastaneler Kanunu”na tabi olarak çalışmalarını sürdürmektedir. Yine de bu hastanelere uygulanan idari yaptırımlar Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmekte, denetimleri Sağlık Bakanlığı müfettişlerince yapılmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin genel örgütlenme biçimini ve organizasyon yapısını anlamak için, doğrudan Sağlık Bakanlığı mülkiyetinde faaliyet gösteren hastaneler temele alınabilir. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri organizasyonunun yürütme ve denetleme yetkilerini elinde bulunduran merkez teşkilat konumunda, en üst mevkidedir. İllerde valiliklere bağlı faaliyet gösteren İl Sağlık Müdürlükleri, taşra teşkilatı olarak hizmet vermektedir. Hastaneler ise İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı yerinden yönetim birimleridir (Seçim, 1991: 146-147).

Üniversite hastaneleri ise, sağlık ve tıp profesyonellerinin eğitim ve uygulama merkezleri olarak önemli bir konuma sahiptir. Üniversite hastaneleri gerek amaçları, gerek işleyiş ve yönetim biçimleri, gerekse bünyesinde barındırdığı teknoloji ve insan gücü açısından diğer hastanelerden ayrılmaktadır. Organizasyon yapısı ve yönetim biçimi noktasında önemli farklara sahip olan üniversite hastaneleri genellikle faaliyetlerini tıp fakültesine bağlı olarak, fakülte dekanı aracılığıyla yürütse de, bu görev tabi olduğu yasalarda üniversite rektörünün sorumluluğu olarak belirlenmiştir. Üniversite rektörü, hastane yönetiminin yürütülmesi için bir tıp akademisyenini başhekim olarak görevlendirmektedir. “Özel Hastaneler Yönetmeliği”ne bağlı olarak faaliyet gösteren özel hastaneler ise, hizmet ve işlevlerine, yatak kapasitelerine, uzman branş alanlarının çeşitliliğine, teknolojik donanımlarına ve niteliklerine bağlı olarak, kamu hastaneleri gibi genel veya belirli bir organ, cinsiyet veya yaş özelinde faaliyet gösteriyorlarsa dal hastanesi olarak sınıflandırılır. Özel hastanelerde, tıbbi, teknik ve idari hizmetler, mesul müdürün sorumluluğundadır. Yönetimin tüm aşamaları, alanında profesyonel kimselerce yürütülür, ve bu personelin iş ve görev tanımlamaları, eğitim

durumları ve nitelikleri ile yetenekleri çerçevesinde yapılır (Can ve İbicioğlu, 2008: 262).

2.1.1. Osmanlı Dönemi'nde Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Gelişimi

Sağlık hizmetleri yöneticiliği, eski ve köklü bir meslek olarak bilinmektedir. Tarihte ilk olarak bir Türk hekimin idareci olduğu hastane Bağdat'ta bulunmaktadır ve hekim Mehmet Razi'nin (850-923) başmüdürlüğü ile idare edilmiştir. Batı tarihinde hastaneler ilk olarak putperestler ardından ise kilisepapazları tarafından yönetilmiştir. VIII. Henri'nin gerçekleştirdiği reform hareketi sonucunda hastane yönetimleri, kilisenin elinden doktorlara geçmiştir. Hastane yöneticiliğinin bir meslek olarak geliştirilmesi konusu 1915 yılında Amerika'da gündeme gelmiş, 1932 senesinde "Hastane İdareciliği Yüksek Okulu" kurulmuştur. Fakat hastane yöneticiliğinin meslek olarak kabul görmeye başlaması 1952 yılından sonrasına tekabül etmektedir (Ak, 1990: 101-103).

Türkiye tarihine bakacak olursak, Osmanlı döneminde ilk olarak tımarhane ağaları hastane yönetiminden sorumlu kişilerdir. Daha sonraları yönetim, müdir-i hastane tarafından yürütülmüştür. Hem tımarhane ağaları hem de müdir-i hastaneler hekim kökenli kişiler değillerdir. Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve görevli personelin atanması işleri 1849 yılına kadar Reisul Etıbbı yani Hekim Başı tarafından yürütülmüştür. 1849 yılında Reisul Etıbbalık kaldırılmış, 1850 yılında kurulan Tıbbiye Nezareti sağlık işlerinden ve personelinin sorumlu kurum olarak görevlendirilmiştir. 1862 yılında ise hekimlik faaliyetini icra edebilmek için tıp eğitimi almış olmak zorunlu tutulmaya başlanmıştır. Sağlık örgütlenmesinin idari örgüt içerisinde yerini alması ilk kez 1867 yılında gerçekleşmiştir. 1870 yılında kurulan Nezaret-i Tıbbiye-i Mülkiye ilk merkezi sağlık birimidir. 1871 yılında Memleket Tabipliği, hukuki boyutlar çerçevesinde faaliyet göstermeye başlamıştır. 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye kurulmuştur. Bu örgüt günümüz genel müdürlüğü statüsünde hizmet vermektedir. 1914 yılında bu müdürlük içişleri ile anılan Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti'ne 1920'de ise Sıhhiye ve Muavenat-ı İçtimaiye Vekaleti'ne; bugün bilinen anlamıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na dönüştürülerek statüsü yükseltilmiş, sağlık konusu devletin temel görevlerinden biri olarak ortaya konmuştur (Ak, 1990: 101-102).

Görüldüğü gibi, Osmanlı döneminde sağlığın saraya ve askere sunulan bir hizmet olarak sınırlı kalması devletin yüzünü Batıya dönmesi ile aşılmaya başlanmış, meşrutiyet hareketleri ile sağlık alanında bir dizi gelişme yaşanmıştır. Sağlık hizmeti halk tabanına yayılmış, kurumsallaşarak devletin temel idari görevlerinden biri haline dönüşmüştür.

2.1.2. 1923-1980 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Gelişimi

Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetleri anlayışının gelişimi, Osmanlı İmparatorluğu’nun Batılılaşma anlayışı ile sağlıkta yaptığı reformların devamı olarak okunabilir. 1920 yılında Bakanlık seviyesine yükseltelen sağlık kurumu, TBMM hükümeti ile hayata geçirilmiştir. Cumhuriyet dönemi ile birlikte sağlıkta yaşanan gelişmelerin temeli bu olayla cumhuriyet öncesinde atılmıştır (Akdur, 1998: 4-5).

1923 yılında, Türkiye’de 6437 hasta yatağı ve çoğu özel vakıf veya yabancı sermayedarlara ait 86 hastane yatağı bulunurken, sağlık alanında gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlayacak kanun ve yönetmelikler henüz oluşturulmamıştır. 1921- 1937 yılları arasında görevde bulunan Sağlık Bakanı Refik Saydam, örneğini Batıdan alan ilk halk sağlığı enstitüsünü ve okulunu hayata geçirmiştir. Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu, özellikle bulaşıcı hastalıklar konusunda araştırmaları ve aşılama çalışmaları ile önem kazanmıştır. Dönemin bağımsızlık ve millileşme politikalarının bir sonucu olarak sağlık araştırmaları ve uygulamalarında da yerel yöntem ve çözümlere ağırlık verilmiştir (Kasapoğlu, 2016: 135).

1930 yılında yürürlüğe giren “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” sağlık hizmetleri alanında uygulanacak tüm politikaların genel düzenlemesini içeren bir anayasa görüntüsündedir. 1936 yılında çıkartılan “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu” kapsamında teşkilatlanma merkez ve taşra olmak üzere ikiye ayrılarak düzenlenmiş, yetki, sorumluluk ve görev tanımlamaları yapılmıştır (Akdur, 1999: 16). Cumhuriyetin ilk 15 senelik döneminde, bugünkü sağlık hizmetleri anlayışının temelleri atılmıştır. İl sağlık müdürlükleri, ilçelerde kurulan hükümet tabiplikleri, hekimlik anlayışının tedaviden çok koruyucu tıp alanında ilerlemesi adına yapılan düzenlemeler, sağlığın kamu hizmeti olarak kabul edilmesi, doktor ve diğer sağlık personelinin yetiştirilmesi için atılan adımlar bu savın göstergesidir (Kasapoğlu, 2016: 136).

1946 yılında uzun hazırlık çalışmaları sonucunda 9. Milli Tıp Kongresi'nde onaylanarak yürürlüğe giren “Birinci Sağlık Planı” ile vakıf, belediye ve il özel idaresine bağlı olarak hizmet veren tüm hastaneler, Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmış, kamu hastaneleri yönetimi tek merkez olarak bakanlık sorumluluğuna verilmiştir (Akdur, 1998: 10-16). Böylece yataklı tedavi hizmetlerinin sorumluluğu yerel yönetimlerden devlete geçmiştir. Tüm ülkede coğrafi bölgeler nezdinde örgütlenen sağlık hizmetleri anlayışı, her 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezleri kurmayı hedeflemiştir. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz başkanlığında hazırlanan plan ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri tek çatı altında toplanmak istenmiştir. Ancak uygulamada yaşanan sıkıntılar sonucu belirlenen hedeflere ulaşmada güçlük çekilmiştir. Bölgesel anlamda arttırılmak istenen hastane veya sağlık merkezleri, sağlık hizmeti anlayışının tedavi odaklı ilerlemesine neden olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık veren merkezlerde uygulanan ücret politikaları dolayısıyla da iş gücünü sağlayacak hekim istihdamında problemler yaşanmaya başlanmıştır. Söz konusu hekimlerin önemli bir çoğunluğu, geçim sıkıntısına girerek sağlık merkezleri yerine serbest çalışma yolunu tercih etmişlerdir. Ancak yine de bu dönem, Sıtma Savaş, Verem Savaş gibi derneklerin hayata geçirdiği bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında Türkiye sağlık hizmetleri tarihinde önemli bir yere sahiptir.

1945 yılında çıkarılan yasayla onaylanan ve 1952 yılında aktif olarak göreve başlayan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve 1953 senesinde kurulan Emekli Sandığı ile işçi ve memurların alacağı sağlık hizmeti devlet güvencesi altına alınmıştır. Sağlık Bakanlığı denetim alanını genişletmiş, sağlık hizmetlerinin halka devlet eliyle ulaştırılacak olması şehir merkezlerinde ve geniş nüfuslu ilçelerde hastaneler açılmasına vesile olmuş, tedavi odaklı sağlık hizmeti organizasyonları olan hastaneler önem kazanmaya başlamış, koruyucu sağlık hizmetleri geri planda kalmıştır. 1950’li yıllarda ağırlık verilen liberal ekonomi anlayışı sağlık politikalarında da etkili olmuş, özel hastanelerin açılması teşvik edilmiştir. Hem kamu hem de özel sektörde ilerlemeye başlayan sağlık hizmetleri anlayışı denetimi zorlaştıran bir belirsizlik ortamına neden olmuştur. Sağlık Bakanlığı denetimi kapsamına girmeyen SSK hastanelerinin de artmaya başlamasıyla, bakanlık sağlık alanında tekel olma özelliğini kaybetmiş, bu çeşitlilik ise koordinasyonda eksiklik ve kaynak yönetiminde sıkıntılara neden olmaya başlamış,

hem denetim açısından hem de hizmet kalitesi açısından kuruluşlar sorgulanır hale gelmiştir (Kasapoğlu, 2016: 136-137).

1960 senesinde başlayan Planlı Kalkınma Dönemi sonrasında sağlık hizmetlerinin tamamının devletin görev ve sorumluluğunda olduğu ilkesi 1961 Anayasasında belirtilmiştir (1961 Anayasası, Üçüncü Bölüm, “Sosyal ve İktisadi Haklar ve Ödevler”, VII. Sağlık Hakkı, Madde 49). Bu ilke doğrultusunda “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanun” Milli Birlik Komitesi tarafından çıkarılmıştır. Bu kanun ile hükümet tabipliklerinin yerini sağlık ocakları almıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanun’da yer verilen hükümler şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık hizmetleri alanında uygulanacak planlarda koşulların sağlanmasını gerektirecek bir programa tabi kalınacaktır.
- Sağlık hizmetlerinden herhangi bir fark gözetmeksizin tüm vatandaşların eşit şartlarda yararlanması sağlanacaktır.
- Sağlık personeli içinde bulunduğu ilin genel idaresine değil kendi amirlerine bağlı olacaktır.
- Bölgelerin nüfusuna göre planlanacak olan sağlık ocakları sağlık hizmetlerinin temelini oluşturacaktır.
- Sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan personel serbest meslek sahibi olamayacaktır. Sözleşmeli sağlık personelinin ücret politikası hükümetin insiyatifinde olacak, hekimlere teşvik amaçlı ücret imtiyazları tanınabilecektir.
- Sağlık hizmetini kamu kuruluşlarından almak istemeyen vatandaş ücreti karşılığında serbest hekimlerden hizmet alabilecek, kişilerin hekim seçme özgürlüğü güvence altına alınacaktır.
- Sağlık alanında örgütlenme merkezi odaklı değil, birkaç ilin birleştiği bölgeler yetkisinde ilerleyecektir.
- Sağlık kuruluşlarının halk ile olan ilişkileri geliştirilmeye çalışılacaktır.
- Sağlık alanında yapılacak yenilikler belirli bir bölgede denenecek ve olası hataların genel anlamda fazla maliyete neden olmadan önüne geçilecektir.

- Ülkede yer alan bütün sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı merkezinde tek denetim yeri etrafında toplanacaktır.
- Sağlık hizmetleri kademeli olarak sosyalleşecek ve ilgili personelin eğitimi öncelikli olacaktır.
- Hastalara verilecek ilaçların ücretsiz olanlarını Sağlık Bakanlığı belirleyecektir, ilaçta israfın önüne geçilecektir.
- Belediyelerin sağlık hizmeti çevre sağlığı ile sınırlandırılacak, bütçe kayıpları engellenecektir.
- Koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetleri birbirini tamamlar pozisyonda ilerleyecek, hatta çağdaş anlamda tedavi edici hizmetler koruyucu hizmetleri destekler nitelikte olacaktır.
- Hastaların yararlanacağı ücretsiz sağlık hizmetleri düzenlenecek, devlet tedavi hizmetleri dışında yatak ve yemek ücreti talep etme hakkını saklı tutacaktır (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun).

Yürürlüğe giren söz konusu kanunun ilkelerine göre örgüt modelinde birinci basamak sağlık hizmetlerine yer verilirken yönetim konusunda herhangi bir vurgu görememekteyiz. Sağlık hizmetlerinde örgütlenme bu kanun kapsamında 1972 yılı sonuna kadar devam etmiş, Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da belirlenen hedeflerin daha çok ili kapsamı hedeflenmiştir. Bu planlamada hastanelerin sağlık hizmetlerinde destekleyici ve tamamlayıcı unsur olarak hizmet vermesi öngörülmüştür (Kaya, 2007: 47).

1963 yılında uygulanmaya başlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanun kapsamında hedeflere ulaşmada yeterlilik sağlanamadığı gözlemlenmiş, özellikle sağlık personelinin serbest çalışmasını kısıtlayan hükmün uygulamada aksadığı gözlemlenmiştir. Bu kapsamda 1978 yılında "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu" çıkartılmış, özel muayenehaneler kanun kapsamında yasaklanmıştır. 1970-1980 yılları arasında sağlık alanında bunun dışında yenilikçi farklı bir değişim yaşanmamıştır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 135).

Bu tarihe kadar sağlık hizmetleri yönetimi alanında kanun kapsamında herhangi bir söylem bulunamamıştır.

Sağlık hizmetleri yönetimi alanında 1963 senesine değin Türkiye’de yüksek okul seviyesinde eğitim veren bir kurum mevcut değildir. 1963 yılında Sağlık Bakanlığı Mesleki ğretim Genel Müdürlüğü tarafından kurulan ve 3 yıllık süreyle eğitim veren Sağlık İdareci Yüksek Okulu alanında ilktir. 1970 yılında ise ilk kez niversite bünyesinde Hacettepe niversitesi tarafından açılan Hastane İdareci Yüksek Okulu 1975 senesine kadar yüksek lisans eğitimi de vermiştir. 1975 yılında bölümün adı Sağlık İdareci Yüksek Okulu olarak değiştirilmiş, yüksek lisans ve doktora eğitimlerine ek olarak lisans eğitimini de kapsamı altına almıştır. Sağlık İdareci Yüksek Okulu uzun bir zaman boyunca sağlık alanında yönetici yetiştiren niversite statüsündeki tek okul olmuş, Türkiye’de sağlık yöneticiliği eğitimi alanının gelişmesine vesile olmuştur (Tatar, şahin ve Erigüç, 2000: 12). 1960 yılı sonrası beş yıllık kalkınma planı kapsamında ‘‘Hastane İdareci Okulu’’ adıyla sağlık hizmeti yönetimi ve işletmeciliği alanında eğitim verecek bir okulun açılması öngörülmüştür (Birinci BYKP, Kamu Hizmetlerinin Bölümleri, Sağlık: 406-414).

Sağlık hizmetleri yönetiminin denetimi yönetmek olarak algılandığı anlayış 1970’li yıllara kadar devam etmiştir. 1970’li yılların denetim esaslı sağlık organizasyonu modelinin böyle bir anlayışı doğurduğu sonucu çıkarılabilir. Fakat yönetimde hakim olan bu anlayış ile dahi denetleme işlevinin yerine getirilmesinde zorluklarla karşılaşılmıştır. Bunun en temel nedenlerinden biri hastanelerin bir işletme olarak ele alınmaması, bilimsel yönetim anlayışından uzak bir bakış açısıyla yönetilmeye çalışılmasıdır. Denetim teknikleri ve kullanım şekilleri konusunda yeterli bir bilgi mevcut değildir. Mevcut tekniklerin kullanılabilmesi adına yn gösterebilecek veriler yetersiz ve güvenilirliği sorgulanır noktadadır (şahin, 2010: 12-14).

2.1.3. 1980-1990 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Gelişimi

1980 yılında gerçekleştirilen askeri darbe sonucu iktidara gelen askeri yönetim hekimlere serbest girişimlerin, özel muayenehanelerin açılmasının önünü açan düzenlemeler getirmiştir (Kasapoğlu, 2016: 142). 1982 Anayasasında sağlık hizmetlerini düzenleyen 56. madde şu şekildedir;

“Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirerek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Kanun No:2709, 1982: 11).

1982 Anayasası, sağlık hizmetlerinin planlamasında ve özellikle denetlenmesinde devlete biçtiği rol ve uygulamada ilk kez özel sektöre yer vermesi açısından önemlidir. Ancak sağlık hizmetini sağlayan kuruluşların tek merkezden yönetimi ile kaynak sağlamada ve hizmet kalitesinde yetersizlikler gözlenmeye başlamış ve bu da sağlık sistemine yönelik eleştirilerin odağı olmuştur. Bundan dolayı 1988 yılında Dünya Bankası sağlık sektörünün maddi kaynaklarını yönetme görevini üstlenmiş ve 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü ile yeni stratejiler üzerine eğilmiştir (Özdemir, 2001: 257-276).

1982-1989 seneleri arasında Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu 750’ye yakın mezun vermiştir. Okulda verilen derslerde ağırlığın 20-23 ders saati ile kurumsal konularda olduğu görülmektedir. 2-5 ders saati ise uygulamalı derslere ayrılmıştır. Birinci ve ikinci ders yıllarında işletme ağırlıklı, üçüncü ve dördüncü ders yıllarında ise sağlık yönetimi ağırlıklı bir ders programı gözlenmektedir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’na bağlı Sağlık Bilimleri Enstitüsü altında yer alan Sağlık Yönetimi Bölümü 1985-1986 yılları arasında açılmış ve yüksek lisans ve doktora programları ile eğitim hayatına başlamıştır. 1987 senesinde ise İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi altında kurulan Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi bölümü yüksek lisans ve doktora eğitimi vermeye başlamıştır (Sarvan, 1995: 18).

