

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETİ
PAZARLAMASINDA YENİ YAKLAŞIMLAR**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevda YAŞAYACAK

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

HAZİRAN 2014

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETİ
PAZARLAMASINDA YENİ YAKLAŞIMLAR**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevda YAŞAYACAK

1103810282

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. M. Hakan Keskin

Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler, Enstitüsü'nün 1103810282 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi, "Sevda YAŞAYACAK", ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETİ PAZARLAMASINDA YENİ YAKLAŞIMLAR" başlıklı tezini, aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. M. Hakan KESKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi

Jüri Üyeleri:

Prof. Dr. Aliye Mavili AKTAŞ
Konya Selçuk Üniversitesi

Doç. Dr. M. Hakan KESKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 30.06.2014

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum, “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Pazarlamasında Yeni Yaklaşımlar” adlı çalışmanın, tarafımdan akademik etik ve kurallara aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yaralandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

26.06.2014
Sevda YAŞAYACAK



ÖNSÖZ

Bu çalışmada, rekabet ortamında varlıklarını sürdürmeye çalışan sağlık işletmelerinin, hizmet sunumunda kalite anlayışı ve modern pazarlama yaklaşımlarının sağlık sektöründeki yeri ve bu pazarlama yaklaşımlarının sağlık pazarlamasında uygulanmasıyla sağlık sektörüne sağlayacağı katkılar ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

Bu tez çalışmasında beni yönlendiren, bilgisini ve yorumlarını benimle paylaşan, zaman ayırarak akademik kariyerimde bana yol gösteren tez danışman hocam Sayın Doç. Dr. M. Hakan Keskin'e; ayrıca tüm yaşamım boyunca hedeflerime ulaşmakta beni cesaretlendiren, sevgi ve desteğini esirgemeyen canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Haziran-2014

Sevda YAŞAYACAK

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	vii
KISALTMALAR	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	4
1. HİZMET SEKTÖRÜ, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK SEKTÖRÜ ve SİSTEM YAPISI	4
1.1 Hizmet Kavramı ve Hizmet Sektörü	4
1.2 Hizmet Sektörünün Önemi ve Gelişme Nedenleri	7
1.3 Hizmetlerin Sınıflandırılması	7
1.4 Hizmetlerin Özellikleri	10
1.5 Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri	13
1.6 Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemleri	15
1.6.1 Sektörün Küresel Boyutu	16
1.6.2 Sağlık Sektörü	17
1.6.3 Sağlık Sistemleri	19
1.6.4 Sağlık Sektörlerinin ve Sağlık Sistemlerinin Yapıları	21
1.6.4.1 Sağlık sektörü örgütlenmesi	21
1.6.4.2 Sağlık hizmetleri arzı	22
1.6.4.3 Sağlık hizmetleri talebi	24
İKİNCİ BÖLÜM	26
2. KALİTE ve SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ANLAYIŞI	26
2.1 Kalitenin Tanımı ve Kaliteyle İlgili Kavramlar	27
2.2 Kalitenin Tarihsel Gelişimi	30
2.2.1 Muayene	30
2.2.2 Kalite Kontrol	30
2.2.3 Kalite Güvence	31
2.2.4 Toplam Kalite Yönetimi	32
2.3 Kalitenin Bileşenleri	34
2.4 Sağlık Hizmetlerinde Kalite	35
2.5 Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri	37
2.6 Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi	41
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	44
3. PAZARLAMA ve SAĞLIK HİZMETİ PAZARLAMASININ GELİŞİMİ	44
3.1 Pazarlama Kavramı ve Pazarlamanın Önemi	44
3.2 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Benimsenişi	46
3.3 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamaya Getirilen Eleştiriler	49
3.4 Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Tanımı ve Özellikleri	52

3.5 Sağlık Hizmeti Pazarlama Karması Elemanları	55
3.5.1 Ürün Karması	55
3.5.2 Fiyat Karması	56
3.5.3 Dağıtım (Yer) Karması.....	56
3.5.4 Tutundurma Karması.....	57
3.5.5 Katılımcılar Karması	57
3.5.6 Fiziksel Ortam Karması	58
3.5.7 Süreç Yönetimi Karması	58
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	59
4. HİZMET PAZARLAMASINDA YENİ YAKLAŞIMLAR ve HİZMET PAZARLAMASINDAKİ YENİ YAKLAŞIMLARIN SAĞLIK HİZMETİ PAZARLAMASINDAKİ UYGULAMALARI	59
4.1 İlişkisel Pazarlama.....	59
4.1.1 İlişkisel Pazarlamanın Önemi.....	61
4.1.2 İlişkisel Pazarlamanın Amaçları.....	62
4.1.3 İlişkisel Pazarlama İle İşlemsel Pazarlama Arasındaki Farklar	64
4.1.4 İlişki Pazarlamasının Yakın Geleceği	65
4.1.5 Sağlık İşletmelerinde İlişkisel Pazarlama Uygulamaları	68
4.2 Müşteri İlişkileri Yönetimi.....	70
4.2.1 Müşteri İlişkileri Yönetimi Kavramı ve Amaçları	71
4.2.2 Müşteri İlişkileri Yönetiminin Pazarlama Faaliyetlerine Katkıları.....	73
4.2.3 Müşteri İlişkileri Yönetimi Süreci.....	74
4.2.4 Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Uygulamaları	77
4.3 Gerilla Pazarlama	78
4.3.1 Gerilla Pazarlama İle Geleneksel Pazarlama Arasındaki Farklar	80
4.3.2 Gerilla Pazarlama Süreci	81
4.3.3 Gerilla Pazarlaması İletişim Araçları	82
4.3.4 Sağlık Hizmetlerinde Gerilla Pazarlama Uygulamaları	86
BEŞİNCİ BÖLÜM	89
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	89
KAYNAKLAR	92
ÖZGEÇMİŞ.....	107

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1	: Hizmet tanımlarının tarihsel gelişimi.	5
Tablo 1.2	: Ülke makroekonomik göstergeleri.	6
Tablo 1.3	: Literatürde hizmetlerin sınıflandırılması.	8
Tablo 1.4	: Yapılarına göre hizmet sınıflandırması.	9
Tablo 1.5	: Müşteri bazlı hizmet sınıflandırması.	9
Tablo 1.6	: Hizmet işletmelerinin esneklik ve inisiyatiflik derecelerine göre hizmet sınıflandırması.	10
Tablo 1.7	: Fiziksel mallar ve hizmetler arasındaki farklar.	13
Tablo 1.8	: Bazı ülkelerdeki sağlık harcama payları.	17
Tablo 1.9	: Türkiye’de sağlık sektörü örgütlenmesinde yer alan kurum ve kuruluşlar.	22
Tablo 1.10	: Sağlık kurumu sayısı ve toplam yatak sayısı.	23
Tablo 1.11	: 100.000 kişiye düşen hekim sayısı bakımından AB, DSÖ Avrupa bölgesi ülkeleri ve Türkiye ortalaması karşılaştırması.	23
Tablo 1.12	: Türkiye, AB ülkeleri ve DSÖ Avrupa bölgesi ülkelerinde 100.000 kişiye düşen hemşire sayısının karşılaştırılması.	23
Tablo 1.13	: Sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları, 2012, Türkiye.	24
Tablo 2.1	: Juran’ın kalite yönetim trilojisi.	29
Tablo 2.2	: Toplam kalite yönetimi ile klasik yönetimin karşılaştırılması.	33
Tablo 3.1	: Sekiz ana pazarlama görevi.	46
Tablo 3.2	: Hastanelerin Pazarlamayı Benimsemesinde Dört Aşama.	48
Tablo 4.1	: Müşteri elde etmekten müşterinin elde tutulmasına doğru stratejik kayma.	63
Tablo 4.2	: İşlemsel pazarlama ile ilişki pazarlamasının karşılaştırılması.	64
Tablo 4.3	: CRM’nin yararları.	74
Tablo 4.4	: Gerilla pazarlamayı geleneksel pazarlamadan ayıran özellikler.	81
Tablo 4.5	: Hastayı elde tutma stratejisinin üç düzeyi.	69

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1	: 2012 yılında sektörlerin GSYH içindeki payları	6
Şekil 2.1	: Kalite kontrolün tarihsel gelişimi	31
Şekil 2.2	: Kalitenin bileşenleri.....	35
Şekil 2.3	: Etkilik Ölçümü	38
Şekil 2.4	: Optimal Hizmet Miktarının Belirlenmesi.....	39
Şekil 3.1	: Sağlık Hizmetleri Karması Elemanları.....	55
Şekil 4.1	: İlişkisel pazarlama yaklaşımı: müşteri hizmeti, kalite ve pazarlamayı bir araya getirmektedir.	61
Şekil 4.2	: İlişki pazarlaması ile ilişki pazarlamasının geleceğini belirleyecek diğer pazarlama faktörleri.	65
Şekil 4.3	: Müşteri ilişkileri yönetim süreci	77

KISALTMALAR

CRM	: Müşteri İlişkileri Yönetimi
AMA	: Amerikan Pazarlama Birliği
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
AB	: Avrupa Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
JCAHO	: Sağlık Kurumları Birleşik Akreditasyon Komitesi

ÖZET

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETİ PAZARLAMASINDA YENİ YAKLAŞIMLAR

YAŞAYACAK, Sevda

Yüksek Lisans, İşletme Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. M. Hakan Keskin

Haziran-2014, 107 sayfa

Küreselleşmeyle birlikte toplum ve bireylerin, sağlığa olan talep ve erişebilirliğinin artmasıyla; sağlık sektöründe rekabet ortamı artmış ve işletme sahipleri var olan müşterilerini elde tutmak, yeni müşteriler kazanmak ve küresel pazarda varlıklarını sürdürmek için, kalite anlayışlarını ön planda tutarak pazarlamada yeni arayışlara yönelmişlerdir.

Bu bağlamda çalışmada; konuyla ilgili birçok sayıda literatür araştırması yapılarak sağlık sektörü sistem ve yapısıyla incelenmiş, sektörde önemli bir olgu olan kalite; sağlık pazarlamasındaki yeni yaklaşımlarla birlikte ele alınmıştır. Araştırma, hizmet sektöründeki modern pazarlama yaklaşımlarının sağlık sektöründe uygulanabilirliğini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Çalışmada, modern pazarlama yaklaşımlarını kullanan sağlık işletmelerinin bu pazarlama yaklaşımları ile işletmelerine katkı sağladığı ve gelecekte bu pazarlama yaklaşımlarının tüm kurumların benimsemesi, hükümet ve politikalarla desteklenmesiyle sektörün küresel boyutta ivme kazanacağı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sektörü, Kalite, Sağlık Pazarlaması.

ABSTRACT

THE QUALITY OF SERVICE IN THE HEALTH SECTOR AND NEW APPROACHES TO HEALTH CARE MARKETING

YAŞAYACAK, Sevda

Master, Department of Management

Thesis Advisor: Assoc. Dr. M. Hakan KESKİN

June-2014, 107 pages

With globalization, society and individuals, and accessibility to the increase in the demand for he health care; increased competition in the health sector and the business owners to retain existing customers, gain new customers and to maintain their presence in the global market, keeping quality at the forefront of understanding tended to search for new marketing.

In this context, the study; research on a number of relevant literature and studied the structure of the system and the health sector is an important phenomenon in the sector of quality; new approaches to health care are discussed along with targeting. Research, service sector, in order to put forth the applicability of modern marketing approaches in the health sector.

In the study, uses modern marketing approaches with these marketing approaches health businesses business contribution and embrace all these marketing approaches in the future institutions, the government and the global momentum to win has been identified in the sector policies began.

Keywords: Health Sector, Quality, Health Marketing.

GİRİŞ

Hizmet sektörü, pazarlama anlayışının yaygın biçimde kullanılmaya başlandığı bir alan olmakla birlikte, bu anlayış hastaneler için gelişmekte olan bir olgudur. Bu durum, hizmet ve hizmet pazarlaması konularına dikkati yoğunlaştırmakta ve bu konulardaki özgün açıklamalar gittikçe artmaktadır (Atilla 2010).

Sağlık sektörü son yıllarda dünyada giderek artan önemi ve sağlığın vazgeçilmezliği dolayısıyla tüm dikkatleri ve yatırımları üzerine çekmiştir. Türkiye’de de yapılan özel girişimlerin içinde önemli bir paya sahiptir. Yapılan bu girişimler dolayısıyla hem işletmeler hem de akademik çevre için önemli bir inceleme konusu olmuştur. Hizmet işletmelerinin en saf örneklerinden birisi olan sağlık işletmelerinde karlılığın ve rekabet avantajının sağlanabilmesi için hizmet kalitesinin artırılması gerekmektedir (Biçer, 2010).

Farklı yapılarda çok fazla müşteriye hizmet sunan hastanelerin hizmet kalitesinin artırılması ve hasta beklentilerinin karşılanmasının, hastane hedeflerine ulaşmada hastane yönetimine yol göstereceği açıktır. Hastaneler birer hizmet organizasyonudur ve hastane işletmelerinin görevi sağlık hizmetinin pazarlamasıdır.

Sektörde son yıllarda görülen yoğun rekabet hastaneleri teknik kalitenin yanı sıra fonksiyonel kalitelerini de yükseltmeye yöneltmiştir. Bir sağlık işletmesi için hasta ve hasta yakınlarının ve hatta çalışanlarının tercih edeceği teknik ve fonksiyonel kalitenin bir arada sunulduğu ve sağlıkta tercih edilen bir kurum olabilmek, müşteri memnuniyetini sağlayabilmek, her şeyi zamanında yapan ve gülümseyen personele sahip olmak ancak ve ancak hizmet kalitesine gösterilen özen ve çaba ile mümkün olabilecektir (Mirza, 2010).

Dünya ticaretinde rekabetin artmasından dolayı firmalar ayakta kalabilmek ve geleceklerini görebilmek için yeni pazarlama stratejileri arama yoluna gitmektedirler. Özellikle ikame mallarda birbirine yakın fiyat ve ürün kalitesi olmasından dolayı firmalar ürettiği ürünleri farklı pazarlama stratejileri ile satma yoluna gitmişlerdir.

Bu pazarlama stratejileri literatürde modern pazarlama adı altında toplanmıştır. Modern pazarlama yöntemleri içerisinde son yıllarda önem kazanan pazarlama yöntemlerinin başında ise ilişki pazarlaması, müşteri ilişkileri yönetimi ve gerilla pazarlaması gelmektedir (Tengilimoğlu, 2012).

İlişki Pazarlaması kavramı, bir ürün veya hizmete ek olarak kurumların hastayla (müşteriyle) kuracakları güvene dayalı, uzun süreli ve karşılıklı fayda sağlayan ilişkiler üzerinden pazarlama yapmasını ifade etmektedir. Hastalarla oluşturulacak ilişkiler üzerinden pazarlama yapma çabası, tecrübe edilmeden değerlendirilemeyen, bu nedenle tüketiciler açısından büyük riskler taşıyan hizmetlerin satın alımını kolaylaştırma konusunda özellikle sağlık işletmelerine yardımcı olmaktadır (Yeşilbaş, 2010).

Günümüzde bireylerin sağlığa verdikleri önemin artması, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması, ilgili işletmeler arasında daha seçici davranmaları sonucunu doğurmuştur. Bu da sağlık işletmeleri arasındaki rekabeti gündeme getirmiştir. Bu rekabete neden olan faktörlerden bazıları sağlık hizmeti sunan işletmelerin sayılarının giderek artması ve bu işletmelerin varlıklarını sürdürülebilirlik gereksinimidir. Müşteri ilişkileri yönetimi (CRM); artan rekabet ortamında, sağlık işletmelerinin birbirlerine üstünlük sağlamalarında yararlanılan en önemli araçlardan biri haline gelmiştir. İşletmelerin stratejik silahı olarak görülen CRM, işe müşteriden (hastadan) başlayarak bütün üretim ve iletişim kararlarını müşteri (hasta) merkezli olarak belirleyen bir yönetim anlayışını gerektirmektedir (Bişkin, 2011).

Temelinde yaratıcılık ve hızlı hareket yeteneği olan, beraberinde geleneksel olmayan mecralarda beklenmedik tekniklerle müşteriyi şaşırtmayı, etkilemeyi ve en önemlisi müşterilerine rakiplerle elde edemeyecekleri deneyimler kazandırmayı hedefleyen gerilla pazarlama yaklaşımı (Uysal, 2011); geleceği ile birlikte düşünüldüğünde özellikle sağlık işletmelerinde daha çok uygulama alanı bulacağı açıktır. Hastaneler için bugüne kadar yapılan pazarlama hakkındaki eleştiriler, ilerleyen dönemlerde daha anlaşılır bir hal alacağı tahmin edilmektedir (Tengilimoğlu, 2012).

Bu araştırma, “Diğer sektörlerde uygulanan modern hizmet pazarlaması yaklaşımlarının kalite anlayışı olgusu ile birlikte sağlık sektörü pazarlamasında uygulanabilir mi?” sorusuna yanıt bulabilmek için yapılmıştır.

Çalışma, nitel bir araştırma olup derleme türünde bir çalışmadır. Araştırmanın yöntemini, daha önceden yapılan tez çalışmalarından elde edilen veriler ve kitap, makale ve poster bildirilerinden elde edilen bilgiler oluşturmaktadır. Araştırmada konuyla ilgili çok sayıda literatür taraması yapılmış ve elde edilen veriler bir araya getirilip derlenmiştir.

Bu tez çalışması, dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; hizmet kavramı ve hizmet sektörü, hizmet sektörünün önemi ve gelişme nedenleri, hizmetlerin özellikleri ve sınıflandırılması, sağlık hizmetlerinin tanımı ve özellikleri anlatılmış, sağlık sektörünün küresel boyutuna yer verilmiş ve sağlık sektörü ve sisteminin yapıları değerlendirilmiştir. İkinci bölümde; kalitenin tanımı ve kaliteyle ilgili kavramlar açıklanmış, kalitenin tarihsel gelişimi ve kalitenin bileşenleri üzerinde durulmuş, sağlıkta kalite ve kalitenin özellikleri açıklanarak, sağlık hizmetlerinde risk yönetimine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde ise; pazarlama kavramı ve pazarlamanın önemi açıklanmış, sağlıkta pazarlamaya getirilen eleştiriler ve sağlıkta pazarlamanın benimsenişi anlatılmıştır. Son olarak da, sağlıkta pazarlama karması elemanları incelenmiştir. Son bölüm olan dördüncü bölümde; tüm işletmelerin benimsediği ve diğer sektörlerde uygulanan modern pazarlama yöntemleri olan ilişkisel pazarlama, müşteri ilişkileri yönetimi ve gerilla pazarlaması açıklanmış ve bu yeni pazarlama yaklaşımlarının sağlık pazarlamasındaki yeri ve uygulanabilirliğine yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET SEKTÖRÜ, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK SEKTÖRÜ ve SİSTEM YAPISI

1.1 Hizmet Kavramı ve Hizmet Sektörü

Bilgi çağını sanayi çağından ayıran en temel niteliklerden birisi, bilgi çağında hizmet sektörünün ekonomideki ağırlığını ve etkinliğini artırmasıdır. Hizmet sektörü hizmetin üretilmesi ve tüketiciye sunulması açısından sanayi sektöründen farklı niteliklere sahiptir. Hizmetler soyut, heterojen, dayanıksız ve üretimi ve tüketimi aynı zamanda gerçekleşen ve genellikle hizmetler sektörü organizasyonlarınca sunulan ürünlerdir (Zerenler ve Öğüt, 2007).

Hizmet kavramı, 1970’li yıllara gelene kadar pazarlanabilir bir mal olarak görülüyordu. Hizmetler, mala bağlı hizmetler ve mala bağlı olmayan hizmetler olarak hayatın her noktasında geniş bir alanı kapsamaktadır. Hizmetlerin bu kadar kapsamlı olması, sunulan hizmetlerin geliştirilmesi ve iyileştirilmesini sorunlu kılmaktadır (Songur, 2009).

Amerikan Pazarlama Birliği / American Marketing Associating, hizmetleri; “Satışa sunulan ya da malların satışıyla birlikte sağlanan eylemler, yararlar ya da doyunluklardır” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım, bir süre kabul görmüş ancak, mallar ve hizmetleri uygun biçimde ayırmaması yönü ile zayıf bulunmuştur. Daha sonra AMA hizmet tanımını “Bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doyunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir” şeklinde geliştirmiştir (Öztürk, 2003).

Bir başka tanımda hizmet, bir kişi veya kuruluşun bir diğer kişi veya kuruluşa sunduğu elle tutulmaz bir faaliyet veya yarar olarak tanımlanmaktadır (Karafakioğlu, 1998). Grönroos’e göre hizmet kavramı, dokunulmaz bir yapısı olan, müşteri, çalışan ve fiziksel kaynaklar ile sistemler arasındaki etkileşim anında oluşarak müşteri problemlerine çözüm sunan faaliyetler dizisidir (Özgüven, 2008).

Goetsch ve Davis hizmeti, “Hizmet, başka birisi için iş icra etmektir” şeklinde tanımlarken, Collier hizmeti “Üretilen yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba” olarak tanımlamaktadır (Devebakan ve Aksaraylı, 2003).

Tablo 1.1’de hizmet kavramının tarih içindeki çeşitli tanımlarına yer verilmiştir.

Tablo 1.1: Hizmet tanımlarının tarihsel gelişimi. (Songur, 2009)

Yazar	Tanım
Fizyokratlar (- 1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler
Adam Smith (1723- 1790)	Somut bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler
J.B. Say (1767- 1832)	Ürünlere fayda ekleyen, tüm imalat dışı faaliyetler
Alfred Marshall (1842- 1924)	Yaratıldığı anda varlık bulan mallar (hizmetler)
Batı Ülkeleri (1925- 1960)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet

Tüm dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde hizmet sektöründe hızlı büyüme ve gelişmeler görülmektedir. Ülke ekonomileri geliştikçe ve sanayileşme arttıkça hizmetlerin önemi ve payı da artmaktadır (Biçer, 2010).

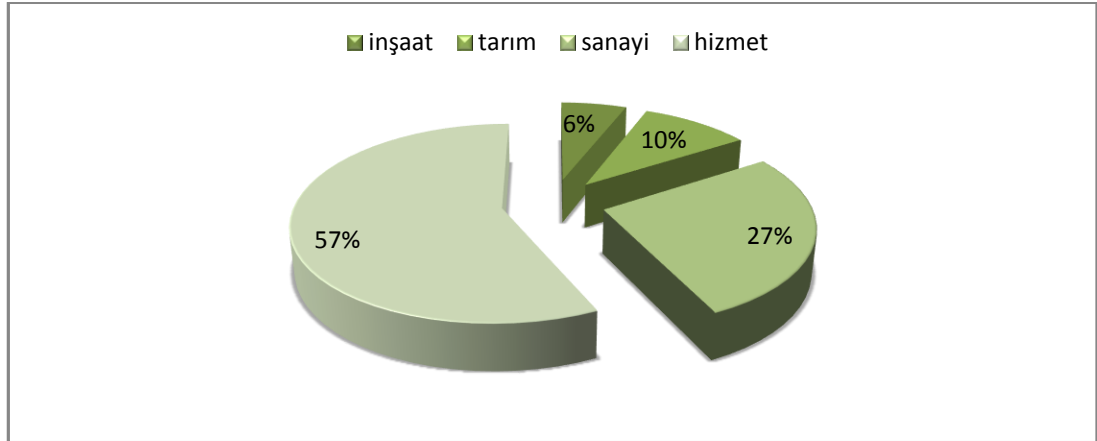
Günümüzde hizmet sektörü, ülke ekonomilerindeki ağırlığını gösteren bir sektör haline gelmiştir. Gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün GSMH içindeki payı hızlı bir şekilde artmakta, yani hizmet üretimi artmaktadır. OECD ülkelerinin çoğunda hizmetler sektörünün GSMH içindeki payı %70’ler düzeyindedir. Ülkelerin 2012 yılı makroekonomik göstergeleri incelendiğinde, tarım ve sanayi ile birlikte hizmetler sektörü de büyüme eğiliminde olduğu görülür. Türkiye’de, GSYH içerisinde en büyük payı, hizmetler sektörü almaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2011).

Türkiye’de 2013 Müsiad verilerine göre; istihdam edilenlerin %25,1’i tarım, %19,1’ü sanayi, %7,2’i inşaat, %48,6’si ise hizmetler sektöründe yer aldı. Önceki yılın aynı dönemi ile karşılaştırıldığında istihdam edilenler içinde hizmet sektörünün payı 0,6 puan, sanayi sektörünün payı 0,4 puan artarken tarım sektörünün payı 0,8 puan, inşaat sektörünün payı ise 0,3 puan azalmıştır (Müsiad, 2013). Tablo 1.2’de ülke makroekonomik göstergelerine sektörler bazında yer verilmiştir.

Tablo 1.2: Ülke makroekonomik göstergeleri. (Kalkınma Bakanlığı, 2011)

Büyüme Hızları (%)					
Sektörler	2009	2010	2011	2012(1)	2012(2)
Tarım	3,6	2,4	5,6	3,7	3,0
Sanayi	-6,9	12,8	9,4	3,1	4,0
Hizmet	-3,2	8,6	8,9	3,2	4,2
GSYİH'nın Sektörel Dağılımı					
Sektörler	2009	2010	2011	2012(1)	2012(2)
Tarım	8,3	9,4	9,0	9,2	9,2
Sanayi	19,1	21,8	22,5	22,4	22,5
Hizmet	72,6	68,8	68,5	68,4	68,3

Türkiye’de 2012 yılında, sektörlerin GSYH içerisindeki payları ise Şekil 1.1’deki gibidir (Müsiad, 2013).



Şekil 1.1: 2012 yılında sektörlerin GSYH içindeki payları. (Müsiad, 2013)

Hizmetler sektöründe dünya ticaretinde gelişmekte olan ülkelerin payı artmaya devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin küresel hizmetlerde 2000 yılında %23 olan payı, günümüzde %30'a yükselmiştir. 2012 yılında hizmetler sektörü ihracatında cari fiyatlarla ödemeler dengesi temelinde gözlemlenen artış, Asya (%8) ve Amerika'daki (%6) gelişmekte olan ekonomiler ile geçiş ekonomileri (%7) tarafından sağlanmıştır. 2011 yılına göre en önemli azalma ise Avrupa'da görülmüştür (%-3). Gelişmekte olan ülkelerde hizmetler sektörü ihracatında en büyük payı ticari hizmetler ve diğer hizmetler sektörü almaktadır. Ülke dış ticaretinde hizmetler sektörü payını önemli ölçüde artırmıştır (Unctad, 2013).

1.2 Hizmet Sektörünün Önemi ve Gelişme Nedenleri

Ekonomi içindeki payı giderek büyüyen hizmetler sektörünün gelişimi, dünyada yaşanan hızlı şehirleşmeye, kamu sektörünün gelişmesine ve diğer sektörlerde girdi olarak kullanılan ara hizmetlere olan talebin artmasına bağlanabilir. Ülkelerin yeterli hizmet altyapısına sahip olması, ekonominin tüm sektörlerindeki üretkenlik ve rekabet gücü için çok önemlidir (Toprak ve Çatalbaş, 2013).

Hizmet ekonomisinin hâkim olduğu ülkelerde GSMH'nın yarısından fazlasının hizmet sektöründe üretildiği görülmektedir. Örneğin yaklaşık son 20 yıldan bu yana gelişmiş batılı ülkelerde hizmet ekonomisinin GSMH içindeki payı %72'ye ulaşmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran %50 civarındadır. Benzer şekilde gelişmiş ülkelerde işgücünün %70'ten fazlasının hizmet sektöründe istihdam edildiği anlaşılmaktadır. Özellikle kadınların iş hayatına olan yoğun taleplerinin daha kolay karşılanması ve kadınlara yönelik istihdam imkânlarının büyük bir bölümünün hizmet sektöründe bulunması, bu sektörün önemini daha da artırmaktadır (Müsiad, 2011).

Global ekonomik entegrasyon ve teknolojik gelişmeler, hizmet ticaretinin artmasına neden olurken, daha önce yapılması mümkün olmayan veya pahalı olan uluslararası işlemlerin, bireylerin ve işlemlerin mobilitesinin artmasıyla daha ucuz hale gelmesi, hizmet sektörü kapsamında yer alan faaliyetlerin dünyadaki birçok firma tarafından üretilmesine ve satılmasına olanak sağlamıştır. Gelişmiş ülkelerde imalat sanayinin gelişimi ile ortaya çıkan refah artışı ve yüksek gelir düzeyi hizmet sektörünün önemini artırırken, pek çok ülkede hizmet sektörünün milli gelirdeki ve istihdamdaki payını, diğer sektörler içinde artırmıştır (Türkiye Vakıflar Bankası T.A.O Hazine Başkanlığı, 2007).

1.3 Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmet kavramının tanımlanmasındaki güçlük, hizmetlerin çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır. Bu çeşitlilik hizmetlerin sınıflandırmasına da yansımaktadır. Değişik araştırmacılar hizmetlerin sınıflandırılmasında birbirlerinden farklı yaklaşımlarda bulunmuşlardır. Bunun sonucunda da çok çeşitli sınıflandırmalar ortaya çıkmıştır (Akdoğan, 2011).