1980’li yıllarda sağlık hizmetleri yönetim kadrosunda yer alan kişiler yönetim olgusunu teknik konulardaki yetenek ve liderlik vasıflarıyla bağdaştırmaktadır. Ancak hastaneler bilimsel yönetimden ve kontrol mekanizmalarından uzak kalmış, birer işletme oldukları gerçeği göz ardı edilmiştir. 1983 yılının sonlarında yayınlanan bir Kanun hükmünde Kararname (KHK) ile hastanelerde görevli başhekimlere hastanenin bütün idaresinden

ve işletmesinden sorumlu en üst yetkili ünvanı verilmiş, hastane bünyesindeki bütün servis ve poliklinikler ile hekimler başhekimliğe bağlanmıştır. Başhekimlik hastanenin tüm işleyişinden sorumlu olan en üst idari makam olarak kabul edilmiştir. Ancak yönetimin en tepesine getirilen başhekimin bu görevi yürütürken yetkileri kimlere ve ne şekilde dağıtacağı konusu belirsiz kalmış, başhekimin şahsi kararlarına göre süreci yönetmesi öngörülmüştür. Bu durum hastanelerde tek tip yönetimin önünde engel oluşturmuş, kimi hastanelerde daha otokratik kimilerinde ise daha demokratik yönetim yapıları görülmüştür.

1983 yılı başında kabul edilen Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde başhekimin görevleri şu şekilde sıralanmıştır;

- Hastanede İdari ve tıbbi hizmetler ile eğitim alanında tüm hizmetlerin hastane personeli tarafından sağlanmasının takibini yapmak ve haftada en az bir kere olmak üzere denetim sağlamak,
- Sağlık hizmetlerinin olabilecek en düşük maliyetle en yüksek kalitede ve hızda verilebilmesini sağlamak adına gerekli verimlilik tedbirlerini almak,
- Personelin çalışma saat ve günleri üzerinde denetimde bulunmak, işe devamlılığı tahsis etmek, hatalı davranışlarda bulunulmaması adına önlem almak ve hastanedeki faaliyetlerin kanunlar nezdinde yürütülmesini sağlamak,
- Hastanede uzman pozisyonda çalışan personel ile görüş alışverişi yapmak ve koordinasyonu sağlamak,
- Hastalara sağlanan her türlü hizmetin denetimini yapmak, bu hizmetler karşılığında hastaların memnuniyet durumunu takip etmek (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983: Madde, 110).

1980'li yıllarda çıkarılan geniş sayıda KHK ile sağlık teşkilatlanmasında ve sağlık hizmetlerinde değişiklikler yapılmıştır. İlgili bakanlığın adı 1989 senesinde "Sağlık Bakanlığı" (SB) olarak değiştirilmiş, bakanlık birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin temininden sorumlu temel kuruluş olarak görevlendirilmiştir. Sağlık ocakları, anne ve çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş, kanser savaş gibi merkezler aracılığıyla birinci basamak sağlık hizmetleri yürütülürken, diğer kamu

kuruluşları, vakıflar ve özel girişimlerle birlikte ikinci ve üçüncü basamak hizmetler SB tarafından sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında ülke genelinde uygulama ve politikaları belirlemek de SB sorumluluğundadır (Kasapoğlu, 2016: 142).

2.1.4. 1990-2000 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Gelişimi

1990’lı yıllar bilimsel ve teknolojik gelişmelerin hız kazandığı bir dönem olarak etkisini sağlık alanında da göstermiştir. Tıbbi ve teknolojik gelişmeler sağlık organizasyonlarında kabul görmüş değerlerde de değişikliklere yol açmış, sağlık hizmetleri yönetimi de bu değişimden etkilenmiştir. Müşteri memnuniyeti ilkesinin gelişmesi, küresel rekabet ortamı, hizmette kalite önceliği, teknolojik ilerleme ve uygulamalar, sağlık hizmetleri sektörüne de yansımış, hastaneler koruyucu ve tedavi edici hizmet sağlama işlevlerinin yanı sıra mali hesapların yapıldığı işletmeler olarak yeniden yorumlanmıştır.

1990’da Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yapılan “Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü”nden bahsetmiştik. 1990’lı yıllarda sağlık alanında yapılan reformların önemli bir bölümü hastaneler için ortaya konmuştur, ancak çoğu istenen hedeflere ulaşamamıştır. Bu yıllarda ilk olarak dünyada sağlık alanında yapılan reformlarla eş değer nitelikte bir ulusal sağlık politikası dokümanı hazırlanmıştır. Bu doğrultuda hastaneler için özerklik, kalite ve verimi ön plana alan hizmet anlayışı, gelir ve gider dengesini sağlayabilen merkezi yönetimden uzak işletme algısı ve sektörde rekabeti teşvik etme hedeflenmiştir. 11 Ocak 1995 tarihinde çıkarılan Sağlık İşletmeciliği Yönetmeliği, oluşturulacak bir yönetim kurulu altında örgütlenen, idari ve mali açıdan özerkliğe sahip işletmeler olarak hastaneleri dönüştürme amacını taşımaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 136-137).

1993’te yayınlanan Ulusal Sağlık Politikası, sağlık alanında yaşanan sorunlara ışık tutmuş, bu problemlerden en dikkat çekenini ise yönetsel alanda olmuştur. Tespit edilen yönetsel sorunlar; hastanelerde hüküm süren profesyonellikten uzak, merkeziyetçi ve bürokratik yönetim algısı, hizmet sunumunda kalitenin geri planda kalmasıdır. Yönetimle ilişkilendirilen sorunlar, personel idaresinden mali yönetime birçok alana sirayet etmiştir. Söz konusu Ulusal Sağlık Politikası’nın ilkeleri şu şekildedir;

- Hastaneler yerinden ve çağdaş yönetim anlayışı ışığında idare edilmelidir.
- Yönetimin tüm işlevleri hastane yönetim kurulu tarafından icra edilmelidir.
- Yönetimin hastanenin işlevlerini yerine getirmede benimseyeceği temel ilke verimlilik olmalıdır.
- Hizmet fiyatlarının belirlenmesinde maliyet hesapları esas alınmalıdır.
- Öze durumlar dışında, işlevlerini yerine getiremeyen hastaneler kapatılmalıdır.
- Hastanelerin tahsis ettiği hizmetler ile temel sağlık hizmetleri uyumlu olacak biçimde idare edilmelidir (Ulusal Sağlık Politikası, 1993: 51-53).

Ulusal Sağlık Politikası hastanelerde yönetim konusunda dikkat çektiği sıkıntılarla, profesyonel sağlık hizmetleri yöneticiliği eğitimi konusu gündeme gelmiş, bu alanda duyulan ihtiyaç belirginleşmiştir.

1990-1994 yılları arasında ortaya konulan Altıncı Kalkınma Planı ile sağlık hizmetlerinin rasyonalizasyonu hedefi doğrultusunda hastanelerin özerkleştirilmesine yönelik kararlar sağlık kuruluşlarında özelleştirme çalışmalarını teşvik etmiştir. Bu doğrultuda 1990'lı yıllarda sağlık hizmetleri alanında özel girişimlerin arttığı gözlemlenmektedir.

2.1.5. 2000'li Yıllardan Günümüze Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Gelişimi

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'na göre; yüksek bütçeli hastane yatırımları vakıflar ve özel sektör girişimleri aracılığıyla yürütülmesi gereklidir. Buna göre hastane işletmeciliği kamudan özel sektör alanına geçmektedir. 2002 yılında kurulan hükümetin acil eylem planı uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın yürürlüğe koyduğu ve çalışmalarını dayandırdığı "Sağlıkta Dönüşüm Programı" sağlık hizmetleri yönetimi alanında herhangi bir ayrıntılandırılmış içeriğe sahip değildir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 137).

2000'li yıllarda hız kazanan bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişim, sağlık sektöründe de etkisini göstermiştir. Halkın bilgiye erişim düzeyi artmış, hastalıkların

tanı ve tedavisinde pek çok gelişme yaşanmış, sağlık hizmeti anlayışı ve organizasyon yapısı da bu gelişmeler çerçevesinde yenilenmiştir. Sağlık hizmeti algısında en göze batan değişiklik sağlık hizmeti yönetiminin rolünün daha belirgin olarak ortaya çıkması olmuştur. 1990 yılı Ocak ayında ortaya konan “mevcut durum raporu”nda belirlenen işleyişinde problem olan sağlık kuruluşları yönetimleri için 2000’li yıllara gelindiğinde hala bir çözüm bulunamamıştır. Geleneksel anlayışla hekim geçmişi olan kimselere verilen sağlık hizmetleri yöneticiliği görevini, bu alanda profesyonel ve çağdaş bir eğitim almış, gerekli yetenek ve donanıma sahip, sağlık işletmeciliği ve yöneticiliğini meslek edinmiş kişilerce icra edilmesi, sağlık hizmetlerinde verimliliği arttıracaktır. Özerk bir yapılanmaya sahip olan hastanelerde bütün idari ve mali yetki ve görevler yönetim kurulunun sorumluluğundadır. Altı üyeye sahip yönetim kurulunun başkanlığında işletme müdürü bulunmaktadır. Bu üyelerin üçü işletmenin içinden gelen ve yönetiminden sorumlu olan kişilerdir. Diğer üç üye ise yerel sivil toplum kuruluşlarından ve kamu kuruluşlarından seçilmiş kişiler olacaktır. Toplumsal ölçekte beklentilerin hastane yönetiminde değerlendirilmesi ve hizmetlerde karşılığını bulması açısından yönetim kurulunda yer alacak toplumun nabzını tutan kişilerin olması önemlidir (Uçar, 2007: 120).

2000’li yıllarda hayata geçirilen sağlık hizmetleri alanındaki en önemli dönüşüm uygulamaları; aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve hastanelerin özerk bir yapılanmaya gitmesidir. Hastane örgütlenmelerinin yönetimi konusunda ise çözüm eğitim odaklı değil, yönetim kurulu yapılanması merkezlidir. Sağlık Bakanlığı kurumsal sığasını geliştirmek ve örgütsel anlamda ilerleme sağlamak adına merkez ve taşra teşkilatları personeline yönelik yönetim alanında eğitim programları düzenlemektedir. Örgüt içi eğitim programlarıyla çağdaş anlamda nitelikli ve donanımlı yönetim kadroları oluşturmak hedeflenmektedir. Bunun yanı sıra ISO 9000 programları çerçevesinde kalite yönetimi geliştirilmeye çalışılmaktadır (Aydın, 2007: 9-10).

Türkiye, gerek yönetim gerek hizmet uygulama alanında sağlıkta insan gücü planlamasında çağdaş ve küresel yöntemleri izlemekten uzak kalmaktadır. Dünyada bu alanlarda uygulanan talep, ihtiyaç, hedef ve nüfus-insan gücü oranına dayalı yöntemlerin avantaj ve dezavantajları değerlendirilmeli ve bu bilgiler ışığında yeni politikalar inşa edilmelidir (Şantaş, Özer ve Çıraklı, 2012: 56-57).

2010 yılı itibariyle Türkiye’de yüksek okul düzeyinde üçü vakıf üçü devlete bağlı olmak üzere 13 okulda sağlık yönetimi lisans eğitimi verilmektedir. Bu okullar İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi veya Sağlık Yüksekokullarının çatısı altında bulunmaktadır (Çimen, 2010: 137). Bu kapsamda sağlık hizmetleri yönetimi eğitiminde önemli gelişmeler yaşandığı söylenebilir.

2000’li yıllarda sağlık hizmetleri alanında yaşanan en önemli gelişmelerden birisi Kamu Hastaneler Birliği’nin (KHB) kurulması olmuştur. Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sağlayan bütün hastane ve merkezlerin, kuruluş, yürütme, takip, denetim süreçlerinden sorumlu, koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yürütülmesini sağlamakla görevli, Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir kurumdur (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 191). Kurum ayrıca personel yönetiminden, alım-satım gibi mali işlerden, hasta ilişkilerinden de sorumludur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sağlayan sağlık kuruluşları illerde ise Kamu Hastaneler Birliği (KHB) tarafından işletilir. 2011 yılında çıkartılan kararname ile hastane yönetiminde en yüksek idari makamda yetkiyi tek başına elinde bulunduran başhekimin yetki ve sorumlulukları önemli ölçüde genel sekreterliğe devredilmiştir.

KHB’nin yönetim anlayışında yer alan genel sekreter, idari ve mali hizmetler başkanı, mali hizmetler müdür ve müdür yardımcısı, hastane yöneticisi, sağlık bakım hizmeti müdür ve müdür yardımcısı görevlerinde dört yıllık lisans diploması; hastane yöneticiliği ve hizmet başkanlıkları için beş sene, genel sekreterlik için sekiz senelik iş tecrübesi şartı (663 Sayılı KHK) aranmasına rağmen, eğitim veya iş alanına dair bir belirleme bulunmamaktadır. Yönetim alanında bir değişiklik hedefleyen KHB’de bu anlamda bilimsel ve çağdaş bir yaklaşım görünümü eksik kalmıştır.

KHB, 25 Ağustos 2017 tarihinde çıkartılan KHK ile kaldırılmış, genel müdürlükler şeklinde yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenleme ile hastane yönetimleri başhekimlere verilmiş, sağlık bakım hizmetleri ve idari ve mali işler müdürlüklerinin başhekime bağlı olarak kurulması kararlaştırılmıştır. Bakanlık tarafından hastanelerin kapasiteleri doğrultusunda yönetim görevi tek kişiye verilebilecek veya müdürlüklerin sayısı dörde kadar çıkarılıp görev dağılımları değiştirilebilecektir. Bakanlık tarafından belirlenen ilkeleri aşmamak koşuluyla il sağlık müdürleri belirli sayıda müdür ve başhekim yardımcılıkları kurabileceklerdir. Hastanelerin denetimleri altı aylık veya bir yıllık

periyotlarda mali, tıbbi, kalite, güvenlik ve eğitim kriterleri esasında bakanlık tarafından gerçekleştirilecektir (694 Sayılı KHK).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Teknolojik Dönüşüm

Sağlık alanında hastaya sunulan hizmetin kalitesi, hastanın tıbbi geçmişinin ve hastanın aldığı sağlık hizmeti sonucunda sağlığındaki değişimlerin belgelenmesi ile sağlanacak enformasyon süreciyle doğru orantılıdır. İdari ve finansal enformasyonun hastalara sunulan bakım hizmetleri sürecinin etkinliği açısından gerekli olduğu gibi, yönetim kademesinde hizmet organizasyonu için gerekli program ve stratejilerin oluşturulmasında da enformasyon süreci önemli yer tutmaktadır.

2.2.1. Bilgi Teknolojileri ve Ekonomik Faaliyetlerdeki Yeri

Enformasyon sözcüğü Türkçe'ye information sözcüğünden çevrilmiştir ve bilgi şeklinde tanımlanmıştır. Information Technologies ise bilgi teknolojileri veya bilişim teknolojileri olarak tercüme edilmiştir. Bilgi teknolojileri, bilişim sistemleri ve özellikle bilgisayarlar üzerinden, bilginin işlenmesi, dönüştürülmesi, korunması, iletilmesi ve erişiminin sağlanması için tasarlanan donanım ve yazılımları kapsamaktadır (Önal ve Kök, 2002: 337).

Bilgi teknolojilerinin gelişmesi ve yaygınlaşması ile birlikte Türkiye'de bu teknolojilerin ticari amaçlı faaliyetlerde kullanılmaya, gerekli bilgi ve belgelerin elektronik ortamlara işlenerek faaliyetlerin bu teknolojiler üzerinden ilerlemeye başladığını gözlemlemekteyiz. Teknolojinin etkin kullanımından önce ekonomik faaliyetlerin fiziksel özelliklerinin, sanal alışveriş gibi örneklerle teknolojinin temel unsur olduğu ekonomik faaliyet alanlarında da işlevini yerine getiriyor olması, ekonomik sistemde bilgi teknolojilerinin hakimiyetini güçlendirmiştir (Çetin, 2007: 26).

İşletmelerin yönetim birimleri içerisinde, planlama, strateji geliştirme ve karar verme gibi süreçlerin ilerlemesinde ihtiyaç duyulan bilgi ve belgelere, kolay, zamandan tasarruf ederek ve düşük maliyetlerle ulaşılabilir olması, alan ve kaynak tasarrufu sağlaması işletmelerde bilgi teknolojilerinin kullanımını hayati bir noktaya taşımıştır. Örgütlerin tüketici ile doğrudan ve sürekli iletişim halinde bulunabilmeleri, stok, alım ve satım faaliyetlerinin takibi, denetimi ve uygulamasında verimlilik ve mesafe

gözetmeksizin erişim imkanı bilgi teknolojileri kullanımının işletmeler açısından diğer avantajlarıdır.

Küresel anlamda bilgi ve iletişim teknolojilerinin kendini günden güne daha fazla hissettiren etkisi ekonomik faaliyetlerin farklı alanlarında ve farklı sektörlerde gelişmeye devam etmektedir. Bu etki daha çok bilgiye erişim, kullanım ve paylaşım amaçlı teknolojik araçları kullanmaya yönelik ihtiyacın bir sonucudur (Yahyagil, 2001: 6).

Örgütlerin bilgi teknolojilerine yaptığı yatırımların ekonomik geri dönüşler üzerindeki etkisi ve seviyesi ile ilgili ise belirli ve net bir görüş bulunmamaktadır. Mikro ekonomik bağlamında konuyu inceleyen çalışmalar, bilgi teknolojilerinin kullanımı ile işletmelerinekonomik performansı arasında olumlu bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur (Yamak ve Koçak, 2006: 900).

Küreselleşen dünya ve ekonomik sistem ile birlikte bilgi teknolojilerinin kullanımındaki artışta tercih edilen en yaygın araç bilgisayarlardır. Bilgisayarların geniş işlem özellikleri, günümüz örgütlerinin etkinliklerinde önemli hale gelmesine neden olmuştur. İşletmelerde örgütsel iletişimde etkin olabilmek ve etkili ve hızlı karar almak adına her kademe ve alanda bilgisayarlar vazgeçilmez araçlar olarak karşımıza çıkmaktadır. 1960'lı yıllarda başlayan bilgi toplumu süreci, 1980'li yıllarda gelişmeye başlamış, 1990'lı ve 2000'li yıllarda ise zirve noktasına tırmanmaya başlamıştır. İşletmelerin

yalnızca iletişimle sınırlı kalmayan tüm ilişki ve işletim süreçlerinde bilgi teknolojileri köklü değişimlere neden olmuştur (Ada, 2007: 28).

Bilgi teknolojilerinin kullanımı, artan verimlilik, düşük maliyetler, tüketiciye sunulan mal ve hizmetin kalitesi, geliştirilen yeni ürün ve hizmetlerle rekabet gücündeki artış gibi hususlarda işletmelere önemli üstünlükler sağlamaktadır. Küresel ekonomide artan rekabet ortamı, işletmeler açısından bilgi teknolojilerinin kullanımını zorunluluğa dönüştürmüştür.

Bilgi teknolojileri, yapılan açıklamalar ışığında, genel anlamda, bir işletmenin hedeflerini gerçekleştirme amacıyla ihtiyaç duyduğu bilgileri yönetecek kaynakların tümü olarak tanımlanabilir. Ayrıntılandırarak olursak, bilgi teknolojileri, her türlü veriyi

kayıt altına alma, derleme, işleme ve saklama işlevlerini yerine getiren, bilginin yönetimi sürecinde kullanılacak sistemsel ve yöntemsel teknolojileri kapsayan bir kavramdır (Karaaslan ve Çelebioğlu, 2005: 66).