Hizmet sınıflandırmasıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, birçok araştırmacı hizmeti farklı açılardan değerlendirip, farklı şekilde kategorize etmiştir. Örneğin; Judd (1964) hizmeti, *bir malın kiralanmasına bağlı hizmetler, sahip olunan*

mallara bağı hizmetler, mallara bağı olmayan hizmetler şeklinde sınıflandırırken; Shostack (1977) ise hizmeti, *fiziksel malların ve soyut etkinliklerin hizmet içindeki payına ya da ağırlığına göre hizmet paketi* şeklinde sınıflandırmıştır. Thomas (1978)'a göre hizmet sınıflandırması ise; *teknoloji-yoğun hizmetler, emek-yoğun hizmetlerdir*. Chase (1978-1981)'in yaptığı çalışmada ise hizmetler, *yüksek ve düşük etkileşimli hizmetler* şeklinde ikiye ayrılmıştır (Tablo 1.3).

Tablo 1.3: Literatürde hizmetlerin sınıflandırılması. (Seyran, 2004)

JUDD (1964)	Kiralanan mallarla ilgili hizmetler, Sahip olunan mallarla ilgili hizmetler, Mallara bağı olmayan hizmetler
RAHTMELL (1974)	Satıcının çeşidine göre hizmetler, Alıcının çeşidine göre hizmetler, Satın alma güdülerine göre hizmetler, Satın alma şekline göre hizmetler, Düzenleme derecesine göre hizmetler
SHOSTACK (1977), SASHER (1978) ve HILL (1977)	Fiziksel malların ve soyut hizmetlerin her bir ürün paketi oranına göre, Malları ve kişileri etkileyen hizmetler, Kalıcı ve geçici etkilerine göre hizmetler, Etkilerin giderilebilirliği ve giderilmezliğine göre hizmetler, Fiziksel etkiler ve zihinsel etkiler yaratan hizmetler, Kişisel ve toplu hizmetler
THOMAS (1978)	Öncelikli teçhizata dayalı hizmetler, Kalifiye olamayan operatörlerce izlenen hizmetler, Öncelikli insana dayalı hizmetler, Kalifiye iş gücü gerektiren hizmetler, Profesyonel iş gücü gerektiren hizmetler
CHASE (1978)	Hizmet dağıtımında müşteri teması gerektirmesine göre hizmetler, Düşük temas gerektiren hizmetler
KOTLER (1980)	İnsana dayalı- teçhizata dayalı hizmetler, Müşteri varlığını gerektiren hizmetler, Kişisel-iş ihtiyacının karşılanmasına dayalı hizmetler, Kamu-özel,kar amaçlı olmayan hizmetler
LOVELOCK (1980)	Temel talep karakteristikleri, Hizmet kapsamı ve yararları, Hizmet dağıtım usulleri
TROXELL (1981)	Hizmetin kullanım sıklığı, Hizmetin kullanım süresi
CHASE ve AQUILANO (1981)	Saf hizmetler, Karışık hizmetler, İmalat eseri hizmetler
BAUMOLL (1984)	Doğrudan kişisel hizmetler, İkame edilebilir kişisel hizmetler, Geniş alanlı hizmetler, Yaygın doğrudan hizmetler
SCHEMENNER (1990)	Hizmet fabrikaları, hizmet mağazaları, Yığın hizmet, profesyonel hizmet

Lovelock'un 1983 yılında yayımladığı makalesinde ise hizmetler; hizmetin alıcısının niteliği, hizmet türü, hizmet veren elemanların esneklik ve inisiyatif derecesi, hizmet talebini dalgalanma derecesi, hizmetin müşteriye ulaştırılma biçimi, müşteri ile ilişkinin sıklığı şeklinde kategorize edilmiştir.

Tablo 1.4: Yapılarına göre hizmet sınıflandırması. (Lovelock ve Wright, 2002)

Hizmetin Yapısı	İnsan	Eşya
Dokunulabilir Hizmetler	İnsan Vücuduna Yönelik -Restoran -Güzellik Merkezi -Berber	Mallara Yönelik -Nakliye -Ziraat -Makine tamir ve bakımı
Dokunulamaz Hizmetler	İnsanların Zihinlerine Yönelik -Tiyatro -Müze -Eğitim -Bilgi Hizmetleri	Dokunulamayan Faaliyetlere Yönelik -Bankacılık -Sigortacılık -Muhasebecilik -Avukatlık

Tablo 1.4'te hizmetin yapısı, hizmetin sahiplik ve dokunulabilirlik durumuna göre kategorize edilmiştir. Daha sonra ise hizmet, insan vücuduna yönelik, mallara yönelik, insan zihnine yönelik ve dokunulamayan faaliyetlere yönelik olmak üzere dört farklı gruba ayrılmıştır.

Tablo 1.5: Müşteri bazlı hizmet sınıflandırması. (Lovelock ve Wright, 2002)

	Üyelik İlişkisi Var	Formal İlişki Yok
Sürekli	-Bankacılık -Sigortacılık -Telefon Aboneliği	-Radyo İstasyonu -Polis koruması -Karayolu
Seyrek	-Aylık otobüs kartları -Tiyatro aboneliği	-Araba kiralama -Restoran -Toplu taşıma -Posta hizmetleri

Hizmet sunan işletmeler, müşteri bağlılığını artırıp, müşteriyle uzun süreli ilişki kurmak isterler. Böylelikle işletmelerin müşteri üyeliğini sağlamaları kolaylaşmış olur. Tablo 1.5'te hizmet, sunumunun sıklığına ve üyelik ilişkisine göre sınıflandırılmıştır.

Son olarak hizmetler, işletmelerin esneklik ve inisiyatifliğine göre sınıflandırıldığında aşağıdaki gibidir:

Tablo 1.6: Hizmet işletmelerinin esneklik ve inisiyatiflik derecelerine göre hizmet sınıflandırması. (Lovelock ve Wright, 2002)

	Yüksek	Düşük
Yüksek	- Güzellik merkezi - Taksi - Mimarlık - Eğitim	- Kitlesele eğitim - Koruyucu sağık programları
Düşük	- Telefon hizmeti - Otel hizmeti - İyi restoran	- Toplu ulaşım - Fast-food restoranlar - Sinema-tiyatro

Hizmet Tablo 1.6'ya göre dikey eksen de, hizmeti sunan işletmelerin inisiyatiflik derecesini yüksek ve düşük lüğünü baz alınarak sınıflandırılırken, yatay eksen de ise; hizmetin ve hizmet sisteminin ne derece esnek olduğunu ifade etmektedir.

1.4 Hizmetlerin Özellikleri

Mallara olan talep ortaya çıkarıldıktan sonra, üretime geçilir ve bu işlem belli bir süre alır. Daha sonra üretilen mallar, talep eden tüketiciye pazarlanır. Pazarlama faaliyetlerinin belli bir kısmını fiziksel dağıtım faaliyetleri oluşturur. Depolama, stok denetimi, yükleme ve boşaltma, taşıma gibi bu faaliyetler, hizmetler için geçerli olmayan faaliyetlerdendir (Kuzhan, 2009). Bu faaliyetleri içermeyen hizmetler kendine özgü özelliklerle imalat sektöründen farklılıklar göstermektedir.

Genel olarak hizmetin karakteristik özelliklerini belirtmek gerekirse;

- Hizmet dinamik bir fonksiyon oluşundan dolayı, fiziksel olarak boyutlandırılmaz, tanımlanamaz ve ölçülemez.
- Hizmet depolanamaz, saklanamaz. Bir kez sunumu yapıldıktan sonra tüketilmiş demektir, ancak tekrar edilebilir.
- Hizmet insan davranışlarıyla yönlendirilen bir dizi aktiviteden oluşmaktadır.

İnsan ilişkileri, hizmetin önemli bir parçası kabul edilir. İşin doğru olarak anında gerçekleştirilmesi, personelin güler yüzlü olması kalitenin algılanması açısından önemli bir etkidir.

- d. Hizmet bir eşya gibi test ve muayene edilemez. Ancak hizmetin sunumunu ve kalitesini etkileyen fiziksel koşullar ve nesnelere test ve muayene edilebilir.
- e. Kullanım ömrü, hizmet için söz konusu değildir, hizmetin sürekliliği olabilir.
- f. Hizmetin bir zaman boyutu vardır. Hizmet süresi içindeki faaliyet birimlerine ilişkin alt zaman dilimleri, hizmetin kalitesini ve performansını doğrudan etkiler. Örneğin gecikmeler (Hayta, 2008).

Yapılan çalışmalara bakıldığında malları hizmetlerden ayıran özellikler; hizmetlerin soyut olması, üretim ve tüketimde eş zamanlı oluşu, türdeş olmama, stoklanmama ve sahihsiz olma, olarak sınıflandırılmıştır. Aşağıda bu özellikler açıklanmıştır:

- a. *Hizmetlerin Soyut Performans Özelliği:* Müşteriler ürünleri satın alırken ürünlerin estetiğini, görünümünü, tadını, kokusunu inceleyebilmekte ve test edebilmektedir. Hizmetleri niteleyen; güvenilirlik, titizlik, çalışanların tavırları dokunulamayan süreç karakteristikleri ise hizmet satın alınıp tüketildikten sonra doğrulanabilmektedir. Hizmetlerin kolayca tanımlanması, formüle edilmesi ve zihinsel olarak algılanması mümkün olmamaktadır. Hizmetlerin çıktıları fiziksel nitelikler ile ölçülememektedir ve hizmetler, nesnelere performansından çok müşterilerin deneyimine dayalı performanslardır. Hizmetlerin fiziksel olarak dokunulmaz olmaları, hizmetler arasında karşılaştırma yaparken belirsizlik riskinin artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle de hizmetlerin pazarlamasında fiziksel görünüm sağlayarak ve güçlü markalar geliştirerek müşterilerin karşılaşılabileceği riskler azaltılabilmelidir (Mirza, 2010).
- b. *Hizmetlerin Ayrılmazlık Özelliği:* Fiziksel mallar önce üretilip depolanır, sonra satılır ve tüketilirler. Hizmetler de ise üretim, satım ve tüketim ya kısa aralıklarla ya da hemen aynı anda gerçekleşmektedir. Hizmetler bir yaşam süresine sahip değildir, yalnızca hizmetin oluşturulması ve sunulması süresi vardır. Ancak malların üretiminden satılmasına kadar geçen bir süre vardır,

yani bir yaşam süresi bulunmaktadır. Bölünmezlik kavramı müşterinin de üretim aşamasına dâhil olması açısından da geçerlidir, müşterinin doğrudan katılımı şarttır. Hizmet onu üretenden ayırlamaz, bu da üretim ve pazarlamanın ayırlamayacağını göstermektedir. Bunun yanı sıra hizmetler belli bir zaman içerisinde birçok pazarda da pazarlanamayacaktır. Bu ilke de beraberinde mal işletmelerine kıyasla bazı pazarlama sorunlarını getirecektir (Biçer, 2010).

Ayrılmazlık özelliğinin bir istisnası şudur; hizmet, hizmetin yaratıcısını ve satıcısını temsil eden kişi tarafından satılabilir. Sigorta şirketi ve acenteler bu hususta örnek verilebilir (Öztürk, 2003).

- c. *Hizmetlerin Heterojen Olma Özelliği*: Bir hizmet endüstrisinin ya da bireysel olarak hizmeti sunanların hizmetlerin niteliğini standardize etme yeteneği yoktur. Hizmetin her birimi, aynı hizmetin diğer biriminden farklı özellikler sergilemektedir. Günümüzde işletmelerde iyi eğitim ve denetimle hizmeti sunan her elemanın mümkün olduğunca aynı kaliteyi sağlaması amaçlanmaktadır. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinin zorluğu, işi daha da karmaşıktır. Müşterinin, bir hizmetin kalitesini o hizmetten yararlanmadan önce tahmin etmesi güçtür. Bu bakımdan mağaza ya da işletme imajının korunması önemlidir (Özgüven, 2008).
- d. *Hizmetlerin Stoklanamama Özelliği*: Hizmetlerin dayanıksızlığı, hizmetlerin daha sonraki bir satış veya kullanım için depolanıp saklanamayacakları anlamına gelir. Bazı doktorlar, randevularını kaçıran hastalarından bunlar için ücret alırlar, çünkü muayene hizmetinin değeri ancak bu noktada mevcuttur ve hasta randevuya gelmezse kaybolur. Talep sabitken, dayanıksızlık bir problem teşkil etmez, ancak talep dalgalandığında, hizmet işletmeleri, genellikle zor problemlerle karşı karşıya kalırlar. Örneğin, iş çıkışı saatlerindeki yoğun talep dolayısıyla, toplu taşımacılık işletmeleri, gün içindeki sakin saatlere göre daha fazla araç, ekipman ve işgücüne ihtiyaç duyarlar. Bu sebeple hizmet işletmeleri, arz ve talebi dengelemek için stratejiler geliştirirler. Mesela oteller, sezon haricinde daha düşük fiyatlar uygularlar, restoranlar, talebin yoğun olduğu saatlerde part-time garsonlar çalıştırırlar (Kotler ve Armstrong, 1996).

Dayanıksızlık özelliği olarak adlandırabileceğimiz hizmet karakteristiği bazı özel durumları da beraberinde getirir. Hizmetleri envantere geçirip stoklama imkânı yoktur. Hizmetler stoklanamadığı için birçok hizmet işletmesi talep ve arzı senkronize etme hususunda büyük problemlerle karşılaşır (Mirza, 2010).

- e. *Hizmetlerin Sahipsizlik Özelliği*: Sahipliğin olmaması mal ve hizmet arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Bir ürün satın alan müşteri onun sahibi olurken, hizmet sektöründe ancak o hizmetten faydalanmak söz konusudur. Hizmetten yararlanılması belli bir süre için geçerlidir. Bu sebeple hizmet sektöründe hizmet kullanımının sahipliğinin devredilmesi imkânsızdır. Bu da hizmeti kullanan tüketicilerin üreticiye bağlanmasını sağlamaktadır.

Fiziksel mallar ve hizmetler arasındaki farklar Tablo 1.7’de gösterilmiştir.

Tablo 1.7: Fiziksel mallar ve hizmetler arasındaki farklar. (Grönroos, 1990)

Fiziksel Mallar	Hizmetler
Dokunulabilir	Dokunulamaz
Türdeş	Türdeş değildir
Üretim ve dağıtım tüketimden ayrılmıştır	Üretim ve tüketim eş zamanlı süreçlerdir
Bir nesnedir	Bir faaliyet ya da süreçtir
Temel değer fabrikada üretilir	Temel değer alıcı ve satıcı etkileşimlerinde üretilir
Müşteriler genellikle üretim sürecine katılmazlar	Müşteriler üretime katılırlar
Stoklanabilir	Stoklanamaz
Sahiplik genelde transfer edilebilir	Sahiplik transfer edilemez

1.5 Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen, ülkelerin sosyoekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin saptanmasında etkili olan bir alandır (Öksüz, 2010).

Bu kapsamda sağlık hizmetlerini, 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun”, “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması,

hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlamıştır (SB, 2013).

Sağlık hizmetleri, sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek ve talep etmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün gibi şeylerin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır (Filiz, 2010). Sağlık hizmetleri, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir (Aslantekin ve diğ., 2005). Sağlık hizmetleri, hasta bakımı ve refahı için var olan hizmetlerdir (Erer, 2010).

Tüm bu tanımlardan yola çıkarak özgün bir tanım yapılacak olursa; sağlık hizmetleri bireyin ve toplumun gereksinim duyduğu; sağlığı koruma, sürdürme ve iyileştirme kapsamında sunulan, alanında uzman ve uluslararası standartlara uygunluk, bütünlük ve düzen çerçevesinde teknolojik gelişmelerden ve bilgi birikimlerinden yararlanan kişiler tarafından sunulan evrensel hizmetlerdir.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü yapısı, sağlık işletmelerinin üretim, finans ve yatırım açısından farklılıklar göstermesi, ayrıca sektördeki diğer hizmetler gibi ayrılmazlık, depolanamama, heterojen olma gibi özellikleri içerisinde barındırmasından dolayı karmaşık bir yapıya sahiptir.

Sağlık hizmetlerinin özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- a. *Çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur:* Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını, diğer sektörlerde olduğu gibi, kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün olmamaktadır. Sağlık kurumlarının temel girdisi ve çıktısının insan olması; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçlarını kısa bir süre içinde görme ve değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır (Erdem, 2007).
- b. *Farklı meslek grupları iç içe hizmet verir:* Birbirinden çok farklı tıbbi hizmetler (poliklinikler, ameliyathane, acil servis, eczane vb.) yanında otelcilik hizmetleri (banyo, tuvalet, çamaşır, ütü vb.), teknik hizmetler (bakım, onarım, aydınlatma, havalandırma vb.), otomasyon, eğitim, araştırma, danışmanlık/yönlendirme, taşımacılık ve diğer birtakım fonksiyonlar sınırlı mekânda bir arada bulunur (Erdem, 2007)
- c. *Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez:* Talebin ortaya çıkması ile birlikte giderilmesi gereken bir ihtiyaçtır. Zamanında giderilmeyen bir

sağlık ihtiyacı kişinin ilerideki yaşamını etkilemekle beraber toplumu da ekonomik ve sağlık açısından etkileyebilmektedir. Diğer mal ve hizmet piyasalarında ikame yapma imkânı vardır. Sağlık hizmetlerinde bir hastaya kalp ameliyatı olması gerekirken daha ucuz olduğu için apandisit ameliyatı yapma imkânı yoktur (Filiz, 2010).

- d. *Sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyulacağı önceden bilinemez:* İhtiyaç olduğunda hemen giderilmesi gerekir, bekletilemez, tehir edilemez. Dolayısıyla başka bir hizmetle yerini doldurmak, ya da çoğu zaman acil olan muayene ve tedaviyi ertelemek mümkün değildir. Aksi takdirde, sonuç, atlatılması zor kronik hastalıklar, sakatlıklar ya da ölüm olabilir (Bakır, 2006).
- e. *Bilgi asimetrisi vardır:* Sağlık hizmeti almak isteyen kişiler ne kadar hizmet almaları gerektiğini bilmediklerinden ne kadar hizmet talep edeceklerini bilemezler. Yani herhangi bir şikâyette sağlık kuruluşuna başvuran kişi kendisine hangi tetkik ve tahlillerin yapılması gerektiği ve bunların ne düzeyde olması gerektiğini bilemez (Tengilimoğlu, 2012).
- f. *Sağlık hizmetleri üretim faktörleri kıt kaynaklardandır:* Sağlık hizmetlerinin sunulduğu profesyonel sektörde gerek bilimsel tıbbın uygun gördüğü koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, hizmetin sunumunda kullanılan sağlık hizmetleri yöneticisi, hekim, hemşire, ebe, teknik personel vb. profesyonel insan kaynakları, gerekse bina, araç gereç ve tıbbi malzeme son derece yüksek maliyetli olup kıt kaynaklardır (Erdem, 2007).
- g. *Hizmet verildiği anda, ekonomik değerini yitirir ve sadece fayda sağlar.* Asıl önemli nokta ise, hizmetin sağlayacağı faydanın önceden bilinmemesidir (Bakır, 2006).
- h. *Sağlık hizmetleri standart değildir.* Hizmet sunanların farklılığı eşit hizmet sunumunu zorlaştırır. Sunulan hizmet, onu sunan kişiye göre değiştiği gibi, zaman içinde aynı kişi düzeyinde de sabit kalmaz (Bakır, 2006).

1.6 Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemleri

Günümüzde sağlık sektörünün işleyişini derinden etkileyen birçok gelişme yaşanmaktadır. Esas olarak, sağlık harcamaları büyük oranda kamu tarafından

gerçekleştirilen harcamalardır. 2000’li yıllarda yaşanan ekonomik krizler, kamunun borç yükünün ve faiz ödemelerinin artması, nüfusun yaşlanmasının artması ve geleneksel aile kapılarının değişmeye başlaması, tıp teknolojisi ve medikal mühendislik alanlarında ortaya çıkan yenilikler ve hızlı gelişmeler, fikri mülkiyet hakları ve tekeller nedeniyle büyük ilaç şirketlerinin fiyatlarının piyasaya hâkim olması Türkiye’nin sağlık sektörünün karşı karşıya olduğu gelişmeler arasında sayılabilir (Yentürk, 2008).

1.6.1 Sektörün Küresel Boyutu

Sağlık sektörü, tüm ülkelerde en sorunlu sektörlerin başında gelmektedir. Bu sektörde yaşanan sıkıntılar birkaç faktörün birleşiminden kaynaklanmaktadır. Dünyada giderek artan yaşlı insan sayısı, tıp teknolojilerindeki ve ilaç sektöründe ki gelişmeler ve yaşam koşullarının iyileşmesi başlıca faktörler olarak sıralanabilir. Önümüzdeki 10 yıl içerisinde bugünkü genç nesil 60–70 yaşına, onların büyük kardeşleri 70–80, anne babaları 80-90 yaşına ulaşacaktır. Bu durumda, kişi başı sunulan hizmetin maliyeti 200-1000 dolardan 15.000-150.000 dolara kadar artış gösterecektir (Ankara Strateji Enstitüsü, 2011).

Gelecekte nüfus artışı, nüfusun yaşlanması ve hastalardan gelen tedavi talepleri ile ekonomideki düzelme gibi önemli etkenlerin, 2009 yılındaki geçici ekonomik krizin ardından, sağlık harcamalarında iyileşmeyi tetiklemesi beklenmektedir. Ancak küresel durgunluğun neden olduğu bütçe açıkları da dâhil olmak üzere, kamu harcamalarında bazı kısıtlamalar olacak ve sonuçta da bu sektörün GSYH’ya katkısı gerileyecektir. 2014 yılının sonunda, sağlık harcamalarının 7,2 trilyon dolar olacağı ve küresel GSYH’nın %9,6’sını oluşturacağı tahmin edilmektedir (T.C Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı, 2010).

OECD sağlık raporu (2013) verilerine göre; sağlık harcamaları ülkeler arasında GSYH’nın bir bölümü olarak, kişi başına harcama cinsinden önemli farklılıklar göstermektedir. OECD çapında ortalama olarak, kişi başına sağlık harcamaları 2000-2009 döneminde, her yıl reel olarak %4,1 artış göstermiştir. Ancak bu artış hızı 2009-10 ve 2010-11 dönemlerinde %0,2’ye düşmüştür. Çünkü birçok ülke, özellikle Avrupa’da bütçe açıklarını ve devlet borçlarını azaltmaya yardımcı olması için sağlık harcamalarını azaltmıştır. Avrupa dışındaki ülkelerde sağlık harcamaları, birçok durumda (Özellikle Kanada ve ABD’de, artış hızı azalsa bile) artmaya devam

etmiştir. Harcamaların farklı olduğu alanların farklı şekillerde etkilendiği saptanmıştır: 2010-11’de, tıbbi ilaçlara ve koruyuculara yapılan harcamalar %1,7 düşüş gösterirken, hastane masrafları %1,0 artış göstermiştir (OECD, 2013).

Tablo 1.8: Bazı ülkelerdeki sağlık harcama payları (2011). (Sağlık Bakanlığı, 2013)

	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	Kişi Başı toplam Sağlık Harcaması, Kamu-Özel, SGP ABD \$	Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı
ABD	17,7	8,508	11,6
Kanada	11,2	4,522	14,7
Belçika	10,5	4,061	19,7
Yunanistan	9,1	2,361	30,5
Meksika	6,2	977	49,0
Japonya	9,6	3,213	14,4
OECD Ülkeleri	9,2	3,324	19,3
Türkiye	5,4	981	15,4 ¹
İsrail	7,7	2,239	26,0
İsveç	9,5	3,925	16,2
Almanya	11,3	4,495	13,2
Şili	7,5	1,568	36,9

Tablo 1.8’e bakıldığında, ABD’nin toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı %17,7 iken; Almanya’da bu oran %11,3 OECD ülkelerinde %9,2 Kanada’da ise %11,2’dir. Türkiye %5,4’lük pay ile sonuncu sırada yer aldığı görülmektedir. Kişi başı sağlık harcamaları, kamu ve özel sektörde; ABD kişi başı 8.508 dolar, Kanada 4,522 dolar, Almanya 4,495 dolar, Japonya 3,213 dolar, OECD ülkeleri 3,324 dolar harcamıştır. Meksika 977 dolarlık harcama ile son sırada yer almıştır. Kamu desteği olmadan yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına olan oranı OECD ülkelerinde 19,3 iken; Türkiye’de bu oran 15,4’tür.

1.6.2 Sağlık Sektörü

Sağlık sektörü, hem tıbbi hizmeti verenler hem de destek hizmetlerde çalışanları kapsayan, pek çok farklı meslek grubunu barındıran bir sektördür. Bunlar; hekim, hemşire, ebe, sağlık teknisyenleri (anestezi, radyoloji, çevre sağlığı vb) gibi

¹ Tablo 1.8’de Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki oranını gösteren veri 2012 yılına ait bir veridir.

tıbbi hizmetleri sunanlar ve büro işleri, temizlik, bilgi-işlem, güvenlik vb destek hizmet çalışanlarıdır. Sağlık sektörü emek yoğun bir karaktere, bu nedenle de büyük bir istihdam hacmine sahiptir. Gerek kullandığı kaynakların miktarı gerekse istihdam ettiği emek gücünün büyüklüğü bakımından ekonominin en önde gelen sektörlerinden birisidir (Urhan ve Etiler, 2011).

Başka bir tanıma göre ise sağlık sektörü; sağlığa dolaylı, doğrudan veya asıl etkileri olan mal ve hizmet nitelikli her türlü ürünü üretmek / arz etmek ve talep etmek / tüketmek üzere çok farklı üretim alanlarında kurulmuş sistem ve alt sistemler ile bunların içerdiği kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır (Sargutan, 2005).

Kısaca ifade etmek gerekirse; sağlık sektörü, toplumda arz ve talep dengesinden oluşan, toplumun ve bireyin gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerinin, ülkedeki GSMH değerleri göz önünde bulundurularak, sunumunda çeşitli meslek gruplarının da içinde olduğu bir sistem bütünüdür.

Türk sağlık sektörü, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen politikalar sonucunda son on yılda yaklaşık dört kat büyüyerek önemli bir sektör haline gelmiştir. Dünyanın gelişen ekonomileri arasında ilk sıralarda yerini alan Türkiye’de, sağlığa erişimin hükümet politikaları tarafından da desteklenmesiyle sağlık sektörü önemli bir ivme kazanmıştır. Bu büyümede SGK’nın sağlık giderlerindeki büyük artış ve kamu bütçesinden sağlık alanına aktarılan tutardaki yükselme belirleyici olmuştur. Bu büyüme ile birlikte, doğal olarak özel sağlık sektörü de hızla gelişmiştir (Erol ve Özdemir, 2014).

Türkiye’de, erişebilirliğin artması ve olumlu ekonomik gelişmeler neticesinde artan satın alma gücü gibi etkenler ve son yıllarda sektöre ilişkin gerçekleşen destekleyici gelişmelere paralel olarak büyümektedir. İlaç, hizmet sunumu, sigorta ve tıbbi cihazlar gibi alt sektörler bazında bakıldığında dünya genelinde önemli bir noktaya gelinmektedir. Bu olumlu gelişmelere paralel olarak, sürdürülebilir kamu finansmanın sağlanması amacıyla politika belirleyicileri tarafından çeşitli eylem stratejileri planlanmaktadır. Bu stratejiler sektördeki modernleşmeyi hedeflediği gibi aynı zamanda kamu maliyetlerini sınırlandırmaya yönelik de olmaktadır. Ancak kamu maliyetlerini sınırlandırmayı hedefleyen uygulamalar; sektör oyuncularının faaliyetlerinin sürdürülebilirliğini ve sektör çıktılarının kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Yased, 2012).

1.6.3 Sağlık Sistemleri

Sağlık sistemi, sağlığı geliştirmeyi hedefleyen, her türlü hizmeti bünyesinde barındıran girdi, süreç, çıktı ve sonuç unsurlarından oluşan bir bütündür. Sağlık sistemi arz-talep, finans ve ülkelerdeki örgütlenme yapılarına bağlı bir sistemdir.

Sağlık sistemi içinde farklı öğeleri barındıran karmaşık bir yapıya sahiptir. Her bir öğenin kendine ait farklı bir rolü, etkisi, talebi olsa da tüm dünya ülkelerinde sağlık sistemleri bu elemanlar üzerine kurulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün dile getirdiği bu elemanlar; sağlıklı insan gücü, tıbbi ürün ve teknolojiler, organizasyonlar ve hizmet alan hastalar başlığı altında toplanmaktadır.

Bu elemanlar aşağıda açıklanmıştır (Aydın, 2008).

- a. *Sağlıklı İnsan Gücü*: Sağlık hizmetinin istenen şekilde sunulabilmesini temin için doktor, hemşire ve bu alanda özelleşmiş diğer sağlık profesyonelleri en önemli unsurdur. Bunların görevlerini tam olarak yerine getirebilmek için sahip olmaları gereken tıbbi bilgi ve becerileri evrenseldir.
- b. *Organizasyonlar*: Sağlık hizmetinin üretildiği sağlık merkezi, hastane gibi özelleşmiş organizasyonlar vardır. Bunlar farklı insan kaynakları, teknoloji ve tıbbi ürünleri bir araya getiren örgütsel yapılanmalardır.
- c. *Tıbbi ürün ve teknolojiler*: Sağlık hizmetinin üretilmesinde başvurulan çok sayıda tıbbi araçlar, cihazlar ve ilaçlar vardır. Bilimsel araştırmaların ve teknolojik gelişmenin çok fazla uygulama alanı bulduğu tıpta çok hızlı değişimler olmakta ve sürekli yeni ilaçlar yeni cihazlar kullanıma sunulmaktadır.
- d. *Hastalar*: Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan, bunu talep eden esas unsur hastalardır. Sağlıklı kalmak, daha iyi olmak veya daha fazla huzursuz ya da özürlü olmamak amacıyla, farklı profesyoneller ve organizasyonlar tarafından çeşitli tıbbi araç gereçler de kullanılarak hizmet alırlar.