Bilgi teknolojilerinin genel özelliklerini aşağıdaki başlıklar altında toplayabiliriz:

- Bilgi teknolojileri ve iletişim teknolojileri birbirinden ayrılamaz bir bütünün parçasıdır.
- Bilgi teknolojilerinde temel araçlar bilgiyi işleyen bilgisayarlardır.
- Ekonomik hayatın kapsamında köklü değişikliklere yol açmıştır.
- Zaman ve mekan kavramsallaşmasına yeni ve farklı bir anlam katmıştır.
- İşletmelerin tüm birimlerinde kullanılmaktadır.
- İşletmenin teknolojik gelişmelere sürekli ayak uydurmasına yol açmaktadır.
- İşletmelerde maliyeti düşürmede önemli rol oynamaktadır.
- Strateji oluşturma ve planlamada hayati öneme sahip veri kaynağını sağlamaktadır.
- Uzun vadede yatırım, güçlü bir alt yapı ve sürekli yenilemeyi gerektirmektedir.
- Bilgiyi toplama, işleme, saklama, yayma işlevlerini yerine getirmektedir.
- Yazılım, donanım ve veri tabanı olmak üzere üç alt bileşene sahiptir (Bedük, 2002: 695-702).

2.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Alanında Bilgi Teknolojilerinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetleri alanında bilgi teknolojilerinin kullanımı yeni sayılabilecek bir olgudur. Bilişim teknolojilerinin gelişimi çok eski tarihlere dayanmamakta, sağlık sektöründe de kullanımı tarihsel anlamda son dönemlere rastlamaktadır.

Bilgi teknolojilerinin tıp alanında yaygınlaşması son 30 yıllık bir olgu olmasının yanı sıra temelleri 1950’li yıllarda atılmıştır. 1949 yılında Alman bilim adamı Gustav Wagner, profesyonel anlamda ilk bilişim organizasyonunu hayata geçirmiştir. 1950’li yıllarda Ledley ve Lusted sağlık alanında tanı ve tedavi amaçlı bilgisayarların kullanılabilceği, bilgiyi işleme ve saklama konularında hız kazandırabileceği görüşünü ortaya atmıştır. 1960’lı yıllarda oluşturulan MEDLINE isimli bir tıp literatürü, dünya

çapında kaynaklara tek arşivden ulaşım sağlayarak sağlık alanında önemli gelişmelerin önünü açmıştır. 1970’li yıllarda Massachusetts Genel Hastanesi Octo Barnett laboratuvarında geliştirilen program dili Massachusetts General Hospital Multi-Programming System (MUMPS), günümüzde VistA adıyla yenilenerek Amerika’da elektronik sağlık kayıt sistemi olarak kullanılmaktadır. 1960’lı yıllarda başlayan yapay zeka tartışmalarının sağlık alanına girmesi 1970’li ve 1980’li yıllarda gerçekleşmiştir. Pittsburg Üniversitesi’nde geliştirilen Internist-1 ve Stanford Üniversitesi’nde geliştirilen MYCIN gibi tıbbi yapay zeka projeleri ile akıllı serbest metin yorumlama programı olan Doğal Dil İşleme Programı (NLP) üzerinde yapılan çalışmalar, hastalara ilişkin kayıt ve verilerin işlenmesinde de kullanılabilme ihtimallerini gündeme getirmiştir. 1969 senesinde internetin gelişimini başlatan ARPANET Projesi sonrasında 1990’da Tim Berners-Lee World Wide Web’i (WWW) tasarlamış ve internet dijital medikal kütüphaneler, web tabanlı tıbbi uygulamalar, sağlık alanında bilgi alışverişi ve elektronik sağlık kayıtları gibi sağlık sektörünün oldukça önemli alanlarında etkin olarak kullanmaya başlanmıştır. 1991 yılında elektronik sağlık kayıt sistemi Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü tarafından önerilmiştir. İlk taşınabilir bilgisayar 1996 yılında yaratılmış, kişisel bilgisayarlar (PC) sağlık örgütlenmelerinde ve sağlık personeli arasında hızla yaygınlaşmıştır. Mobil cihaz teknolojisinin gelişimi ve yaygınlaşması ile birlikte artan yazılım ve uygulamalar bugün mobil tedavi ve mobil tıp terimlerini gündeme getirmiştir. Amerika’da Ulusal Sağlık Bilgi Altyapısı 2004 senesinde hayata geçirilmiştir. Dünya çapında pek çok sağlık kuruluşu kurumsal bilişim sistemlerini ve alt yapılarını elektronik ortama taşımıştır. Ülkeler e-devlet uygulamalarının yanı sıra e-sağlık uygulamalarını da oluşturmuş ve geliştirmişlerdir. Sağlıkın finanse edilmesi ve sağlık sigortacılığı, geri ödeme sistemleri yaklaşık son 10 yıldır internet üzerinden organize edilmektedir (Sağlık Bilişiminin Kısa tarihi, 2015).

Türkiye’nin uzun yıllar süren sıkıntılı ekonomik süreci, bilişim teknolojileri ile tanışmasını erteleyen en önemli nedendir. 1960’ta Uluslararası Birlikler Merkezi Antlaşma Teşkilatı paktı neticesinde verilen karşılıksız yardım fonu ile Karayolları Genel Müdürlüğü’ne elektronik bilgisayar sistemi tahsis edilmiştir. Ortadoğu ve Türkiye’de ilk bilgisayar sistemi olan bu bilgisayar Türkiye’de bilişim ve bilgi teknolojilerinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. 1960’lı yıllarda yüksek öğrenim kurumlarında, 1970’lerde sanayide ve özel sektöre, 1980’li yıllarda ise kamuda

bilgisayarlaşma süreci başlamıştır. Üniversiteler arasında bilişim teknolojilerinin yaygınlaşmasına Hacettepe Üniversitesi önderlik etmiştir. 1960'lı yıllarda bilgi işlem merkezini kuran Hacettepe Üniversitesi'nde 1967 senesinde "Hacettepe Üniversitesi ve Hastanesi Bütünleşik Bilgi Sistemi Projesi" hazırlanıp uygulanmaya başlamıştır. Bu projede hekimlerin direnci ile karşılaşmış ve uygulamaya ara verilmiştir. 1985 yılında ise Yüksek İhtisas Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği'nde kullanılmaya başlanan "Hastane Veri Tabanı Uygulaması" veri işleme, tarama, raporlama ve değerlendirme işlevlerinde kullanılmıştır. 1996'da Sağlık Bakanlığı bünyesinde Bilgi İşlem Daire Başkanlığı kurulmuş, bakanlığa bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda personel takip sistemi ve elektronik veri tabanları hazırlanmış, Hastane Bilgi Yönetim Sisteminin temeli atılmış, 1997 senesinde özel sektör hastane bilişim sistemini hazırlamıştır (Peker, Giersbergen ve Biçersoy, 2018: 91-92).

Küresel anlamda bilgi ve iletişim teknolojileri alanında gerçekleşen gelişmeler, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin değişim ve dönüşümüne neden olmuştur. 2003 senesinde hükümet tarafından hazırlanan "Herkesin Sağlık" Programı ile sağlık alanında ulaşılması öngörülen hedeflerin ana hatları belirlenmiştir. Bu doğrultuda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı ortak çalışması ile Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ortaya konmuştur (Memişoğlu, 2016: 41-42). SDP'nin temel hedeflerinden biri de sağlık bilgi sisteminin kurulması ve bilgiye ulaşmada etkinliğin sağlanmasıdır. Belirlenen ilke ve hedefler çerçevesinde sağlıkla ilgili verilerin elektronik ortama girişi yapılmaya başlanmış ve elektronik sağlık kayıtları oluşturulmuştur (Peker, Giersbergen ve Biçersoy, 2018: 93-94).

Ulusal çapta bir sağlık bilgi sistemi alt yapısı oluşturmak amacıyla kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum örgütleri, yüksek okullar ve özel sektör katılımcılarının çalışmaları ile Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi'nin (TSBS) temelleri 30 Ocak 2003'te atılmıştır. Bu sistem ile, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında kullanımını sağlayarak, her bir vatandaşın sağlığına dair güncel ve doğru bilgilere ulaşılabilirdiği bir ortamda sağlık kurum ve kuruluşlarının etkinliği ve verimliliğini arttırmak hedeflenmiştir. Sistemden bir diğer beklenti ise sağlık bilgi sistemlerinde belirli standartlara ayrılmış veriler ile muhtemel sağlık risklerinin erken tespit edilip koruyucu ve önleyici çalışmaların etkinliğinin artırılmasıdır.

Beş Yıllık Kalkınma Planının hedefleri arasında, sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi, ilaç ve tıbbi malzeme kullanımında yaşanan sorunların ve karışıklığı önlemek amacıyla sağlıkta dönüşüm programı ve e-sağlık uygulamalarının temellendirilmesi vardır. Bu amaç doğrultusunda, aile hekimliği projesinde bilgi ve iletişim teknolojilerine geçiş sūreci başlatılmıştır. Beř Yıllık Kalkınma Planı ile de uluslararası standartlar doğrultusunda sağlıkta ulusal standartlar gūncellenecektir. Hastanelerde hizmet kalitesi, hizmetlere ulaşma kolaylığı ve verimlilik bilgi ve iletişim teknolojilerinin yaygınlaşması ile arttırılacaktır (Devlet Planlama Teskilatı Mūstesarlıđı, 9. Kalkınma Planı).



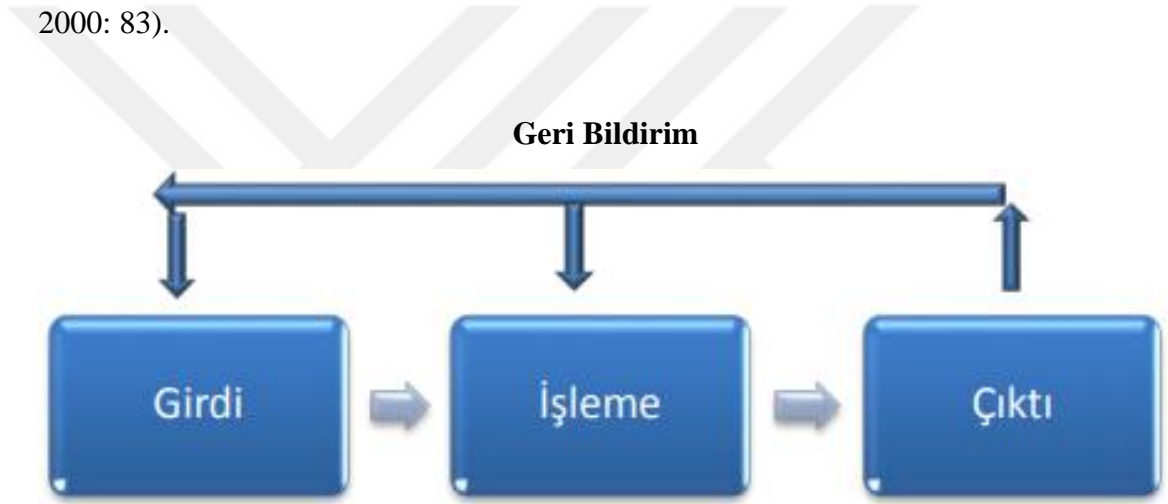
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BİLGİ TEKNOLOJİLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

İÇERİSİNDEKİ UYGULAMA ALANLARI

3.1. Bilgi Teknolojileri Tanımı

Günümüz dünyasında bilgiye verilen önem ve bu önem düzeyinde yaşanan artışın sebebi olarak bilginin toplanmasında, saklanmasında, işlenmesinde ve aktarılmasında bilişim teknolojilerinin sunduğu imkanlar gösterilmektedir (Bülbül, 2003: 115). Bu bilgiler ışığında bilişim teknolojileri sistemi; yönetici bireyin karar alırken bilmesi gereken bilgiyi mevcut referanslardan toplayan, üzerine ekleyen, saklayan ve veriyi bir rapor halinde sunabilen resmi bilgi sistemi olarak açıklanmaktadır (Tekin ve diğerleri, 2000: 83).



Şekil 5: Bilgi Sisteminin Unsurları

Kaynak: Üstün Özen, “Bilgi Sistemlerine Giriş: Temel Kavramlar”, Yönetim Bilişim Sistemleri, Erzurum Atatürk Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, <https://www.ataaof.edu.tr/Dosyalar/YonetimBilisimSistemleri.pdf>, (Erişim tarihi: 08.05.2019), s.8

Bugünün şartları düşünüldüğünde bu sistemlerin hemen hemen her sektörde kullanıldığı görülmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde de kullanılması kaçınılmaz bir gerçektir. Çünkü gerek hastaların ve hasta yakınlarının güvenliklerini artırmak gerekse sağlık hizmetlerinde çalışanların bilgiye hatasız ulaşmasını sağlamak için önemli bir detay olarak yerini korumaktadır. Daha önceden de bahsettiğimiz üzere sağlık hizmetlerinde çalışan sayısının çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin, hasta kişi ile epey

bir vakit geçiren, hasta bakımındaki gerekliliklerin ne olduğunu belirleyen, ihtiyaç duyulan malzemelerin efektif bir şekilde kullanılmasında karar verici olan kişiler olması, bilişim teknolojileri sistemlerinden yararlanan en önemli sağlık çalışanları olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir (Boylubay, 2017: 46).

3.2. Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Bilgi Teknolojilerinin Kullanımı

Bilişim teknolojileri sistemlerinin efektif olarak kullanıldığı alanlar arasında hemşirelerin kendi alanlarına ait yapacakları işlerin planlama yönetimi, geniş ağ sistemi içerisinde veri paylaşımlarının hızlanması, bürokratik süreçlerin kısaltılması, hastaların takip edilmesi gereken durumlarda zaman aşımından kaçınılması, hasta bakım sürecinin kısa süreli değil daha uzun süreli yapılması, hasta bakım sürecinde yaşanan giderlerin azaltılması, hasta kişinin gelecekte olası karşılaştıkları riskin erken teşhisi, sağlık hizmetleri içerisindeki ödemelerin dağıtımı, hastaların sağlıklarına ilişkin raporlarının kayıt edilmesi ve arşivlenmesi bulunmaktadır (Çelik, 2011:62).

Sağlıkta gerçekleşen bilişim konusu ilk olarak eczanelerdeki bilgi sistemleri üzerinden sigortalı çalışanlardan alınan bilgisayar katkı payları ile başlamış, SSK hastaneleri özelinden yürütülmüştür. Sağlık Bakanlığı, Dünya Bankası ile beraber Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri çalışmasına başlamıştır. Birincisinin 1991 yılında yapıldığı Sağlık Enformasyon Sistemleri Projesi, 1995 senesinde ise ikincisi ile devam etmiştir (Boylubay, 2017: 47).

İlk olarak kağıt işlerinin azaltılması ve nakit para akışı yönetiminde etkin kararlar alabilmek için kullanımı hedeflenen bilgisayar teknolojileri, sonralarında kendisini daha köklü ve geniş olan acil hasta bakım servislerinin ve ayakta karşılanan hasta bakım servislerinin verilerini de içermiş, böylece daha kapsamlı bir hale gelerek kullanım alanı büyümüştür (Köksal ve Esatoğlu, 2005:55).

Bahsedilen bu kapsam genişliğinin gerekli standartları karşılamamasından ötürü gözle görülür bir gelişim göstermediğini belirtmek gerekmektedir. Çünkü o dönem şartlarında tedarikleri sağlanmış bilgisayar donanımları için ihtiyaç duyulan yazılımların satın alım ve işlenmesinde gerekli donanıma sahip olmayan bilgisi yetersiz kişilerin bulunması, bilgi işlem sürecinde kavram kargaşası yaşanmasının önüne geçememiş, bu durum hemen geri dönüş sağlanmasına engel olmuştur (Esatoğlu ve Köksal, 2002:30).

Sağlık Bakanlığı 2003 yılının başlarında sağlık bilgi sistemleri ile ilgili bir çalışma hazırlamıştır. Bu çalışma Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak adlandırılmaktadır. Bu programın amacı, karar sürecinde efektif bilgilere ulaşmaya sağlayan sağlık bilgi sistemini içeren sekiz bileşeni göstermektir (Boylubay, 2017: 47).



Şekil 6: Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı., Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Ankara, 2008, s.20. (Aktaran: Boylubay, 2017: 48)

Sağlık hizmetleri yönetiminde yer alan bilgi sistemleri içinde doktorların yer aldığı veri bankası, bütün dünyada geçerli kabul edilmiş hastalık sınıflandırmaları, verilen hizmetin temel tanımı, sağlık malzemeleri ve ilaçların tanımlanması için uluslararası standartı olan kodlama sistemleri belirlenerek ve adapte edilerek sağlık sektörüne katılmıştır. Bu bilgi sistemlerinin genel olarak hangi alanlarda kullanıldığı ve sağlık hizmetlerine ne gibi yararlar sağladığı on başlık altın toplanmıştır (Boylubay, 2017: 48).

3.2.1. Yönetimsel Bilgi Sistemleri

Örgütlerin amaçları kar olsun ya da olmasın, yönetim amaçlı verilerin sağlık kurumları sistemine entegre olmasını veya sağlık kurumları sistemi içerisinde yer alan bilgilerin yönetimsel sürece dahil edilmesini sağlayan bilgi sistemlerine yönetim bilgi sistemleri denmektedir.

Yönetim bilgi sistemi mefhumu için birçok farklı terim kullanılmakta, bunlardan bazıları ise bilgi ve karar sistemi, kurumsal bilgi sistemi ya da sadece bilgi sistemi olarak bilinmektedir. İşlerinde uzman bazı çalışanlara göre ise yönetim bilgi sistemi, bir örgütün yönetim, uygulama ve karar alma etkinliklerini merkezi bilgisayar olan bilgi sistemleri ile desteklenen bilgi işlem sistemi olarak tanımlamaktadır. Ayrıca literatüre bakıldığında bu bilgilerin dışında yönetim bilgi sistemlerinden geniş iletişim ağı kanalı olarak da bahsedildiği görülmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere yönetimsel bilgi sistemlerinin kavramsal olarak geniş bir tanım alanı mevcuttur (Anameriç, 2005:27).

Yönetim bilgi sistemi, her organizasyonun kendi içerisindeki hiyerarşide tanımlanmış görevi olan ve birlikte karar alabilen yönetici bireylerin sorumluluklarında olan görevlerin (yönetim, denetim, planlama vb. gibi) sürdürülebilirliğini sağlaması adına ve daha etkili bir mekanizma oluşturması için elde edilen verilerin bilgiye çevrilmesinde önemli bir rol oynayan ve bu bilgilerin aktarılmasında çeşitli yollar gösteren sistemler bütünüdür. Bu sistemin temelini oluşturan bilgi unsuru, organizasyon için bütün önemli verileri elde etme, onları işleme ve dağıtım merkezleri arasındaki koordinasyonu kapsamaktadır. Bu durumlardan kaynaklanmaktadır ki bir örgütün geleceği adına fikir birliği ile alınan kararların efektif bir şekilde sunulması için aracı olan ve işletme yapılanmasında bütün seviyeler için yönetim, planlama ve denetim faaliyetlerini en iyi şekilde yerine getirebilmek için ulaşılmak istenilen her türlü veriyi bilgiye çeviren daha sonra da bu bilgiyi saklayıp aktaran, bilgisayar destekli kişi kullanıcıları entegre bir sistem olarak adlandırılmaktadır (Karakas, 1991:254).