Modern sağlık sistemlerinin yaratılması, yeteneklerin ve aktivitelerin farklılaşmasını ve uzmanlaşmasını içermekte, aynı zamanda, hastalıkların ekonomik yükü konusunda çok büyük değişiklikleri de kapsamaktadır. Son zamanlara kadar, böyle yüklerin çoğu, verimlilik kaybının bir biçimi olarak ele alınmaktaydı. Çünkü insanlar genç ölmekte, hasta olmakta ve çalışmalarına engel olacak bir şekilde sakat kalmaktaydılar. Sağlık bakımının maliyeti, ekonomik kaybın yalnızca küçük bir

parçası olarak hesaplanmaktaydı. Verimlilik kayıpları özellikle fakir ülkelerde hala önemli olmasına rağmen, yaşamın uzatılması ve sakatlıkların azaltılması, sağlık sistemleri için daha fazla sorumluluğun doğması anlamına gelmektedir. Sağlık sistemleri tarafından kullanılan kaynaklardaki artış nedeniyle ortaya çıkan ilave yük, hastalık ve erken ölümden dolayı karşılaşılan ekonomik zararların engellenmesiyle telafi edilmektedir (Uğuroğlu ve Çelik, 2005).

Türkiye’de sağlık hizmetleri, cumhuriyetin kurulduğu 1923 yılından, 1982 yılına kadar devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir (Pala, 2007). 1923-1946 yılları arasında halk sağlığı sisteminin temelleri atılmış; sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasından sorumlu olan Sağlık Bakanlığı’nın görev ve işlevlerini açık ve kesin bir şekilde ortaya koyan birçok yasa çıkarılmıştır. 1946-1960 yılları arasındaki dönemde, Türkiye toplumuna entegre sağlık hizmetleri sunması beklenen sağlık ocakları kurulmuş; tüm hastaneler, yerel yönetimlerden Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir (Yıldırım, 2013).

1961 tarihli ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu kabul edilerek, birinci basamak hizmetlerinin kırsal kesime kadar yayılarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması ve koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin entegre biçimde bir arada yürütülmesi hedeflenmiştir. Daha sonra 1982 Anayasası’nın 56. maddesi ile sağlık hizmetleri, devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet “sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle” görevlendirilmiştir (Erol ve Özdemir, 2014). Söz konusu yasaya göre, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkı vardır ve devlet tüm vatandaşlarına sosyal sigorta sağlamak için gerekli adımları atmalıdır (Yıldırım, 2013).

1980’li ve 1990’lı yıllarda uygulanan sağlık reformları; hizmetin finansmanının vergilerden değil, ödeyebilenlerin primleri ve katkı payı ile karşılayan, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasını öneren, sağlık kurumlarının özelleştirilmesini, yerinden yönetime dayalı ve rekabeti kolaylaştıran bir sistem yapısını oluşturmaktadır (Çiçeklioğlu, 2011).

Türkiye’de son olarak 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ‘Sağlıkta Dönüşüm Projesi’ (SB, 2003) adı altında yeni bir reform yayımlanmıştır. Bu reformla sağlık sisteminin finansman kısmının sigorta ile karşılanması, toplumun

tüm kesimine temel sağlık hizmetlerinin ulaştırılması hedeflenmiştir. Günümüzde Sağlık Bakanlığı tarafından bu projeye ek olarak, yeni reformlar yapılmakta ve çalışmalar sürdürülmektedir.

1.6.4 Sağlık Sektörlerinin ve Sağlık Sistemlerinin Yapıları

Planlama, rgtlenme, personel istihdamı, finansman, koordinasyon, yönlendirme ve denetleme genelde yönetimin, özelde sağlık yönetiminin başlıca öğeleridir. Bunlardan planlama, yönlendirme, koordinasyon ve denetim gibi öğeler, yönetim bilimi ve becerileri ile ilgili olup, her iki sağlık politikasında da, başka bir deyişle her türlü sağlık hizmeti yapılanma biçimlerinde, değişmeyen ilkelere sahiptir. Örneğin; sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları ya da özel kuruluşlar aracılığı ile sunulması yönetim biliminin (planlama, yönlendirme, denetleme vb) ilkelerini değiştirmeyiz, değiştirmemelidir. Buna karşılık, seçilen / benimsenen, sağlık politikası hizmetlerin yapılanmasını ya da maddi yapısını; yani örgütlenme, personel istihdamı ve finansman biçimlerini etkiler ve belirler (Akdur, 1999).

Sağlık sektörünün yapılanmasını genel anlamda; örgütlenme şekli, arz ve talep dengesi oluşturmaktadır.

1.6.4.1 Sağlık sektörü örgütlenmesi

rgtlenme; bir sektörde çalışanların amaçlarını gerçekleştirmek için, eşgdmleşmiş bir şekilde çalışarak yetki, sorumluluk ve görevlerini çalıştıkları kurumun lehine dönüştürecek davranışların ve o sektörde bulunan kaynakların düzenlenmesidir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, temel olarak, kamu ve özel olmak üzere, iki örgütlenme biçimi vardır. Bir ülkede, bu örgütlenme biçimlerinden birisi tek başına ve saf olarak uygulanabildiği gibi, ikisi birlikte ve karmaşık olarak da kullanılabilir. Birinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen ülkelerde hizmetler ağırlıklı olarak kamu örgüt ve birimleri aracılığı ile sunulur. İkinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen ülkelerde ise örgütlenme ve hizmet sunumunda ağırlık özel girişimden yanadır (Akdur, 1999).

Tablo 1.9'da işlevlerine göre sağlık kuruluşunda yer alan kurum ve kuruluşlar verilmiştir.

Tablo 1.9: Türkiye’de sağlık sektörü örgütlenmesinde yer alan kurum ve kuruluşlar.
(TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye de Sağlığa Bakış, 2007)

POLİTİKA OLUŞTURMA	-Türkiye Büyük Millet Meclisi -Devlet Planlama Teşkilatı -Sağlık bakanlığı -Yüksek Öğretim Kurumu -Anayasa Mahkemesi
İDARİ KARAR ALMA	-Sağlık Bakanlığı -İl Sağlık Müdürlükleri
SAĞLIK HİZMETLERİ FİNASMANI	Maliye Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sigorta Şirketleri Kendi kendini finanse eden kurumlar Uluslar arası Ajanslar
SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU (Kamu, Özel, Sivil Toplum Örgütleri)	-Sağlık Bakanlığı -Üniversite Hastaneleri -Savunma Bakanlığı -Özel Hastaneler -Vakıf Hastaneleri -Azınlık Hastaneleri -Özel Çalışan Pratisyen/Uzman Hekimler -Ayakta Tedavi Klinikleri -Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri -Eczaneler -Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları -Kızılay -Vakıflar, Dernekler

1.6.4.2 Sağlık hizmetleri arzı

Sağlık hizmetleri arzı, sağlık kurumlarının belli bir zamanda belli bir fiyattan sağlık hizmetinden satmaya razı oldukları miktardır. Sağlık hizmeti ise sağlık ocağı, hastane, laboratuvar, vb. sermaye unsurları ile hekim, hemşire, hastabakıcı, laborant, vb. emek unsurlarından oluşan ekonomik bir maldır.

Sağlık hizmetini arz eden üretici ve satıcılar için sağlık hizmetleri arzını belirleyen en önemli unsur, sağlık hizmetlerinin üretim maliyetidir. Sağlık hizmeti ile ilgili hekim, hemşire, idari personel, vb. ve sağlık ocağı, hastane gibi binalar, çeşitli tıbbi araç ve gereçler üretim girdilerini oluşturmaktadır. Bu üretim girdileri için yapılan harcamalar sağlık hizmetlerinin üretim maliyetini oluşturmaktadır (Orhaner, 2006).

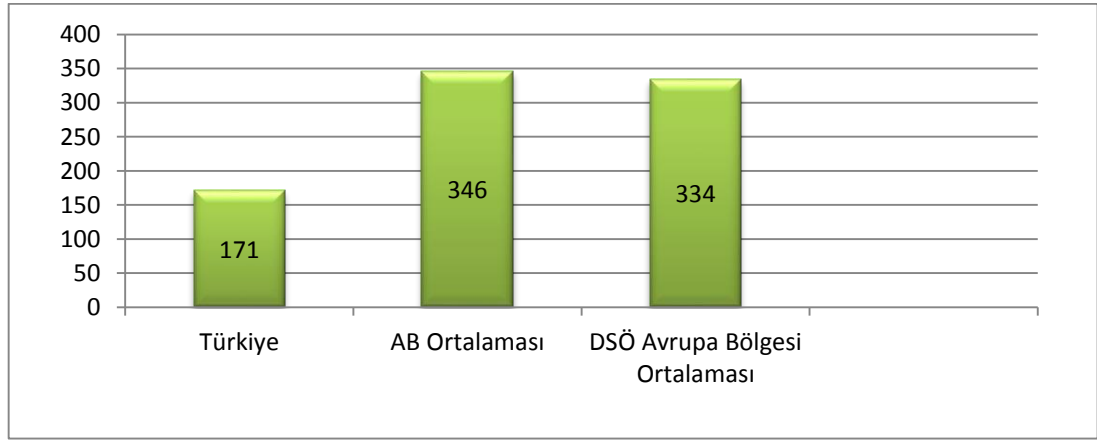
Sağlık arzını belirleyen unsurlara, aşağıdaki tablolarda göstergelerle birlikte yer verilmiştir:

Tablo 1.10: Sağlık kurumu sayısı ve toplam yatak sayısı. (Türkiye İstatistik Kurumu, 2013)

Yıllar	Toplam Sağlık Kurumu Sayısı	Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı	Yataksız Sağlık Kurumu Sayısı	Toplam Yatak Sayısı	1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı
2004	9 038	1 227	7 821	166 707	2.46
2005	8 870	1 196	7 674	170 972	2.49
2006	9 831	1 203	8 628	174 342	2.51
2007	11 839	1 317	10 522	178 000	2.54
2008	13 818	1 350	12 468	183 183	2.58
2009	15 205	1 389	13 816	188 638	2.62
2010	26 993	1 439	25 554	200 239	2.74
2011	27 997	1 453	26 544	194 504	2.63
2012	29 960	1 483	28 477	200 072	2.65

Tablo 1.10 incelendiğinde; 2004-2012 yılları arasında toplam sağlık kurumu sayısı %43.1 oranında, toplam yatak sayısı %20.0 oranında, bin kişi başına düşen yatak sayısı ise %7.72 oranında artış göstermiştir.

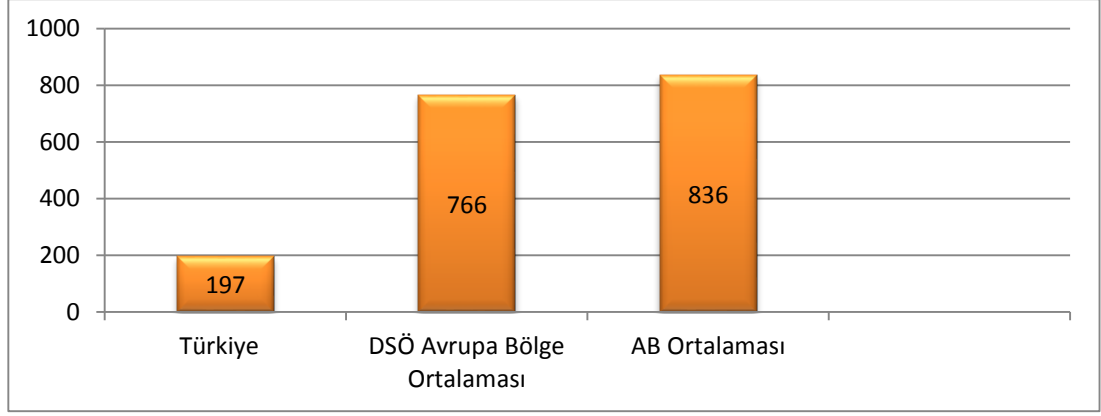
Tablo 1.11: 100.000 kişiye düşen hekim sayısı bakımından AB, DSÖ Avrupa bölgesi ülkeleri ve Türkiye ortalaması karşılaştırması. (Sağlık Bakanlığı, 2014²)



Türkiye’de ve AB üyesi ülkelerde 100.000 kişiye düşen hekim sayısı karşılaştırıldığında, bu sayının AB üyesi ülke ortalamasında 346, Türkiye’de ise 171 olduğu görülmektedir. Yani, Türkiye’deki 100.000 kişiye düşen hekim sayısı AB üyesi ülkeler ortalamasının yarısından daha azdır.

Tablo 1.12: Türkiye, AB ülkeleri ve DSÖ Avrupa bölgesi ülkelerinde 100.000 kişiye düşen hemşire sayısının karşılaştırılması. (Sağlık Bakanlığı, 2014³)

² Tablo 1.11’de Türkiye ile ilgili verilerde Aralık 2013 tarihli rakamlar esas alınmış olup ADNKS (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi)’ ye göre 31 Aralık 2012 tarihi itibarıyla Türkiye nüfusu 75.627.384 kişi olarak alınmıştır.



Tablo 1.12'ye bakıldığında, Türkiye'nin hemşire sayısı; DSÖ Avrupa bölge ortalaması ve AB ortalamasının yaklaşık olarak dörtte biri civarındadır ve oldukça düşüktür.

Tablo 1.13: Sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları, 2012, Türkiye. (Sağlık Bakanlığı, 2013)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	310	89	522	921
BT	448	122	572	1.142
Ultrason	2.348	384	1.508	4.240
Doppler Ultrason	1.218	302	943	2.463
EKO	587	188	592	1.367
Mamografi	353	77	506	936
Röntgen	3.554	2.165	1.878	7.597

Tablo 1.13'te Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, üniversite ve özel hastanelerdeki cihaz sayıları verilmiştir. Burada verilen tüm tıbbi araç ve gereçler, sağlık hizmeti harcamalarında ciddi maliyet gerektiren üretim girdilerindedir.

1.6.4.3 Sağlık hizmetleri talebi

Sağlık hizmetleri talebi kavram olarak, bir toplumdaki bireyin ya da o toplumun, gereksinim duyduğu; sağlıkla ilgili korunma, sağlığını sürdürme, iyileştirme ve rehabilite edici tüm hizmetlerden yararlanabilmesi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerine sahip olmak bir hak olduğu için, talebinde fiyatın

³ Tablo 1.12'de Türkiye ile ilgili verilerde Aralık 2013 tarihli rakamlar esas alınmıştır.

bir önemi yoktur. Sağlık hizmetleri talebini etkileyen en önemli etken, sağlık hizmetlerinin zorunlu ve ertelenemez olmasıdır. Ayrıca sağlık hizmetlerini talep eden kişilerin yaş, cinsiyet, kültürel durumu gibi etkenlerde sağlık hizmeti talebini etkilemektedir.

Fiyatın, sağlık hizmetleri talebi üzerindeki zayıf etkisine karşın gelirin etkisi bulunmaktadır. Bu etki, özellikle sağlık harcamalarının bireyler tarafından karşılandığı, zorunlu sigorta kapsamında tutulmadığı ve devlet tarafından desteklenmediği durumlarda daha fazla önem kazanmaktadır. Bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebi genellikle gelire birlikte artmaktadır. Sağlık hizmetleri fiyatının devlet tarafından karşılandığı veya SSK gibi kurumların devrede olduğu sistemlerde sağlık hizmetlerine olan talep yükselmektedir. Sigortalı hastalar daha düşük ücretlerle karşılaşacaklarından daha fazla sağlık hizmeti talep ederler (Yaylalı ve diğ., 2012).

Sağlık hizmetinin talebi rastlantısalıdır. Ne zaman, nerede, ne ölçüde çıkacağı belirlenemez. Bu yüzden sağlık hizmeti talebini belirlemek önceki yıllarda yapılan sağlık harcamalarını belirlemekle mümkün olacaktır.

Diğer hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri de stoklanamaz. Bununla beraber sağlık hizmetlerine olan talep iyi belirlenirse buna göre sağlık hizmetleri arzı daha doğru belirlenebilir. Sağlık hizmetlerine olan talebi ortaya koymada, bir kişinin ortalama yılda hekime (sağlık hizmetine) başvurma sayısı önemli bir ölçüt olmaktadır (Orhaner, 2006).

OECD sağlık raporu (2013) verilerine göre; 2011 yılı kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırmasında, OECD ülkelerinde kişi başı hekime müracaat sayısı 6.6 iken, Kore 13.2 ile ilk sırada yer almaktadır. Bu karşılaştırmada Türkiye 8.2'lik sayı ile ortalamanın üstünde yer alırken; Meksika 2.7 ile sonuncu sırada yer almıştır (OECD Health Data, 2013).

İKİNCİ BÖLÜM

KALİTE ve SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ANLAYIŞI

Dünyada ülkeler arasında kitle iletişim araçlarının artması küreselleşmeye ön ayak olmuş böylelikle, üretilen bir malın/hizmetin müşteriye ulaşması daha da kolaylaşır hale gelmiştir. Ancak uluslararası artan rekabet ortamı, işletmelerde insan gücünün öne çıkması, ne istediğini bilen müşterilerin artması hizmet sunumunda işletmeleri yeni arayışlara yöneltmiştir. Artık çoğu işletme mevcut yöntemlerle küresel pazarda yer alamayacağını anlamış ve sahip olduğu teknikleri yeniden gözden geçirmeye başlamıştır. İşletme sahiplerinin küresel pazarda kalıcı olma ve kar elde edebilme arayışlarına yönelmesi kalite gereksinimini artırmıştır (Özgüven, 2008).

Uygulamaya baktığımızda uluslararası pazarda rekabetin dayanılmaz boyutlara ulaştığı günümüzde, gerek kamu gerekse özel sektör kuruluşlarında klasik yönetim tekniklerinin çoğunun karşılaşılan sorunları çözmede yetersiz kaldıkları görülmektedir. Bunun yanında her sorunun, sürecin ve sonucun dünya çapında olduğu günümüzde önlem ve çözümlerin de küresel düzeyde olması gerekmektedir. Çünkü her alanda yaşanan değişim süreci, toplumları, bütün kurum ve kuruluşları bu sürece dâhil etmeye ve değişimi yakalayıp dönüşüme geçmeye zorlamaktadır (Aykaç ve Özer, 2006).

Günümüzde artan rekabet ortamı hizmet veren tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünü (gerek kamu gerek özel sağlık kurumları olsun) etkilemektedir. Sağlık işletmelerinin pazarda tutunmaları, uyguladıkları stratejilerde farklılık yaratmasına bağlıdır. Tüm dünyada olduğu gibi belirli standartları yakalamak ve rekabet ortamında kalabilmek için sağlık sektöründe de sunulan hizmetin kaliteli olması gerekmektedir. Ancak sağlık sektörünün ve sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı, sağlık sektöründe birden fazla paydaşın olması, kaliteyi sisteme entegre etmede sıkıntı yaratmaktadır. Bunun için sağlık sisteminin iyi anlaşılması ve sektöre yönelik kalite ölçüm standartlarının belirlenmesi gerekmektedir.

2.1 Kalitenin Tanımı ve Kaliteyle İlgili Kavramlar

Son çeyrek asırdır teknolojideki gelişmeler ve artan rekabet ortamıyla birlikte kalite farklı boyutlar kazanmış, kullanım amacına göre de farklı anlamlarla ifade edilmiştir. Ancak kalite kelimesinin çıkış noktasına baktığımızda Latince kökenli bir kelime olup, nasıl oluştuğu anlamına gelen “Qualis” kelimesinden türemiş “Qualitas” kelimesiyle ifade edilmiştir. Literatür taraması yapıldığında kalite; şartlara uygunluk derecesi veya ürün/hizmetin ihtiyaçları karşılama yeteneği olarak tanımlanmıştır.

Kalitenin tanımı, tanımlayan kişinin kim olduğuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Ayrıca çok boyutlu bir kavram olması bu tanımın yapılmasını güçleştirmektedir (Durukan ve İkiz, 2007).

Kalitenin farklı araştırmacılar tarafından geliştirilen çeşitli tanımları bulunmaktadır. Bu tanımlara bakıldığında; Kotler kaliteyi “ürünün müşteriler tarafından değinilen veya ima edilen istekleri karşılayabilme yeteneğine sahip niteliklerinin toplamı” olarak tanımlamaktadır. Deming ise, kaliteyi değişkenliğin azaltılması olarak görür ve hataların sıfırlanmasıyla kalitenin sağlanabileceğini belirtir. Bir başka tanımda Juran kaliteyi, “müşterinin istediği estetik, dayanıklılık, güvenilirlik vb. gibi özelliklere sahip ve hatalardan arındırılmış ürünlerin kullanım amacına uygunluk” olarak tanımlamaktadır. Kaliteyi “ihtiyaç duyulan niteliklere uygunluk” olarak tanımlayan Crosby, kalitenin hatasız üretim olduğunu ve olması gereken özelliklere tam olarak uyulmasıyla oluşabileceğini ifade etmektedir. Garvin ise kaliteyi, müşterileri memnun edebilmenin bir aracı olarak değerlendirmektedir (Taşçı, 2013).

Kaliteyle ilgili araştırmacılar tarafından çeşitli tanımlamalar yapılmış olsa da günümüz rekabet koşullarında en nihai kararı veren müşterilerdir. Kalite, müşterilerin beklentilerine uygunluk ve ihtiyaçlarını karşılama derecesidir. Kalite sadece ürün/hizmet üzerine yoğunlaşmayan ürün/hizmetin üretiminden sunumuna kadar tüm aşamaları içeren bir süreçtir.

Kalitenin çeşitli şekillerde tanımlanabilmesinin nedeni, çok boyutlu bir kavram olmasıdır. D. Garvin 1984 yılında kalitenin sekiz boyutunu aşağıdaki gibi tanımlamıştır (Öksüz, 2010):

- a. Performans boyutu: Üründe bulunan birincil özellikler
- b. Diğer unsurlar boyutu: Ürünün çekiciliğini sağlayan ikincil özellikler
- c. Uygunluk boyutu: Spesifikasyonlara, standartlara ve belgelere uygunluk
- d. Güvenilirlik boyutu: Ürünün kullanım ömrü içerisinde performans özelliklerinin sürekliliği
- e. Dayanıklılık boyutu: Ürünün kullanılabilirlik özelliği
- f. Hizmet görürlük boyutu: Ürüne ilişkin sorun ve şikâyetlerin kolay çözülebilmesi
- g. Estetik boyutu: Ürünün albenisi ve duylara seslenebilme yeteneği
- h. İtibar boyutu: Ürünün ya da diğer üretim kalemlerinin geçmiş performansı

Kalitenin bugünkü hale gelmesi bir birikim sonucudur. Tarihten bu yana birçok araştırmacı birçok tanımlar yapmış, teknolojik gelişmelerle birlikte kalite, yeni boyutlar kazanmıştır. Her dönemde kalite ve kalite yönetim sistemine yeni kavramlar eklenmiştir. Aşağıda bu kavramlar açıklanmıştır:

Kalite Spirali/Halkası: Gereksinimlerin belirlenmesinden karşılanıp karşılanmadıklarının değerlendirilmesine kadar çeşitli aşamalarda bir ürün ya da hizmetin kalitesini etkileyen birbiri ile ilgili faaliyetler için kavramsal modeldir (Taşçı, 2013).

Kalite Politikası: Kuruluşun en üst düzey yetkilisi tarafından metin haline getirilen kuruluşun bugün ve gelecekte olmak istediği noktaları ortaya koyan, kalite ilgili konuları açıklayan, kuruluşun sektördeki konumu ile ilgili hedefleri gözler önüne seren genel kalite amaçları ve yönüdür.

Kalite Yönetim Sistemi: Kalite yönetim sistemi, bir ürün veya hizmetin kalite konusunda belirtilmiş gerekleri yerine getirmesinde, yeterli güveni sağlamak için, uygulanan planlı ve sistematik etkinlikler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Kalite yönetim sistemi çalışanların eğitilmesi ve kalite konusunda bilinçlendirilmesi ile kalitenin planlanan düzeyde en az kaynak kullanımıyla sağlanması temeline dayanmaktadır (Yılmaz, 2003). Tablo 2.1'de Juran'ın kalite yönetim felsefesi anlatılmıştır.

Tablo 2.1: Juran'ın kalite yönetim trilojisi. (Durukan ve K. İkiz, 2007)

Kalite Planlaması	Kalite Kontrol	Kalite İyileştirme
Müşterileri Tanımlama	Gerçekleşen ürün performansını değerlendirme	Altyapıyı oluşturma
Müşterilerin ihtiyaçlarını belirleme	Gerçekleşen performans ürün hedefleri ile kıyaslama	İyileştirme projelerini tanımlama
Müşterilerin ihtiyaçlarını karşılayan ürünleri geliştirme	Farklar doğrultusunda harekete geçme	Proje takımlarını oluşturma
Ürün özelliklerini ortaya çıkaracak süreçleri geliştirme		Sebepleri ortaya çıkarma, faydalara yönelik güdülendirme
Planları operasyonlara aktarma		Kazanımları sürdürmeye yönelik kontrol prosedürlerini oluşturma amacıyla takımları eğitime ve motive etme

Kalite Güvencesi: Bir ürün ya da hizmetin, daha önceden belirlenmiş gereklilikleri karşılaması, bu yönde güven teşkil etmesi için gerekli olan planlı ve sistematik faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Kalite güvencesinde ilk önce standartlar belirlenir. Standartlar belirlendikten sonra, bunlara ulaşma yolları ve kuralları, ayrıntılarıyla bir program haline getirilir. Amaçlanan kalite düzeyine bu program aracılığıyla ulaşılır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Kalite Kontrol: Kalite ile ilgili olarak belirlenmiş bir hedef, amaç veya standarda ulaşmak için uygulanan teknikler ve yapılan faaliyetlerdir. Bu faaliyetler istatistik tutulması, hatanın tespiti ve kaynağının bulunması, bu hatanın düzeltilmesi gerektiğini içeren bir sistem içinde yer almaktadır.

Kalite Maliyeti: Kalite maliyetleri kalitenin ölçüsüdür. Kalitedeki gelişme ve değişmeyi gösteren en iyi kıstas, kalite maliyetleridir. Başka deyişle, kuruluşun kalite hedeflerine ulaşıp ulaşmadığının somut ölçüsünü elde etmek için kalite maliyetlerinin hem tutar ve hem de miktar olarak bilinmesi gerekir. İşletmeler için maliyetli olan kaliteli mal ve hizmet üretmek değil, kalitesiz ya da düşük kaliteli mal ve hizmet üretmektir (Çabuk, 2005).

Kalite Denetimi: Kalite denetimi, kalite ile ilgili çalışmaların ve sonuçlarının planlanan aktivitelerle uyumunu ve uygulamadaki etkinliğini ölçmek için yapılan sistematik, bağımsız bir incelemedir (Aslan ve Özçelik, 2009). Başka bir tanıma göre ise kalite denetimi, kalite sisteminin yeterli bir şekilde anlaşılıp, uygulandığını veya uygulanmadığını gösteren bir araştırma ve inceleme faaliyetidir. Amaç, denetimin yapılması değil, sistemin düzgün bir şekilde çalışmasını sağlayarak kalitenin güvence altına alınmasıdır (Dalak, 2000).

Kalite Fonksiyon Yayılımı: Organizasyonların ürün veya süreçlerinin müşterilerinin hem mevcut ve hem de gelecekte ortaya çıkabilecek beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için müşteri sesinin teknik özelliklere dönüştürülmesini sağlayan bir metot olarak tanımlanabilir (Kılınç, 2008).

2.2 Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kaliteyle ilgili ilk kayıtlar M.Ö. Hammurabi Kanunları'na kadar dayanmaktadır. Kalitenin tarihte bir kavram olarak ortaya çıkması, on dokuzuncu yüz yıla rastlamaktadır. Ancak bu dönemden sonra ki üreticiler kalite bilinciyle, ürünlerine kendi markalarını vermekten gurur duymaya başlamış; iş planlaması vasıfsız işçilerin elinden alınıp endüstri mühendislerine verilmiştir. Başlatılan bu uygulama ile sanayi devriminin tohumları atılmıştır. Kalite gelişiminin en önemli ve ilginç dönemleri ABD ve Japonya'da yaşanarak görünmüştür (Özdemir, 2000).

Günümüzde müşteri memnuniyeti olgusuna kadar dayanan kalitenin tarihsel gelişimini muayene, kalite kontrol, kalite güvence sistemi ve toplam kalite olarak dört aşamada toplamak mümkündür.