Yönetimsel bilgi sistemleri arasında ayrıca bir parantez açılması gereken başlık ise üst yönetim bilgi sistemleridir. Bu sistem, kuruluşlar içerisinde üst yönetim tabaksında bulunan daha çok karar verici pozisyonunda bulunan, kontrol etme yetisine sahip ve stratejik hamle gücü bulunan idari yöneticilerin, enformasyon ihtiyaçlarını giderebilmek amacıyla meydana getirilmiştir. Üst yönetim bilgi sistemi, organizasyonun üst düzey

yöneticilerinin bağlı oldukları kurum adına politika üretebilmek ve/veya belirlenen hedeflere ulaşabilmek için gerekli olan stratejik planları ortaya koyabilmek amacıyla veriler toplamakta ve kullanmaktadır. Bu veriler gerek grafik, gerek tasarı, gerekse kurum dışı bilgilerin özetlenmesi ile ortaya çıkmaktadır. Bahse konu olan verilerin düzenlenmesi, bilgi sistemlerinin başında duran idarecilerin hazırlayıp geliştirdikleri raporlar halinde olmakla beraber genel itibariyle üst düzey yöneticilerin sordukları soruların karşısında cevap olacak özet rapor şeklinde oluşturulmaktadır. Organizasyonlar içerisinde her basamağın görevi ayrıdır. Bu sistemler, üst düzey yöneticilerin hem zamandan kazanıp uzun raporları okumamaları hem de bilgisayar bazlı her sistemi bilmemelerinden kaynaklı kolaylık sağlamaktadır. Ayrıca üst yönetim bilgi sistemlerinin idarecilerin kullanımını kolaylaştıran başka bir yönü ise menü seçenekleri ve ulaşmalarını istedikleri bilgileri gösteren sekmeler bulunmasıdır. Bundan dolayı yönetici ihtiyaç duyduğu her bilgiye basit bir şekilde ulaşmaktadır (Göl, 1999:358).

Hastane kurumları içerisindeki yönetsel bilgi sistemi resmi raporlaması aşağıdaki şekildedir;

The screenshot shows a software window titled "Ameliyat rapor tanıtımı". It contains the following information:

- Yabg no: 0, Ad / Soyadı: KAMİLE BİRİCİK, Başvuru Tarihi: 27.07.2003
- Ameliyat: Doktor-Hemşire-Anestezi, Hasta Bilgileri
- Ameliyat: Sea no: 1, Tarih: 28.07.2003, Bölüm: A
- Başl Saat: 10:49:58, Süre(dk): 5, Anestezi türü: A
- Başl Saat: 15:00:00, Elctif: , Acil: , Sonuç: Ameliyata Grd
- Ameliyat Sonrası Durum: A
- Servis: Lohusa 2
- Tarix: Sectio
- Ameliyat sonrası tani:

Below this is a table titled "Talep Edilen Ameliyatlara Ve Tetkikler":

	Tetkik Kodu	Tetkik Adı	Adet	Fiyat	Tutar	Tarih	Onay
1	92	Sezeryan (C Grubu)	1	275.000.000	275.000.000		
2	109	Enfeksiyon	1	1.000.000	1.000.000		
3	274	Sonda Takılması (Sonda Harcı)	1	7.500.000	7.500.000		
4	94	Büyük Ameliyatlara Anestezisi (%30'u)	1	82.500.000	82.500.000		
5	502	Cerrahi Eldiven	1	250.000	250.000		
6			0	0	0		

At the bottom, there is a "Değiştir işlemi" button and "Kaydet" and "Kapat" buttons.

Şekil 7:Sağlık Kurumlarında Hastane Bilgi Sistemi Raporlama Örneği

Kaynak: http://www.metasoft.com.tr/hbys_raporlama.asp, (Aktaran: Boylubay, s. 51)

Aylar	Ayaktan	Yataktan	Toplam
Bağkur	912	100	1.012
Emeklî Sandığı	172	2	174
Resmî İşlemler	350	28	378
Sivil	30	156	186
SSK	40	0	40
YeşilKart	555	138	693
	0	0	0
Toplam	2.059	424	2.483

Şekil 8: Sağlık Kurumlarında Hasta Sayılarının Aylara Göre Dağılımı

Kaynak: <http://www.metasoft.com.tr/img/istatistik.jpg>, (Aktaran: Boylubay, s. 51)

Nümerik veriler ve bu verilerin yazınsal yorumlamaları, geçmiş yıllara ait analizler ve buradan yola çıkılarak gelecek tahmini yapabilme, iç ve dış veriler, mali şablonların gösterimi ve fiziki varlıkların gösterimi, üst yönetim bilgi sistemlerinde olması gereken veri çeşitleri arasında yer almaktadır. Bu veri çeşitleri genel itibari ile kurum için düzenli idari raporların alınmasında, yılsonu raporları alınarak gelecek için plan yapmaya yardımcı olmasında, temel tasarıların tekrar organize edilmesinde, herhangi bir proje için bütçe oluşturmada, stratejik planlama yapmada, üst yönetim kurulu karar raporları hazırlanmasında, rekabet analizi çıkarmada, kazanç ölçümü tablosu oluşturmada, finansal durum değerlendirmesi yapmada bilgi vermektedir (Göl, 1999:358).

3.2.2. İnsan Kaynakları Bilgi Sistemleri

Organizasyonlarda yer alan insan kaynakları departmanı, kurumlara iş gücü aramaktan ve buldukları iş gücünü geliştirerek muhafaza etmekten sorumlu yapılar olarak görülmektedir. İnsan kaynakları bilgi sistemleri ise kurum için mevcut iş gücü potansiyeline sahip bireylere ulaşma, elde olan iş gücüne ait kayıtları saklama, çalışanların vasıflarına ve yeteneklerine göre geliştirme programları hazırlama gibi durumları desteklemektedir. Kurumlar içerisindeki sistemsel düzeylere bakılacak

olunursa, insan kaynakları bilgi sistemlerinin kurumsal düzen içerisindeki görevleri aşağıdaki gibidir;

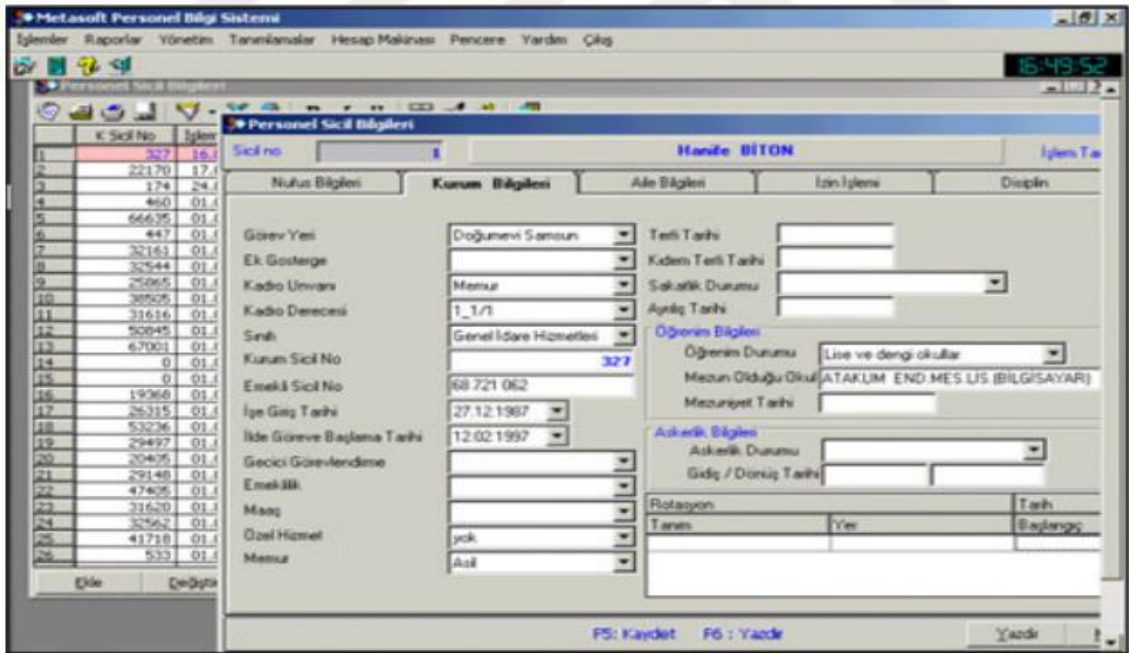
Tablo 1

İnsan Kaynakları Bilişim Sisteminin Kurumsal Düzen İçerisindeki Görevleri

Örgütsel Düzey	Görev
Operasyonel Düzeyde	Sipariş Girişi, takibi
Bilgi Düzeyinde	Demografikler, müşteri davranışı ve Pazar trendleri kullanarak müşterilerin ve pazarın tanımlanması
Yönetim Düzeyinde	Mal ve hizmetlerin fiyatlarının belirlenmesi
Stratejik Düzeyde	Uzun dönem satış tahminlerinin hazırlanması

Kaynak: Üstün Özen, “Bilgi Sistemlerine Giriş: Temel Kavramlar”, Yönetim Bilişim Sistemleri, Erzurum Atatürk Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, <https://www.ataaof.edu.tr/Dosyalar/YonetimBilimSistemleri.pdf>, (Erişim tarihi: 08.05.2019), s.13.

İnsan kaynaklarının kullanımına ait bilgi sistemleri dijital şablonu aşağıdaki gibi görülmektedir (Boylubay, 2017:53);



Şekil 9: Sağlık Kurumlarında Sicil ve Personel Gösterimi

Kaynak: http://www.metasoftware.com.tr/hbys_personel.asp, (Aktaran: Boylubay, s. 53)

3.2.3. Muhasebe Ve Finans Yönetimi Bilgi Sistemleri

Bir organizasyonun muhasebe bölümü, mali işlemlerin izlenmesi ve kaydedilmesinden sorumlu yönetim olarak tanımlanmaktadır. Bir organizasyonun finans kalemi ise kurumun getirisini maksimum düzeye çıkarmak için yatırım portföyünü (fon, hisse senedi, nakit, tahvil, vb.) yönetmekle görevlendirilmiştir. Bir firma sürekliliğini sağlamak adına yapmış oldukları bütün yatırımların karşılığını almak istemekte bundan dolayı ise kazancının, yaptığı yatırımın en yüksek seviyesine ulaşmasını planlamaktadır. Bundan dolayıdır ki bir organizasyonun finans departmanı planlanan maksimum getirinin gerçekleşip gerçekleşmediğini görebilmek için kurumun dış kaynaklarından ciddi bir bilgiye ihtiyaç duymaktadır (Özen, 2019:12).

Bir örgütün sistem düzeyine bakıldığında muhasebe ve finans yönetim bilgi sistemleri görevleri aşağıdaki gibi açıklanmaktadır;

Tablo 2
Muhasebe ve Finans Yönetimi Bilgi Sisteminin Kurumsal Düzen İçerisindeki Görevleri

Örgütsel Düzey	Görev
Operasyonel Düzeyde	Personel eğitimi ve geliştirme
Bilgi Düzeyinde	Personel için kariyer geliştirme
Yönetim Düzeyinde	İş gücünün maaş ve ikramiyelerinin belirlenmesi ve dağıtılması
Stratejik Düzeyde	Kurumun uzun dönem iş gücü gereksinimini belirleme

Kaynak: Üstün Özen, “Bilgi Sistemlerine Giriş: Temel Kavramlar”, Yönetim Bilişim Sistemleri,Erzurum Atatürk Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, <https://www.ataaof.edu.tr/Dosyalar/YonetimBilisimSistemleri.pdf>, (Erişim tarihi: 08.05.2019), s.13.

Hesap Kodu	Hesap Adı	Borg TL	Alacak TL	Borg Bakiyesi	Alacak Bakiyesi
189	KASA HESABI	495.775.167.000	495.775.167.000	0	0
00	Doğumları	495.775.167.000	495.775.167.000	0	0
182	BANKA HESABI	7.449.554.915.189	6.540.599.592.000	508.955.326.189	0
04	Yevcelopru	1.873.674.746.194	1.781.994.690.000	91.680.056.194	0
03	Ladn	337.487.487.569	304.091.544.000	33.395.943.569	0
02	Karab	154.495.153.700	141.410.906.000	13.084.247.700	0
01	Havza	1.377.844.212.227	1.145.334.770.000	232.509.442.227	0
00	Doğumları	3.907.565.315.500	3.566.567.712.000	340.997.606.500	0
183	VEREN ÇEKLER VE ÖDEME EN	6.932.729.592.000	6.932.729.592.000	0	0
04	Yevcelopru	1.781.994.690.000	1.781.994.690.000	0	0
03	Ladn	304.091.544.000	304.091.544.000	0	0
02	Karab	141.410.906.000	141.410.906.000	0	0
01	Havza	1.145.334.770.000	1.145.334.770.000	0	0
00	Doğumları	3.559.307.712.000	3.559.307.712.000	0	0
128	ALACILAR	12.058.787.133.330	6.423.314.273.384	5.635.472.857.946	0
04	Yevcelopru	3.247.836.243.000	2.091.282.417.000	1.156.553.826.000	0
03	Ladn	726.283.094.820	891.173.596.614	164.890.501.794	0
02	Karab	244.115.351.000	83.949.546.000	160.165.805.000	0
01	Havza	2.133.525.310.410	820.586.248.770	1.312.939.061.640	0
00	Doğumları	5.710.154.133.100	2.789.314.425.000	2.920.839.707.100	0
123	BANKA KREDİ KARTLARINDAN	11.570.100.000	5.554.800.000	6.015.300.000	0
00	Doğumları	11.570.100.000	5.554.800.000	6.015.300.000	0
135	PERSONEL DEN ALACAKLAR	5.828.335.000	5.828.335.000	0	0
01	Havza	5.828.335.000	5.828.335.000	0	0
00	Doğumları	5.828.335.000	5.828.335.000	0	0
134	DIŞARISI DEN ALACAKLAR	13.649.810.000	13.649.810.000	0	0
Toplamlar		56.230.545.547.761	56.230.545.547.761	12.871.554.604.676	12.871.554.604.676

Şekil 10:Sağlık Kurumlarında Muhasebe Bilgi Sistemi Gösterimi

Kaynak: http://www.metasoft.com.tr/hbys_faturalama.asp, (Aktaran: Boylubay, s. 55)

3.2.4. Envanter Yönetimi Bilgi Sistemleri

Sağlık hizmeti veren organizasyonlar, ellerinde bulundurması gereken malzemeler açısından diğer organizasyonlardan farklılıklar göstermektedir. Her işletmenin insan ihtiyacını gidermeye yönelik mal ve hizmet sunduğu aşıkardır. Fakat sağlık kurumları içerisinde gerek ilaç gerekse tıbbi malzeme gibi hayati fonksiyon taşıyan materyaller bulundurması gerekmektedir. Dolayısıyla söz konusu malzemelerin azalması veya fark edilmeden bitmesi sonucu yaşanacak durumlar, hayati sebeplere meydan verecek olayları ortaya çıkarabilmektedir.

Bahse konu olan stokların gelişin bilgi sistemlerince yönetilmesi ve takip edilmesi her kurumda olduğu gibi sağlık hizmetleri kurumlarında da önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık kurumlarında stok seviyeleri ve ortaya çıkan faaliyetler arasında doğru bir orantı mevcuttur. Sağlık hizmetlerinde oluşacak stok seviyesinin ne gereğinden fazla ne de olması gerekenden az bir miktarda bulunmaması gerekmektedir. Bu teşhisin aksine bir durum yaşandığı takdirde tedavi hizmetleri istenilen düzeyde yönetilememekte ve telafisi güç olaylar ile karşı karşıya kalınabilmektedir (Kısakürek ve Elden, 2011:216).

Sağlık hizmetleri kurumları, hizmet işletmesi olarak faaliyet göstermekte ve bundan dolayı optimum seviyede stok miktarı belirlemek adına strateji belirlemek zorundadır. Bu stratejileri kapasitelerine, tedarik durumlarına ve iş yoğunluklarına göre

belirleyebilirler. Bu amaç çerçevesinde sağlık kurumlarının tıbbi malzemeleri ve ilaçları bünyelerinde bulundurma maliyetleri ile gerektiği zamanda ürünlere ulaşamama durumunun yaratacağı riskin tespitini sağlayacak bilgi sistemlerinin kullanılması bir zorunluluk hali taşımaktadır (Kısakürek ve Elden, 2011:216-217).

Kodu	Adı	İdv	Miktar	Birim	Birim fiyat	Tutar
1	CORTISOL	10	1.000	TEST	3.200.000	3.200.000.000
2	T4	10	3.000	TEST	2.899.875	8.699.625.000
3	APP	10	3.600	TEST	5.724.000	20.610.000.000
4	CA 15, 3 BR-MA	10	1.800	TEST	7.186.000	12.934.800.000
5	CA 19, 9 GI-MA	10	1.800	TEST	7.186.000	12.934.800.000
6	CA 125 OM-MA	10	1.800	TEST	7.186.000	12.934.800.000
7	2HEA-SO4	10	3.000	TEST	3.220.000	9.660.000.000
8	ESTRADIOL	10	3.000	TEST	4.133.000	12.399.000.000
9	FSH	10	3.000	TEST	4.440.000	13.320.000.000
10	LH	10	3.000	TEST	4.440.000	13.320.000.000

Toplam inderim	0
Toplam indirim	0
Toplam	203.004.425.000
Toplam İdv	36.540.796.500
Net	239.545.221.500

Şekil 11:Sağlık Kurumlarında Envanter Bilgi Sistemi Gösterimi

Kaynak: http://www.metasoftware.com.tr/hbys_depo.asp, (Aktaran: Boylubay, s. 56)

3.2.5. Yönetim Bilgi Sistemleri İçerisinde Ofis Otomasyonu

Ofis otomasyonu kavramı genel itibarıyla büro işlevlerinden daha çok o büronun sahip olduğu bilişim sistemlerinin gelişmesi ile beraber tanım kazanmıştır. Ofis otomasyonu, bir ofisin günlük rutinlerini ve işlevlerini daha kolay bir hale getirmek için bilişim teknolojisinin kullanımını ifade etmektedir. Başka bir deyişle, bireylerin çalışma ortamında bir düzene kavuşmasını sağlamak, daha basit iş gücü kullanımını ortaya koymak ve bütün çalışanların üstü düzey verimlilik göstermesini sağlamak için bilişim teknolojilerinin ofis ortamına aktarılmasıdır (Göral, 2003:5).

Ofis otomasyonu sistemleri, kişiler ya da kurumlar arasında bütün iletişim formlarını derleyen, toparlayan ve arşivleyen bir bilgi sistemidir. Böyle bir sistem, çalışanların

gereksinim duydukları zamandan tasarrufa ve iş gücünde emek artırımına neden olmaktadır. Bu durum ise çalışan bireyler arasındaki verimliliğin daha efektif kullanımı için zemin hazırlamaktadır (Güleş ve Bülbül, 2004:236).

3.2.6. Karar Destek Sistemleri

Yönetici bireylerin, yönetsel anlamda karşılaştıkları sorunlar ile başa çıkabilmeleri için geliştirdikleri metotlar, karar destek sistemlerini ortaya çıkarmıştır. Bu sistem, karar verici konumunda bulunan yöneticilerin karar almalarına yardımcı olmaktadır. Karar destek sistemleri ile ilgili yapılan tanımlamalar şu şekilde açıklanmaktadır (Özen, 2019:20-21);

- Günlük rutin kararlar alınırken takip edilen prosedürler olsun (yapısal kararlar) ya da karar vericinin belli bir problem karşısında değerlendirme yaparak rutine bağlı olmayan kararlar olsun (yapısal olmayan kararlar) karar verme sürecinde verilere kolay bir şekilde erişim sağlayan sistem olarak adlandırılmaktadır.
- Komplike olaylar ile karşılaşılması durumunda bu olayların üstesinden gelebilmek için bilişim teknolojilerinin ve insan zekasının etkileşimi ile ortaya çıkan sistemler olarak da tanımlanmaktadır.
- Karar verme süreci göz önüne alındığında yönetim kademelerine destek verebilme adına amaçlanan bilgiyi elde etmek ve bu bilgiyi sunabilmek için kullanıcı ile etkileşim halinde olan donanımların bir araya gelmesi ile oluşan sisteme denmektedir.
- Karar verici kişinin aldığı kararları destekleyen, yapısal olan veya olmayan problemlerin çözümü için karar vericiye yardımcı olan sistemler olarak da adlandırılmaktadır.

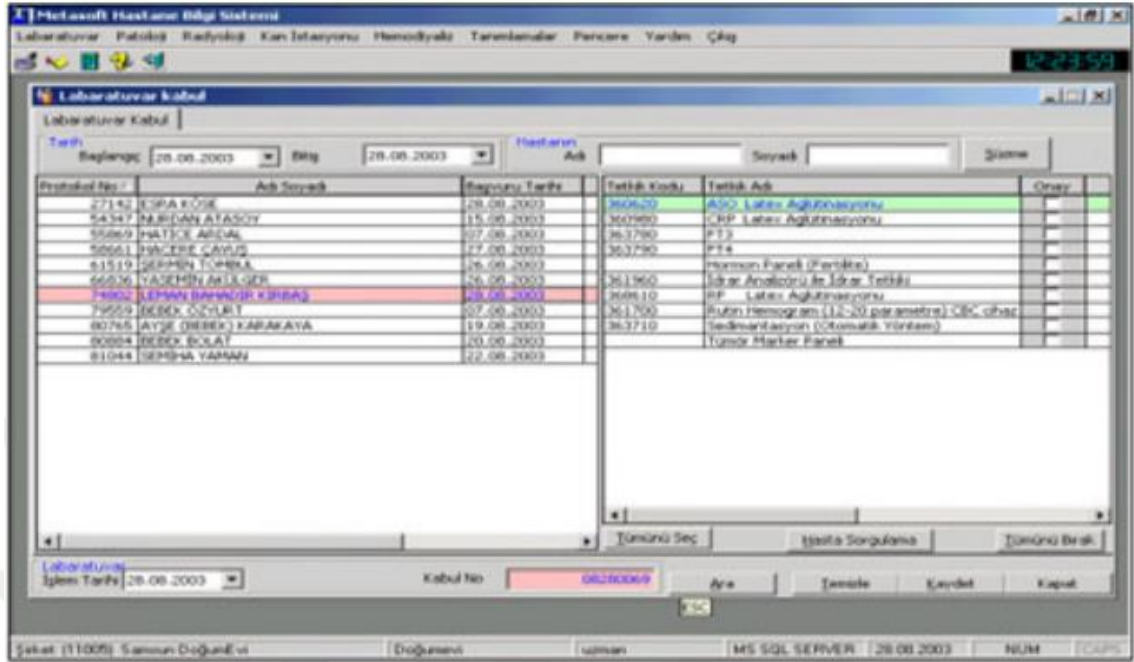
3.2.7. Klinik Bilgi Sistemleri

Sağlık hizmetleri kurumlarında hasta bakımı ile doğrudan ilişkisi olan bilgi sistemi, klinik bilgi sistemidir. Hasta bakımı sürecinde hastanın ihtiyacı olan her şeyin depolanması ve tekrardan kullanılabilmesi için bütün bilgilerin toplanmasını sağlamaktadır. Klinik bilgi sistemleri, hasta bakımı ile hem doğrudan hem de dolaylı bir şekilde ilgilidir. Hasta bakımının en iyi şekilde yapılabilmesi için klinik bilgi sistemlerinin organize edilmesini sağlayan veriler meydana getirilmiştir. Bu veriler bilgilere dönüştürülerek depolanmış ve yeniden kullanıma açık hale getirilmiştir.

Literatür incelendiğinde bahse konu olan sistemin hem hasta için hem de sağlık hizmetleri çalışanı için birçok fayda sağladığı görülmektedir. Hasta bireyler için sunulan hizmetin kalite seviyesi artırılarak çok daha iyi hizmet sunulmaktadır. Klinik bilgi sistemleri ile beraber sağlık hizmetleri çalışının verimliliğinin yükselmesi, tıbbi hatalarda görülen sıklığın azalması ve hastalığa sebep olan bazı etkenlerin erken teşhisi gibi durumlar ortaya çıkmıştır (Çelebi, 2014:67).

3.2.8. Laboratuvar Bilgi Sistemleri

Öncelikle bu sistemden bahsedilirken birçok sağlık hizmetleri kuruluşlarında yaygın olarak kullanıldıklarını bilmek gerekmektedir. Çünkü laboratuvar bilişim sistemlerinin bu kadar yaygın kullanılmasının yanında sistemin etkilerini takip edebilmek adına metod üretebilme yetisinin eksikliğinden kaynaklı ciddi bir değerlendirme yapabilmek söz konusu olmamaktadır. Buradaki değerlendirme, bilgi kaynağının nasıl ve ne şekilde kullanılacağına tanımı ve bu bilginin değerini belirleme süreci olarak bilinmelidir. Bir değerlendirme yapılırken esas amaç problemin çözümü ile ilgilidir. Bundan dolayı izlenilecek sürecin problem çözmede önemli bir yapı taşı olup olmadığına bakılarak değerlendirmeye gidilir. Sağlık bilişimi içerisinde değerlendirmenin temel amacı, bir öncekinden daha iyi sistemler ortaya çıkarmak, verimliliği arttırmak, bilgi kaynağını ve kullanımını arttırmak ayrıca tüm bu süreç devam ederken maliyeti minimize etmektir (Sümen vd., 2005:103).



Şekil 12: Sağlık Kurumlarında Laboratuvar Bilgi Sistemi Gösterimi

Kaynak: http://www.metasoft.com.tr/hbys_laboratuvar.asp, (Aktaran: Boylubay, s. 59)
Laboratuvar bilişim sistemlerinin, sağlık hizmetleri yönetimine katkıları arasında aşağıdaki maddeler gösterilebilmektedir (Boylubay, 2017:59-60);

- Hastane bilgi yönetim sistemi (HBYS) ile karşılıklı olarak güvenilir ve hızlı iletişim imkanı,
- HBYS’de hastanın tahlil yapması gerektiği gözüküyorsa ya da tahlil sonuçları çıktıysa verilere hızlı bir şekilde ulaşım imkanı,
- Laboratuvar sistemi içerisine ait bütün tanımlamaların yapılarak, elde edilen bilgilerin değerlendirilmesi,
- Laboratuvarında yer alan bütün aygıtların detaylı bir şekilde takibinin yapılmasında kullanımı,
- Yetki bazında modül çalışması,
- Barkodlanmış örnek tüplerinin doğru bir şekilde korunması ve güvenli bir şekilde iş akışına dahil edilmesi,
- Laboratuvar kabul-onay,
- Hastalardan veya tıbbi malzemelerden yanlış veya eksik örnek alabilme olasılığının ortadan kaldırılması, örnek istendiği halde gelmeyen taleplerin takip edilebilmesi,

- İstek yapılmadığı halde elde bulunan örnekler ile çalışma yapılmasının önüne geçilmesi,
- Aciliyeti olan testlerin öncelik kazanarak, herhangi bir inisiyatif sürecine bırakılmaması,
- İster otomatik ister manuel çalışan testler olsun, bu testlerin sonuçlarının direk sisteme aktarılabilmesi,
- Elde edilen sonuçların kontrol edilmesi ve onaylanması,
- Onay verilen sonuçların depolanmasından dolayı üzerinde tekrar çalışılmak istendiğinde ulaşılabilmesi,
- Mikrobiyoloji ve biyokimya gibi özel çalışma alanlarına imkan tanıma özelliğine sahip olması,
- Sistemin farklı kriterlere sahip olmasından dolayı laboratuvar sonuçlarının sorgulanabilmesi,
- Otomasyonda saklanan geçmiş dönemlere ait bilgilerin enformasyonuna kolay ulaşım sağlanması,
- Genişletilmiş sorgulamalar yardımıyla, laboratuvarın üzerinde çalıştığı test miktarı ile mali kayıtlarda yer alan test miktarı mukayese edilerek, karşılaşılabilecek herhangi bir tutarsızlığın tespit edilmesi ve bu tutarsızlığın nedeniyle meydana gelebilecek kaçağın önüne geçilmesi,
- Çıktı alınan sonuçların bilimsel ya da finansal analizleri ve bu analizleri görsele taşıyacak istatistiklerin alınması,
- Yetki bazında istatistiki hesaplamaların ve kalite kontrol örnek sonuçlarının raporlanması,
- Levey Jennings Grafiği (1950'den itibaren laboratuvarlarda kullanılmaya başlamış yöntem) ile kalite kontrol sonuçlarının takip edilebilmesi,
- “Westgard Kuralları” perspektifinde kontrol sonuçlarının kontrol edilmesi ve karar verilmesi,
- Çok yönlü raporlama yapabilme adına, sonuçların alındığı makinede tek kontrol testinin 3 farklı grafik (Cu Sum, Levey Jennings, Data grafiği) ile değerlendirilmesi,

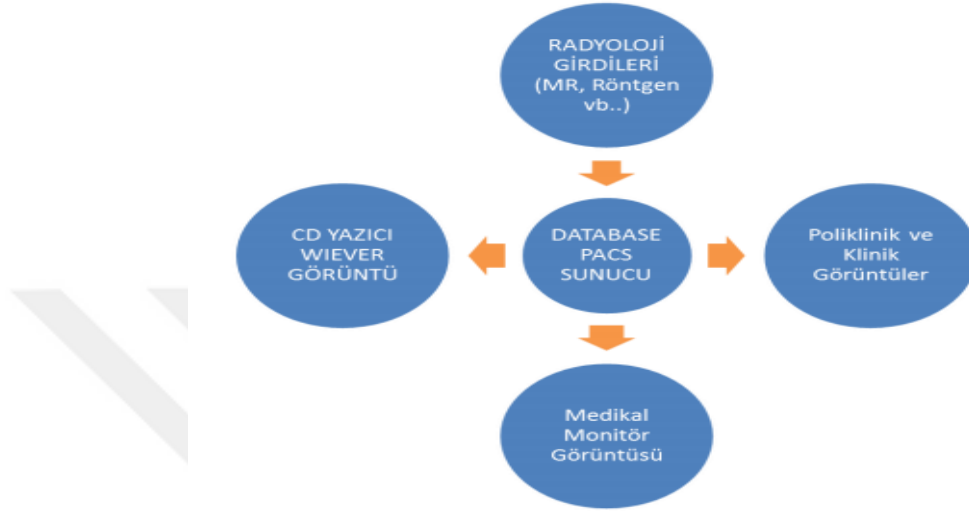
3.2.9. Radyoloji Bilgi Sistemleri

Sağlık hizmetlerinde radyoloji isteğinde bulunan hastalar için bilgi sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Çünkü radyoloji bilgi sistemleri, radyoloji sürecini başlatan doktorun kim olduğunu, hastanın bilgilerini, hangi gün ve saatte istendiğini, ne tür bir çekim olacağını, bu çekimlerin raporlanma aşamalarını ve faturalandırılmasını göstermektedir. Bu konjonktürden bakılacak olunursa, radyoloji bilişim sistemleri; hastanın kayıt, kabul, tetkik, raporlama, fiyatlandırma fonksiyonlarında kullanılan bir sistem türü olmaktadır. Hem sağlık hizmetleri çalışanlarına hem de hastalara kolaylık ve avantaj sağlamaktadır. Bu sistemin sağlayacağı avantajlar aşağıdaki maddelerde açıklanmaktadır (Çam, 2017:7);

- Sağlık Hizmetleri çalışanları arasında kullanıcı olarak giriş yapmış birçok personele aynı anda giriş olanağı vererek verimliliği artırmaktadır.
- Vakit kaybının önüne geçmektedir.
- Barkod sistemi kullanılarak örneklerin iç içe geçmesine engel olmaktadır.
- Elde edilen bilgilerin depolanmasını sağlayarak arşiv niteliği taşımaktadır.
- Hastanede yer alan bütün departmanlar arasındaki iletişim etkinliğini artırmaktadır.
- Hızlı ve kolay sorgulama olanağı sağlamaktadır.
- Doktorların teşhis koymaları gereken zamanı kısaltarak, hasta ve hasta yakınlarına plan yapmaları için daha uygun koşullar sağlamaktadır.
- Süreç hastanın kayıt olduğu zamandan itibaren başladığı için faturalanma aşamasında maddi kayıpların önüne geçmektedir.
- Raporlama süreci hızlı gelişmektedir.

Radyoloji bölümü genel olarak sağlık hizmetlerinin en çok sorun yaşadığı bölümler arasında yer almaktadır. Bunun sebebi olarak birçok hastanın bilgilerinin kaydedilmesi, film çekilmesi, randevu verilmesi, alınan bilgilerin aktarılması gibi durumlar gösterilmektedir. Bundan dolayı bilgi sistemlerine ihtiyaç duyulmakta, kullanılan bu sistem içerisinde ise en çok kullanılanı PACS (Görüntü arşivleme ve iletişim sistemleri) adlı teknolojik programdır.

PACS, tıbbi görüntülerin arşivlenmesi, arşivlenen bilginin geri çağırılması, elde edilen bilginin sunulması, başka bölümlere iletilmesi amacıyla kullanılan, geliştirilen ve radyoloji bilgi sistemleriyle bağlantılı çalışan yazılım türüdür. Bu sistem sayesinde tıbbi görüntüler elektronik ortamda elde edilmekte, aktarılmakta ve saklanmaktadır. Şekil 9’da PACS çalışma döngüsü gösterilmektedir (Çam, 2017:8);



Şekil 13: PACS Çalışma Döngüsü

Kaynak: https://www.researchgate.net/publication/312212741_LABORATUVAR_VE_RADYOLOJİ_ISLEMLERİNDE_BILGI_SISTEMLERİ_KULLANIMI(Çam,2017:8)

Abi Soyadı	İbna Adı	Telefon	Açıklama	Onay
08:00	ZURİYET BAŞTÜRK	1		
08:15	SEVİN BOLAT	2		
08:30	GAJCAN YÜCEL	3		
08:45	SUKRAN TARIHAN	4		
09:00				
09:15				
09:30	GAJ SEREN GUNAL	1		
09:45	SELMA GAJ	2		
10:00	SELMA GAJ	3		
10:15	NAFİYE BAYRİ	4		
10:30	UMRUKHAN ÇAP	5		
10:45	HATİCE BİKTAŞ	6		
11:00	EDİGA DAŞDELEN	7		
11:15	İSMAİL AYDIZ	8		
11:30	HACER AYDIZ	9		
11:45	AYZE KIRAK	10		
12:00	HATİCE ÇAVAR	11		
12:15	AYTEN ÇALTIKAN	12		
12:30	MURCAN ATEŞ	ACİL		
12:45	CEVREYE ÇELİNGİROĞLU	ACİL		
13:00	SUKRAN ACAR	3 NES		
13:15	HAZAL YILDIZ	2 ÇOC		
13:30	ELCİN ARANCI	ACİL		
13:45				
14:00				
14:15				

Şekil 14: Sağlık Kurumlarında Radyoloji Bilgi Sistemi Gösterimi

Kaynak: http://www.metasoft.com.tr/hbys_radyoloji.asp, (Aktaran: Boylubay, s. 62)

3.2.10. Hemşirelik Bilgi Sistemleri

Bilişim sistemleri, gereken bilgilerin elde edilmesi, elde edilen bilgilerin saklanması, işlenmesi, iletilmesi ve arşivlenmesi için kullanılan sistemler bütünüdür. Hemşirelik alanı için ise meslek olarak kendine has özellikleri taşıyan ve tecrübe ile bilgi birikimine sahip bireylerin aynı zamanda bilgi teknolojileri ile harmanlanması sonucu ortaya çıkan bir bilişim kavramından söz edilmektedir (Turhan ve Köse, 2010:124).

Graves (1989), hemşireliğin getirdiği bilgi birikimi ile hemşirelik mesleğinin içeriğini, ve yapılan işlemler sonrası kontrol basamaklarının hepsinin bilgisayar destekli bir şekilde yapılmasını, hemşirelik bilişimi olarak tanımlamaktadır. Hemşirelik bilişim sistemlerinin kullanılması ile yanlış tedavilerin önüne geçilmesi, salgın hastalıkların bulaşılmasının engellenmesi, tıbbi hataların yapılmaması gibi hayati önem taşıyan konularda ciddi destek niteliği taşımaktadır (Boylubay, 2017:63).

Sağlık hizmetlerinde bilişim sistemlerinin kullanılması, temelinde insan faktörünü ele alan bir durum olarak görülmektedir. Bundan dolayı bilişim sistemlerinden istenilen faydanın sağlanması için sağlık hizmetleri çalışanlarının, yöneticilerin ve hastaların bilinçli bir şekilde davranması ayrıca sorumlu kişilere gereken eğitimin verilmesi önem arz etmektedir. Bu ve benzeri durumlara yeterli önem gösterilmediği takdirde bilişim sistemlerinin getireceği yararın, zarara dönüşebileceği atlanmaması gereken bir husus olarak görülmektedir (Çam, 2017:10).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARI İÇERİSİNDE BİLGİ SİSTEMLERİNİN BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİSİ: İSTANBUL'DA BULUNAN BİR DEVLET HASTANESİ ÜZERİNDE BİR UYGULAMA

4.1. Amaç

Sağlık hizmetleri yönetimi içerisinde bilişim sistemleri çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu durum, gerek bilişim sistemlerinin planlı, programlı ve verimli bir hizmetler bütünü için yol haritası oluşturması gerekse işleyişin hızlı bir şekilde ilerlemesi açısından efektif bir zaman ortaya çıkarmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenlerden ötürü sağlık kurumlarında bilişim sistemlerinin hangi bölümlerde ne amaçla kullanıldığından daha önce bahsedilmiştir.

Sağlık kurumlarında kullanılan bilgi sistemleri her bölüm için ayrı önem arz etmekte ayrıca kurumlardaki her bir bölüm birbirleri ile etkileşim içerisinde hareket etmektedir. Dolayısıyla salt bir bölümü etkileyen bilgi sisteminin kullanılması sağlık kurumları için yeterli olmayabilmekte, genel itibariyle en çok ihtiyaç duyulan bilgi sistemlerinin asgari ölçüde sağlık kurumlarında yer alması gerekmektedir.

Bu çalışmada, yapılan araştırmalar sonucunda sağlık kurumlarında en çok kullanılması gereken ve kullanılan bilişim sistemleri tespit edilmiş, daha sonra bu bilgi sistemlerinin birbirleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırmaya konu olan ve literatürde kullanılması gerekli görülen bilişim sistemleri; yönetsel, insan kaynakları, envanter yönetimi, klinik, laboratuvar, radyoloji ve hemşirelik bilgi sistemleri olarak belirlenmiştir.