2.2.1 Muayene

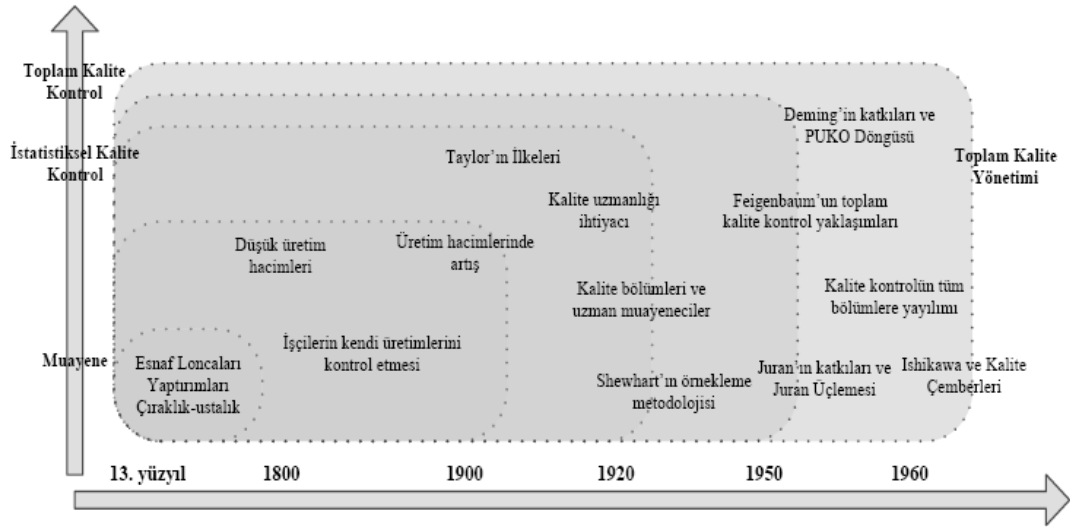
Üretkenlikle birlikte kalite düzeyini de yükseltmek isteyen mal üretim işletmeleri üretmiş oldukları ürünleri müşterilerine sevk etmeden önce kurmuş oldukları kalite kontrol laboratuvarlarında istenen özelliklere göre muayene ve deneylere tabi tutmuşlar, hataları tespit etmek için çaba harcamışlardır. Bu dönemdeki temel yaklaşım; hatalı ürünlerin tüketiciye ulaşmasını engellemektir. Bu yaklaşım tüketiciyi korumuş ancak işletmelere hatalı ürünlerin hurdaya çıkarılması veya yeniden kullanılması sürecinde ek maliyetler yüklemiştir. Bu aşamada kalitesizliğin nedenleri araştırılmamış sadece tüketiciye kalitesiz ürün sevkiyatı yapılması engellenmeye çalışılmıştır (Altınok, 2005).

2.2.2 Kalite Kontrol

Kalite Kontrol, 1920'lerde endüstri alanında uygulanmaya başlamıştır. Kalite anlayışının işletmelerde yerleştirilebilmesi için, kalitenin o işletme için ulaşılabilir

bir amaç olması ve dolayısıyla onun üzerinde yoğunlaşması, iyi bir kalite kontrol sisteminin kurulmasını gerektirmektedir. Ancak burada bahsettiğimiz kalite kontrol faaliyeti, üretim sonrası kusurlu ürünü veya prosesi ortaya çıkaran bir kontrol faaliyeti olmamalı, daha geniş kapsamlı olmalı, işletme çapında ele alınmalı ve kalite özelliklerinin hedeflenen şekilde başarılmasına kısaca kalite güvenliğine yönelik olmalıdır. Çünkü kalite kontrol, herkesin aynı kuralları ve prensipleri izlediği demokratik bir süreçtir (Eroğlu, 2003).

Kalite kontrol aşaması, ürünün tasarımından müşteriye teslimine kadar olan süreci kapsar. Bu bakımdan ürünün kaliteli olması için standartların belirlenmesi, bu standartlar doğrultusunda ürünün özelliklerinin belirlenip en düşük maliyet, performans ve güvenilirlik sağlanarak üretimi sağlanmalıdır. Üretim sırasında oluşabilecek hatalara yönelik geliştirici çabaları içermelidir. Şekil 2.1’de kalite kontrolünün tarihsel gelişimi verilmiştir:



Şekil 2.1: Kalite kontrolün tarihsel gelişimi. (Taşçı, 2013)

2.2.3 Kalite Güvence

Kalite güvencesi, toplam kalite uygulamalarının önemli bir parçasıdır. Kalite güvencesi, müşteri beklentilerini tam olarak karşılayacak kalitedeki ürün veya hizmetlerin üretilmesini sağlamaya yönelik olarak bir sistem dâhilinde kalite planlaması, organizasyonu ve kontrolünü içeren planlı faaliyetler bütünüdür. Kalite güvence uygulamaları ürün veya hizmetlerde standartlardan sapmaların nedenlerini belirlemek ve süreç standardizasyonu sağlamak üzere kullanılır; kalite planlaması ve

hata önleme yaklaşımlarını içerir. Bu sayede bir kuruluştaki tüm süreçler bütün olarak ele alınarak, kalitenin sürekliliği ve iyileştirilmesi sağlanır. Kalite güvencesi ayrıca etkili bir yönetim aracıdır ve taraflar arasında güvene dayalı ilişkilerin kurulmasında önemli bir rol oynar. Kalite güvencesi sayesinde ulaşılan kalite düzeyinin korunması ve sürekliliğinin sağlanması kolaylaşır (Çabuk, 2013).

2.2.4 Toplam Kalite Yönetimi

TKY, verilen hizmetlerin kalitesinin sürekli yükseltilmesini hedefleyen ve kurum genelinde katılıma dayanan bir yönetim anlayışıdır. TKY, kalite yönetimi evriminin üçüncü aşamasını oluşturmaktadır. TKY, kalite denetimi ve kalite güvencesi yaklaşımlarını yapısında barındırmakla birlikte, kalite kavramını ve kalite hizmet sunumuna farklı bir yaklaşım getirmektedir. TKY, ne kalite denetimi yaklaşımında olduğu gibi yalnızca sonuçlar üzerinde odaklaşmakta, ne de kalite güvencesi gibi yalnızca süreçlere ağırlık vermektedir. TKY, kaliteyi bir kurumsal kültür olarak kabul etmekte ve kaliteyi tüm birim ve personelin katılımını içeren süreçlerin bir sonucu olarak görmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

TKY felsefesinin temel amacı, işletmede çalışan tüm bireylerin katılımı ile müşteri istek ve ihtiyaçlarını en ekonomik şekilde karşılamaktır. Diğer bir ifadeyle, yönetim felsefesi ve hatta bir örgütsel yaşam biçimi olarak yönetim yaklaşımlarından neredeyse tümünden yararlanan TKY, ortaya koyduğu güçlü esnek yapı ile kökeninde insan olan bir yaklaşımdır (Toraman, 2010).

Literatüre bakıldığında, TKY'nin, yazar ve bilim adamları tarafından yapılan değişik tanımları bulunmaktadır. Bunlardan bazıları aşağıdaki gibidir:

TKY, işletmelere pazar payının ve verimliliğin arttırılması, maliyetlerin azaltılması, iç ve dış müşteri memnuniyeti ve rekabet gücü gibi alanlarda üstünlük sağlayan bir yönetim felsefesidir. TKY, müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan, müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturulan bir yönetim biçimidir (Aslan ve Özçelik, 2009).

TKY, malın elde edilmesinde işletme görevlilerinin tümünün katılımının sağlanması esasına dayanan, en azından sıfır hata ile urunun kalitesinin yükseltilmesini ve maliyetlerin düşürülerek israfın önlenmesini, satış sonrasında

kalite sorumluluğunun üstlenilmesini ve ürüne ilişkin hizmetlerin sağlanarak müşterilerin %100 tatmin edilmesini esas ilke kabul eder (Kuzhan, 2009).

TKY; tüm proseslerin, ürünlerin ve hizmetlerin tam katılım yoluyla geliştirilmesi, iç ve dış müşteri tatmininin artırılması ve müşteri bağlılığının yaratılmasının sağlanması amacıyla işletme de alınan sonuçların iyileştirilmesine dayanan, müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan modern yönetim biçimidir (Hayta, 2008).

TKY felsefesinin dünya çapında tanınıp yaygınlaşmasını sağlayan Deming, Juran, Crosby ve Ishikawa, sistemin şu özelliklere sahip olması gerektiğini savunmaktadırlar (Zengin ve Erdal, 2000);

- Sistem uygulanabilecek kadar basit
- Herkesin katılımına ihtiyaç olduğunu kabul edecek kadar gerçekçi
- Değişim taleplerinin farkına varabilecek kadar hassas
- Tüm çalışanları motive edebilecek kadar ilginç
- Kazançları tanımlayabilecek ve yeni kazançları belirleyebilecek kadar güçlü
- Eski geleneklerin yerini alabilecek kadar ileriye yönelik olmalıdır.

TKY, klasik yaklaşımdan ayıran farklılıklar mevcuttur. Bu farklılıklar Tablo 2.2'de özetlenmiştir.

Tablo 2.2: Toplam kalite yönetimi ile klasik yönetimin karşılaştırılması. (Kuzhan, 2009)

KLASİK YÖNETİM ANLAYIŞI	TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
Sıçramalarla gelişme	Sürekli gelişme
Kurallar kaliteyi belirler	Müşteriyi kalite belirler
Değişim pahalıdır	Değişim Kârlıdır
Kalite denetim yapılarak sağlanmaya çalışılır	Kalite süreçleri geliştirerek sağlanır
Kalite pahalıdır	Kalite ucuzdur
Ürün odaklıdır	Müşteri odaklıdır
Yöneticiler kural ve standartları belirler	Yöneticiler sistemi kurar
Kalite teknik bir konudur	Kalite yönetsel bir konudur
Klasik sistemde insan ürüne müdahale eder	Toplam kalite yönetiminde insan süreçlere müdahale eder
Maliyet unsuru olarak eğitim	Üretim unsuru olarak eğitim

Günümüzün rekabetçi ortamında değişen koşullara uyum sağlayan, özellikle müşteri ihtiyaç, istek ve beklentilerindeki değişimleri zamanında yakalayıp, hayatta

kalmak ve başarılı olmak isteyen işletmeler için TKY bir yönetim tekniğinden çok bir yönetim felsefesi olarak diğer yönetim anlayışlarından ayrılmaktadır. TKY, bir örgütteki değişik grupların müşteri tatminini de göz önünde tutarak; pazarlama, mühendislik, üretim ve hizmeti en ekonomik düzeyde gerçekleştirebilmek amacıyla kalite geliştirme, kalite koruma ve kalite iyileştirme çabalarını birleştiren etkili bir sistem olarak öne çıkmaktadır (Taşçı, 2013).

2.3 Kalitenin Bileşenleri

Kalitenin kurucularından Joseph Juran kalitenin bileşenlerini, *tasarım* ve *uygunluk kalitesi* şeklinde ikiye ayırmıştır. Daha sonraki yıllarda kalitenin değişen tanımı ve boyutlarıyla birlikte, bu bileşenlere *performans kalitesi* de eklenmiştir. Aşağıda bu bileşenler açıklanmıştır:

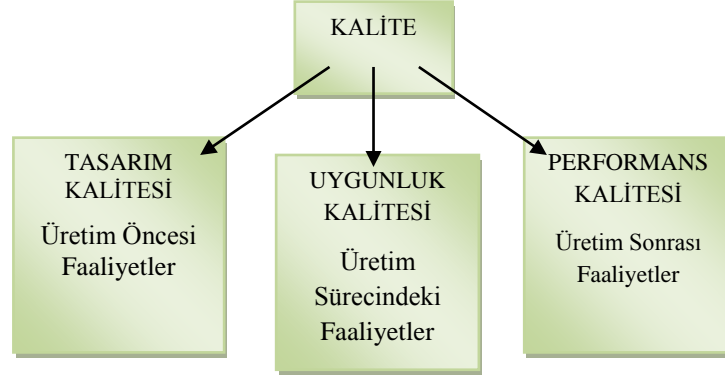
Tasarım Kalitesi: Üretilen ürün ya da sunulan hizmetin, müşterilerin ihtiyaçlarını karşılama derecesini saptar. Tasarım kalitesi, üretim öncesi faaliyetlerin belirlendiği süreçtir (Yılmaz, 2003). Müşteri araştırmaları ve hizmet satış ziyaretleri ile başlayıp, müşteriyi tatmin edecek ürün/hizmet kavramının belirlenmesi ile sürdürülür. Ürün/hizmetin özellikleri bu süreçte hazırlanır.

Uygunluk Kalitesi: Üretilen mal veya hizmetin, kendisi için önceden tasarlanan kalite derecesine uyma derecesidir. Uygunluk kalitesi, üretim sürecindeki faaliyetleri içerir. Uygunluk kalitesi ölçülebilir kriterlerden oluşur. Bu bakımdan işletmeler için kalite kontrolde, istatistiksel açıdan nominal değerden sapma oranını gösterir (Girgin, 2013).

Performans Kalitesi: Pazar isteklerinin ve beklentilerinin karşılanmasının güvence altına alınması ile ilgilidir. Performans kalitesi, üretim sonrası faaliyetleri içerir. Bu şamada, ürün ya da hizmetlerin satış analizleri, pazardaki performans düzeyleri saptanıp değerlendirilir. Bu durum, ürünün müşteriye ulaştıktan sonraki koşullar ve uygunluk olup; paketleme, sevkiyat, depolama ve yetkili servislerin yeterliliği ile ölçülür.

Performans kalitesi çalışmalarında kalite kaybı, iki kaynakta aranmalıdır. Birinci olarak kalite kaybı ürünlerin veya hizmetlerin karakteristiklerinin pazarın gereksinimlerinden farklı bir şekilde üretildiği; süreçlerde olur. Bu kayıp, pazar bölümü sayısının artırılması ve ürünün müşteri gereklerini karşılayacak şekilde düzeltilmesi ile önlenabilir. İkinci olarak kalite kaybı, kalite karakteristikleri

değişiminin çok fazla olduğu ürün veya hizmet üreten süreçlerde ortaya çıkar. Bu iki kalite kaybı genişletilmiş sürecin performans aşamasında aranmalıdır (Eroğlu, 2003).



Şekil 2.2: Kalitenin bileşenleri. (Eroğlu, 2003)

2.4 Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalitenin bu yüzyıldan çok öncesine giden uzun bir tarihi vardır. M.Ö. V.yüzyılda Hipokrat'ın yazılı mesleki davranış kuralları, M.Ö. 2000'de Mısır papirüslerinde belgelenen tıbbi uygulama standartları, M.Ö. 1100'de Chou hanedanının, doktorların mesleğini uygulamaya başlamadan önce bir sınavı geçmelerini istemesi ve doktorlara yapılan ödemeleri hasta sonuçlarına göre belirlemesi, M.S. 1000'de İran'da tıbbi uygulama yapan herkesin bilgisinin sınavla değerlendirilmesinin istenmesi, sonraki dönemde sağlıkta kaliteyle ilgili olan gelişmelerdir (Kaya, 2013).

1913 yılında, ABD'de hasta bakım kalitesi ve güvenilirliğinin izlenmesi ve denetlenmesi amacıyla standartlar geliştirilmeye başlanmış ve JCAHO (Sağlık Kurumları Birleşik Akreditasyon Komitesi) kurulmuştur. Bu kurumun amacı, genel olarak hastane ve diğer bakım hizmeti sağlayan kuruluşlarda hizmet standartlarını geliştirmek, izlemek ve denetlemek olarak tanımlanmıştır. Kurallar içerisinde; üst yönetim liderliği, süreç odaklılık (hasta odaklı süreçler ve destek süreçleri) performans iyileştirme ve hasta bakımı (hasta hakları ve kurumsal etik, hastanın değerlendirilmesi, bakımı, eğitimi ve bakım sürekliliği) gibi faktörlerin yanında bilgi yönetimi ve çevre (atıklarının kontrolü, acil durum ve güvenlik uygulamaları) konusunda temel şartlar vardır (Zerenler ve Öğüt, 2007).

1960'larda doktor Avedis Donabedian, sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesi için yapı, süreç ve sonuç paradigmasını oluşturmuştur. Bunun yle büyük bir etkisi olmuştur ki Donabedian çoğunlukla kalite alanının modern kurucusu ve lideri olarak düşünülmektedir. Donabedian'ın çalışmaları, uygulayıcıların; yapısal, politik, organizasyonel değişiklikler kadar süreç değişiklikleri ve hasta tercihlerini de içeren geniş bir alanda, hasta sonuçlarını geliştirmek amacıyla çeşitli metotlar belirlemesini etkilemiştir. alışmaları, sağlık hizmetlerinde kaliteye sistem yaklaşımını yerleştirmeye de yardım etmiştir (Kaya, 2013).

Geçmişi çok eskiye dayanan sağlık hizmetleri kalitesinin yıllar içinde birçok tanımı yapılmış, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar kazanmıştır. Birçok araştırmacı tarafından tanımı yapılan sağlık hizmetleri kalitesi, kalitenin de gelişmesiyle yeniden yapılanmıştır. Aşağıda sağlık hizmeti kalitesinin birkaç tanımına yer verilmiştir:

Sağlık hizmeti kalitesi, sağlık hizmetinin bireylere ve topluma eldeki en son profesyonel bilginin işığında ve arzu edilen sağlık çıktılarına ulaşacak şekilde sunulmasıdır (Lohr, 1990). ABD Tıp Enstitüsü tarafından yapılan tanıma göre sağlık hizmetleri kalitesi, "bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi" dir (Kaya, 2013). İngiltere'de "National Health Service" sağlık hizmetinde kalite için şu tanımlı kullanılmaktadır: "...doğru işleri doğru kişilere doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak". Amerika Birleşik Devletleri'nde ise, "Institute of Medicine" tıbbi bakımda kaliteyi şu şekilde tanımlamaktadır: "Bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak" tır (Akalin, 2001).

Sağlık hizmetlerinde kalite Vincet K. Omachonu tarafından teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) kalite olmak üzere iki boyutta tanımlanmaktadır. Kalitenin teknik yönü, teşhis ve tedavinin ağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını, sanatsal yönü de, verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamasını içermektedir. Tedavi sanatı tedavinin uygulanması sürecinde hasta tarafından algılanmasını ifade ettiği için algılanan kalite olarak da adlandırılmaktadır (İncesu ve Yorulmaz, 2011).

Bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açmaktadır. Algılanan kalite ve teknik

kalitenin bileşimi, genel kalite düzeyini (yüksek, düşük) belirlemektedir. Yüksek kaliteli hizmet sunumu kurumun verimliliğini ve karlılığını olumlu yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2000).

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma düşüncesi 1980’li yıllardan itibaren öne çıkmış ve tüm ülkeler, sağlığa ayrılan kaynaklarda yeni arayışlara yönelmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini artırmaktadır (Aslantekin ve diğ., 2005).

Sağlık hizmetlerinde, hizmeti oluşturan tüm unsurlar birbirleri ile bağlantı halindedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteden söz edebilmek için öncelikle; sağlam bir yönetim modeli ve organizasyonun var olması, işlerin, kim tarafından, ne zaman, nerede, hangi araçlar kullanılarak, ne yöntemle yapıldığının bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Sistemde tutulan kayıtlar belli aralıklarla değerlendirilmeli ve düzeltici ve önleyici faaliyetler düzenlenip takibi ivedilikle yapılmalıdır. Çıkan sonuçlar mutlaka rapor haline dönüştürülüp gerekli önlemler alınmalıdır (İncesu ve Yorulmaz, 2011).

2.5 Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

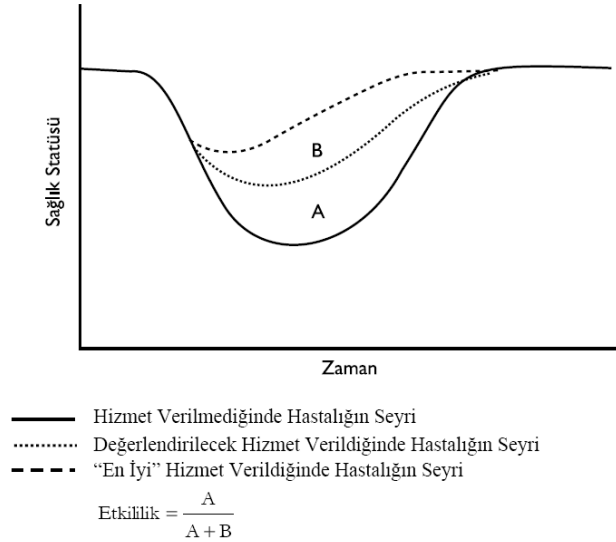
Donebedian sağlık hizmetleri kalitesini, bilim ve teknolojinin bir ürünü olarak nitelendirip; sağlık hizmetleri kalitesinin etkenlik, verimlilik, etkililik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve hakkaniyeti içeren yedi özelliğinin olduğunu söylemiştir. Diğer bir araştırmacı Maxwell’e göre ise, sağlık hizmetleri kalitesinin etkililik, kabul edilebilirlik, erişebilirlik, verimlilik, hakkaniyet ve uygunluk olmak üzere altı özelliği bulunmaktadır. Aşağıda Donebedian’ın yedi özelliğine yer verilmiştir.

Etkenlik (Efficacy): Etkenlik (efficacy), en uygun koşullar altında kullanıldığında, sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin sağlıkta iyileştirmeler meydana getirme yeteneğidir. “En uygun koşulları” belirlemek mümkün olmadığında bunun yerine “belirli koşullar altında” terimi kullanılabilir.

Uygulamanın kalitesi değerlendirilirken etkenlik kontrol edilmez. Etkenlik araştırma, deneyim ve profesyonel fikir birliğinin bir ürünü olarak bize önceden verilir. Alternatif hizmet stratejilerinin görece etkenliği, iyi kontrol edilmiş klinik

araştırmalar ya da teknoloji değerlendirme yoluyla belirlenir. Klinik yönetimin bilinen en etken stratejisi başarılabilir olanın üst sınırını belirler; bu teknolojik sınırdır (Kaya, 2013).

Etkililik (Effectiveness): Etkenliğin tersine etkililik hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir. Bir sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol amayan hizmetin, diğer özellikleri iyi olsa bile, kaliteli olarak kabul edilmesi mümkün değildir. Etkililik, verilen hizmetlerin, ideal (en iyi) hizmete göre bireyin sağlık durumunda ya da hastalık seyrinde yaptığı değişiklik esas alınarak ölçülür (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).



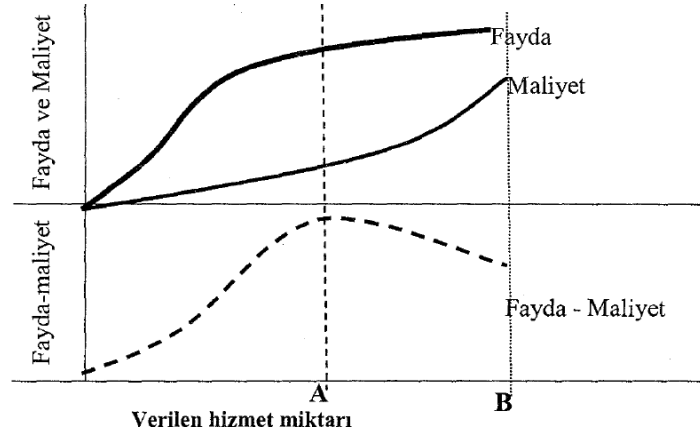
Şekil 2.3: Etkilik lm. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010)

Şekil 2.3’de kalın düz çizgi sağlık hizmeti sunulmaması durumunda, hastalığın seyriyi; ince düz çizgi, en iyi (ideal) hizmetin verilmesi durumunda hastalığın izleyeceği seyri ve kesikli çizgi de, fiilen verilen hizmetler sonucunda hastalığın izlediği seyri göstermektedir. T zamanında verilen hizmet, hastanın sağlık statüsünde, “A” birimlik gelişme sağlamıştır. Eğer bu hizmet ideal, en iyi hizmet olsaydı, “A+B” birimlik gelişme sağlayabilecektir. Verilen hizmetin, ideal hizmete göre etkililiği, Şekil 2.3’de verilen formül ile hesaplanır. Sunulan hizmetin %100 etkili olabilmesi için bireyin sağlık statüsünde ideal hizmetin yarattığı gelişmeyi yaratması gerekir (Kavuncu başı ve Yıldırım, 2010).

Verimlilik (Efficiency): Etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesidir. Verimlilikte amaç, sağlık hizmetlerinde iyileştirmede azalma olmaksızın, hizmet maliyetinin azaltılmasıdır (Mirza, 2010). Sağlık hizmetinde kalite değerlendirmesi yapılırken en başta etkililik özelliği üzerinde durulur. Etkilik sağlandıktan sonra, düşük maliyetle en üst seviyede sağlanan iyileştirme verimliliği artıracaktır. Ancak sağlık faydaları aynı kalmadıkça ya da iyileştirilmedikçe, sadece maliyetin azaltılması, verimlilik olduğunun göstergesi değildir.

$$\text{Verimlilik} = \frac{\text{Sağlıkta değerlendirilecek hizmetin meydana getirmesi gereken iyileşmeler}}{\text{Bu hizmetin maliyeti}} \quad (\text{Denklem 1})$$

Optimal Nokta (Optimality): Optimal noktaya ulaşma, ya sağlık bakımından etkilerine, ya da parasal faydalarına karşı maliyetlerin dengelenmesidir. Optimal noktaya ulaşma, bakımda azami etkiyi sağlamak anlamına gelmez; çünkü maliyetlerin artması her zaman istenilen noktaya ulaşmak için yeterli değildir. Optimal nokta, bakımı yapılan marjinal ilavelerle oluşur. Bu ilavelerin hepsi faydalı olsa bile marjinal maliyetler oransız olarak artmaya devam eder ve sonunda sonuçlar ya da bakımın faydaları giderek küçülür (Tengilimoğlu, 2012).



Şekil 2.4: Optimal hizmet miktarının belirlenmesi. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010)

Optimallik özelliğini daha anlaşılır hale getirmek için Şekil 2.4'ü inceleyelim. Şekil 2.4'ün üst kısmında, sunulan hizmet miktarına göre ortaya çıkan fayda ve maliyetlerin değişimini gösteren eğriler yer almaktadır. Verilen hizmet miktarı

arttıkça, ortaya çıkan fayda azalan bir artış eğilimi göstermekte; fayda eğrisi, giderek düzleşmektedir. Buna karşılık maliyet eğrisi sürekli artış eğilimi göstermektedir. Şekil 2.4' ün alt bölümünde ise fayda ve maliyet arasındaki farkı gösteren eğri yer almaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Kabul Edilebilirlik (Acceptability): Hasta ve yakınlarının istek ve beklentilerinin kabul edilmesi anlamındadır. Burada; kişilerin hizmeti almadaki kolaylığından, hasta-hizmet sunucusu ilişkilerinden, hizmetin sunumunda rahatlık ve güvenilir bir çevre ortamından, hizmetin maliyeti ve ulaştırılmasındaki hakkaniyetlik derecesinden bahsedilebilir. Ancak hastaların hizmeti almada, sağlıkla ilgili profesyonel anlamda bilgi sahibi olmamaları, sağlıktan ne kadar ne ölçüde yararlanılacağını bilmemelerine sebep olmaktadır. Bu yüzden kimi zaman hasta ve hasta yakınları gereğinden fazla hizmet almak isteyebilir ya da yapılması gerekli olan hizmetlerin gereksizliğine inanabilir. Bu durum, kabul edilebilirlik ilkesini değerlendirmede negatif yönde bir etki doğuracaktır.

Yasalık (Legitimacy): Yasalık, ahlaki prensipler, değerler, normlar, adetler kanunlar düzenlemek ve benzeri terimlerle ifade edildiği gibi sosyal tercihler konusunda sürelilik olarak da tanımlanabilir. Ortaklaşa olanak herkes için neyin iyi olduğu, kişisel olarak bireylerin arzularına ve isteklerine göre farklılık gösterebilir. Bu farklılıklar kendileri ya da başkaları için avantaj ya da dezavantaj meydana getirir (Tengilimoğlu, 2012).

Hakkaniyet (Equity): Hakkaniyet (equity), bir toplumun üyeleri arasında sağlık hizmetlerinin ve faydalarının dağıtımında, doğru ya da adil olanı belirleyen prensibe uygunluk olarak tanımlanır. Hakkaniyet, hizmeti bireyler için kabul edilebilir ve sosyal olarak yasal hale getiren şeyin bir kısmıdır. Hakkaniyet, kalitenin ayrı bir özelliği olacak kadar önemlidir.

Hakkaniyetin, hizmetin erişilebilirliğine, etkililiğine ve alınan hizmetin kabul edilebilirliğine dayandığı açıktır. Genel bir kural olarak, amaç; yaş, cinsiyet, gelir, sosyal sınıf, etnik köken, oturulan yer vb. ile nitelenen nüfus grupları arasında bu bakımlardan farklılıkları ortadan kaldırmaktır. Toplum, hakkaniyeti sağlamak için, zaten ayrıcalıklı olan kişilerin istediklerinden daha az, böylece yoksunluk içindeki diğerlerinin daha fazla hizmet almaları gerektiğine karar verebilir (Kaya, 2013).

Sağlık hizmeti kalitesinin özellikleri, sağlık kurum yöneticileri tarafından bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır. Aksi takdirde sadece bir ya da birkaç

özelliğinin varlığı, kurumun sağlık hizmetini kaliteli verdiği anlamına gelmez. Sunulan hizmetlerin, bu kalite özelliklerinin tümüne yeterli ölçüde sahip olmalıdır.

2.6 Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi

Risk; kurumların hedeflerine ulaşmasını tehlikeye düşüren, beklenmedik olaylar olarak tanımlanmakta, risklerin kaynağı kurumun faaliyet gösterdiği çevredeki belirsizlikler ve gelecekteki bilinmeyen olaylar olarak ifade edilmektedir (Maliye Bakanlığı, 2008).

Günümüzde tüm kurumlar hedeflerine ulaşmak için orta ve/veya uzun vadeli planlar hazırlayıp, bu planlar doğrultusunda faaliyet gösterirler. Planların başarılı olarak uygulanması risklerin gelecekte gerçekleşme durumlarına ilişkin belirsizlikler hakkında isabetli tespitler yapmayı ve bu belirsizlikleri yönetmeyi gerektirir (Tunç, 2014).