Araştırma, hastanelerde ayrı bölümlerde kullanılan bilgi sistemlerinin kurumun bütünsel yapısı içerisindeki önemi ve birbiriyle olan bağlantısını ortaya koyması açısından önemlidir. Hizmeti sağlayan kurum çalışanlarının, günümüz örgütsel yapılanmasında, bilgi sistemlerini kullanmada, aktif ve yetenekli olması beklenmektedir. Karmaşık bir yapıya sahip olan hastane sisteminin yönetilmesinde ve sistemin işleminde yadsınamaz bir yeri olan bilgi sistemlerinin, bir bütün olarak yeterli bir şekilde uygulanabiliyor olması hayati derecede önem taşımaktadır. Araştırma, bu gerekliliği ortaya koyması ve sistemlerin birbiri ile bağlantılarına dikkat çekmesi açısından önemli ve yol göstericidir.

4.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni sağlık kurumlarında çalışan kadın ve erkek tüm personeldir. Örneklemi ise İstanbul'da bulunan bir devlet hastanesidir. Bu doğrultuda, hazırlanan "Hastane Bilgi Sistemlerinin İşlevi Üzerine bir Anket Çalışması" başlıklı anket İstanbul'da bulunan bir devlet hastanesi personeli ile internet ortamında 200 personelle paylaşılmış ve toplam 148 adet anket toplanarak araştırma çerçevesinde kullanılmıştır.

4.3. Sınırlılıklar ve Varsayımlar

Araştırma kapsamında ilişkileri ortaya konmak istenen değişkenlerin daha kapsamlı bir örnekleme araştırılması, ortaya çıkan sonuçların genelleştirilmesine ve temeline katkıda bulunacaktır. Fakat vakit ve maliyet yönünden karşılaşılan kimi kısıtlılıklar araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Ayrıca araştırmanın, tek bir organizasyonel hastane yapısı içerisinde gerçekleştirilmiş olması bir diğer sınırlılıktır. Bu alanda yapılan bilimsel araştırmaların yeterli miktarda olmaması da araştırmacıyı bulguları tartışma noktasında sınırlamıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler her ne kadar bilgi sistemlerinin nesnel özellikleri göz önünde bulundurularak hazırlanmış olsa da, katılımcıların objektif ve doğru cevaplar verdiği varsayılmıştır.

4.4. Veri ve Ölçek

Veriler araştırmanın maksadına uygun bir şekilde belirlenmiş olan örneklem üzerinden anket yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Anket iki kısımdan oluşturularak, ilk kısmında Saluvan (2015)'in ortaya koyduğu "Hastane Bilgi Sistemi Değerlendirme Anketi" ölçeği temel alınmış ve sağlık kurumları için uyarlanmıştır. 26 sorudan oluşan ölçek literatürde sağlık kurumları için en önemli görülen bilgi sistemleri hakkında bilgiye ulaşmak için hazırlanmıştır. Bu bilgi sistemleri; yönetsel, insan kaynakları, envanter yönetimi, klinik, laboratuvar, radyoloji ve hemşirelik bilgi sistemleri olarak belirlenmiştir.

Anket çalışmasının ikinci kısmında, katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin sorular yer almaktadır. Bu sorular; katılımcının cinsiyet, yaş, meslek, eğitim durumu ve mesleki tecrübe süresine ilişkindir.

4.5. Model ve Hipotez

Araştırmanın modeli, bilgi sistemleri arasında literatürde önem arz eden 7 bilgi sistemlerinden her birinin bağımlı değişken, diğer değişkenlerin ise bağımsız değişken olarak kurulduğu analizden oluşmakta ve aşağıdaki gibi gösterilmektedir;

Model 1:

$$YBS = \alpha_0 + \alpha_1 \dot{IKBS} + \alpha_2 EBS + \alpha_3 KBS + \alpha_4 LBS + \alpha_5 RBS + \alpha_6 HBS$$

Model 2:

$$\dot{IKBS} = \alpha_0 + \alpha_1 YBS + \alpha_2 EBS + \alpha_3 KBS + \alpha_4 LBS + \alpha_5 RBS + \alpha_6 HBS$$

Model 3:

$$EBS = \alpha_0 + \alpha_1 YBS + \alpha_2 \dot{IKBS} + \alpha_3 KBS + \alpha_4 LBS + \alpha_5 RBS + \alpha_6 HBS$$

Model 4:

$$KBS = \alpha_0 + \alpha_1 YBS + \alpha_2 \dot{IKBS} + \alpha_3 EBS + \alpha_4 LBS + \alpha_5 RBS + \alpha_6 HBS$$

Model 5:

$$LBS = \alpha_0 + \alpha_1 YBS + \alpha_2 \dot{IKBS} + \alpha_3 EBS + \alpha_4 KBS + \alpha_5 RBS + \alpha_6 HBS$$

Model 6:

$$RBS = \alpha_0 + \alpha_1 YBS + \alpha_2 \dot{IKBS} + \alpha_3 EBS + \alpha_4 KBS + \alpha_5 LBS + \alpha_6 HBS$$

Model 7:

$$HBS = \alpha_0 + \alpha_1 YBS + \alpha_2 \dot{IKBS} + \alpha_3 EBS + \alpha_4 KBS + \alpha_5 LBS + \alpha_6 RBS$$

YBS: Yönetimsel Bilgi Sistemi

\dot{IKBS} : İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi

EBS: Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi

KBS: Klinik Bilgi Sistemi

LBS: Laboratuvar Bilgi Sistemi

RBS: Radyoloji Bilgi Sistemi

HBS: Hemşirelik Bilgi Sistemi şeklinde ifade edilmektedir.

Araştırmanın hipotezleri ise şu şekilde kurulmuştur;

H1: Yönetimsel Bilgi Sistemi kullanımında İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi etkindir.

H2: Yönetimsel Bilgi Sistemi kullanımında Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi etkindir.

- H3:** Yönetimsel Bilgi Sistemi kullanımında Klinik Bilgi Sistemi etkindir.
- H4:** Yönetimsel Bilgi Sistemi kullanımında Laboratuvar Bilgi Sistemi etkindir.
- H5:** Yönetimsel Bilgi Sistemi kullanımında Radyoloji Bilgi Sistemi etkindir.
- H6:** Yönetimsel Bilgi Sistemi kullanımında Hemşirelik Bilgi Sistemi etkindir.
- H7:** İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi kullanımında Yönetimsel Bilgi Sistemi etkindir.
- H8:** İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi kullanımında Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi etkindir.
- H9:** İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi kullanımında Klinik Bilgi Sistemi etkindir.
- H10:** İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi kullanımında Laboratuvar Bilgi Sistemi etkindir.
- H11:** İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi kullanımında Radyoloji Bilgi Sistemi etkindir.
- H12:** İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi kullanımında Hemşirelik Bilgi Sistemi etkindir.
- H13:** Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi kullanımında Yönetimsel Bilgi Sistemi etkindir.
- H14:** Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi kullanımında İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi etkindir.
- H15:** Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi kullanımında Klinik Bilgi Sistemi etkindir.
- H16:** Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi kullanımında Laboratuvar Bilgi Sistemi etkindir.
- H17:** Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi kullanımında Radyoloji Bilgi Sistemi etkindir.
- H18:** Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi kullanımında Hemşirelik Bilgi Sistemi etkindir.
- H19:** Klinik Bilgi Sistemi kullanımında Yönetimsel Bilgi Sistemi etkindir.
- H20:** Klinik Bilgi Sistemi kullanımında İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi etkindir.
- H21:** Klinik Bilgi Sistemi kullanımında Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi etkindir.
- H22:** Klinik Bilgi Sistemi kullanımında Laboratuvar Bilgi Sistemi etkindir.
- H23:** Klinik Bilgi Sistemi kullanımında Radyoloji Bilgi Sistemi etkindir.
- H24:** Klinik Bilgi Sistemi kullanımında Hemşirelik Bilgi Sistemi etkindir.
- H25:** Laboratuvar Bilgi Sistemi kullanımında Yönetimsel Bilgi Sistemi etkindir.
- H26:** Laboratuvar Bilgi Sistemi kullanımında İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi etkindir.
- H27:** Laboratuvar Bilgi Sistemi kullanımında Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi etkindir.
- H28:** Laboratuvar Bilgi Sistemi kullanımında Klinik Bilgi Sistemi etkindir.
- H29:** Laboratuvar Bilgi Sistemi kullanımında Radyoloji Bilgi Sistemi etkindir.
- H30:** Laboratuvar Bilgi Sistemi kullanımında Hemşirelik Bilgi Sistemi etkindir.
- H31:** Radyoloji Bilgi Sistemi kullanımında Yönetimsel Bilgi Sistemi etkindir.
- H32:** Radyoloji Bilgi Sistemi kullanımında İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi etkindir.
- H33:** Radyoloji Bilgi Sistemi kullanımında Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi etkindir.

- H34:** Radyoloji Bilgi Sistemi kullanımında Klinik Bilgi Sistemi etkindir.
- H35:** Radyoloji Bilgi Sistemi kullanımında Laboratuvar Bilgi Sistemi etkindir.
- H36:** Radyoloji Bilgi Sistemi kullanımında Hemşirelik Bilgi Sistemi etkindir.
- H31:** Hemşirelik Bilgi Sistemi kullanımında Yönetimsel Bilgi Sistemi etkindir.
- H32:** Hemşirelik Bilgi Sistemi kullanımında İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi etkindir.
- H33:** Hemşirelik Bilgi Sistemi kullanımında Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi etkindir.
- H34:** Hemşirelik Bilgi Sistemi kullanımında Klinik Bilgi Sistemi etkindir.
- H35:** Hemşirelik Bilgi Sistemi kullanımında Laboratuvar Bilgi Sistemi etkindir.
- H36:** Hemşirelik Bilgi Sistemi kullanımında Radyoloji Bilgi Sistemi etkindir.

4.6. Bulgular

Araştırmada ilk olarak katılımcıların demografik özelliklerini saptamak adına frekans analizi yapılmıştır. Daha sonra ise hipotezlerin geçerliliğini araştırmak için regresyon analizine geçilmiştir.

4.6.1. Frekans Analizi

Katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında %52.7'sinin erkek, %47.3'ünün ise kadın olduğu görülmektedir.

Tablo 3

Katılımcıların Cinsiyetlerine Ait Veriler

		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Kadın	78	52.7	52.7	52.7
	Erkek	70	47.3	47.3	100.0
	Toplam	148	100.0	100.	

Katılımcıların yaş aralıklarına bakıldığında %18.9'unun 18-25 yaş aralığında, %43.2'sinin 26-35 yaş aralığında, %17.6'sının 36-40 yaş aralığında, %20.3'ünün ise 40 yaşın üstünde oldukları görülmektedir.

Tablo 4**Katılımcıların Yaşlarına Ait Veriler**

		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	18-25	28	18.9	18.9	18.9
	26-35	64	43.2	43.2	62.2
	36-40	26	17.6	17.6	79.7
	40+	30	20.3	20.3	100
	Toplam	148	100.0	100.	

Katılımcıların mesleklerine bakıldığında %3.4'ünün hekim, %42.6'sının hemşire, %12.2'sinin idari personel, %4.1'inin mühendis, %2'sinin yönetici, %35.8'inin ise diğer sağlık personeli olduğu görülmektedir.

Tablo 5**Katılımcıların Mesleklerine Ait Veriler**

		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Diğer Sağlık Personeli	53	35.8	35.8	35.8
	Hekim	5	3.4	3.4	39.2
	Hemşire	63	42.6	42.6	81.8
	İdari Personel	18	12.2	12.2	93.9
	Mühendis	6	4.1	4.1	98.0
	Yönetici	3	2.0	2.0	100.0
	Toplam	148	100.0	100.	

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında %18.9'unun lise, %15.5'inin ön lisans, %55.4'ünün lisans, %8.8'inin yüksek lisans, %0.7'sinin tıp uzmanlığı, %0.7'sinin doktora derecesinde eğitim aldığı görülmektedir.

Tablo 6**Katılımcıların Eğitim Durumlarına Ait Veriler**

		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Lise	28	18.9	18.9	18.9
	Ön Lisans	23	15.5	15.5	34.5
	Lisans	82	55.4	55.4	89.9
	Yüksek Lisans	13	8.8	8.8	98.6
	Tıpta Uzmanlık	1	.7	.7	99.3
	Doktora	1	.7	.7	100.0
	Toplam	148	100.0	100.	

Katılımcıların mesleki tecrübe sürelerine bakıldığında %31.8'inin 0-3 yıl, %18.2'sinin 4-7 yıl, %18.9'unun 8-11 yıl, %31.1'inin 12 yıl ve üstü tecrübeye sahip oldukları görülmüştür.

Tablo 7
Katılımcıların Tecrübelerine Ait Veriler

		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	0-3 Yıl	47	31.8	31.8	31.8
	4-7 Yıl	27	18.2	18.2	50.0
	8-11 Yıl	28	18.9	18.9	68.9
	12 Yıl ve Üstü	46	31.1	31.1	100
	Toplam	148	100.0	100.	

4.6.2. Regresyon Analizi

Tablo 8:
Yönetimsel Bilgi Sistemi F testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	F testi	Olasılık	Anlamlılık
Yönetimsel Bilgi Sistemi	13.152	.000	p<0.05 Anlamlı

Tablo 9
Yönetimsel Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişken	t-testi	Olasılık	Anlamlılık
Envanter Bilgi Sistemi	3.880	.000	p<0.05 Anlamlı
İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi	.893	.374	p>0.05 Anlamsız
Klinik Bilgi Sistemi	2.772	.006	p<0.05 Anlamlı
Laboratuvar Bilgi Sistemi	.767	.445	p>0.05 Anlamsız
Radyoloji Bilgi Sistemi	1.855	.066	p>0.05 Anlamsız
Hemşirelik Bilgi Sistemi	-2.796	.006	p<0.05 Anlamlı

Yönetimsel bilgi sisteminin bağımlı değişken olarak kabul edildiği modelde, tablo 8’de görülen ve modelin genel olarak geçerliliğini sınavan F testi anlamlı bulunmuştur. Bu durum yönetimsel bilgi sistemini açıklayan diğer değişkenlerin modelde olması gerektiğini göstermektedir. Tablo 9’un sonuçlarına göre yönetimsel bilgi sistemlerini açıklayan değişkenler; envanter bilgi sistemi, klinik bilgi sistemi ve hemşirelik bilgi sistemi olarak belirlenmiştir. T-testine göre bu değişkenler bağımlı değişken olan yönetimsel bilgi sistemini açıklamada anlamlı bulunmuş ve araştırma kapsamında belirlenen aşağıdaki hipotezler doğrulanmıştır;

H2: Yönetimsel Bilgi Sistemi kullanımında Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi etkindir.

H3: Yönetimsel Bilgi Sistemi kullanımında Klinik Bilgi Sistemi etkindir.

H6: Yönetimsel Bilgi Sistemi kullanımında Hemşirelik Bilgi Sistemi etkindir.

Yukarıda geçerliliği ortaya konan hipotezler doğrultusunda görülmektedir ki; yönetimsel bilgi sisteminin kullanıldığı durumlarda, envanter, klinik ve hemşirelik bilgi sistemlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısıyla yönetimsel bilgi sistemini kullanan kurum personeli, envanter bilgi sistemi, klinik bilgi sistemi ve hemşirelik bilgi sistemi konusunda da etkin ve donanımlı olmak durumundadır.

Tablo 10
İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi F testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	F testi	Olasılık	Anlamlılık
İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi	19.730	.000	p<0.05 Anlamlı

Tablo 11
İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişken	t-testi	Olasılık	Anlamlılık
Envanter Bilgi Sistemi	4.693	.000	p<0.05 Anlamlı
Yönetimsel Bilgi Sistemi	.893	.374	p>0.05 Anlamsız
Klinik Bilgi Sistemi	3.153	.002	p<0.05 Anlamlı
Laboratuvar Bilgi Sistemi	.471	.638	p>0.05 Anlamsız
Radyoloji Bilgi Sistemi	2.278	.024	p<0.05 Anlamlı
Hemşirelik Bilgi Sistemi	-2.692	.008	p<0.05 Anlamlı

İnsan kaynakları bilgi sisteminin bağımlı değişken olarak kabul edildiği modelde, tablo 10'da görülen ve modelin genel olarak geçerliliğini sınavan F testi anlamlı bulunmuştur. Bu durum insan kaynakları bilgi sistemini açıklayan diğer değişkenlerin modelde olması gerektiğini göstermektedir. Tablo 11'in sonuçlarına göre insan kaynakları bilgi sistemlerini açıklayan değişkenler; envanter bilgi sistemi, klinik bilgi sistemi, radyoloji bilgi sistemi ve hemşirelik bilgi sistemi olarak belirlenmiştir. T-testine göre bu değişkenler bağımlı değişken olan insan kaynakları bilgi sistemini açıklamada anlamlı bulunmuş ve araştırma kapsamında belirlenen aşağıdaki hipotezler doğrulanmıştır;

H8: İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi kullanımında Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi etkindir.

H9: İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi kullanımında Klinik Bilgi Sistemi etkindir.

H11: İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi kullanımında Radyoloji Bilgi Sistemi etkindir.

H12: İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi kullanımında Hemşirelik Bilgi Sistemi etkindir.

Yukarıda geçerliliği ortaya konan hipotezler doğrultusunda görülmektedir ki; insan kaynakları bilgi sisteminin kullanıldığı durumlarda, envanter, klinik, radyoloji ve hemşirelik bilgi sistemlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısıyla insan kaynakları bilgi sistemini kullanan kurum personeli, envanter bilgi sistemi, klinik bilgi sistemi,

radyoloji bilgi sistemi ve hemşirelik bilgi sistemi konusunda da etkin ve donanımlı olmak durumundadır.

Tablo 12
Envanter Bilgi Sistemi F testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	F testi	Olasılık	Anlamlılık
Envanter Bilgi Sistemi	19.126	.000	p<0.05 Anlamlı

Tablo 13
Envanter Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişken	t-testi	Olasılık	Anlamlılık
İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi	4.693	.000	p<0.05 Anlamlı
Yönetimsel Bilgi Sistemi	3.880	.000	p<0.05 Anlamlı
Klinik Bilgi Sistemi	-.421	.674	p>0.05 Anlamsız
Laboratuvar Bilgi Sistemi	2.271	.025	p<0.05 Anlamlı
Radyoloji Bilgi Sistemi	-.575	.566	p>0.05 Anlamsız
Hemşirelik Bilgi Sistemi	1.217	.226	p>0.05 Anlamsız

Envanter bilgi sisteminin bağımlı değişken olarak kabul edildiği modelde, tablo 12’de görülen ve modelin genel olarak geçerliliğini sınavan F testi anlamlı bulunmuştur. Bu durum envanter bilgi sistemini açıklayan diğer değişkenlerin modelde olması gerektiğini göstermektedir. Tablo 13’ün sonuçlarına göre envanter bilgi sistemlerini açıklayan değişkenler; laboratuvar bilgi sistemi, yönetimsel bilgi sistemi ve insan kaynakları bilgi sistemi olarak belirlenmiştir. T-testine göre bu değişkenler bağımlı değişken olan envanter bilgi sistemini açıklamada anlamlı bulunmuş ve araştırma kapsamında belirlenen aşağıdaki hipotezler doğrulanmıştır;

H13: Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi kullanımında Yönetimsel Bilgi Sistemi etkindir.

H14: Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi kullanımında İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi etkindir.

H16: Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi kullanımında Laboratuvar Bilgi Sistemi etkindir.

Yukarıda geçerliliği ortaya konan hipotezler doğrultusunda görülmektedir ki; envanter bilgi sisteminin kullanıldığı durumlarda, laboratuvar, yönetimsel ve insan kaynakları bilgi sistemlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısıyla envanter bilgi sistemini kullanan kurum personeli, laboratuvar bilgi sistemi, yönetimsel bilgi sistemi ve insan kaynakları bilgi sistemi konusunda da etkin ve donanımlı olmak durumundadır.

Tablo 14
Klinik Bilgi Sistemi F testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	F testi	Olasılık	Anlamlılık
Klinik Bilgi Sistemi	38.948	.000	p<0.05 Anlamlı

Tablo 15
Klinik Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişken	t-testi	Olasılık	Anlamlılık
İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi	3.153	.002	p<0.05 Anlamlı
Yönetimsel Bilgi Sistemi	2.772	.006	p<0.05 Anlamlı
Envanter Bilgi Sistemi	-.421	.674	p>0.05 Anlamsız
Laboratuvar Bilgi Sistemi	2.284	.024	p<0.05 Anlamlı
Radyoloji Bilgi Sistemi	2.664	.009	p<0.05 Anlamlı
Hemşirelik Bilgi Sistemi	4.818	.000	p<0.05 Anlamlı

Klinik bilgi sisteminin bağımlı değişken olarak kabul edildiği modelde, tablo 14'te görülen ve modelin genel olarak geçerliliğini sınyan F testi anlamlı bulunmuştur. Bu

durum klinik bilgi sistemini açıklayan diğer değişkenlerin modelde olması gerektiğini göstermektedir. Tablo 15'in sonuçlarına göre klinik bilgi sistemlerini açıklayan değişkenler; yönetsel bilgi sistemi, insan kaynakları bilgi sistemi, laboratuvar bilgi sistemi, radyoloji bilgi sistemi ve hemşirelik bilgi sistemi olarak belirlenmiştir. T-testine göre bu değişkenler bağımlı değişken olan klinik bilgi sistemini açıklamada anlamlı bulunmuş ve araştırma kapsamında belirlenen aşağıdaki hipotezler doğrulanmıştır;

H19: Klinik Bilgi Sistemi kullanımında Yönetimsel Bilgi Sistemi etkindir.

H20: Klinik Bilgi Sistemi kullanımında İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi etkindir.

H22: Klinik Bilgi Sistemi kullanımında Laboratuvar Bilgi Sistemi etkindir.

H23: Klinik Bilgi Sistemi kullanımında Radyoloji Bilgi Sistemi etkindir.

H24: Klinik Bilgi Sistemi kullanımında Hemşirelik Bilgi Sistemi etkindir.

Yukarıda geçerliliği ortaya konan hipotezler doğrultusunda görülmektedir ki; klinik bilgi sisteminin kullanıldığı durumlarda, yönetsel, insan kaynakları, laboratuvar, radyoloji ve hemşirelik bilgi sistemlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısıyla klinik bilgi sistemini kullanan kurum personeli, yönetsel bilgi sistemi, insan kaynakları bilgi sistemi, laboratuvar bilgi sistemi, radyoloji bilgi sistemi ve hemşirelik bilgi sistemi konusunda da etkin ve donanımlı olmak durumundadır.

Tablo 16
Laboratuvar Bilgi Sistemi F testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	F testi	Olasılık	Anlamlılık
Laboratuvar Bilgi Sistemi	22.717	.000	p<0.05 Anlamlı

Tablo 17
Laboratuvar Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişken	t-testi	Olasılık	Anlamlılık
İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi	.471	.638	p>0.05 Anlamsız
Yönetimsel Bilgi Sistemi	.767	.445	p>0.05 Anlamsız
Envanter Bilgi Sistemi	2.271	.025	p<0.05 Anlamlı
Klinik Bilgi Sistemi	2.284	.024	p<0.05 Anlamlı
Radyoloji Bilgi Sistemi	1.720	.088	p>0.05 Anlamsız
Hemşirelik Bilgi Sistemi	3.067	.003	p<0.05 Anlamlı

Laboratuvar bilgi sisteminin bağımlı değişken olarak kabul edildiği modelde, tablo 16'da görülen ve modelin genel olarak geçerliliğini sınyan F testi anlamlı bulunmuştur. Bu durum laboratuvar bilgi sistemini açıklayan diğey değişkenlerin modelde olması gerektiğini göstermektedir. Tablo 17'nin sonuçlarına göre laboratuvar bilgi sistemlerini açıklayan değişkenler; klinik bilgi sistemi, envanter bilgi sistemi ve hemşirelik bilgi sistemi olarak belirlenmiştir. T-testine göre bu değişkenler bağımlı değişken olan laboratuvar bilgi sistemini açıklamada anlamlı bulunmuş ve araştırma kapsamında belirlenen aşağıdaki hipotezler doğrulanmıştır;

H27: Laboratuvar Bilgi Sistemi kullanımında Envanter Yönetimi Bilgi Sistemi etkindir.

H28: Laboratuvar Bilgi Sistemi kullanımında Klinik Bilgi Sistemi etkindir.

H30: Laboratuvar Bilgi Sistemi kullanımında Hemşirelik Bilgi Sistemi etkindir.

Yukarıda geçerliliği ortaya konan hipotezler doğrultusunda görülmektedir ki; laboratuvar bilgi sisteminin kullanıldığı durumlarda, klinik, envanter ve hemşirelik bilgi sistemlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısıyla laboratuvar bilgi sistemini kullanan kurum personeli, klinik bilgi sistemi, envanter bilgi sistemi ve hemşirelik bilgi sistemi konusunda da etkin ve donanımlı olmak durumundadır.

Tablo 18

Radyoloji Bilgi Sistemi F testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	F testi	Olasılık	Anlamlılık
Radyoloji Bilgi Sistemi	28.604	.000	p<0.05 Anlamlı

Tablo 19

Radyoloji Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişken	t-testi	Olasılık	Anlamlılık
İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi	2.278	.024	p<0.05 Anlamlı
Yönetimsel Bilgi Sistemi	1.855	.066	p>0.05 Anlamsız
Envanter Bilgi Sistemi	-.575	.566	p>0.05 Anlamsız
Klinik Bilgi Sistemi	2.664	.009	p<0.05 Anlamlı
Laboratuvar Bilgi Sistemi	1.720	.088	p<0.05 Anlamlı
Hemşirelik Bilgi Sistemi	4.169	.000	p<0.05 Anlamlı

Radyoloji bilgi sisteminin bağımlı değişken olarak kabul edildiği modelde, tablo 18’de görülen ve modelin genel olarak geçerliliğini sınavan F testi anlamlı bulunmuştur. Bu durum radyoloji bilgi sistemini açıklayan diğer değişkenlerin modelde olması gerektiğini göstermektedir. Tablo 19’un sonuçlarına göre radyoloji bilgi sistemlerini açıklayan değişkenler; hemşirelik bilgi sistemi, insan kaynakları bilgi sistemi, laboratuvar bilgi sistemi ve klinik bilgi sistemi olarak belirlenmiştir. T-testine göre bu değişkenler bağımlı değişken olan radyoloji bilgi sistemini açıklamada anlamlı bulunmuş ve araştırma kapsamında belirlenen aşağıdaki hipotezler doğrulanmıştır;

H32: Radyoloji Bilgi Sistemi kullanımında İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi etkindir.

H34: Radyoloji Bilgi Sistemi kullanımında Klinik Bilgi Sistemi etkindir.

H35: Radyoloji Bilgi Sistemi kullanımında Laboratuvar Bilgi Sistemi etkindir.

H36: Radyoloji Bilgi Sistemi kullanımında Hemşirelik Bilgi Sistemi etkindir.

Yukarıda geçerliliği ortaya konan hipotezler doğrultusunda görülmektedir ki; radyoloji bilgi sisteminin kullanıldığı durumlarda, hemşirelik, insan kaynakları, laboratuvar ve klinik bilgi sistemlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısıyla radyoloji bilgi sistemini kullanan kurum personeli, hemşirelik bilgi sistemi, insan kaynakları bilgi sistemi, laboratuvar bilgi sistemi ve klinik bilgi sistemi konusunda da etkin ve donanımlı olmak durumundadır.

Tablo 20
Hemşirelik Bilgi Sistemi F testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	F testi	Olasılık	Anlamlılık
Hemşirelik Bilgi Sistemi	27.737	.000	p<0.05 Anlamlı

Tablo 21
Hemşirelik Bilgi Sistemi Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişken	t-testi	Olasılık	Anlamlılık
İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi	-2.692	.008	p<0.05 Anlamlı
Yönetimsel Bilgi Sistemi	-2.796	.006	p<0.05 Anlamlı
Envanter Bilgi Sistemi	1.217	.226	p>0.05 Anlamsız
Klinik Bilgi Sistemi	4.818	.000	p<0.05 Anlamlı
Laboratuvar Bilgi Sistemi	3.067	.003	p<0.05 Anlamlı
Radyoloji Bilgi Sistemi	4.169	.000	p<0.05 Anlamlı

Hemşirelik bilgi sisteminin bağımlı değişken olarak kabul edildiği modelde, tablo 20’de görülen ve modelin genel olarak geçerliliğini sınanan F testi anlamlı bulunmuştur. Bu durum hemşirelik bilgi sistemini açıklayan diğer değişkenlerin modelde olması gerektiğini göstermektedir. Tablo 21’in sonuçlarına göre hemşirelik bilgi sistemlerini açıklayan değişkenler; yönetimsel bilgi sistemi, insan kaynakları bilgi sistemi, klinik bilgi sistemi, laboratuvar bilgi sistemi ve radyoloji bilgi sistemi olarak belirlenmiştir. T-

testine göre bu değişkenler bağımlı değişken olan hemşirelik bilgi sistemini açıklamada anlamlı bulunmuş ve araştırma kapsamında belirlenen aşığıdaki hipotezler doğrulanmıştır;

H31: Hemşirelik Bilgi Sistemi kullanımında Yönetimsel Bilgi Sistemi etkindir.

H32: Hemşirelik Bilgi Sistemi kullanımında İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi etkindir.

H34: Hemşirelik Bilgi Sistemi kullanımında Klinik Bilgi Sistemi etkindir.

H35: Hemşirelik Bilgi Sistemi kullanımında Laboratuvar Bilgi Sistemi etkindir.

H36: Hemşirelik Bilgi Sistemi kullanımında Radyoloji Bilgi Sistemi etkindir.

Yukarıda geçerliliği ortaya konan hipotezler doğrultusunda görölmektedir ki; hemşirelik bilgi sisteminin kullanıldığı durumlarda, yönetimsel, insan kaynakları, klinik, laboratuvar ve radyoloji bilgi sistemlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısıyla hemşirelik bilgi sistemini kullanan kurum personeli, yönetimsel bilgi sistemi, insan kaynakları bilgi sistemi, klinik bilgi sistemi, laboratuvar bilgi sistemi ve radyoloji bilgi sistemi konusunda da etkin ve donanımlı olmak durumundadır.

SONUÇ

Küreselleşme ile birlikte artan rekabet ortamı ve ekonomik faaliyetlerin kazandığı yeni boyut, çağdaş gelişmeleri takip etmeyi ve uygulamayı bir gereklilikten çıkarıp zorunluluk haline dönüştürmüştür. Halka sunulan hizmetler, gelişen dünya düzeni ile birlikte karmaşıklaşan sistemin bir parçası halini almıştır. Bu hizmetlerin sunumunda olduğu kadar yönetim sürecinde de mevcut gelişmeleri takip edip uyum sağlamak hayati bir önem taşımaktadır.

Sosyal devlet anlayışının zorunlu bir parçası olarak sağlık hizmetleri devletin görev ve sorumluluk alanına girmektedir. Her ne kadar özel sektör kapsamında da bu hizmetler sağlanıyorsa da denetim ve mevzuat anlamında devletin önemli bir rolü bulunmaktadır.

Sağlık alanı, yalnızca hekimlik pratiğiyle değil, farklı sektörel uygulamalarla da iç içedir; ilaç sektöründen medikal ürünlere, tıbbi cihazlardan sarf malzemelere çok geniş bir yelpazede ilerleyen sağlık sektörü, bugün dünya çapında gıda sektöründen sonra en büyük sektör konumundadır. Böylesi bir iş sahasını yönetmek ve uygulama alanlarının her türlü işleyiş ve denetimini sağlamak oldukça karmaşık ve güç bir iştir.

Sağlık hizmeti uygulamalarının bugün geldiği noktayı, iki bağlamından ayrı düşünmemekteyiz; birincisi küreselleşen dünyada bir iş sahası olarak konumu, ikincisi ise teknolojik gelişmelerle olan bağı. Dünyada çok yönlü ekonomik sistem içerisinde sağlık hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır.

Organizasyon yapılarının yeniden yorumlandığı günümüz dünyasında, işletmecilik ve yöneticilik başlı başına ayrı bir profesyonellik alanıdır. Bu anlamda hangi iş sahası olursa olsun, mesleki pratik ve bilgidен ziyade yöneticilik vasıfları işletmelerin idaresinde ön plana çıkmaktadır. Büyüyen ve karmaşıklaşan ekonomik faaliyetlerin ayakta kalabilmesi doğru yönetim şekliyle mümkündür. İşletmelerin planlamaları ve strateji belirlemeleri, bunları uygulamaya dökmeleri, koodinasyonu sağlamaları, mevcut insan kaynaklarını yönetmeleri, verimliliği tayin etmeleri, mali girdi ve çıktı hesaplamalarını doğru yürütmeleri, ürün ve hizmetler üzerinde kurdukları denetim ve iyileştirme çalışmaları, topyekün olarak geleceğini çizmede önemli ve hayati rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri yönetimi de bu bağlam içerisinde değerlendirilmelidir.

İşletme yönetimlerinde ve işletmelerin faaliyet pratiklerinde günümüz dünyasında teknolojik ve bilişsel gelişmeler temel bir nokta oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti uygulamalarında tıbbi ve medikal anlamda yaşanan teknolojik gelişmeler kadar yönetsel anlamda da teknolojinin ve bilişim sistemlerinin oynadığı hayati rol ortadadır. Sağlık hizmetleri yönetiminde karşılaşılan yönetsel zorlukları aşmada, yöneticilerin profesyonel işletmecilik yetenekleri kadar, bilgi teknolojilerinin kullanımı da önemli avantajlar sağlamaktadır. Verimliliği arttırmada, doğru maliyet hesaplamalarında, idari ve mali işlerin yürütülmesinde, koordinasyon ve denetim alanlarında, planlama ve strateji geliştirmede, tıbbi koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sunumunda, hem hizmet verilen hastalara hem de yönetim süreçlerine ait bilgi ve belgelerin işlenmesi, arşivlenmesi, ulaşımı ve dağıtımında bilgi teknolojileri sağladığı pratiklik ve uygulama kolaylığı açısından oldukça önemlidir.

Türkiye’de sağlık yönetiminin uzun yıllar geleneksel bakış açısıyla hekimlik pratiği olanların görev ve sorumluluğuna verildiği görülmüştür. Sağlıkın devlet çatısı altında kurumsallaşması oldukça uzun bir zaman almıştır. Yönetimde yapılmak istenen değişimlerin yönetmelik ve mevzuatlar bağlamından uygulamaya geçirmede zaman zaman sıkıntılar yaşandığı tespit edilmiştir. 1980’li yıllardan sonra sağlık sektöründe hizmet veren kurum ve kuruluşlarda özel sektör girişimlerinin arttığı görülmektedir. Yönetsel anlamda özel sektörün pratiği daha çağdaş ve uzmanlaşmış bir anlayışa hizmet etmiştir. Kamusal alanda 2000’li yıllarda hayata geçirilen Kamu Hastaneler Birliği ile yönetim alanında köklü değişiklikler yapılmaya çalışılmış, çağdaş ve bilimsel bir yönetim anlayışı yakalanmaya çalışılmışsa da mevzuatta yer alan açıklar, uygulamada yetersizliklere yol açmıştır. Sağlık yöneticisi yetiştirmede eğitimin önemi göz ardı edilmiş, ikinci plana atılmış, bu durumda yüksek öğrenimlerde verilen eğitimlerin örgütlenmesinde gecikme ve aksamalara neden olmuştur.

Bilgi teknolojilerinin etkin bir şekilde kullanılmaya başlanması ve sağlık işletmelerinde bilgisayar donanımının artması sektör için oldukça önemli bir gelişmedir. Hem hasta ilişkilerinde bilgi ve kayıt sistemi hizmetlerde kolaylık ve kaliteyi arttırmış hem hizmet yönetimi basamaklarında kullanılan bilişim teknolojileri yönetsel kolaylıklar ve gelişmeler sağlamıştır.

Sağlık organizasyonlarında performans ve kalite yönetimi sürecinde bilgi teknolojilerinin kullanımı önemli avantajlar sağlamaktadır. Sağlık hizmeti uygulamalarında koordinasyon halinde olunan diğer kurum ve kuruluşların standartları, hizmeti sağlayan hekimlerin veri bankası, uluslararası anlamda tanımlanmış ve kabul görmüş hastalık sınıflamaları, ilaç ve medikal malzemelerin standart kodlama sistemleri aktif olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde yönetim bilgi sistemleri, strateji oluşturmada, işletmenin hedeflerine ulaşmasında gerekli planlamaların yapılmasında kullanılabilecek istatistiksel ve grafiksel bilgilerin, işletme dışı bilgilerin işlenmesinden elde edilen veriler ışığında, yöneticilerin faaliyetlerinde gerekli olacak bilgilerin sağlandığı stratejik raporlar halinde üst yönetime sunulmasını sağlamaktadır. Ayrıca mevcut yönetsel bilgi sistemleri insan kaynakları alanında, mevcut iş gücünün takibini yapmak, niteliklerini belirlemek, mevcut bilgiler ışığında geliştirme çalışmaları yapmak adına gerekli verilerin ortaya konmasında önemli rol oynamaktadır.

Türkiye’de sağlık sistemi, hem hastalara sunulan sağlık hizmetleri pratiğinde, hem sağlık hizmeti sağlayan hekim ve diğer destek sağlık personelinin uygulamada kullanacağı verilerin sağlanmasında hem yönetsel alanda organizasyonların yapılandırılması, işletilmesi ve denetlenmesinde kullanılan farklı bilgi sistemleriyle donatılmıştır. Bu sistemlerin her geçen gün küresel dünyada değişen gelişmeleri takip ederek yenilenmesi, çağdaş ve bilimsel yönetim anlayışıyla iyileştirilecek sağlık hizmetlerinin idaresinde daha aktif ve işlevsel anlamda geliştirilerek kullanılması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kullanılan bilgi sistemleri, her ne kadar uzmanlık alanlarına göre ayrı ayrı sınıflandırılmış olsa da, kullanıldıkları organizasyonun karmaşık ve bütünsel yapısı, bu sistemlerin birbiri ile ilişkisini zorunlu kılmaktadır. Dolayısıyla, söz konusu bilgi sistemlerini kullanan personelin, ilintili olan diğer sistemler konusunda da bilgili ve yetenekli olması beklenmektedir.

Araştırmada saptanan veriler, yönetsel, insan kaynakları, klinik, envanter yönetimi, laboratuvar, radyoloji ve hemşirelik bilgi sistemlerinin birbiri ile bağlantısını ortaya koymuştur. Sistemlerin işlevsel kullanımı için tek başına gelişmiş ve verimli olması

yeterli değildir. Sağlık hizmeti organizasyonlarının, planlı, sistematik, gelişime açık ve verimli bir şekilde yönetilebilmesi, organizasyonun işleminin temelinde yatan bilgi sistemlerinin kompleks şekilde birbirleriyle bağlantıları içerisinde sisteme adapte edilmesine bağlıdır.