Bu nedenle her kurum faaliyetlerini sürdürebilmek için bu olayları öngörerek, olumlu etkisi olan fırsatları kurumun lehine kullanıp, olumsuz etkisi olan riskleri ise çeşitli yöntemlerle yöneterek kurumu hedefleri doğrultusunda ilerledikleri yolda tutmayı hedeflemelidir. Günümüzde yönetime en fazla güçlük çıkaran sorun, değer yaratma sürecinde kurumun ne kadar risk üstlenmeye hazır olduğuna karar verebilmektir. Bu kararı verebilmek için kurumun iyi bir risk yönetim sürecini yerleştirmiş olması gerekir (Maliye bakanlığı, 2008).

Risk yönetimi, işletmelerin kârlılık içerisinde faaliyetlerine devam etmesi için gerekli düzenlemeleri sağlayan, organizasyondaki mal ve kişilerin korunması ile işletmenin kazanma gücünü korumakla yükümlü; organizasyonda oluşabilecek beklenmeyen kayıpların en düşük maliyetle minimize edilmesi için gerekli olan kaynakların ve faaliyetlerin planlanması, organizasyonun yönetilmesi ve kontrol süreçlerini kapsayan sistemler bütünüdür (Emhan, 2009).

Hastane işletmeciliğinde risk yönetimi ise, hasta bakım kalitesini iyileştirmeye çalışan ve hasta ve çalışan güvenliğini olabildiğince üst düzeyde tutmayı amaçlayan, bu amaca engel olabilecek olumsuz unsurları birer risk olarak belirleyip analiz eden ve gerekli önlemleri alan süreçleri kapsamaktadır (İncesu ve diğ., 2013).

Sağlık sektörü matriks örgüt yapısına sahip kurumları, geniş faaliyet alanı ve teknoloji yoğun yapısı ile karmaşık bir sektördür. Sektördeki bu karmaşık yapı ile birlikte, sağlık profesyonellerinin zamana karşı yarışması ve daha kısa sürede daha

çok kişiye teşhis, tedavi ve bakım hizmeti vermek zorunda kalmaları, kendilerini baskı altında hissetmelerine, bunun sonucu olarak da karar ve uygulamalarda yanlış veya hataya düşmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca herhangi bir hata söz konusu olmasa bile sağlık hizmetleri doğası gereği yüksek oranda risk içermektedir (Aksay ve diğ., 2013).

Hastaneye sağlık hizmetinden yararlanmaya gelen hastalar, hastane için de birçok süreçten geçtikten sonra talep ettikleri hizmeti almaya çalışırlar. Hastaların izledikleri bu süreçler karmaşık ancak düzenli işlemesi gereken süreçlerdir. Bu süreçler tamamlanırken hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edecek birçok olumsuz durumla karşılaşılması olağandır. Bir cerrahın hastayı operasyona almasına kadar geçen sürede hasta birbirini takip eden kabarıklı bir süreçler dizisinden geçer. Hasta doğru isimle kabul edilmeli, bilgisayarda doğru hasta seçilmeli, doğru laboratuvar testleri yapılmalı, doğru ilaç, doğru kan hastaya verilmeli, doğru hastadan doğru onay alınmalı, doğru cerrahi aletler hazırlanmalı... gibi onlarca faaliyet sayılabilir. Bunların içinde ıslak zeminde yürürken ayağınızın kaymasından ameliyatta yanlış organın çıkarılmasına kadar pek çok riskler ortaya çıkabilir. Bu durum hastaneleri güvenli olmayan ortamlar haline getirmektedir (İncesu ve diğ., 2013).

Sağlık hizmeti sunumuyla ilgili risklerin önlenmesi, sağlık işletmelerinde kalite güvence, akreditasyon ve risk yönetimi gibi programların etkin olarak uygulanması ile mümkün olmaktadır. Akreditasyon belgesine sahip olsun ya da olmasın kamu ve özel sektör sağlık işletmelerinin öncelikli hedefi, Hipokrat'ın "önce zarar verme (premium non nocere)" prensibine bağlı kalarak, hizmeti alan ve hizmeti verene zarar vermeden hizmet sunumu gerçekleştirmek olmalıdır. Bu amaca ulaşma vizyonuna sahip, nitelikli sağlık hizmeti sunma gayreti içerisinde olan tüm işletme sahipleri, sistematik yaklaşımlarla stratejik hedefleri gerçekleştirmek için hasta ve çalışan güvenliğine öncelik vermelidirler (Aksay ve diğ., 2013).

Türkiye'de, 20.06.2012 tarihinde yürürlüğe giren "İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" ve bu kanun kapsamındaki tüm işyerlerini kapsayan "İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği" kapsamında tüm işletmelerin risk seviyeleri açısından tehlike seviyeleri belirlenmiştir. Bu kriterlere göre "insan sağlığı ve sosyal hizmetler faaliyetleri" kapsamında belirtilen hastane hizmetleri "çok tehlikeli" faaliyetler sınıfında yer almaktadır. Bu bağlamda, ilgili kanun ve

yönetmelikler gereği çok tehlikeli faaliyetler arasında bulunan hastane hizmetlerinin yürütülmesi esnasında, risk analizlerinin yapılması ve değerlendirilmesi süreci tüm sağlık kurumları açısından da yasal bir zorunluluk haline gelmiştir (Aksay ve Orhan, 2013).

Hastanelerde risk olgusu ve risk faktörleri konularında tüm çalışanlar risk yöneticileri tarafından bilgilendirilmeli ve hasta ve çalışan güvenliği konuları paylaşılan kurumsal değerler arasında yer almalıdır. Ayrıca çalışanların yenilikçi fikir ve düşüncelerini açıkça dile getirebileceği platformlar oluşturulmalı, çalışanlar yeni fikir ve düşüncelerinden dolayı teşvik edilmelidir. Özellikle her fikir ve düşünce “yapan bilir” düşüncesinden hareketle, ilgili uzman personelce risk önleme süzgecinden geçirilerek hayata geçirilmeye çalışılmalıdır (Aksay ve Orhan, 2013).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

PAZARLAMA ve SAĞLIK HİZMETİ PAZARLAMASININ GELİŞİMİ

3.1 Pazarlama Kavramı ve Pazarlamanın Önemi

Ekonomik hayatın temel unsuru olan işletmelerin ana amaçları arasında genellikle kar elde etme, prestij ve saygınlığını artırma, piyasa değerini maksimize etme gibi amaçlar yer almaktadır. İşletmeler bu amaçları gerçekleştirmek için satın alma, üretim, insan kaynakları yönetimi, halkla ilişkiler ve pazarlama gibi çeşitli faaliyetlerde bulunurlar. Bunlar arasında pazarlama, amacı (kar amaçlı ya da kar amaçsız) ve türü (mal ya da hizmet üreten) ne olursa olsun bütün işletmelerin başlıca işletmecilik fonksiyonlarından birisidir (Şahin, 2013).

Pazarlama konusunun temelinde, insanların ihtiyaç ve isteklerini karşılamaya yönelik değişim yatar. Geçmişteki tanımlara bakıldığında, pazarlama sadece; işletmelerin ürettiği malların tüketiciye dağıtımını gerçekleştiren türlü faaliyetler olarak ifade edilmiştir. Pazarlama, işletmelerin yaptığı teknik bir işlem olarak görülmüş, pazarlamanın finansal yönetim açısından önemi tam anlamıyla kavranamamıştır. Ancak bu tanımlama, günümüzdeki modern pazarlama anlayışını tam anlamıyla karşılamamaktadır (Akkılıç, 2002).

Pazarlama günümüze kadar çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Yaklaşık yarım asır önce “Klasik yaklaşımla üretilen mal ve hizmetlerin en son tüketiciye ulaştırılmasına kadar yapılan çabaların tümüdür” şeklinde tanımlanmıştır. İktisatçılara göre pazarlama, “Zaman, yer ve mülkiyet faydası yaratan eylem” olarak tanımlanırken; işletmeciler pazarlamayı “Mal ve hizmetlerin üreticiden tüketiciye veya kullanıcıya akışını sağlayan tüm faaliyetlerdir” şeklinde ifade etmişlerdir. Daha sonraları bu tanımlama dar bir anlam ifade ettiği için Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) tarafından yeni bir tanımlama daha yapılmıştır. Bu tanımlamaya göre pazarlama “Kişisel ve örgütsel amaçlara ulaşmayı sağlayacak mübadeleleri

gerçekleştirmek üzere, fikirlerin, malların ve hizmetlerin geliştirilmesi, fiyatlandırılması, tutundurulması ve dağıtılmasına ilişkin planlama ve uygulama sürecidir” (Atilla, 2010).

Pazarlama kavramı mevcut ya da potansiyel tüketici ihtiyaçları ile başlar; isteklere ihtiyaçlara ve değerlere hizmet vermek için bir takım düzenlenmiş hizmet ve programlar planlar ve geri dönüşümünde tüketici memnuniyeti sağlayarak amaçlara ulaşır. Peter Drucker’ın belirttiği gibi pazarlamanın amacı satışı gereksizleştirmektir. Bunu da şu sözleriyle ifade etmiştir: “Pazarlamanın amacı tüketiciyi öyle iyi bilmek ve anlamaktır ki; ürün ve hizmet tüketiciye uysun, kendini satsın” (Cooper, 1994).

Pazarlama alanında önemli bilimsel araştırmalarda bulunan Theodore Levitt; modern işletmeler açısından ele alındığında pazarlamanın çok önemli bir kavram olduğunu vurgulamaktadır. Levitt'e göre, pazarlamada, tüketici gereksinimlerinin belirlenmesinden ve bu gereksinimlerin giderilmesinden daha önemli bir konu bulunmamaktadır. Levitt, pazarlamanın önemini ve işletmelere sağladığı yararları överken, pazarlama kavramının işletmenin daha geleneksel diğer alanları ile dengelenmesi gerektiğini kabul etmektedir (G.Karabacak, 2003).

Finansal açıdan bakıldığında, pazarlama gerek entelektüel bir disiplin olarak, gerekse de bir işletme fonksiyonu olarak öneminin farkına yeterince varılmayan bir bilim dalı olarak ele alınabilmektedir. Bu durum, büyük ölçüde pazarlamanın amacının açık, anlaşılabilir ve herkes tarafından kabul edilen bir çerçevede tanımlanamamasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, üst düzey yöneticiler pazarlamanın hissedar değeri yaratılması amacına yönelik katkılarını göz ardı edebilmekte ve genellikle uygulamaya çalıştıkları pazarlama planlarını finansal açıdan ne şekilde destekleyeceklerini bilememektedir. Bununla birlikte, pazar payı ile müşteri tatmini kavramları farklı boyutlarla ele alınmakta ve daha da kötüsü, pazarlama çerçevesinde yapılan yatırımlar yalnızca cari kazançların artırılması bağlamında değerlendirilmektedir (Külter ve Demirgüneş, 2006).

Pazarlama, işletmeler ve ekonomik faaliyetler açısından değerlendirildiğinde büyük öneme sahiptir. Artan rekabet ortamında işletmelerin pazar paylarının artması ve bu pazarda yer alması işletmelerin üretim kapasitelerine bağlıdır. Bu durum, işletme tarafından yaratılan katma değeri etkileyen asıl faktörün üretim yeterliliğinden çok, pazarlama etkinliği olduğu anlamına gelmektedir. Başka bir

açından değerlendirildiğinde, global anlamda pazarlama faaliyetleri ülke ekonomisine katkı sağlayacak, ülkenin küresel pazarda söz sahibi olmasında etkili bir faktör olacaktır. Bu sebeple işletmelerin modern pazarlama anlayışını benimsemeleri ve bu anlayışla hizmet veya ürün üretmeli, pazarlama stratejilerini geliştirmelidirler.

3.2 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Benimsenişi

Son yıllarda diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörü de ekonominin etkisi altına girmiş, bu da sağlık sektöründe yönetim bazında, kalite ve hizmet sunumunda, son olarak da müşteriye olan bakış açısında değişikliğe neden olmuştur. Ayrıca, sağlık sektörünün kendi içindeki artan maliyet baskısı, atıl kapasitedeki çalışmanın kayıp olarak değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışıyla sunulması, sağlık hizmetleri tüketicilerinin ihtiyaçlarının artması ve bu doğrultu da açılan özel sağlık kuruluşlarının hizmette nitelik ve nicelik olarak artması gibi yapısal değişim içinde bulunması sağlık sektöründe pazarlama anlayışının benimsenmesini sağlamıştır (Atilla, 2010).

Sağlık hizmetleri yöneticileri pazarlama terimini genel olarak halkla ilişkilerin bir parçası olarak kabul etmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık hizmetleri alanındaki pazarlama uygulamalarının daha ziyade pazarlama planlamasının dışında, satışa yönelik tutundurma faaliyetlerine dayanan uygulamalar olduğu görülmektedir (Flexner ve Berkowitz, 1979).

Pazarlama, sağlık hizmetleri sektörü için önemli, fakat nispeten yeni bir kavramdır. Kenneth, Henson, Crow ve Hartman (2005), sağlık hizmeti pazarlamacılarının sekiz ana pazarlama görevini Tablo 3.1'deki gibi oluşturmuştur.

Tablo 3.1: Sekiz ana pazarlama görevi.
(Kennett, P.A., Henson, S.W., Crow, S.M., Hartman, S.J., 2005)

İş çevresini yasal, demografik, teknolojik ve toplumsal açılardan taramak.
Rekabetçi pazarların temellerini anlamak.
Müşteri karar alma sürecini, ona olan etkileri ve diğer satın alıcı davranışları anlamak.
Pazarı farklı müşteri tiplerine göre bölümlere ayırmak, farklı Pazar bölümlerini hedefleyen farklı ürün ve hizmetler üretmek.
Hangi ürün ve hizmetlerin sunulacağına ve bunların nasıl geliştirileceğine karar vermek.
Ürün ve hizmetlerin fiyatlarını belirlemek, diğer pazar sahipleriyle pazarlık etmek.
Müşteriler ve potansiyel müşterilerle iletişim kurmak ve sürdürmek.
Ürün ve hizmetlerin dağıtımını için diğer organizasyonlarla ilişkileri geliştirmek.

Sağlık hizmetlerinin pazarlanması konusu 1970’li yılların ikinci yarısında ortaya atılan bir kavramdır. Sağlık hizmetleri endüstrisi, son 50 sene boyunca ciddi biçimde ilerlemiş bulunmaktadır. Buna rağmen 10 sene öncesine kadar, bireysel doktorlar kadar sağlık işletmeleri de, hizmetlerin pazarlanması gereğinin farkına tam olarak varamamıştır. Hizmetlerin pazarlanması, sağlık sektörü için yeni bir kavram olmakla beraber, önemini korumaya ve arttırmaya devam edecektir (Corbin, Kelley ve Schwartz, 2001).

Bu yıllarda formal pazarlama faaliyetleri sağlık sigorta şirketleri, ilaç endüstrisi ve tıbbi malzeme tedarikçileri arasında yaygın olmasına karşın, hastaneler başta olmak üzere diğer sağlık bakım örgütlerinde pazarlama çalışmalarına uzun süre yer verilmemiştir. Kuşkusuz hastaneler ve diğer sağlık kurumları geçmişten bu yana çeşitli halkla ilişkiler çalışmaları yürütmüş, ancak bu çalışmaları pazarlama ile eşit olarak görmek doğru değildir (Şahin, 2013).

Pazarlama, sağlık sektörüne 1970’lerin ortasında giriş yapmasına karşın sağlık kuruluşlarının pazarlama tekniklerini etkin bir biçimde kullanmaya başlaması 1980’li yılların sonunda gerçekleşmiştir. Devitt, hastane yöneticilerinin pazarlamayı benimsemelerini dört evre halinde karakterize etmiş ve her bir evredeki pazarlama çabasının etkide bulunması için belirli bir zamana gerek olduğu sonucuna varmıştır (Tengilimoğlu ve Akdoğan, 1997). Tablo 3.2’de hastanelerin pazarlamayı benimsemedeki dört aşamasına yer verilmiştir.

Tablo 3.2: Hastanelerin pazarlamayı benimsemesinde dört aşama.
(Tengilimoğlu ve Akdoğan, 1997)

	ÜRETİM UYUMU		PAZAR UYUMU	
	1.AŞAMA	2.AŞAMA	3.AŞAMA	4.AŞAMA
	İçe Dönük Pazarlama	Tanımsal Pazarlama	Bütünleştirilmiş Taktik Pazarlama	Dışa Dönük Pazarlamanın
Açıklama	İhtiyacının farkında olmama, yalnız içe dönük değerlendirmelerle belirlenen dış çevre ile ilişki	Tanıma olan ihtiyacın farkında olma, hastaneyi kendi ifadeleriyle çevresine tanıtmakla kullanılan halkla ilişkiler	Pazarlamanın potansiyelinin sınırlı olarak farkında olma; stratejik kısıtlamalarla sınırlandırılmış taktik pazarlama karması faaliyetleri yolu ile kısıtlı müşteri tatmini	Potansiyelinin tam farkında olma; tam bütünleştirilmiş stratejik taktik pazarlama yolu ile azami müşteri tatmini
Pazarlama Araştırması	Yok	Fırsat buldukça yapılan imaj çalışmaları, hasta orijini çalışmaları, hasta tatmini araştırmaları	Kısıtlı pazarlama bilgi sistemleri, alıcı davranış çalışmaları, hekim araştırmaları, imaj çalışmaları, hasta orijini çalışmaları, hasta tatmin araştırmaları	Tam pazarlama bilgi sistemi, bölümlendirme çalışmaları, hekim araştırmaları, imaj çalışmaları hasta tatmin çalışmaları
Pazarlama Karar Vericileri	Üst düzey yönetici üst düzey finans yönetici	Halkla ilişkiler yöneticisi, üst düzey yöneticisi, üst düzey finans yöneticisi	Üst düzey pazarlama yöneticisi üst düzey yönetici, üst düzey finans yöneticisi	Üst düzey pazarlama yöneticisi
Pazarlama Sorumluluğunun Doğası	Bilgilendirilmemiş stratejik ve taktik kararlar stratejik ve taktik kararlar	Bilgilendirilmemiş stratejik ve taktik kararlar (tanıtım hariç)	Bilgilendirilmemiş stratejik pazarlama kararları ve bilgilendirilmiş taktik kararlar	Tam bilgilendirilmiş stratejik ve taktik kararlar

Geriye dönüp baktığımızda, 1980’li yıllardan bu yana sağlık hizmetlerinde pazarlama, nasıl kabul edilip pazarlanmaya başlandıysa 1970’li yıllarda finansal tahminler ve bütçeleme konuları, sağlık organizasyonlarında çok popüler hale gelmiş ve adeta “kurtarıcı” olarak görülmeye başlamıştır. Aynı şekilde pazarlamanın 1980’lerde oynanan en büyük oyun gibi görülmesine karşın ne yazık ki ancak yöneticilerle bir “kurtarıcı” olarak görülmeye başlanacaktır. Çünkü pazarlamanın ancak 1980’li yıllarda sağlık hizmetlerine tam anlamıyla girişiyle “pazarlama nedir?” ve “neden pazara ihtiyaç duyarız?” gibi sorular çok sorulmaya ve 1980’li yılların ikinci yarısında sağlık hizmetlerine yönelik pazarlamadaki sofistike metotlar, uygulamalar, pazarlama araçları ve planları oluşturmaya başlanmıştır (Velioğlu, 2000).

Tengilimoğlu ve arkadaşları tarafından 2002 yılında Türkiye’de 149 hastane yöneticisi ile yapılan ankete dayalı bir araştırmaya göre, hastane yöneticilerinin %87.3’ü hastanelerde pazarlama faaliyetlerinin gerekliliğine inanmasına karşın,

hastanelerin ancak %14.2'sinde (bu oran özel hastanelerde %29.5 iken; Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %9.8, üniversite hastanelerinde %11.4'dür.) pazarlama departmanı bulunduğu ifade edilmiştir. Tengilimoğlu tarafından 2005 yılında yapılan benzer bir diğer çalışmada ise, pazarlama departmanı bulunan hastane oranının %15.92'a çıktığı görülmektedir. Hastanede pazarlamanın benimsenmesinde görülen yavaş ilerlemede sağlık personellerince getirilen eleştiriler ve temkinli yaklaşımın etkisi olduğu söylenebilir (Tengilimoğlu, 2012).

3.3 Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamaya Getirilen Eleştiriler

Sağlık hizmeti pazarlaması söz konusu olduğunda, kavramın yöneticiler tarafından yanlış algılandığı görülmektedir. Pazarlama kavramı genellikle satış ile özdeşleşmiş olarak kabul edilmektedir. Diğer bir yanlış algılama ise; pazarlama terimi ile halkla ilişkiler ya da reklamın aynı olduğunun kabul edilmesidir (Odabaşı ve Oyman, 2002).

Sağlık hizmetleri sektörünün ekonomideki en karmaşık endüstrilerden biri olması, bu sektörün farklı ülkelerde değişik yapılar göstermesi, sağlık pazarlaması konusunda araştırma yapan kişileri farklı görüşlere itmiştir. Bazı araştırmacılar pazarlamanın, tüm sektörlerde olduğu kadar sağlık sektöründe de önemli bir unsur olduğunu savunurken, kimi araştırmacılar da sağlık sektöründe pazarlama olgusuna eleştirilerde bulunmuştur.

Sağlık hizmetleri konusunda pazarlamaya yöneltilen en önemli eleştiri, pazarlama faaliyetlerinin gereksiz masrafa yol açtığı, parayı israf ettiği ve sağlık hizmetinde gereksiz olduğu şeklindedir. Bu eleştiriler aslında özellikle diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi, daha ziyade tutundurma harcamalarına, promosyon ve reklama yöneliktir. Bu kuruluşlarda pazarlama giderlerinin belli ölçüler içinde kalması uygun görülebilir. Ancak, bu harcamalar karşılığı alındığı takdirde, sağlık hizmetleri kuruluşlarına yeni masraflar eklemek yerine yeni gelir kaynaklarının sağlanmasıdır (Bakır, 2006). Şüphesiz; sağlık hizmetleri konusunda yapılan tutundurma harcamalarına yönelik eleştirilere verilecek cevap, genel olarak tutundurma faaliyetlerini lüzumsuz masraf olarak görenlere verilen cevapla benzer olacaktır. Burada doğal olarak sağlık hizmetleri kuruluşlarının yaptıkları tutundurma faaliyetlerinin karşılığını alamadıkları takdirde lüzumsuz masraftan söz etmek mümkün olabilir. Ancak tutundurma harcamalarının asıl amacı sağlık hizmetleri

kuruluşlarına yeni masraflar eklemek yerine yeni gelir kaynaklarının sağlanmasıdır (Erdem, 2007).

Sağlık kuruluşları arasındaki rekabetin geliştirilmesi, eleştiri alan diğer bir konudur. Sağlık kuruluşlarının, rekabet yerine birbirine yardım eden kardeş kuruluşlar olarak kabul edilmeleri istenmektedir. Rekabet sonucu faaliyetlerine devam edemeyen kuruluşların kaybının topluma maliyetinin yüksek olabileceği ifade edilmektedir (Odabaşı ve Oyman, 2002). Pazarlamanın amacı, hedef pazarın tatmin düzeyini geliştirmek ve tüketicilerin/hastaların beklentilerini karşılayan daha nitelikli hizmetler sunmak olmalıdır. Pazarlamanın bu amacını gerçekleştirebilmesi, diğer alanlara olduğu gibi sağlık sektöründe de, rekabete paralel ortaya çıkmaktadır. (Bakır, 2006). Bilinçli pazarlama gayretleri olsun olmasın birçok sağlık kuruluşu birçok hizmetteki arz fazlalığından ötürü rekabet edeceklerdir. Bu rekabet her zaman kötü değildir. Bu, gereksiz veya atıl durumda olan hizmetlerin kaldırılması, daha çok verimlilik ve pazarın talep ve isteklerine uygun ve kaliteli hizmetlerin sunulmasını sağlayacaktır (Tengilimoğlu, 1997).

Pazarlama bilgisinin sağlık hizmetleri konusunda uygulanmasına bir diğer eleştiri de, tüketicilerin tüketim malları satın alırken göstermiş oldukları tüketici davranışları ile sağlık hizmetleri satın alma konusunda gösterecekleri davranışların, belirli ölçüde farklı olacağı veya pazarlama bilimi için geliştirilen fiyatlandırma teorilerinin bu alanda kullanılmasının konunun insan sağlığına dayanması ve hekimlik mesleği bakımından birtakım mahzurları olabileceği yönündedir. Bu gibi eleştirilere karşın sağlık hizmetleri konusunda pazarlama uygulamalarında başarılı sonuçlar alındığı da gözlenmektedir. Bu bakımdan pazarlama biliminin sağlık hizmetleri konusunda ortaya çıkabilecek değişiklikler göz önüne alınarak sağlık hizmetleri alanında farklı bir pazarlama teorisinin geliştirilmesi yerinde olur şeklinde bir görüş öne sürülmektedir. Bu görüşe karşı olan bir grup pazarlama teorisini ise pazarlama prensiplerinin sağlık hizmetlerine uygulanması bu konuda yeni prensiplerin ortaya konulmasını gerekli kılmayacağını, ancak sağlık hizmetlerini üreten kuruluşların kar amaçsız işletme olmalarının bir neticesi olarak bazı farklılıklar göstereceğini savunmaktadırlar (Harcar, 1991).

Pazarlama faaliyetlerine yöneltilen diğer bir eleştiri ise, pazarlamanın sağlık hizmetlerinin kalitesini düşüreceği şeklindedir. Kalitesiz hizmet sunan ama reklâm yapan kurumun sağlık hizmetinin kalitesini düşüreceği ileri sürülmektedir. Bu

düşünceyi savunanlar kendi alanında çok uzman bir hekimin yeterli reklâm yapamadığı takdirde bu konuda çok daha az bilgi sahibi olan ancak reklâm çalışmalarını eksiksiz yürüten bir hekim karşısında başarısız gibi görüneceği ve bu durumda sağlık hizmetlerinin kalitesini düşüreceğini ileri sürmektedirler (Aslan, 1996).

Sağlık hizmetleri konusunda pazarlamaya yöneltilen bir başka eleştiri, pazarlama araştırmalarında bazı hassas konularda kişilerin özel yaşantılarını ilgilendiren araştırmalara olmaktadır. Örneğin kişilerin psikolojik problemleri gibi konularda yapılacak araştırmalar tamamen kişiye özel konular olarak kabul edildiğinden bu konuların araştırılmasına karşı çıkmaktadır (Harcar, 1991). Kişiyi özel sağlık konularının sırf pazarlama çabalarına taban oluşturacak diye incelenmesine ve araştırılmasına karşı çıkmaktadır (Odabaşı, 1994). Bu görüşler kişilerin ve ailelerinin mahremiyet haklarına zarar verdiğini ortaya koyarak pazarlamanın saldırgan olduğu düşüncesini savunmaktadır.

Sağlık hizmetleri pazarlamasına tenkit konusu olan bir başka husus; bu konudaki pazarlama çabalarının kişileri kendi arzuları dışında belirli şekilde davranmaya yönelttiği şeklindedir. Örneğin pek çok sigara tiryakisi çeşitli kanser enstitülerinin açıklamalarına karşı çıkmakta ve bu açıklamaların insanları kendi istekleri dışında hareket etmeye zorladıklarını savunmaktadırlar (Erdem, 2007).

Pazarlamaya yöneltilen diğer bir eleştiri de, pazarlamanın gereksiz talep yaratacağı düşüncesidir. Hatta sağlıkla ilgili yapılan reklam ve kampanyaların ülke ekonomisine zarar vereceğini düşünen görüşler de vardır (Aslan, 1996).

Pazarlamayla ilgili yapılan son eleştiri ise, pazarlamanın hastalar arasında ayırım yapılmasına sebep olmasıdır. Pazar bölümlendirmesi ile hastaları gelirlerine göre sağlık hizmetlerinden yararlanması düşüncesi, bireylerin sağlık talep etme ve bu gereksinim duyduğu hizmetti almasına engel olacaktır. Bunun aksine sağlık hizmetlerinin özelliklerinden de yola çıkarak, geliri düşük olanlara devlet tarafından bu hizmetler sunulmalıdır (Tengilimoğlu, 2012).

Sağlıkta pazarlamaya getirilen bu eleştirilerin üzerinde durulmalı ancak; tüm çağdaş dünya ülkelerinde olduğu üzere, sağlık alanında ilerleme kaydetmek ve hastaların gereksinim duyduğu talep karşısında etkili bir cevap verebilmek için sağlıkta pazarlamaya yer verilmelidir. Devlet politikaları ve denetimlerle birlikte,

ister kamu ister özel kuruluşlarda olsun, özde bu anlayış ve amaç doğrultusunda pazarlama ile sağlıkta fayda sağlanacaktır.

3.4 Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Tanımı ve Özellikleri

Amerikan Pazarlama Birliği'nin tanımına göre pazarlama “*Örgütsel bir fonksiyondur ve örgütün ve paydaşlarının yararına olacak şekilde müşteri ilişkilerinin yönetilmesi ve müşteriler için bir değer yaratılması, tanıtılması ve sunulması ile ilgili bir dizi süreçtir.*” Bu tanıma göre pazarlama en azından bir tarafın diğer tarafın isteklerini karşılamayı düşündüğü zaman meydana gelmektedir. Sağlık sektöründe pazarlama ise;

- a. Bir hekim yeni hastalar çekme umuduyla kendi uygulamalarını tanıtan bir reklam verdiğinde,
- b. Bir hastane kanser hastalığı ile mücadele eden kişiler için kanser merkezi inşa ettiğinde,
- c. Bir sigorta şirketi daha fazla hasta çekmek için kendi sağlık planının kapsamını geliştirdiğinde,
- d. Bir ilaç firması hekimlerin yeni bir ilacı kabul etmesi ve tercih etmesini sağlamak için daha fazla satış elemanını işe aldığı anda ortaya çıkmaktadır (Şahin, 2013).

Robinson ve Whittington sağlık hizmetleri pazarlamasını, “Sağlık hizmetleri tüketicilerinin ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin bu ihtiyaçlara uygun hale getirilmesi ve hastaları bu ihtiyaçları kullanmaya teşvik etmek” şeklinde tanımlamıştır (Karafakioğlu, 1998).

Sağlık endüstrisinin ve sağlık tüketicilerinin farklı olduğu, kendine has özelliklerinin olduğu bazı durumlar vardır. Bu sebeple sağlık sektöründe pazarlama kendi içinde farklılıklara sahiptir. Aşağıda sağlık hizmeti pazarlanmasında, diğer sektörlerden farklılık yaratan özelliklere yer verilmiştir:

- a. Pazarlama kavramının temelinde yatan mal ve hizmetlerin değiş tokuşu çoğu kez karşılıklı olarak iki tarafın isteği ile gerçekleşmesine rağmen sağlık hizmetleri konusunda bazen bu durumdan farklı bir durum ortaya çıkmaktadır. Örneğin; akli bir rahatsızlığı olan bir hastanın sağlık hizmetlerinden bazı durumlarda isteyerek faydalandığı söylenemez. Ancak bu durumlarda da karşılıklı değiş tokuşun gerçekleşmesinde araya üçüncü

bir taraf olarak hastanın yakınları veya doktor girer (Cantürk, 2012). Bu gibi durumlarda sağlık hizmetlerinde değişim ilişkisi, hükümet ve yasa koyucular tarafından belirlenir. Yeni bir düzenleme ile karlı olan bir kuruluş birdenbire kar edemez duruma düşebilmektedir (Erdem, 2007).

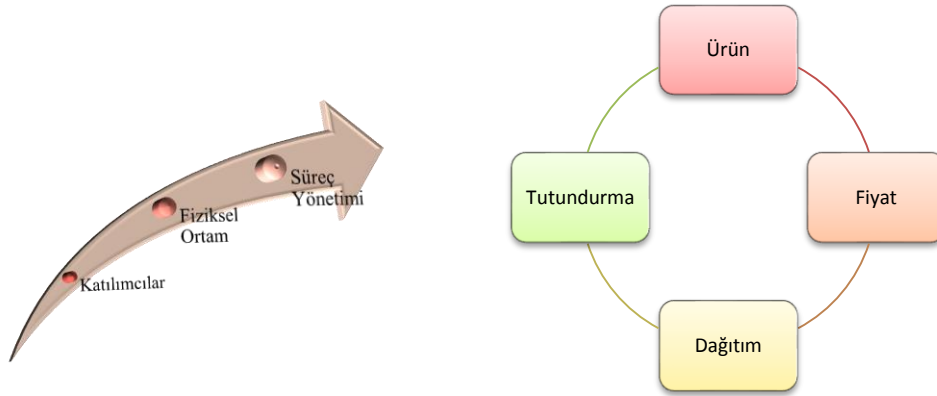
- b. Sağlık piyasasına girebilmek için bazı kısıtlamalar vardır. Arz yönünden, bu piyasaya girmek isteyen işletmelerin, belli şekil şartlarını yerine getirmeleri ve kamu otoritelerinin izin ve denetimlerine uymaları zorunludur (Bakır, 2006).
- c. Sağlık sektöründe ekonomik anlamda doğru pazarın varlığı çok tartışılmaktadır. Buna göre sağlık hizmetleri pazarı diğer ürün ve hizmet pazarları gibi rasyonel değildir. Bir pazarın rasyonel bir şekilde işlemesi; tüketicilerin mükemmel olmasa da mevcut ürün ve hizmetlerle ilgili yeterli bilgiye sahip olmasını, rasyonel bir fiyatlandırma sisteminin varlığını ve arz-talep kanunlarının çalışmasını gerektirir. Ancak, sağlık bakımdaki arz talep kuralları genel olarak diğer endüstrilerden farklıdır. Sağlık hizmetleri talebi nispeten elastik olduğu için yalnızca talebi dikkate alarak karar vermek doğru olmayabilir. Bir kere hizmetlerin (arzın) varlığı belirli ölçüde bu hizmetler için olan talebi belirlemektedir, yani yaygın bir özdeyişe göre “var olan bir yatak dolu bir yataktır”. Sonuç olarak, ne artan yatak arzı ne de talepteki artışlar fiyat üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde arz, talep ve fiyatı yönlendiren faktörler endüstriye özgü ve komplekstir (Şahin, 2013).
- d. Sağlık hizmetlerinin tüketicileri olan hastalar, sağlık hizmeti olarak tıbbi müdahale konu edildiğinde mamul veya hizmet olarak bu hizmeti veren kişiler önemli rol oynamaktadır. Bu bakımdan sağlık hizmetleri konusuna pazarlamanın klasik 4P’si olan mamul, fiyat, dağıtım ve tutundurmanın yanı sıra beşinci P olarak kişiler girmektedir (Harcar, 1991). Burada bahsi geçen kişiler; profesyonel eğitim almış, alanında uzmanlaşmış olan sağlık çalışanları ve yöneticilerdir.
- e. Sağlık hizmetleri konusunda alınan fiyatlandırma kararlarına, pazarlamanın diğer uygulama alanları olan mal veya hizmetlerden farklı olarak söz konusu bedeli ödemek durumunda olan üçüncü bir taraf olan sağlık sigortası kurumları da müdahalede bulunmaktadır (Erdem, 2007).

- f. Sağlık hizmetleri pazarlamasında farklı olan başka bir faktör ise, talepteki doğallıktır. Sağlık hizmetinden yararlanacak kişi ya da toplumun ne zaman, nerede, ne ölçüde sağlık hizmetine gereksinim duyacağı belli değildir. Bu sebeple, talebin doğması dâhilinde sağlık hizmeti gereksinimi hemen karşılanmalıdır (Şahin, 2013).
- g. Sağlık hizmetleri, tüketiciler tarafından fiyatın büyük ölçüde dikkate alınmadığı bir sektördür. Sağlık hizmetleri konusundaki kararların belirleyicileri doktorlar olduğundan, tüketicilerin fiyata karşı duyarlı olmaları zordur. Sağlık hizmetlerinde talep “sahip olma” ya da “ödeyebilme” durumundan ziyade “ihtiyaç sebebiyle ortaya çıkmaktadır ve bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmek veya korumak ihtiyacından kaynaklanmaktadır (Culyer, 1987).
- h. Hekim ve hasta arasındaki ilişki karşılıklı güven ve inanca dayanır, bu bakımdan genellikle hastalar bu ilişki içerisinde hekimle olan pazarlık güçlerini kaybederler. Arıca, hekimlerin uyguladıkları fiyatları reklâm etmeleri, günümüz de dâhil çeşitli kesimlerde mesleğin geleneklerine aykırı olarak düşünülmektedir. Bu bakımdan, çoğu zaman hastalar sağlık hizmetini veren hekimlerin uyguladıkları fiyatlardan dahi habersiz olabilirler (Bakır, 2006).
- i. Sağlık hizmetleri pazarlaması, sonuçlarının ölçümü açısından da pazarlamanın diğer türlerinden farklılık göstermektedir. Birçok endüstride, bir pazarlama girişiminin amacı açıktır ve pazarlama faaliyetlerinin sonuçları nihai sonuca (örneğin kar/zarar gibi) olan katkıya göre ölçülebilir. Sonuçlar, müşteri hacmindeki, satış miktarındaki ve kardaki artışlar açısından sayısallaştırılabilir. Pazarlamanın yararları bazı sağlık hizmetleri için bu tür somut terimler açısından ölçülebilmesine karşın, sağlık endüstrisinde sonuçlar genellikle belirsizdir (Şahin, 2013).
- j. Pazarlama konusunda dağıtım ile ilgili olarak çoğu kez fiziksel dağıtım, dağıtım kanalları ve bu kanalların üyesi durumunda olan perakendeci ve toptancıların faaliyetleri konu edilmektedir. Ancak diğer hizmet konularında olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da dağıtım kavramına ilaç ve tıbbi araç gereç ve malzemenin dağıtımını gibi konular haricinde bu açıdan bakılmamaktadır. Fiziksel malların dağıtımında sorun üretilen malın tüketicilere ne şekilde ulaştırılacağı belirlenmesidir. Oysa sağlık

hizmetleri konusunda dağıtım daha ziyade tüketicinin verilen servise nasıl ulaştırılacağı şeklinde ortaya çıkmaktadır (Harcar, 1991).

3.5 Sağlık Hizmeti Pazarlama Karması Elemanları

Bir örgüt veya işletme, tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılamak için mal veya hizmet geliştirir, tüketicilerin istekli olduğu fiyatı belirler, onların ürünü satın alabileceği veya hizmete ulaşabileceği yeri belirler ve son olarak da ürünün mevcudiyetini onlara bildirmek için ürünün promosyonunu yapar. Ancak üretim işletmeleri için geliştirilmiş olan bu pazarlama karması elemanları sağlık hizmetleri pazarlaması için yeterli olmamaktadır (Tengilimoğlu, 2000). Geleneksel olarak bilinen 4P pazarlama karmasının esas unsurlarını oluşturmakla birlikte fiziksel çevre, katılımcılar ve süreç yönetimi gibi unsurlar da 4P'ye eklenen yeni pazarlama karması elemanlarıdır (Üner, 1994). Sağlık hizmetleri için geliştirilmiş yedi pazarlama karması elemanı Şekil 3.1'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1: Sağlık hizmetleri karması elemanları. (Sümer ve Eser, 2006)

3.5.1 Ürün Karması

Ürün; işletme tarafından sunulan mal, hizmet ve fikirlerdir. Ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurmadan oluşan pazarlama karmasının temelini oluşturmaktadır. Çünkü pazarlama çabısından bahsedebilmek için öncelikle pazara sunulacak bir mal veya hizmet olması gerekmektedir (Tengilimoğlu, 2013).

Ürün (hizmet), sağlık hizmetlerinde genelde soyut niteliktedir. Elle tutulamaz, bölünemez, birbirinden farklıdır, stoklanamaz. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü

yapısı ve hizmeti kullanan kişilerin farklılığı her bir sağlık hizmetini ayrı bir ürün haline getirmekte, böylece her bir hizmet, yararlananların subjektif kararlarına göre değerlendirilmektedir (Karaçor ve Arkan, 2014).

3.5.2 Fiyat Karması

Fiyat, hem tüketiciler hem de işletme için önemli bir değişkendir. Fiyat tüketiciler için elde ettiği hizmet karşılığı ödeyeceği bedel, sağlık işletmeleri için ise gelir olması sebebiyle devamlılığı sağlamanın önemli bir unsurudur (Tengilimoğlu 2000).

Mallarda uygulanan bazı fiyatlandırma stratejileri hizmetlere de uyarlanabilir olsa da hizmetlerin standart ve homojen olmaması nedeniyle biraz daha karmaşık bir yapı arz etmektedir. Dolayısıyla sağlık sektöründe karmaşık yapı ve hizmet çeşitlerinin çokluğu fiyatlandırma uygulamalarının net biçimde ortaya konmasını zorlaştırmaktadır (Sağnak, 2010).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin fiyatları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. Sağlık sigortası kapsamında olan hastalar için fiyat talepte etkili olmamaktadır. Özel sigorta sisteminde ise, sigorta şirketleri belli fiyatlar ile hastanelerle anlaşmaktadır (Özgülbaş ve Malhan, 2000).

3.5.3 Dağıtım (Yer) Karması

Dağıtım, sağlık hizmetlerinin nerede, ne zaman, nasıl pazara sunulacağı gibi sorulara yanıt vermeye çalışan dağıtım kanalı; ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin bulunabilmesi, ulaşılabilir olması ve istendiği zaman satın alınabilir olması ile ilgili pazarlama bileşenidir (Karaçor ve Arkan, 2014).

İster imalat, ister hizmet, ister büyük ister küçük olsun tüm işletmelerin önemli sorunlarından biri, mal ya da hizmetlerini doğru zamanda, doğru yerde bulundurarak müşterinin talebini anında karşılamaktır. Müşteri talep ettiği halde edinemediği bir hizmeti başka işletmeden satın alacağı ve işletme o anda satamadığı bir hizmeti başka zamanda satamayacağı için, dağıtım önemli bir pazarlama bileşeni olarak değerlendirilmelidir (Erdem, 2007).

3.5.4 Tutundurma Karması

Mal ya da hizmet üreten tüm işletmeler değişim sürecini kolaylaştırmak amacıyla hedef kitleleriyle iletişim kurmak zorundadırlar. Geleneksel olarak bu iletişim tutundurma karması elemanlarıyla gerçekleşir. Tutundurma karması elemanları ise reklam, kişisel satış, halkla ilişkiler, satışa özendirme ve yüz yüze satıştır. Tutundurma amaçlarından bir kısmı doğrudan satın alma kararını etkilemeye yönelikken, bazen de işletme hakkında olumlu imaj yaratma ve hizmeti rakiplerden farklılaşmaya yönelik olabilir (Tengilimoğlu, 2000).

Bir hizmet işletmesi olan hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları tutundurma faaliyetleri ile aktarmak istedikleri mesajları hedef aldıkları gruplara ulaştırırken, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyanlar da kendileri için gerekli olan bilgilere ulaşmış olurlar (Cantürk, 2012).

Birçok kişinin etik açıdan sağlık alanında uygun bulmadığı tutundurma faaliyetlerinin amacı hastayı bilgilendirmek, teşhis ve tedavi süresinde daha katılımcı hale getirmek ve hizmet sunumunu kolaylaştırmaktır (Erkaya, 2007).

3.5.5 Katılımcılar Karması

Katılımcılar, işletme çalışanları ve diğer tüketiciler olmak üzere tüm insan unsurunu kapsar. Sağlık hizmetlerinde hizmetlerin kalitesi açısından özellikle hizmeti sunanlar önem kazanmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda tüketiciler bazı ipuçları aramaktadır. Aradığı ipuçlarından birisi de personelin yeteneği ve ilgisidir. Ayrıca hizmetlerin eş zamanlı üretim ve tüketimi müşteriyi de hizmet üretim sürecinin bir unsuru haline getirmektedir (Tengilimoğlu, 2000).

Katılımcılar unsuru, müşteri ya da hastanın sağlık kuruluşu tercihini önemli oranda etkilemektedir. Doktorun, sağlık personelinin ve diğer çalışanların tutum ve davranışları, hasta ile kurdukları iletişim, kendi aralarındaki iletişim aynı zamanda diğer hastalar ve hasta yakınlarının davranışları bulunan sağlık kuruluşu hakkında çeşitli duygu ve kanaatler oluşturmaktadır (Karaçor ve Arkan, 2014).

3.5.6 Fiziksel Ortam Karması

Tüketiciler bir hizmet işletmesinden hizmet satın alıp almama konusunda kararlarını verirken çok değişik faktörlerin etkisi altında kalırlar. Bu önemli karar etkenlerinden biri, hizmet işletmesinin fiziksel ortamıdır (Karahana, 2000).

Bir müşteri hizmeti görememesine rağmen bu hizmetin elle tutulabilir işaretlerini görebilir. Bunlara örnek olarak; bina, iletişim materyali, objeler (nesnelere), diğer müşteriler, fiyat vb. sayılabilir (Sağnak, 2010).

Fiziksel ortam hasta ve hasta yakınlarını etkilediği kadar çalışanların tatmini üzerinde de etkili olan bir unsurdur ve doğru şekilde dizayn edildiğinde hastaların kendilerini iyi, güvende ve huzurlu hissetmelerini sağlayarak işletme amaçlarına ulaşmaya yardımcı olacaktır (Öztürk, 2007).

3.5.7 Süreç Yönetimi Karması

Süreç yönetimi, hizmetin tüketicinin ihtiyaç duyduğu zamanda “hazır bulundurulmasını ve tutarlı kalitede sunulmasını” kapsamaktadır. Araştırmalar, hizmetlerin birer süreç olduğunu ve hizmetin gerçekleşmesinde müşterilerin bir üretici gibi rol oynadıklarını göstermektedir (Mattsson, 1994).

Sağlık sektöründe, talebin ne zaman, nerede ve nasıl ortaya çıkacağı belli olmadığı için talepte dalgalanmalar yaşanır. Talepteki bu dalgalanmalar hastaların gereksinim duyduğu istek ve ihtiyaçların karşılanamamasına sebep olacaktır. Sağlık hizmetleri taleplerinin karşılanamaması toplumda sorunlara neden olurken, talep tahminini stratejik bir şekilde planlanamaması da sağlık kuruluşlarında atıl kapasite oluşmasını sağlayacaktır (Tengilimoğlu, 2000).

İşletmelerin etkin ve koordineli bir şekilde çalışması süreç tasarımının doğru şekilde yapılması ile alakalıdır. Doğru tasarlanmayan bir süreç uzun bekleme süreleri vb. nedenlerle müşteride, aşırı iş yoğunluğu vb. nedenlerle çalışanlarda tatminsizliğe neden olmaktadır (Karaçor ve Arkan, 2014).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

HİZMET PAZARLAMASINDA YENİ YAKLAŞIMLAR ve HİZMET PAZARLAMASINDAKİ YENİ YAKLAŞIMLARIN SAĞLIK HİZMETİ PAZARLAMASINDAKİ UYGULAMALARI

4.1 İlişkisel Pazarlama

Pazarlama, ilişkisel pazarlama olarak adlandırılan yeni bir paradigmayla karşı karşıyadır. İlişki pazarlaması kavramı, son yıllarda pazarlama teori ve uygulamalarında yükselen aynı zamanda ilgi toplayan bir konu olmasına rağmen, dayandığı ana düşünce itibariyle ticari hayatta geçmişi çok eskilere dayanan bir kavramdır. İlişki pazarlaması; hem müşteriler hem de pazarlamacılar için olumlu getirilerle sonuçlanan ve müşteri sadakati geliştirmede kullanılan bir metot olarak benimsenmektedir (Karaca, 2010).

İlişki pazarlamasının gelişimi Arndt, Bagozzi, Day ve Wensley, Dwyer, Schurr ve Oh, Levitt ve Macneil'in çalışmaları ile başlamıştır. Bagozzi (1978) bu konu hakkındaki ilk çalışmasında, mübadele ilişkileri pazarlamanın esası olduğundan bahsetmiştir. Benzer olarak, Arndt (1979), doğal pazarlar bağlamında, satıcı ve alıcı arasındaki uzun dönemli bir ilişkinin faydalarından bahsetmiştir. Arndt, doğal pazarın gelişmesinde önemli bir faktör satıcı ve alıcı arasındaki uzun dönemli bir ilişki olması gereğinin üzerinde durmuştur. Day ve Wensley (1983) ise pazarlama, satıcı ve alıcı arasındaki ilişki ile yeni bir yapılanmaya girdiğini belirtmişlerdir (Gülmez ve Kitapçı, 2003).

İlişki pazarlaması, özellikle hizmet işletmelerinde uygulanmak üzere, müşterilerinin sadakatini artırmak ve mevcut müşterilerle daha büyük hacimli ve tekrar iş yapmak amacıyla müşterilerle daha yakın ve duygusallığı da içeren uzun dönemli ilişkiler geliştirmeye dönük olarak tasarlanan bir pazarlama stratejisi ve politikasıdır (Tek, 1999).

İlişki pazarlaması, başarılı bir ilişki değişimleri kurma, geliştirme ve sürdürme doğrultusunda yönetilen tüm pazarlama etkinlikleridir (Morgan ve Hunt, 1994). Christian Grönroos (1996)'e göre ise ilişki pazarlaması; “Müşteri ile ilişkileri belirlemek, kurmak, sürdürmek ve arttırmaktır. İlişki pazarlamasında geçerli olan, firma içerisindeki bütün bölümlerin iyi uyum içerisinde çalışması ve bu sayede firmaya karlılık getirmesidir.”

Henrik Calonius ise ilişki pazarlaması yaklaşımında, söz verme kavramına dikkat çekmektedir. Ona göre yeni bir şirket müşterilerine cezbeden sözlerle ulaşabilmektedir. Böylece ilişkileri daha başlangıçta oluşturmaktadır. Sözünde durarak şirket müşterisine önem verdiğini ve müşterinin memnuniyeti önemli bir yer aldığını belirtmektedir. Tabii sözlerin karşılıklı olduğunun da altını çizmektedir (Grönroos, 1994).

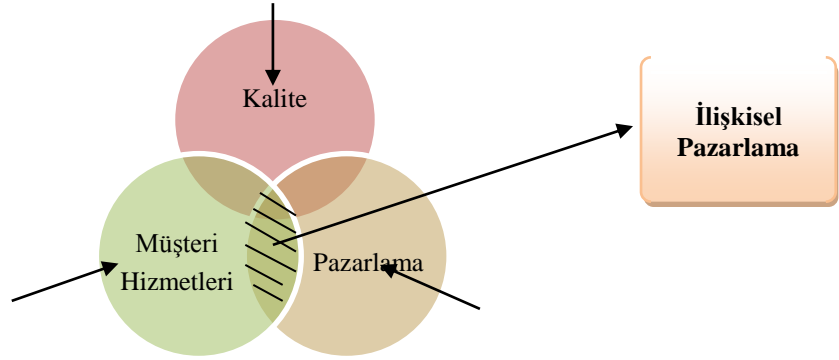
İnal ve Demirer (2001) ise ilişki pazarlamasını “Özellikle hizmet ve sanayi işletmelerinde, müşteri sadakatini ve müşteri tatmini arttırmaya, korumaya ve geliştirmeye yönelik olarak uygulanan, mevcut müşterileri elde tutmayı onlarla ilişkileri geliştirmeyi ve daha fazla iş ve sipariş almayı amaçlayan stratejik bir eğilimdir” şeklinde ifade etmiştir.

Yukarıda verilen tanımlardan sonra kapsamlı bir ilişki pazarlaması şöyle tanımlanabilir; “İlişki pazarlaması ortak faydalar için firmalar ve müşteriler arasındaki ilişkileri uzun dönemde ilişki pazarlaması temel taşarlı olan söz, güven, memnuniyet, sadakat ve değer çerçevesinde yaratmak, sürdürmek ve arttırmaktır”. Başka bir ifade ile ilişki pazarlaması müşteriye firmanın çekiciliğini gösterme sanatıdır (Karaca, 2010).

Hizmet işletmelerinin yöneticileri, ilişki pazarlaması stratejisinin geleneksel pazarlamada önemli olmayan müşteri memnuniyetini ve sadakatini ön plana çıkardığı için bu pazarlama stratejisini belirlemişlerdir. Hizmet pazarlamasında ilişki pazarlamanın son yıllardaki hızlı gelişimi, geleneksel pazarlamanın sınırlı olmasından dolayıdır. Geleneksel pazarlamanın önemli öğeleri olan, pazarlamanın geleneksel pazarlama içerisindeki kavramsal yapısı ve pazarlamanın 4P'si hizmet pazarlamasına uymamaktadır.

Bu bağlamda pazarlama karmasının da değişerek; ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurmadan oluşan temel pazarlama karması elemanlarına, “müşteri ilişkileri, müşteri tatmini ve hizmet” unsurunun da eklenmesi gereği ortaya çıkmıştır. Burada müşteri

iletişimi; satış sonrası iletişim programlarını ve şikâyetlerin giderilmesi gibi faaliyetleri içermektedir. Müşteri tatmini ise; mevcut olan ürün veya hizmet ve sistemiyle, müşteri hizmet ve ihtiyaçlarının izlenmesi ve tatmin edilmesini; satış öncesi ve sonrası hizmetler de müşteriye sunulan hizmeti kapsamaktadır (Tengilimoğlu, 2012).



Şekil 4.1: İlişkisel pazarlama yaklaşımı: müşteri hizmeti, kalite ve pazarlamayı bir araya getirmektedir. (Martin CHRISTOPHER, Adrian PAYNE ve David BALLANTYNE, Relationship Marketing, 1991)

4.1.1 İlişkisel Pazarlamanın Önemi

Yoğun rekabet ortamında işletmeler, yeni müşteriler ele geçirmek, sahip olduğu müşterileri elinde tutmak ve rakip işletmelerin pazarlama stratejilerinden, fiyat ve/veya fiyat dışı rekabetinden en az etkilemek ve rakip işletmelerini rekabet araçlarının etkisini düşürmek ve işletmenin mal ve hizmetlerine olan talebin sürekliliğini sağlamak için yeni yol ve yöntemler geliştirmek zorundadır (Tanyeri ve Barutçu, 2005).

Etkili pazarlama için ilişkileri geliştirmek gereklidir. Yüksek karlılık ilişkisel yararlılığın önemli bir sonucudur. Bu ilişkisellik satış ve karlılığa dayalı olarak ve satış maliyetlerinin etkisi ile ilişkili olarak test edilir. İlişkisel pazarlama, pazarlama uygulamaları için yol gösterici nitelikte olmakta, işletme-müşteri ilişkisi temeline dayanmakta ve işletmelerin müşterileriyle karşılıklı olarak sürekli devam eden ilişkiler geliştirilmesi gereğini ortaya koymaktadır (Şendur, 2009).

İlişkisel pazarlama anlayışı, müşterilerin ürün ve hizmet satın aldıkları işletmenin ürünlerinden ve hizmetlerinden elde ettikleri memnuniyeti ve müşteri bağlılığını artırmaktadır (Wang, 2005).

Ravald ve Grönroos (1996), ilişki pazarlamasında en önemli düşüncenin istikrarlı ve karşılıklı kar sağlayan uzun dönemli ilişkiler yoluyla müşteri bağlılığı

oluşturmak olduğunu belirtmektedirler (Barutçu, 2007). Prado ve Santos (2006)'un çalışmasında da müşterilerin, işletmenin ilişkisel çabalarından ve bizzat kurulan ilişkinin kendisinden duydukları tatminin, firmaya duydukları güven, taahhüt etme ve işletmeye olan bağlılıklarının önemli bir belirleyicisi olduğu ortaya çıkmış ilişki pazarlamasının işletmeler açısından giderek artan bir öneme sahip olmaya başladığını ve ilişkisel pazarlamanın bağımlı müşteriler elde etmek için önemli bir yol olduğunu belirtmiştir (Nakıboğlu, 2008).

Ürün ve hizmetlerin daha da homojenleşmesi, pazarların olgunlaşması, hem ürün hem de hizmet sektörlerindeki işletmelerin diğerlerinden farklı olmalarını güçleştirmektedir. Müşteri sorunlarına sadece teknik çözümler getirmek, rekabet avantajı sağlamada, işletme sahiplerinin pazarda tutunma ve pazar payını artırmada yeterli değildir. Tüm bu sebepler modern pazarlama anlayışında ilişki pazarlamasının önemini artıran faktörler arasındadır.

4.1.2 İlişkisel Pazarlamanın Amaçları

İlişki pazarlamasında firma ve müşteri olmak üzere iki taraf vardır. İlişki pazarlamasının her iki taraf açısından amaçları vardır. Bir firma için ilişki pazarlamasının amacı satışları yükseltmek ve firma için en iyi karı elde etmektir. Yoğun rekabet karşısında, işletmelerin bu amaçlarını gerçekleştirmeleri zorlaşmıştır. İlişki pazarlamasıyla şirketler rekabet avantajı sağlamaya başlamışlardır. Müşterilerle iyi ve güvenilir bir ilişki kurulmasıyla, sadık müşteriler işletmeden daha çok alışveriş yapar olmuş, bu müşteriler yeni müşteri kazandırarak uzun vadede satışları arttırmışlardır (Güreş, 2000).

İlişki pazarlaması işletmenin verimliliğini artırmakta, pazarlama bütçesinden tasarruf sağlamakta ve bu da mevcut maliyetleri azaltmaktadır. Artık işletme yöneticileri her kaybedeceği hastanın kendileri için çok büyük bir gelir kaybına neden olacağını bilmektedir. Örneğin, bir taşımacılık işletmesi, yetersiz hasta hizmeti nedeniyle her yıl hastalarının yaklaşık olarak yüzde 5'ini kaybettiğini hesaplamıştır. Buna göre; işletmenin 64 000 adet hastası vardır. Yetersiz hizmet nedeniyle her yıl kaybettiği hasta sayısı 3 200 (64 000* 0,05) dür. İşletme her yıl bu nedenle 3 200 * 40 000 dolar = 128 000 000 dolar kaybetmektedir. İşletmenin kâr marjı yüzde 10 ise, İşletmenin net kaybı 12 800 000 dolardır. Yani işletme her yıl kârının 12 800 000 dolar gibi önemli bir kısmını kaybetmektedir. Bu işletmenin en yakın zamanda hasta hizmetlerini etkinleştirmesi gerekmektedir (Kotler, 2000).

Gelişmekte olan ilişkisel pazarlama teorileri pazarın benzer ihtiyaçlara sahip müşteri kitlelerine tek ürün üretmekle yani ne kadar yoğun olursa olsun hedef pazarlama faaliyetleri ile tam anlamıyla tatmin edileceği ve her müşterinin çok küçük olsa da istek ve ihtiyaçlarının birbirinden farklı olduğu varsayımına dayanmaktadır.

Bu açıdan bakıldığında ilişkisel pazarlama her müşteriye tam olarak istediği hizmet ya da ürünü sürekli bir temelde sağlamayı hedeflemelidir (Şendur, 2009).