Araştırmada ilk olarak katılımcıların demografik özellikleri bağlamında frekans analizi yapılmış, ardından literatürde en önemli görülen 7 ayrı bilgi sisteminin regresyon analizi yapılmıştır. Bu bilgi sistemleri; yönetsel bilgi sistemi, klinik bilgi sistemi, insan kaynakları bilgi sistemi, envanter yönetimi bilgi sistemi, laboratuvar bilgi sistemi, radyoloji bilgi sistemi ve hemşirelik bilgi sistemi olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın sonucunda, yönetsel bilgi sistemi kullanımında envanter, klinik ve hemşirelik bilgi sistemlerinin etkin olduğu saptanmış ve H2, H3, H6 doğrulanmış, klinik bilgi sistemi kullanımında yönetsel, insan kaynakları, laboratuvar, radyoloji ve hemşirelik bilgi sistemlerinin etkin olduğu saptanmış ve H19, H20, H22, H23, H24 doğrulanmış, insan kaynakları bilgi sistemi kullanımında envanter, klinik, radyoloji ve hemşirelik bilgi sistemlerinin etkin olduğu saptanmış ve H8, H9, H11, H12 doğrulanmış, envanter yönetimi bilgi sistemi kullanımında yönetsel, insan kaynakları ve laboratuvar bilgi sistemlerinin etkin olduğu saptanmış ve H13, H14, H16 doğrulanmış, laboratuvar bilgi sistemi kullanımında envanter, klinik ve hemşirelik bilgi sistemlerinin etkin olduğu saptanmış ve H27, H28, H30 doğrulanmış, radyoloji bilgi sistemi kullanımında insan kaynakları, klinik, laboratuvar ve hemşirelik bilgi sistemlerinin etkin olduğu saptanmış ve H32, H34, H35, H36 doğrulanmış, hemşirelik bilgi sistemi kullanımında yönetsel, insan kaynakları, klinik, laboratuvar ve radyoloji bilgi sistemlerinin etkin olduğu saptanmış ve H31, H32, H34, H35, H36 doğrulanmıştır.

Araştırmanın örnekleminin genişletilmesi, söz konusu bilgi sistemleri arasındaki ilişkiyi kurma açısından daha verimli sonuçlar verecektir. Ayrıca örneklemin, eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler gibi çeşitlendirilmiş kurumlar üzerinde, daha yoğun sayıda yönetici, hekim, idari personel, hemşire, mühendis ve diğer sağlık personellerinin katılımıyla gerçekleştirilmesi öneriler olarak ortaya konabilir.

KAYNAKÇA

- AYDIN, Bilge, (2007), "Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon", 5. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*, <http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/bilge.aydin-das-2007-yazi.pdf>, Erişim tarihi: (11.05.2019)
- BEDÜK, Aykut, (2002), "Bilgi Çağında Bilgi Toplumu ve Bilgi Ekonomisi", 1. *Ulusal Ekonomi ve Yönetim Kongresi Bildirileri Kitabı*, Kocaeli, S.83-106.
- KARAKAŞ, Sekine, (1991), "Yönetim Enformasyon Sistemleri", *Kütüphane Enformasyon Arşiv Alanında Yeni Teknolojiler ve Türkmarc Sempozyumu Bildiri Kitabı*, İstanbul, s.254-263.
- ÖNAL, S., KÖK, D., (2002), "İşletmelerde Bilginin Stratejik Boyutu: Kahramanmaraş Tekstil İşletmelerinde Muhasebe Departmanlarının Stratejik Karar Sürecinde Etkinliği Araştırması", 10. *Ulusal Yönetim Organizasyon Kongresi Bildiri Kitabı*, Antalya.
- SÜMEN, Esra, ZAYİM, Neşe, SAKA, Osman, (2005), "Laboratuvar Bilgi Sistemi Uygulaması: Benimseme ve Kullanıcı Memnuniyeti", 2. *Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Kitabı*, Antalya.
- TURHAN, Kemal, KÖSE, Aslı, (2010), "Hemşirelerin Hemşirelik Bilişimi Hakkındaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi: Trabzon İline Ait Bir Çalışma", 7. *Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Kitabı*, Trabzon, s. 123-131.
- YAMAK, Rahmi, KOÇAK, Necmettin Alpay., (2006), "Bilgi Teknolojisi Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri: 1993-2005", 5. *Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi Kitabı*, C.1, Kocaeli.
- ADA, Nesrin, (2007), "Örgütsel İletişim ve Yeni Bilgi Teknolojileri; Örgütsel İletişim Ağları", *Ege Akademik Bakış Dergisi*, C. 7, S. 2, İzmir.
- ANAMERİÇ, Hakan, (2005), "Yönetim Bilgi Sistemlerinin Yönetim Fonksiyonları Üzerine Etkisi", *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, C.45, S.2, Ankara.
- ASLAN, Özlem, VURAL, Huriye, AVCI, Pınar Yeşim, (2003), "Ameliyat Hemşirelerinin Etik Sorunlarına Yönelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi", *Gülhane Tıp Dergisi*, 45 (2), 147-152.
- CAN, Ali, İBİCİOĞLU, Hasan (2008), "Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi", *Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF) Dergisi*, C. 13, S. 3, Isparta.
- ÇELEN Özay, KARAALP, Turgut, KAYA, Sıdıka, DEMİR Cesim, TEKE, Abdülkadir, AKDENİZ, Ali, (2007), "Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi

Yoğun Bakım Ünitelerinde Görev Yapan Hemşirelerin Uygulanan Hizmet İçi Eğitim Programlarından Beklentileri ve Bu Programlar İle İlgili Düşünceleri”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2007, 49, s: 25-31.

ÇİMEN, Mesut, (2010), “Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetimi Eğitimi”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, C. 1, S. 3, İstanbul.

ESATOĞLU, Afsun E., KÖKSAL, Aysel, (2002), “Hastanelerde Bilgisayar Teknolojisi Kullanımı”, *Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi*, C.55, S.1, Ankara, s. 29-40.

GÖL, Mehmet, (1999), “Stratejik Karar Alma Ortamında Üst Yönetim Bilgi Sistemi ve Uzman Sistemler”, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, S.3, Kütahya, s.357-364.

KARAASLAN, Ahmet, ÇELEBİOĞLU, Fatih, (2005), “Ekonomik Büyüme Etkileyen Bir Faktör Olarak Bilişim Teknolojileri: Gelişmiş Ülke Örnekleri ve Türkiye'nin Durumu”, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Kütahya

KASAPOĞLU, Aytül, (2016), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü”, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, Cilt:19, Sayı:2, Ekim 2016, s. 131-174.

KAYA, Esin, (2007), “Sağlık Kurumlarında Örgüt Kültürü(Burdur-Isparta Örneği)”, Süleyman Demirel Üniversitesi, SBE, YYLT, Isparta.

KISAKÜREK, M. Mustafa, ELDEN, Seval, (2011), “Hastanelerde En Uygun Stok Kontrol Yönteminin Analitik Hiyerarşi Süreci İle Seçimi: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama”, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, C. 12, S. 2, s.215-233

KİTAPÇI, C., (1993), “Ülkemizde Sağlık Yönetimi”, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

KÖKSAL, Aysel, ESATOĞLU, Afsun E., (2005), “Ankara İlindeki Üniversite ve Özel Hastanelerde Kullanılan Elektronik Hastane Bilgi Sistemlerinin Analizi”, *Ankara Üniversitesi, Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, C.7, S.1, Ankara, s.53-65.

MEMİŞOĞLU, Dilek, (2016), “Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı”, *Yasama Dergisi*, Sayı:34, Ankara, S.62-93.

ŞANTAŞ, Fatih, ÖZER, Özlem, ÇIRAKLI, Ümit, (2012), “Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan gücü Planlaması”, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi*, C. 2, S. 2, Güz s. 45-59.

ATALAY, S., (2004), “Ülkemizde Sağlık Hizmetleri ve Yerelleştirme Politikaları”, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- BOYLUBAY, Özaydın, (2017), “*Sağlık Hizmetlerinin Yönetiminde ve Hasta Bakımında Bilgi Teknolojilerinin Kullanımı*”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
- BÜLBÜL, Hasan, (2003), “*Rekabet Üstünlüğü Sağlamada Ürün ve Süreç Yeniliği: Bilişim Teknolojileri Uygulaması*”, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- ÇELEBİ, Meliha Y., (2014), “*Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Sistemler ve Modüller*”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- KUTLAY O, YILMAZLAR A., (2001), “*Anestezi ve Yoğun Bakımda Etik, Klinik Etik*”, Ed. Erdemir Demirhan, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- KUZAN, T., Fatma, (2015), “*Sağlık Kurumlarında Yönetimsel Zorluklar ve Yönetim Algısı*”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- ÖZTÜRK, Havva, (2002), “*Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri ve Performans Düzeyleri*”, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- SALUVAN, Mehmet, (2015), “*Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi ile Hastane Bilgi Sistemleri İlişkisi*”, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- ŞAHİN, Burcu, (2010), “*Hastane Yönetim Süreçleri ve Sağlık Yönetim Bilgi Sistemleri*”, Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- AK, Bilal, (1989), “*Milli Sağlık Politikası Tespit Komisyonu Sağlık İdarecilerinin Yetiştirilmesi ve İstihdam Raporu*”, Ankara.
- AK, Bilal, (1990), “*Hastane Yöneticiliği*”, Ankara.
- AKDUR, Recep, (1998), “*Türkiye’de Sağlık Politikaları*”, Ankara: ANTIP.
- AKDUR, Recep, (1999), “*Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslama*”, Ankara, (düzenleme 2005).
- ARDAHAN, F., (2003), “*Küçük ve Orta Boy İşletme Yöneticileri İçin Zaman Yönetimi*”, Akdeniz Üniversitesi, Yayın No:59, Antalya.
- ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ UZAKTAN EĞİTİM MERKEZİ LİSANS TAMAMLAMA PROGRAMI, (2011), “*Yönetim ve Organizasyon*”, 19. Hafta, Ders Notları, s.4. <http://194.27.49.103/atauzem/programlar.aspx?program=1&sayfa=0>, (Erişim Tarihi: 03.04.2019).

- ÇELİK, Yusuf, (2011), “Örgüt Teorileri ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Sağlık Kurumları Yönetimi -1-, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayını, (Ed. M. Tatar), No:1599, Eskişehir.
- ÇETİN, C. A., (2007), “Yeni Ekonomi ve Verimlilik Paradoksu, Kalkınmada Verimlilik Anahtarı”, Ankara.
- GÖRAL, Ramazan, (2003), “Ofis Otomasyon Teknolojilerinin Evrimi ve Yeni İş Dünyası Üzerindeki Etkileri”, <http://gazi.edu.tr/posts/download?id=152305>, Erişim tarihi: 9.05.2019.
- GÜLEŞ, Hasan Kürşat, BÜLBÜL, Hasan, (2004), “Yenilikçilik: İşletmeler İçin Stratejik Üstünlük”, Nobel Yayınevi, Ankara.
- ÖZDEMİR, Yusuf E., (2001), “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları- Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları”, *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, Ankara, Y.T. Yayıncılık.
- ÖZGEN, Hüseyin, (1995), “Çağdaş Hastane Yönetimi Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar”, *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, Anadolu Üniversitesi Yayın No:845, Açık öğretim Fakültesi Yayın No: 449, Eskişehir.
- SARVAN, Fulya, (1995), “Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi”, *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, (Der. Hikmet Seçim), Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- SEÇİM, Hikmet, (1991), “Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi”, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- TATAR, Mehtap, ŞAHİN, İsmet, ERİĞÜÇ, Gülsün, (2000), “2000 li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi”, *1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*, Ankara.
- TEKİN, Mahmut, GÜLEŞ, K. Hasan, BURGESS, Tom, (2000), “Değişen Dünyada Teknoloji Yönetimi”, Damla Ofset Yayınevi, 2. Baskı, Konya.
- TENGİLİMOĞLU, Dilaver, IŞIK, Oğuz, AKBOLAT, Mahmut, (2012), “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.
- TOPALOĞLU, Melih, KOÇ, Hakan, (2007), “Büro Yönetimi Kavramlar ve İlkeler”, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- UÇAR, Gonca, (2007), “Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirme Çalışmaları: Mersin İl Örneği”, Mersin Üniversitesi, SBE, YYLT, Mersin.
- VERMİŞLİ, Peker, Sevgi, Yavuz Van Giersbergen, Meryem, BİÇERSOY, Gülten, (2018), “Sağlık Bilişimi ve Türkiye’de Hastanelerin Dijitalleşmesi”, *Sağlık Akademisi Kastamonu*, Cilt:3, Sayı:3, Kastamonu, 2018, s.91-92.

YAHYAGİL, Mehmet Y., (2001), “KOBİ’ lerde Bilgisayar Teknolojileri Uygulamaları”, İstanbul.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ, (1983).

1961 ANAYASASI, Üçüncü Bölüm, “Sosyal ve İktisadi Haklar ve Ödevler”, VII. Sağlık Hakkı, Madde 49; <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>. (08.05.2019).

663 SAYILI KHK, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, Erişim tarihi: (11.05.2019).

694 SAYILI KHK, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf>, Erişim tarihi: (11.05.2019).

BİRİNCİ BYKP, Kamu Hizmetlerinin Bölümleri, Sağlık, [://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx](http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx), Erişim tarihi: (10.05.2019)

ÇAM, Handan, (2017), “Laboratuvar ve Radyoloji İşlemlerinde Bilgi Sistemleri Kullanımı”, Erzurum Atatürk Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Hastane Bilgi Sistemleri, https://www.researchgate.net/publication/312212741_LABORATUVAR_VE_RADYOLOJI_ISLEMLERINDE_BILGI_SISTEMLERI_KULLANIMI, (Erişim tarihi: 10.05.2019).

DEVLET PLANLAMA TESKİLATI MÜSTESARLIĞI, 9. Kalkınma Planı, <http://www.plan9.dpt.gov.tr/plan9-orta.ht>, (12.05.2019)

MEDİKAL NEWS, “Sağlık Bilişiminin Kısa Tarihi”, Yayın tarihi: 19.10.2015 <http://www.medikalnews.com/saglik-bilisiminin-kisa-tarihi/> (12.05.2019)

ÖZEN, Üstün, (2017), “Bilgi Sistemlerine Giriş: Temel Kavramlar”, Yönetim Bilişim Sistemleri, Erzurum Atatürk Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, <https://www.ataaof.edu.tr/Dosyalar/YonetimBilisimSistemleri.pdf>, (Erişim tarihi: 08.05.2019).

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ HAKKINDA KANUN; <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>, Erişim tarihi: (09.05.2019).

TÜRKİYE CUMHURİYETİ ANAYASASI, Kanun No:2709, Kabul Tarihi:7.11.1982, https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf, Erişim tarihi: (11.05.2019)

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ, Resmi Gazete: 13 Ocak 1983 – 17927, Madde, 110;

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=311:yatakli-tedavkurumlari-letme-yetmel&Itemid=33, Erişim tarihi: (10.05.2019)

ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI, (1993), Ankara,
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf> Erişim tarihi: (11.05.2019)



EK

Hastane Bilgi Sistemlerinin İşlevleri Üzerine Bir Anket Çalışması

Kullandığınız Hastane Bilgi Sistemi aşağıda belirtilen nitelikleri sağlıyor mu?

* Gerekli

1-Hastanın müracaatını takiben, polikliniğin yoğunluk durumu ve anlık bekleyen hasta sırasına göre, hastaya tahmini muayene süresi verebiliyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

2-Hastanenin mevcut yatak kapasitesinin doluluk oranını izleme imkanı veriyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

3-Yaşlı ve engelli hastalara öncelikli olarak hizmet sağlanmasını mümkün kılıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

4-Hastaların sağlık durumuna ilişkin belgelerin, hastaya elektronik ortamda verilmesine imkan sağlıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

5-Hastaya ait tüm inceleme, araştırma ve tahlil belgelerine (radyoloji, laboratuvar, endoskopi, patoloji vs.) erişim imkanı sağlıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

6-Laboratuvar örneklerinin alınması, incelenmesi, kayıt altına alınması ve sonuçların raporlanması sürecinin kayıtlarını tutuyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

7-Laboratuvar örneklerinin kabul veya ret durumlarına ilişkin kriterler uyarınca kullanıcıları uyarıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

8-Laboratuvar sonuçlarında bulunan panik değerler için uyarı sistemine sahip mi? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

9-Laboratuvarların tüm süreçleri kapsamında yaşanan sorunları kayıt altına alıp istatistiksel veriler sunabiliyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

10-Radyoloji çekim görsellerinin sisteme bağlı tüm bilgisayarlar tarafından görüntülenmesine imkan sağlıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

11-Radyoloji tetkikleri için randevu ve sonuç çıkma sürelerini hesaplayabiliyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

12-Teletıp uygulamaları üzerinden hastalara ilişkin verilerin iletilmesine imkan sağlıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

13-Hastanın yataklı tedavi süresince ihtiyaç duyduğu bakım planlarının kaydına ve bakım sonucu hastada izlenen değişikliklerin kaydının tutulmasına olanak sağlıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

14-Hasta için verilen istemlerin (laboratuvar, ilaç, radyoloji, hemşirelik bakım, rehabilitasyon istemleri gibi) kayıt altına alınarak takip edilmesine imkan sağlıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

15-İlaç-ilaç ve ilaç-besin gibi etkileşimler konusunda kullanıcıları uyarıyor mu? *

- Evet

- Hayır
- Bilgim Yok

16-Tanı ve tedavi programları kapsamında hastaya verilecek eğitimler konusunda uyarıda bulunabiliyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

17-Hasta ve personel güvenliğini riske atacak olayları kalite birimine bildirmeyi olanaklı kılıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

18-Yöneticilerin ihtiyacı olabilecek anlık istatistiksel verilere (dolu yatak oranı, polikliniklerde hasta sıra durumu vs.) ulaşımı sağlıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

19-Yöneticilerin ihtiyacı olabilecek dönemsel rapor ve grafikleri (aylık kesilen faturalar, aylık ayakta hasta sayısı vs.) temin edebiliyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

20-Tıbbi cihazların bakım ve değişim zamanlarında kullanıcıları uyarıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

21-Kullanılan ilaç ve sarf malzemenin stok durumu ve son kullanma tarihlerine göre kullanıcıları uyarıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

22-Kurumdaki cihazların hangi birime ait ve hangi personelin sorumluluğunda olduğuna dair envanter listelerine ulaşımı sağlıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

23-Kurum personelinin iş kazaları yönünden takibine olanak sağlıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

24-HBS kullanıcılarının kurumda hazırlanan raporlara ulaşmasına imkan sağlıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

25-Personelin eğitim durumu, becerileri, iş tecrübeleri, aldığı eğitim programları gibi bilgileri içeren insan kaynaklarına destek olacak bir donanıma sahip mi? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

26-Bütün hastane personelinin belirli yetki gruplarına göre hastane bilgi sistemine erişimini sağlıyor mu? *

- Evet
- Hayır
- Bilgim Yok

27-Cinsiyet *

- Erkek
- Kadın

28-Yaş *

- 18-25
- 26-35
- 36-40
- 40+

29-Meslek *

- Hekim
- Hemşire
- Diğer Sağlık Personeli
- Yönetici
- İdari Personel
- Mühendis

30-Eğitim Durumu *

- Lise
- Ön lisans
- Lisans
- Yüksek Lisans
- Doktora
- Tıp Uzmanlığı

31-Mesleki Tecrübesi *

- 0-3 Yıl
- 4-7 Yıl
- 8-11 Yıl
- 12 Yıl ve Üstü