İlişkisel pazarlamanın en temel amaçlarından birisi de müşteriye elde tutmak ve bu müşterileri sadık birer müşteriye dönüştürmektir. Bir işletmenin, var olan müşteriye elde tutarak uzun süreli kar elde edip ve küresel pazarda varlığını sürdürmesi yeni müşteri elde etmeye çalışan işletmeler göre daha mümkündür (Berry, 2000). Müşteri elde etmekten müşterinin elde tutulmasına yönelik geçiş Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

İlişki pazarlamanın firma açısından olduğu gibi müşteri açısından da amaçları ve beklentileri vardır. Müşterilerin ilk beklentisi aldığı hizmetten veya maldan memnun olmasıdır. Yani mal veya hizmetin müşterinin ödediği paranın karşılığını vermesi gerekmektedir. Kendilerine iyi hizmet ve daha kaliteli ürünler sunulması, daha da önemlisi kişisel olarak tanınması ve değer verilmesi müşteri açısından amaçlardandır. Değer yaratan firma da sadakati sağlar ve sadakattaki gelişme ise kar veya daha fazla değer demektir. Bir işletme ile uzun vadeli ilişki geliştirilmesi sonucunda, müşteriler zaman ve maliyet açısından avantaj sağlamaktadır. Müşterinin bir ihtiyacı olduğunda, devamlı olarak alışveriş yaptığı işletmeye giderek, oradan ürün veya hizmet satın alabilir. Böylece bahsedilen maliyetler de ortadan kalkmış olur (Karaca, 2010).

Tablo 4.1: Müşteri elde etmekten müşterinin elde tutulmasına doğru stratejik kayma.
(Ferrell ve Hartline, 2008)

Müşterinin Elde Edilmesi	Müşterinin Elde Tutulması
-Müşteriler, müşteridir. -Kitlesele Pazarlama -Yeni müşterilerin elde edilmesi -Farklı işlemler -Pazar payını artırma -Gruplar temelinde farklılaşma -Homojen ihtiyaçlar temelinde bölümlenme -Kısa dönemli stratejik odaklanma -Standardize edilmiş ürünler -En düşük maliyetli sağlayıcı -Tek yönlü kitle iletişimi -Rekabet	-Müşteriler, alıcıdır. -Birebir pazarlama -Mevcut müşterilerle ilişki kurulması -Sürekli işlemler -Müşteri payını artırma -Bireysel müşteriler üzerinde farklılaşma -Heterojen ihtiyaçlar temelinde bölümlenme -Uzun dönemli stratejik odaklanma -Kitlesele bireyselleşme -Değer temelli fiyatlanma stratejileri -İki yönlü bireysel iletişim -İş birliği

4.1.3 İlişkisel Pazarlama İle İşlemsel Pazarlama Arasındaki Farklar

Son yıllarda, pazarlamada sık kullanılan kavramlarda biri olan ve farklı şekillerde tanımlanan ilişki pazarlamasının, işlemsel pazarlama ile arasında farklılıklar bulunmaktadır. İlişki pazarlaması, yeni müşteri bulmaktan çok mevcut müşterileri elde tutma ve onlarla ilişki geliştirme üzerinde yoğunlaşmakta, müşterilerle uzun dönemli ve tekrarlanan etkileşimler üzerinde duran stratejik bir eğilim olarak karşımıza çıkmakta; işlemsel pazarlamanın ise tek bir satışın yapılması üzerinde odaklanmakta olduğu görülmektedir. İlişki pazarlamasıyla ilgili yapılan aşağıdaki tanım, kavramın bu yönünü vurgulamaktadır. İlişki pazarlaması;

- Bir işletmenin bireysel müşterilerini adlarıyla belirlemek
- Şirket ve müşterileri arasında birçok işlemi kapsayacak bir ilişki yaratmak ve
- Bu ilişkiyi müşterilerin ve işletmenin yararına yönetmek için, geniş bir yelpazedeki pazarlama, satış, iletişim, hizmet ve müşteri yaklaşımını kullanmaktır (Tengilimoğlu, 2012).

Genel bir değerlendirme yapılacak olursa, ilişkisel pazarlamanın işlemsel pazarlamaya göre daha kalıcı olduğu ve süreklilik taşıdığı rahatlıkla ifade edilebilir. Dolayısıyla, tüketicilere ürün ya da hizmet sattıktan sonra onları unutan anlayışın yerine, onlara sürekli ve kalıcı bir değer sunan bir yaklaşımın başarılı olma şansı tartışmasız olarak daha yüksektir (Argan, 2013).

Tablo 4.2’de satışa odaklı işlemsel pazarlama anlayışı ile ilişkisel pazarlama yaklaşımı karşılaştırılmıştır.

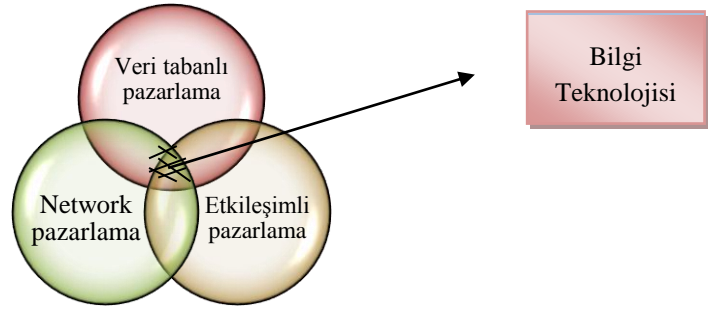
Tablo 4.2: İşlemsel pazarlama ile ilişki pazarlamasının karşılaştırılması.
(Payne ve diğerleri, 1995)

İşlemsel Pazarlama	İlişki Pazarlaması
-Temel bir satış üzerinde odaklaşır	-Müşteriyi elde tutma üzerinde odaklaşır
-Ürün özellikleri üzerinde durur	-Ürün faydaları üzerinde durur
-Kısa dönemli ölçüğe sahiptir	-Uzun dönemli ölçüğe sahiptir
-Müşteri hizmetlerine az önem verir	-Müşteri hizmetlerine büyük önem verir
- Müşteri bağlılığı sınırlıdır	-Müşteri bağlılığı yüksektir
-Müşteri ilişkisi orta düzeydedir	-Müşteri ilişkisi yüksektir
-Kalite, öncelikle üretim bölümünü ilgilendirir	-Kalite, işletmedeki herkesi ilgilendirir

4.1.4 İlişki Pazarlamasının Yakın Geleceği

Yeni yüzyılda ilişki pazarlaması, bilgi teknolojinin yardımı ile iş dünyasında büyük ilerleme kaydedecektir. Şekil 4.2’de ilişki pazarlaması ile ilişki pazarlamasını geleceğini belirleyecek üç önemli pazarlama faktörünün aralarındaki ilişki gösterilmiştir.

Müşteri ve işletme birbirleri ile etkileşimlerinde bilgi teknolojisinin önemli bir rolü vardır. İlişki pazarlaması stratejisinde işletmelerin kendi ürünlerini tanıtması ve kampanyaları hakkında müşterilerine bilgi vermesi bilgi teknolojisi kullanılarak yapılmaktadır. İlişki pazarlaması, bilgi teknolojisini en iyi kullanan pazarlama stratejisi olmasından dolayı hem teorik hem de pratik olarak günümüz rekabetçi koşullarında öne çıkmaktadır. Bilgi teknolojisi ve diğer teknoloji araçları son kullanıcılar olan müşteriler ile düşük maliyette yeni ilişkiler geliştirmek için fırsatlar sunmaktadır. İlişki pazarlamasının Avrupa’da önemli öncülerinden biri olan Evert Gummesson da ilişki pazarlamasının teknoloji ile iç içe olmasını şu şekilde tanımlamıştır (2002); “İlişki Pazarlaması; ilişkiler, bilgi ağları (network) ve karşılıklı etkileşim olarak kabul edilmiş bir pazarlamadır.” Gummesson’nun bu tanımında, bilgi teknolojisi kullanılarak firma ve müşteri veya firma ve diğer firmalar arasında karşılıklı etkileşimin söz konusu olduğunu dile getirmiştir (Gülmez ve Kitapçı, 2003).



Şekil 4.2: İlişki pazarlaması ile ilişki pazarlamasının geleceğini belirleyecek diğer pazarlama faktörleri. (Gülmez ve Kitapçı, 2003)

-Veri Tabanlı Pazarlama: Veri tabanı oluşturma kavramı; müşterilerin demografik, sosyo ekonomik özelliklerine, satın alma alışkanlıklarına ve müşteri iletişim (adres, telefon, e-mail) bilgilerine sahip olmak ve bunları pazarlama için yararlı bir unsur olarak değerlendirmek şeklinde tanımlanabilir. Veri tabanlı pazarlama müşteri odaklı, bilgi yoğun ve geleceğe yönelik bir pazarlama

uygulamasıdır. Veri tabanlı pazarlamayı öncelikle, var olan müşteriler hakkında yeterli bilgiyi ele geçirmek, bu bilgileri tekrarlanacak satışlara teşvik için kullanmak ve sürekli olabilecek bir ilişkinin kurulmasını sağlayacak bir süreç olarak kabul etmek gerekir (Duran, 2002).

Pazarlama dünyası, yeni araçlar ve yaklaşımlar olarak adlandırılan değişiklikleri kapsadığı için veri tabanı pazarlaması önemli bir araç olarak ortaya çıkmaktadır (Başar ve Aslay, 2011).

Birçok pazarlama akademisyenine göre veri tabanlı pazarlamanın en önemli rolü, pazarlama iletişimi ve alıcı-satıcı ilişkileri oluşturmaya ve sürdürmeye yönelik çabaların verimliliğini arttırmasıdır (Nakıboğlu, 2008). Duncan ve Moriarti (1998)'e göre başarılı bir pazarlama iletişimini oluşturmanın ilk koşulu ve amacı insanların sosyal iletişim ve ilişki biçimlerinin anlaşılmasıdır. Walter ve Ritter (2003)'e göre kanallardaki birçok müşteri ve tedarikçi birbirleri ile girecekleri yakın ve koordineli ilişkilerin potansiyel değeri ile motive olmaktadır. Taraflarca algılanan ilişkinin değeri ise ilgili tarafın elde ettiği fayda ve karşılığında yaptığı fedakârlık arasındaki denge ile ölçülen öznel bir algılamadan ibarettir. Yukarıda değinilen “ilişki verimliliğini arttırma” amacının beklenen ve istenen sonucu, karşı tarafta yüksek düzeyde bir algılanan değer yaratmaktır. Bu amaçlar bir bütün olarak, veri tabanlı pazarlama teorisinin araştırma soruları olarak da karşımıza çıkmaktadır. Buna göre veri tabanlı pazarlamanın en temel araştırma alanları müşteriye nasıl değer yaratılabileceği, müşteri bağlılığı ve tekrar satın alma isteğinin nasıl oluşturulabileceği, işletme imajı ve kimliği başta olmak üzere müşterilere en uygun iletişim biçiminin ne olabileceği gibi sorularla aranmaktadır (Möller ve Halinen, 2000).

Veri tabanı teknolojisinin gelişimi ile artık, mevcut ve muhtemel hastalar yüzü olmayan, tanınmayan insan grupları değil onları anlamayı sağlayan pek çok verinin işletme içinde yer aldığı insanlardır. Yine, veri tabanları sayesinde tercihleri öğrenilen hastaya özel ve kişiselleştirilmiş hizmetler sunulabilmektedir. Bu da hasta memnuniyetinin artmasında büyük bir etkidir (İnal, 1996).

Veri tabanlı pazarlama ile işletmeler, tekrarlı satış gerçekleştirme, maliyet azaltma, pazar bölümlenme, potansiyel müşteriye belirleme, ürüne yönelik geri bildirim elde etme, en iyi müşterileri belirleme, yeni müşteriler oluşturma, iletişim stratejileri geliştirme, çapraz satış ve tamamlayıcı satışlar geliştirme, satış tutundurma duyurularını güçlendirme, marka konumunu sürdürme, gizli iletişim

üstünlüğü elde etme, müşteri, ürün ve pazarlama araştırmaları yapabilme ve bir yönetim kaynağı oluşturma avantajlarını elde edebilir (Haşılıoğlu ve diğ., 2008).

-Etkileşimli Pazarlama: Bir işletmenin gelişmesinde ve işletmenin pazarlama aktivitelerinde müşterilerle, üreticilerle, aracılarda ve diğer alt yapısal ortaklarla pazar şartlarından dolayı bütünleşmek istemesi ilişki pazarlamasının uygulanması gereğini doğurmaktadır. İşletme kendi müşterileri ile yakınlaşmak için uyguladığı ilişkisel yaklaşım teknolojinin desteği ile etkileşimli pazarlamayı ortaya çıkarmaktadır. Etkileşimli pazarlama, ilişki pazarlama kavramı içinde bulunan bir pazarlama stratejisidir. Müşteri ile işletme arasında karşılıklı diyalog ile oluşan etkileşim bu pazarlama stratejisinin mantığını oluşurmaktadır (Sheth ve Parvatiyar, 1995).

Müşteri ve firma arasında oluşan etkileşim, ilişki pazarlaması ile doğup, teknolojinin gelişmesi ile ilerlemektedir. İşletmeler müşterileri ile sürekli etkileşimde olma yolunu teknolojinin bütün araçlarını kullanarak uygulamaya çalışmışlardır. Teknolojinin bu gelişimi ile işletmeler kitlesel pazarlamadan bireye yönelik pazarlamaya yönelmişlerdir (Czinkota ve diğ., 1997).

Etkileşim yaklaşımı; endüstriyel pazarlarda satın alma ve satış süreçlerini, geleneksel anlamda bir etki ve tepki olayı ile açıklamak yerine, bir etkileşim süreci olarak değerlendirmektedir. Bu çerçevede her bir satın alma veya her bir satış bağımsız olarak değerlendirilemez. Her bir satın almanın anlamlandırılabilmesi, işletmeler arasındaki ilişkiler bağlamında mümkün olabilecektir (Armutlu, 2006).

-Ağ (Network Pazarlama): Network pazarlaması firmaların müşteriye yaklaşımlarını ve müşteri ile olan ilişkilerini değiştirmektir. Ayrıca, internet firmaların pazar fırsatlarını, bilgi teknolojisini ve ağ (network) alt yapısını değiştirecektir. Yine internet firmaların işletme modelini, yeni pazar fırsatlarının ortaya çıkmasını ve müşteri ilişkilerinin yeniden tanımı gibi şeyleri etkilemektedir. İnternet sadece iş dünyasında değil devlet ofislerinde ve üniversiteler arasında bilgi alış verişini de sağlamaktadır. Sonuçta internet, bütün dünyaya hızlı bir şekilde yayılmıştır. Firmalar internetin hızlı yayılmasından yararlanarak, kendi ürünlerini dünyanın bir başka yerine satmaya başlamışlardır (Tengilimoğlu, 2012).

Network pazarlaması sadece firmanın müşterilere internet üzerinden ulaşması değil ayrıca firma içinde çalışanlarla, mağazalarla ve aracılarda sürekli iletişim halinde bulunmasıdır. Yani işletme sadece dış müşteriler ile etkileşim içersinde değil ayrıca iç müşterilerle de etkileşim içersinde olmaktadır. Network pazarlaması

sayesinde her türlü bilgi alış verişi hem şirket içerisinde hem de şirket dışındaki müşterilerle hızlı bir şekilde almaktadır. Teknolojinin gelişmesi ile bu hızlı bilgi alış verişi sadece yazılı değil sesli ve görüntülü olmaktadır. Günümüzde sesli ve görüntülü bilgi alış verişinde kullanılan haberleşme araçları; İnternet ortamında sesli görüşmeler (Interactive Voice Response-IVR), Elektronik Bilgi Değişimi (Electronic Data Interchange-EDI) gibi günümüzde kullanılan hızlı iletişim araçlarıdır. Firma sadece müşterilerle değil diğer iş ortakları ile de haberleşme halinde olmaktadır. Bunlar; yatırımcılar, tedarikçi firmalar, araçlar ve üreticilerdir (Ian H. Gordon, 1998).

Network (ağ) pazarlamasının gelişimi, teknolojinin gelişimi ile aynı paraleldedir. Müşteri ile firma arasında etkileşimin yoğun yaşandığı network (ağ) ortamı gelişimini sürdürdükçe ilişki pazarlamasındaki önemi artmaya devam edecektir (Gülmez ve Kitapçı, 2003).

4.1.5 Sağlık İşletmelerinde İlişkisel Pazarlama Uygulamaları

İlişki pazarlaması sürecinde, hastayla hastane arasındaki iletişim ve etkileşim uzun vadeli ilişkilerin oluşturulabilmesi açısından çok önemlidir. Öncelikle hastayla hastane arasındaki ilişkinin kurulması gerekir. Bu da hastaya ilk başta düşük fiyatlar sunmakla, yapılan hizmetler kapsamında teşvik programları hazırlamakla ve bunları gerçekleştirebilmek için gerekli olan yapıyı hastane içinde oluşturmakla mümkündür. Hastayla hastane arasındaki ilişkinin geliştirilmesi ve tamamlanması açısından ise; hasta kazanma, hastayla ilgili verileri toplama, hasta değer modeli oluşturma, hasta ihtiyaç ve isteklerini öğrenme bunların başında gelmektedir (Yeşilbaş, 2010).

Hasta hastaneye öncelikle fiyat ilişkisi açısından bağlanmaktadır. Bu nedenle hastayla hastane arasındaki ilişkinin kurulmasında sunulan mal ve hizmetin kaliteli olmasının, hasta istek ve ihtiyaçlarını karşılamanın yanı sıra söz konusu mal ve hizmetin fiyatı da çok önemlidir. Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı hastaneler yeni hastalar elde etmek ya da hasta sadakatini yaratmak için daha büyük alımlarda hastaya düşük fiyatlar sunabilmekte veya uzun süreli hastalara daha düşük fiyatlar uygulayabilmektedir (Öztürk, 1998).

İlişkisel pazarlama ile sağlık işletmeleri, var olan müşterilerini elde tutarak kar oranlarını artıracaklardır. Hastayı elde tutma yöntemi de hasta tatminiyle yakından ilişkilidir. Bu açıdan, hastayı fiyat, hizmet, yüz yüze ilişkiler bakımından tatmin

etmek ve hastanın almış olduğu ürün veya hizmetten memnun olmasını sağlamak gerekmektedir (Yüksel,1998).

Hasta elde tutma stratejisinin de üç düzeyi vardır. Birinci düzeyde, ilişki pazarlamasında hasta sadakatini sağlamak öncelikle finansal bağlarla sağlanmaktadır. İkinci düzeyde, ilişki pazarlaması finansal bağların yanı sıra sosyal bağlara da dayanmaktadır. Bu durum, hizmet alıcısının sosyal bir varlık olduğu gerçeğinin göz önüne alınmasıyla ortaya çıkmıştır. Üçüncü düzeyde yapısal bağlar devreye girer. Yapısal bağlar, ilişki inşası yöntemlerinden bağımsız olarak hasta problemleriyle ilgili çözümün hizmet dağıtım sistemi içinde tasarlanmasıdır. Hasta kendine özel hizmet sağlayan işletmeyle olan ilişkilerini çözebildiği halde, yapısal çözüm üreten firmaya bağlı kalmaktadır. Tablo 4.5'te hastayı elde tutma stratejisinin üç düzeyi verilmiştir.

Tablo 4.5: Hastayı elde tutma stratejisinin üç düzeyi. (Yeşilbaş, 2010)

Düzyey	Temel Bağlar	Hizmet Uyarlama Derecesi	Potansiyel Sürdürülebilir Rekabet Avantajı
1	Finansal Bağlar	Düşük	Düşük
2	Sosyal Bağlar	Orta	Orta
3	Yapısal Bağlar	Orta-yüksek	Yüksek

Hastayla hastane arasındaki ilişkinin kurulmasında, hastanın dikkatini hastaneye çekmek için çeşitli teşvik programları hazırlanmaktadır. Bu programlar ekonomik içerikli olabileceği gibi sosyo-kültürel içerikli de olabilmektedir. Örnek olarak, üyeler için özel yararlar sağlayan üyelik programları, sık alışveriş yapan hastalar için ödül programları, hastanenin değerli hastalarına özel davetiyeler ve yıl içinde hediyelerin gönderilmesi şeklinde gerçekleştirilen VIP programlarının hazırlanması verilebilir (Kotler, 2000).

İlişki pazarlaması hastalarla güçlü, değer yüklü ilişkiler yaratma, koruma ve artırma sürecidir. Günümüzde pazarlama değer yüklü ilişkilerin kurulmasına yönelmiştir. Bu yüzden, hastaya sağlanan değeri maksimize edecek bir değer modeli oluşturan hastaneler hastayla uzun dönemli ilişkileri sağlayarak ilişki pazarlamasında başarılı olmaktadır. Bu model; hastaya daha fazla yarar teklif edilerek hastanenin hastası için yapabileceklerini kapsamaktadır. Özet olarak, hasta daha fazla yarar teklif eden ve kendine sağlanan değeri artıran hastanelerden yine aynı mal ve hizmeti talep edecektir (Yeşilbaş, 2010).

4.2 Müşteri İlişkileri Yönetimi

Küreselleşen bir dünyada değişen müşteri yapısı, işletmeleri çok ciddi bir şekilde yeniden yapılanmaya ve müşterilerine yönelik stratejilerini yeniden gözden geçirmeye zorunlu hale getirmiştir. Bu bağlamda, müşterilere yönelik olarak uygulanacak temel pazarlama stratejilerinden biri, müşteriye işletmenin odak noktasına yerleştiren ve müşteri memnuniyetinin ötesine geçip, müşteriye değer sağlamayı hedefleyen müşteri ilişkileri yönetimi (CRM, Customer Relationship Management) yaklaşımıdır (Demir ve Kırdar, 2010).

CRM kavramı, bilgi çağı pazarlama anlayışının bir sonucudur. Sektörü ne olursa olsun firmalar için, rekabet edebilme gücü, her zaman farklı olmayı gerekli kılmıştır. Günümüzde, teknolojik yeniliklerle elde edilen farklılaşmalar uzun süreli olmadığından, müşterilerinize benzersiz bir satış önerisiyle gidebilmek uzun vadede mümkün olmayacaktır. Bu yüzden, farklılaşmanın en önemli yollarından birisi olarak müşteri ilişkileri gösterilmektedir. Müşterilerin devam eden ilişkisi, müşteri sadakati ve artarak devam eden satın alma davranışları, güçlü rekabet koşullarında şirketleri koruyacak değerlerdir. CRM, müşterilerle sürekli devam etmesi istenilen bu ilişkileri, operasyonel ve analitik olarak ele almaktadır (Kobi e-dönüşüm projesi, İTO yayınları, 2009).

CRM, pazarlama literatüründe son yıllarda uygulama alanı bulmuş, bir rekabetçi pazarlama stratejisidir. Özellikle üretim ve hizmet işletmelerinde, müşteri sadakatini ve müşteri tatminini artırmaya, korumaya ve geliştirmeye yönelik olarak uygulanan, mevcut müşterileri elde tutmayı, onlarla ilişkileri geliştirmeyi amaçlayan stratejik bir eğilimdir (Yurdakul, 2002).

Rekabet ortamında CRM, değişen dünyaya uyum sağlamada bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır. CRM anlayışı öncesinde pazarlama tanımlamaları yapılırken “mal ve hizmetlerin üretim sürecinden çok önce başlar ve üretimden sonra da devam eder” denilmektedir. “Müşteri” yerine “ürün” odaklı tanımlamalar yapılmakta ve “üretim anlayışı, bir iş anlayışı olarak mamul kavramına dayandırılmakta ve pazarlama, mamul yönetimi olarak da düşünülebilir” denilmektedir. CRM ile ürün-üretim merkezli yaklaşım sonlanmıştır. CRM, müşteri merkezli bir stratejidir. Zaman zaman “müşteri odaklı” olarak ifade edilse de, müşteri merkezli tanımı ağırlık kazanmıştır. Müşteri merkezli olmak, müşteri odaklı

olmaktan daha ileri ve nihai aşamadır. Böylece 1970’li yıllarda başlayan “müşteri ekseni” yaklaşım günümüzde bir zorunluluk olarak müşteri merkezli bir yaklaşım olarak CRM stratejisiyle uygulanmaktadır. CRM ile işletmelerin sadece müşteri merkezli pazarlama anlayışları değil, iç organizasyonları da değişmektedir. Böyle bir çevrenin varlığı rekabet koşullarında CRM uygulayan işletmeler için olumsuz rekabet koşullarıyla başa çıkmak demektir (Bişkin, 2011).

CRM, 1990’lı yıllarla birlikte yönetim ve pazarlama yazınında yerini almasına rağmen, 2000’li yıllarla birlikte akademisyenler ve uygulamacılar tarafından üzerinde hem kavramsal hem de ölçümü bağlamında en çok tartışılan bir kavram haline gelmiştir. CRM’nin işletme performansı üzerindeki olası etkileri halen tartışma konusu olmasına rağmen, dünyadaki işletmeler, CRM teknolojisiyle anılan Siebel ve Oracle gibi yazılım öncülerinin sunduğu paketlere her yıl milyarlarca dolar harcamaktadır (Bakırtaş, 2013).

4.2.1 Müşteri İlişkileri Yönetimi Kavramı ve Amaçları

CRM, çok popüler bir kavramdır, genellikle müşteri bilgilerinin elde edilmesi ve yönetilmesinde olağan olan bir yazılım paketini ifade etmede kullanılmaktadır. Oysaki kavram, yazılım uygulamalarının ötesini ifade eder. Kavram, müşteri ilişkileri yönetimine toplam bir stratejik yaklaşımı içermektedir. Bu yaklaşım; müşterileri tanımlama, bu müşterilere ilişkin bilgi yaratma, müşteri ilişkilerini kurma, bir işletmenin, ürün ve hizmetlerinin müşteri algılamasını biçimlendirme sürecidir (Bakırtaş, 2013).

CRM bir şirket için, tüm müşteri bilgilerinin belirli bir merkezde tutulması ve bu bilgilerden elde edilen sonuçlara göre mevcut müşterilerini koruma ve onlarla iş imkânlarını arttırmaları onlara her temas noktasında katma değerle tutarlı hizmet sunmayı hedefleyen ve bu amaçla iş süreçlerini ve bilgi yönetim teknolojilerini bir araya getiren müşteri odaklı bir strateji, bir felsefedir (Üner, 2010).

CRM, kar getiren ve sadık müşterilerin belirlenmesi, seçilmesi, elde edilmesi ve geliştirilmesi için bir işletmenin yerine getirdiği faaliyetlerdir (Cuthbertson ve Laine, 2004). Shaw ve Reed ise CRM’yi “Maksimum kâr elde etmek için şirket yatırımları ile müşteri ihtiyaçlarını tatmin etmek arasında optimum dengeyi sağlayan karşılıklı etkileşimli bir yaklaşım” olarak tanımlamıştır (Shaw ve Reed, 1999).

CRM, işlemsel bazda ele alınan satışı artırmanın ötesinde olan bir işletme stratejisi olup, amacı kârlılığı, geliri ve müşteri tatminini artırmaktadır. CRM’de başarılı olmak için müşterilerle ilişkileri artırma yeteneğine sahip araç, teknoloji ve prosedürlerden yararlanır. Nitekim, bu nedenden dolayı CRM sadece teknik bir konu, yazılım ya da donanım değil stratejik bir işletme konusudur (Gray ve Byun, 2001).

Müşteri ilişkileri yönetimi ile ilgili farklı yazarlar tarafından farklı pek çok amaç ortaya konmuştur. Bu amaçları genel anlamda değerlendirecek olursak belli başlı şu amaçlar ortaya çıkmaktadır (Arslan, 2014):

- a. *Müşteri ilişkilerini karlı hale getirmek*: Pazarlama ve satış departmanlarının müşteriler ile uzun dönemli ve karlı ilişkiler kurup muhafaza etmeleri sağlamak.
- b. *Farklılaşma sağlamak*: Ürünlerin birbirine benzediği bir ortamda farklılığı yakalayabilmek, müşterileri birebir tanımak ve onlar için birebir üretim ve birebir pazarlama yapmak.
- c. *Maliyet minimizasyonu sağlamak*: İyi tasarlanmış ve sistem yaklaşımıyla düşünülmüş bir CRM projesine ayrılan bütçenin kısa zamanda geri alınması mümkündür. Mevcut müşterilerden gelecek ilave satışlar, müşteri muhafaza etmenin getireceği kazançlar, satış maliyetlerinde sağlanacak tasarruf ve şirket içi iletişim maliyetlerindeki azalmalar göz önüne alınırsa ayrılan bütçe kısa bir sürede geri alınabilir.
- d. *İşletmenin verimi artırmak*: İşletmeler her faaliyetini kendi ihtiyaçlarına göre tasarlamıştır. Oysa yapılması gereken dışarıdan içeriye, yani müşteri ihtiyaçları etrafında tasarımların gerçekleştirilmesi gereklidir.
- e. *Uyumlu faaliyetler sağlamak*: CRM satış, pazarlama, müşteri hizmetleri faaliyetlerini internet fırsatları ile birleştirir, tüm bu faaliyetlerin uyumlu olarak çalışmasını sağlar. Hem geleneksel satış kanallarından elde edilen bilgiler, hem de diğer alternatif kanallardan sağlanan bilgiler sentezlenerek yüksek düzeyde müşteri bilgisi ve ilişkisi fırsatı sağlanır.
- f. *Müşteri taleplerini karşılamak*: Müşterileri CRM yardımıyla, tüm kurumun tanınması mümkündür. Müşterilerden alınan geri bildirimler sayesinde işi onların istediği şekilde yapmak mümkün olur.

4.2.2 Müşteri İlişkileri Yönetiminin Pazarlama Faaliyetlerine Katkıları

Şiddetli rekabet ortamında faaliyette bulunmaya çalışan işletmeler müşteri ilişkileri yönetimi ile stratejik üstünlük sağlamaya çalışmaktadır. Müşterilerle en fazla iletişim halinde olan departmanın pazarlama olduğu düşünülürse, müşteri ilişkileri yönetiminin pazarlama faaliyetlerine katkılarından bahsetmek yerinde olacaktır. Bu katkıları dört ana çerçevede toplayabiliriz (Aktepe ve diğ., 2009):

- *Terk etmiş müşterinin yeniden kazanılması:* Yapılan bir araştırmaya göre müşteri ilişkileri yönetiminin terk eden müşterilerin geri kazanılmasında %10 ila %20 arasında katkı sağladığı belirlenmiştir.
- *Müşteri sadakati yaratma:* Müşteri ilişkileri yönetiminin en temel amacının müşteriyi yaşam boyu elde tutmak olduğu düşünüldüğünde, müşteri sadakatini artırmaya olan katkısı oldukça önemlidir. Yapılan araştırmalara göre müşteri ilişkileri yönetiminin müşteri sadakati yaratmaktaki etkisi %15 ila %20 arasında değişmektedir.
- *Yeni müşteri bulma:* Müşteri ilişkileri yönetiminin yeni müşteri bulmaya katkısı %3 ile %4 arasında değişmektedir.
- *Çapraz satış yapma:* Müşteri ilişkileri yönetiminin çapraz satış yapmaya katkısı %2 ile %3 arasında değişmektedir.

CRM sayesinde tüketiciler-müşteriler, şirket tarafından güçlü bir şekilde desteklendiklerini hissederler. Bir şirketin müşteri hizmetlerinin profesyonelliği sayesinde, şirket müşterilerinin satın aldıkları veya kiraladıkları ürün/hizmetlere olan güvenleri artar. Güncel ve eksiksiz oluşturulmuş veritabanları yardımıyla müşteri beklentileri doğru belirlenip, en iyi şekilde karşılanabilir (Kobi e-dönüşüm projesi, İTO yayımları, 2009).

CRM'yi uygulayan işletmelerin, uygulama kapsamında belirli amaçları olduğu ifade edilmekle birlikte, pazarlama, satış ve satış sonrası hizmetler için etkin CRM uygulamaları ile temel olarak kârlı müşterilerin belirlenmesi, bu müşterilerle uzun vadeli, güçlü ilişkiler kurulması, müşteri sadakatinin (bağlılığının) sağlanması, müşteri kârlılığının artırılması, potansiyel kârlı müşterilerin belirlenmesi ve bu müşterilere doğru, etkili ve daha düşük maliyetli yöntemlerle ulaşılması gibi işletme yöneticilerine çok önemli avantajlar kazandırılması mümkün olmaktadır (Celep, 2011).

Tablo 4.3'te CRM'nin pazarlama faaliyetlerine olan katkıları özetlenmiştir.

Tablo 4.3: CRM'nin yararları. (Bakırtaş, 2013)

Organizasyon İçinde Müşteri Veri Paylaşımı Yoluyla Sağladığı Fayda	CRM'nin Yenilikçi Teknolojiler Üzerindeki Olumlu Etkisi
Müşteri hizmetlerinin üst düzeyde sonuçlanmasını sağlar.	Kendi kendine hizmet ve internet uygulamaları için müşteriye beceri kazandırır.
Çapraz satış ve satışları artırma için fırsatlar yaratır.	Mevcut ve yeni müşterileri, geliştirilen hedef ve kişiselleştirilen iletişimler yoluyla çeker.
Müşterinin alışkanlık ve tercihleri hakkında geniş bilgi sağlar.	Müşteri ve tedarik ilişkilerini birleştirir.
Müşteri görüşlerini birleştirir ve tamamlar.	
Segmentler ve bireysel müşteriler için hedefler geliştirmeyi sağlar.	

4.2.3 Müşteri İlişkileri Yönetimi Süreci

CRM uygulama süreci, işletmenin üretim aşaması ve üretim maliyetlerinden başlayan geniş bir bakış açısıyla, müşteri davranışlarının çok yönlü değerlendirilmesini öngörmektedir. Burada üzerinde dikkatle durulması gereken önemli bir konu, CRM'yi uygularken, sadece teknoloji odaklı düşünmek yanılığına düşmemektir. Aynı zamanda bu uygulamada, insan unsurunun ortaya koyduğu katma değere gereken önemin verilmesi gerekmektedir. CRM uygulamalarının en önemli unsuru stratejileri planlayan, sonuçları yorumlayan ve eldeki verileri doğru değerlendirerek bunları satışa dönüştürebilen yönetim yeteneğidir. Yönetimin kalitesi, müşteri ilişkilerinde başarıyı etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Bu yetenek de insan unsuruna dayanmaktadır (Çiçek, 2005).

CRM uygulama süreci dört aşamayı içerir; müşteri seçimi, müşteri edinme, müşteri koruma ve müşteri derinleştirme. Bu aşamaların doğru stratejilerle yönetimi şirketlerin lehine sonuçlanacaktır. Aşağıda bu aşamalar açıklanmıştır:

-Müşteri Seçimi: Burada hedef kitlenin tanımlanması ve gruplara ayrılması amaçlanmaktadır. CRM felsefesinde her müşteri veya müşteri grubu farklı değerler taşıyacağı ve farklı kampanyalara entegre edileceği için müşteri seçimi önemli olacaktır. Bu aşamada; hedef kitlenin belirlenmesi, belirlenen hedef kitle için segmentasyon ve konumlandırma çalışmaları yapılması, konumlandırma verilerine uygun kampanyaların geliştirilmesi ve pazarlama iletişimi stratejilerinin belirlenmesi yer almaktadır (Demir ve Kırdar, 2010).

Müşteri ilişkileri yönetimi yaklaşımı, farklı müşterilere farklı davranmak ilkesi üzerine kurulan bir pazarlama yaklaşımıdır. Eğer işletme, müşteriye, işletmeye

sağladığı mevcut ve potansiyel değere uygun olarak farklı davranış sergilerse, bu durum işletmeyi, müşteri gözünde farklılaştıran bir konuma getirir. Farklı müşterilere farklı davranışta bulunabilmek için, öncelikle bu müşterilerin kimliklerini belirlemek, diğer bir ifade ile müşteriyi tanımlamak gerekmektedir. Bu nedenle, işletmeler müşterilerini kişi olarak tanıdıkları, ya da bir diğer anlatımla kârlı ve kârsız müşterilerini ayırabildikleri ölçüde müşterilerine bekledikleri pazarlama hizmetini verebileceklerdir. Bunun için işletme, müşteri kimlik bilgisi şeklinde bir müşteri tanımlama sistemi oluşturabilir. Bu sistem, bir müşteriyi, diğer müşteriden ayıran, işletmenin bu müşterisi ile zaman içindeki ilişkilerini izlemesine olanak sağlayan ya da müşteri ile bire-bir temasa geçmesine yardımcı olan bilgilerden oluşmaktadır (Kırım, 2001).

Müşteriyi işletme için değerli kılabilecek unsurlara ait bilgiler elde edilmesi uzun ve sistematik bir çalışma gerektirmektedir. Müşteriyi bu seviyede tanıdıktan sonra gelecek adımlar, uzun vadede değer katan müşterilerin ayrıştırılarak seçilmesi ve ürünlerin bu grupların beklentilerine göre biçimlendirilmeleridir (Bişkin, 2011).

Müşteri ilişkilerini oluşturmada en geçerli stratejilerden biri, işletmenin pazar payından ziyade müşteri payını artırmasıdır. Müşteri payı üzerine odaklanma, tüm müşterilerin farklı ihtiyaçlara sahip olduğuna ilişkin bir anlayış gerektirir. Bu nedenle tüm müşteriler, bir işletme için eşit değere sahip değildir. Bu fikrin en temel uygulaması 80/20 kuralıdır. Bu kurala göre müşterilerin %20'si, işletme kârının %80'ini sağlamaktadır. Bu fikir yeni olmamasına rağmen, teknoloji ve veri toplama yöntemlerindeki ilerlemeler şuan, işletmenin gerçek zamanlı müşteri profilini çizmesine olanak sağlamaktadır. Ayrıntılarla müşterileri izleme yeteneği sayesinde işletmelerin alt %80'de yer alan müşterilerin satış ve bağlılığının artırılması mümkündür. İşletmeler üst %20'de yer alan müşterilerini kaybetmeme yönünde stratejiler izler. Çünkü bu müşteriler çok bağlıdır ve kârlıdır. Bu nedenle işletmelerin, müşterilerin tatminini sürdürebilmek için gerekli önlemleri alması gerekir (Bakırtaş, 2013).

-Müşteri Edinme: Müşteri edinme aşamasında, “Belirli müşteriye en etkili yoldan satışı nasıl gerçekleştirebiliriz?” sorusuna cevap aranacak şekilde çalışmalar yapılır. İlk olarak potansiyel müşteriler belirlenir. Ardından eldeki verilerle potansiyel müşteriler değişik gruplara ayrıştırılır. Bir sonraki adımda ise müşteri beklentileri ve ihtiyaçları açıkça belirlenir. Müşteri edinme sürecinde işletmeler

ihtiyaç analizleri, müşteri için teklif oluşturma gibi işletmeyi müşteri için cazip kılabacak çalışmalar içerisine girerler (Türker ve Özeltin, 2010).

Geleneksel pazarlamada yeni müşteriler bulmak ve onlarla ilişkiler kurup bu ilişkileri geliştirmek çoğu işletmede mevcut müşterilerle olan ilişkileri geliştirmekten daha önemlidir. CRM'yi benimsemiş bir işletme müşteriyi kazanırken aynı zamanda onun güvenini kazanmayı ve onu işletmenin sürekli müşterisi kılmayı hedeflemek zorundadır. CRM'nin gelişim sürecinin bu aşaması yeni müşteriyi işletmeye çekmeyi hedeflemektedir (Bişkin, 2011).

-Müşteri Koruma: İşletmelerin kazanmış oldukları müşterileri kaçırmayıp, onu ellerinde tutmaları önem taşımaktadır. Bu bağlamda müşteri koruma aşamasında “kazanılan müşterilerimizi nasıl ve ne kadar süreyle elimizde tutabiliriz?” sorusuna cevap aranmaktadır. Yeni müşteri edinmenin, mevcut müşterileri elde tutmaktan çok daha maliyetli olduğu ve sağlanan müşteri sadakatinin, yani müşteri memnuniyetinin kazandırdığı kârlılığın çok büyük olmasından dolayı, müşteri koruma evresi işletmelere oldukça büyük yararlar sağlayıp, oldukça tercih edilen bir aşama haline gelmiştir (Celep, 2011).

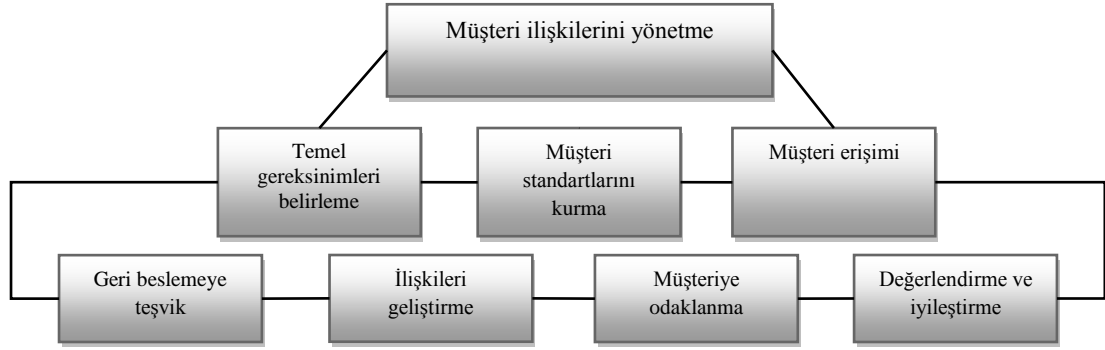
Müşterileri memnun ederek işletmeye bağlı kılmak, özellikle günümüz rekabet şartlarında müşterilerin pek çok seçenekleri varken kolay olmamaktadır. Böyle bir ortamda müşteriyi işletmeye bağlamanın en uygun yolu müşteri hizmetlerini en iyi hale getirmektir. Çünkü aynı fiyatta ve aynı kalitede pek çok mal ve hizmet bulmak mümkündür. Bununla birlikte müşteri hizmetlerindeki farklılık müşteri için bağlayıcı olabilecektir. Müşterinin işletmeye bağlı kalması hem müşteri hem de işletme için avantajlıdır. Müşteri katlandığı faaliyetler karşısında fayda, kalite ve tatmin sağlar. İşletme ile ilişki kurma, müşteri açısından da bir yatırımdır. İşletmelerin uygulamaya koyduğu müşteri koruma programlarının başarısı verilen hizmetin kalitesine bağlı olmaktadır (Bişkin, 2011).

-Müşteri Derinleştirme: Müşteri derinleştirme, kazanılmış bir müşterinin sadakat ve kârlılığının uzun süre korunması ve müşteri harcamalarındaki payın yükseltilmesi için gereken adımları içermektedir. Çapraz satış ve sadık müşteri yaratma bu stratejideki önemli iki yöntemdir (Türker ve Özeltin, 2010).

Pazarlamanın önemli fonksiyonları arasında talep tatmin etme ve talep yaratmayı sayabiliriz. Birden fazla ürün üreten ve satışını gerçekleştiren işletmeler, kendisinin bir ürününün almış olan müşteriye, diğer ürünlerini de satarak ilişkiyi

derinleştirmelidir. Bunun yanında müşteri ihtiyaç analizleri aracılığıyla müşterilerin gelecekte ihtiyaç duyabileceği ürünlerin geliştirme çalışmaları yapılarak bu olası ihtiyaçlar ilk olarak tatmin edilmelidir (Tolon, 2009).

Şekil 4.3'te CRM'nin uygulama süresi şemalarla gösterilmiştir:



Şekil 4.3: Müşteri ilişkileri yönetim süreci.
(SÜ İIBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2011)

4.2.4 Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Uygulamaları

Sağlık işletmelerinin temel işlevi olan hasta bakımı tüm toplumların potansiyel müşterisi konumunda olduğu hizmetlerdir. Bu nedenle hastaneler, toplumun her kesiminden, her yaş ve cinsiyetten kişiye hizmet götüren, diğer deyişle sözü edilen kitlelerin ilgili oldukları kuruluşlardır (Kalkay, 1981).

Hastaneler sağlık hizmetlerini yerine getirmekle görevli olan kuruluşlardır. Bu görevlerini yerine getirirken kaliteyi önemsemeleri ve bu yönde girişimlerde bulunmaları önemlidir. Aynı zamanda müşteri ilişkileri ve müşteri memnuniyetine gereken özeni gösterip, tüm çalışanların hastalara karşı memnuniyeti artırıcı faaliyetleri benimsemeleri gerekmektedir (Büber ve Başer, 2012).

Hastanelerin gerçek anlamda pazar odaklı olabilmeleri için pazarlama yaklaşımını benimseyip, bunu bütün birimlere yayma ve en iyi şekilde uygulama yoluyla faaliyetlerini yönlendirmeye ihtiyaçları vardır. Özellikle de, pazarlama yaklaşımı oluşturmak için hastaneler, hastaneyle bir şekilde ilişkisi olan hasta, hekim, hemşire ve diğer paydaşların şimdiki ve gelecekteki bilgilerini toplama, gözleme ve analiz etmedeki çabalarını geliştirmesi gerekmektedir. Aynı zamanda hastanelerin teknolojik, hukuki, ekonomik ve çevresel faktörlerle ilgili bilgileri toplayıp analiz etmesi de gerekmektedir (Bhuiyan ve Abdulgader, 1997).

Sağlık kurumları müşteri ilişkileri yönetimiyle hasta veri tabanı oluşturabilirler. Hastalara ait tüm bilgiler tek bir merkezde toplanır ve eksik bilgiler tamamlanabilir. Eksik bilgilerin tamamlanmasında çağrı merkezi kullanılabilir. Pazarlama kampanyalarında kullanılmak üzere bu veri tabanından yararlanılabilir. Veri tabanında hastaya ait her türlü tıbbi ve kişisel bilgiler toplanır (Bişkin, 2011).

Sağlık kurumları kendilerine olan talebi arttırmak için değişen müşteri istek ve ihtiyaçları doğrultusunda yeni düzenlemeler yoluna gitmelidirler. Hastaların belli bir kurumu tercih edip hizmetten yararlanmış olmaları tek başına bir anlam taşımamakta, müşterilerin hizmeti satın alma sonucundaki davranışları memnuniyet düzeyinin ölçümünde kabul görmektedir (Sağnak, 2010). Ayrıca sağlık işletmeleri var olan müşterileri elde tutarak çapraz satış olanaklarını artırmaktadır. Böylelikle sağlık kurumları müşterilerle ilişkileri sayesinde onların ihtiyaç duydukları diğer hizmetleri de vererek hastaların hayatlarını kolaylaştırabilirler. Bu sayede hizmetten memnun olan müşterilerin sağlık işletmelerine bağlılığı sağlanmış ve işletmenin kar oranı artmış olur (Tengilimoğlu, 2012).

CRM müşteri bilgileri ve dış pazarın verileri ile ortaya çıkan bir pazarlama yaklaşımıdır. Bu oluşturulan bilgiler, yerine getirilecek olan işlevlerin anlaşılması ile ilgili tespit yapmak için incelenebilir. Son adım bir iletişim aracıyla dönüştürülmüş bu bilginin, sağlık kurumuna ilgili hedeflerinde başarı şansı sağlayacak bir bilgiye dönüşmesidir (Thomas, 2007).

4.3 Gerilla Pazarlama

Dünya çapında çok sık rastlanan krizlere karşı koymak amacıyla işletmelerde yaşanan küçülmeler, gevşek devlet uygulamaları, yüksek meblağlı teknolojiler, dağılmış sorumluluklar nedeni ile insanların daha küçük işlerden daha yüksek gelir elde etmek istemeleri, gerilla pazarlama sürecine ihtiyaç duyulmasına temel oluşturmaktadır (Tengilimoğlu, 2012).

Gerilla, küçük bir pazara sahip olan veya küçük bir pazarda büyük bir paya sahip olan işletmeler için kullanılan bir tanımdır. Gerilla tekniğinin en önemli ilkelerinden biri, pazarda savunulabilecek ve lider olunabilecek kadar küçük bir dilim bulup, o dilime sonuna kadar sahip çıkmak olarak görülmektedir. Gerilla pazarlama ise, gerilla pazarlama öncüsü Levinson tarafından, özellikle küçük işletmelerin büyük işletmeler karşısında durabilmeleri için kullanabilecekleri etkili ve çok daha küçük

bir bütçeyle uygulanabilecek bir takım pazarlama uygulamaları olarak ifade edilmektedir (Dahan ve Levi, 2012).

İlk defa 1980'lerin başında temeli atılan bir kavram olan ve son zamanlarda adı sıkça duyulan “gerilla pazarlama” kurucusu ve fikir babası olan Jay Conrad Levinson'un Kaliforniya Berkeley Üniversitesinde pazarlama dersleri verirken kendi işletmelerini kurmak isteyen bir grup öğrencisinin para yatırmadan bir işletme kurmanın yollarını öğreten bir kitap önermesini istemeleri ile ortaya çıkmıştır. Araştırmaları sonucunda öğrencilerine herhangi bir kaynak bulamayan Levinson gerilla pazarlamanın temellerini atmıştır. Gerilla pazarlamayı, bütçesi küçük hayalleri büyük girişimciler için ortaya çıkartılmış bir pazarlama taktiği olarak tanımlayan Levinson; 1993 yılında yazdığı “Guerrilla Marketing” adlı kitabıyla pazarlamanın farklı boyutlarını ele almıştır (Çeltek ve Bozdağan, 2012).

Hedef kitlenin karşına umulmadık anlarda çıkma ilkesiyle hareket eden gerilla pazarlaması, Gerçekleştirilecek küçük ama etkili saldırılarla; fiyat indirim stratejileri, piyasalara daha az kaliteli ama daha ucuz mal sunma veya daha kaliteli, daha pahalı mal sunma stratejileri, ürün farklılaştırma stratejileri, servis stratejilerinde farklılaşmalar, tüketiciyle direkt temas kurma, dağıtımda yenilik/ etkinlik stratejileri, ilgi çekici, şaşırtıcı, karşılaştırmacı yoğun reklam kampanyaları, üründe yenilik stratejileri, pazarlarda hedef şaşırtma (mal geçici bir süre tamamen piyasadan çekme veya mal piyasaya yığıma) gibi değişik taktikler kullanabilmektedir (Ay ve Ünal, 2002).

Gerilla pazarlamanın doğasında olan yaratıcılık ve hayal gücü, aslında işletmeler için var olduğu kadar müşteriler için de var olduğu kabul edilen bir özelliktir. Bu yüzden de gerilla stratejiyi kullanan pazarlamacılar, pazarlama iletişiminde yaratıcılık ve hayal gücü unsurlarını kullanarak pazarlama bütçelerinde çok büyük oranlarda tasarruf edebileceğini göstermişlerdir (Uysal, 2011).

Gerilla pazarlamanın başarılı olması için hızlı uygulanmasının yanı sıra yerinde doğru ve iyi hesaplanmış olarak kullanılması oldukça hayati bir önem taşımaktadır (Levinson ve Hanley, 2007). Zira yanlış veya yersiz yapılmış bir gerilla çalışması tüketicinin markaya çok olumsuz bir tepki vermesine neden olabilmektedir. Gerilla pazarlama uygulamasının doğru sonuç verebilmesi için işletmenin bu yöntemi içselleştirmesi ve belirli bir tutumu benimsemesi önem teşkil etmektedir. Gerilla çalışmasının yapmacık ve sahte bir izlenim yaratmaması adına işletmenin istekli,

meraklı, kendine güvenli, gerçekçi, nesnel, hayal eden ve rekabet etmeye hazır olan bir tutumu benimsemesi gerektiği düşünülmektedir (Levinson ve Rubin, 1996).

İyi bir strateji sahibi olmanın sürdürülebilir rekabet ortamı için temel bir öncelik olduğu asla unutulmamalıdır. Gerilla pazarlamada başarı tümüyle doğru stratejiyi bulmakla ilgilidir. Rekabetçi doğrultuyu belirleyen söz konusu strateji üretim planlamasını yönlendirmekte, gerek işletme içinde gerek pazarda nasıl bir bütünleşik pazarlama iletişimi ile hareket edeceğini anlamakta ve en önemlisi de neyin üzerinde odaklanacağını göstermektedir (Uysal, 2011).

4.3.1 Gerilla Pazarlama İle Geleneksel Pazarlama Arasındaki Farklar

Günümüzde giderek artan ürün çeşitliliği ve ürün ve hizmetlerin giderek birbirlerine daha çok benzemesi, işletmelerin karlılıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Diğer taraftan sürekli değişimin beraberinde getirdiği ekonomik belirsizlik, işletme bütçelerinde oldukça önemli bir paya sahip olan pazarlama faaliyetlerinin sonuçlarını hesaplamayı çok daha önemli hale getirmiştir. Bu durum da işletmeler, pazarlama faaliyetlerini oluştururken farklı, yenilikçi, etkili ve daha az maliyetli stratejiler arayışı içine girmiştir. Bu noktada gerilla pazarlaması birçok açıdan geleneksel pazarlamaya benzemesine rağmen amaçlara ulaşmada izlenecek yollar ve kullanılacak teknikler bakımından geleneksel pazarlamadan farklılıklar göstermekte ve kullanıcılarına önemli avantajlar sunmaktadır (Nardalı, 2009).

Geleneksel pazarlama hedeflerine ulaşılması için yenilikçi yöntemlerin kullanılmasını gerekli kılan gerilla pazarlamanın geleneksel pazarlamadan farkı Tablo 4.4’de özetlenmiştir:

Tablo 4.4: Gerilla pazarlamayı geleneksel pazarlamadan ayıran özellikler. (Çeltek ve Bozdoğan, 2012)

Geleneksel Pazarlama	Gerilla Pazarlama
Pazarlama yapabilmek için para ayırmak gerekir.	Pazarlama için enerji ve hayal gücü gerekir.
Büyük işletmeler, büyük yatırımlar ve büyük pazarlama bütçeleri gereklidir.	Küçük işletme sahiplerinin büyük hayal güçleri yeterlidir.
Pazarlama çalışmaları satış miktarları veya yüksek satış hacimleri ile değerlendirilir.	Önemli olan kar etmektir, yüksek satış miktarları eğer kar yaratmıyorsa anlamsızdır.
Geleneksel pazarlamada reklam gibi geleneksel yollardan biri kullanılır.	Gerilla pazarlamada geleneksel pazarlamada kullanılan tüm yollar farklılaştırılarak kullanılır.
Rekabet üstünlüğü etmeye odaklanılır.	Rekabet bir süreliğine unutulurak rakiplerle iş birliği yapmaya odaklanılır.
Geleneksel pazarlamanın Taktikleri kullanılır.	Geleneksel pazarlamanın taktikleri dışında bilinçdışına yönelik göndermeler kullanılır.
Geleneksel pazarlamada büyük gruplar hedef alınır.	Küçük gruplar ve kişiler hedef alınır.
Küçük detaylara önem verilmez.	Bilinçaltını etkileyici en küçük detaylara bile önem verilir.
Pazarlama araçları oldukça az ve pahalıdır.	Pazarlama araçları çeşitli ve büyük ölçüde bedavadır.
Kullanılabilecek pazarlama yöntemleri sınırlıdır.	Kullanılabilecek yüz farklı pazarlama yöntemi vardır.
Aynı anda birden fazla işe odaklanılabilir.	Sadece bir işe odaklanılır.
Müşteriye iletilmek istenen mesaj doğrudan verilmaz.	Müşteriye iletilmek istenen amaç açıktır ve müşteri tarafından kolayca anlaşılır.

4.3.2 Gerilla Pazarlama Süreci

İşletmelerde pazarlama etkinliklerinin başarısı, rekabet ortamında işletmenin konumunun belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu noktadan hareketle, küçük ve orta ölçekli işletmelerde; gerilla stratejisinin kullanılarak başarıya ulaşılması için atılması gereken ilk adım tıpkı büyük bir işletmedeki gibi stratejilerin belirlenip bu stratejiler doğrultusunda hareket edilmesidir. Bu nedenle bu planlar hazırlanırken olabildiğince dikkatli olmak gerekir. Diğer taraftan pazarlamada gerilla taktiği izlenen işletmelerde başarılı olunabilmesi için hazırlanan pazar odaklı plana sadık kalınması önemlidir (Çeltek ve Bozdoğan, 2012).

İyi bir gerilla pazarlama planı yüksek satışlar için önemli bir başlangıç noktasıdır. İşletmeyle ilgili olarak bir gerilla pazarlama planı hazırlandığında; işletmenin amaçları, güçlü ve zayıf yönleri, hedef kitlenin mevcut ve olası ihtiyaçları ile hali hazırda yükselen trendler doğrultusunda bu planın yeniden gözden geçirilmesi gerekir. Bu uygulama işletmenin ve ürünlerinin piyasada doğru olarak konumlandırılabilmesi için önemli ipuçları verecektir (Nardalı, 2009).

Küçük ve orta ölçekli işletmelerin gerilla stratejisini kullanarak başarıya ulaşması için atması gereken ilk adım pazar, ürün, rakipler, reklam ve bilgi konusunda geniş bir bilgi tabanı oluşturmasıdır. Bunun arkasından atılması gereken ikinci adım ise; işletmelerin rakiplerinden farklı olarak önerebilecek, yapabilecek farklılıkların bir listesi çıkarılarak bir pazarlama stratejisinin belirlenmesidir. Bu liste içerisinde özellikle işletmeye rekabet gücü kazandıracak faktörleri ön plana çıkartmak gerekmektedir. Strateji belirlenen hedef pazarda net bir şekilde tanımlanmalıdır. Üçüncü adım ise; pazarlama silahının seçilmesidir. Bu belirlenirken işletmeyi başarıya götürecek hedefler üzerinde yoğunlaşarak, çalışanlarına da danışılmalıdır (Ay ve Ünal, 2002).

Daha sonraki aşamalarda ise; pazarlama yöneticileri tarafından bir gerilla pazarlama takvimi, bu takvimde, öncelikler, acil girişimler ve karar verme zamanları belirlenerek, bir pazarlama partneri seçilmelidir. Son aşama ise; karşı ataklara geçilmesidir. Burada önemli olan gerçekleştirilebilecek atakların bütün alanlarda eşit şekilde gerçekleştirilmesi ve sonuçların sürekli gözden geçirilmesidir. Kullanılacak silahların seçilirken bunların her birinin sağlayacağı yararları listelemek, bir öncesinin sırasını yapmak, kaliteyi, hızı, değeri birlikte sağlamak çok önemlidir (Uysal, 2011).

Gerçekte sıradan bir gerilla pazarlama sürecine bir şekilde başlanır ancak bu sürecin iyi bir şekilde işleyebilmesi ve başarılı olabilmesi için sürekli çevreden gelen tepkiler doğrultusunda yeni gerilla planları ve yeni ataklar geliştirilmesi gerekir. Bu nedenle her bir işletme özellikle rakiplerinden gelecek tepkilere hazırlıklı olmalı bu tepkiler ve işletmelerin ihtiyaçlar doğrultusunda gerilla pazarlama planını güncellemelidir (Nardalı, 2009).

4.3.3 Gerilla Pazarlaması İletişim Araçları

Günümüzde satışlar içinde promosyon maliyetleri gittikçe artmakta işletmeler daha fazla harcamalarına rağmen daha fazla etkililik sağlayamamaktadır. Bunun en önemli nedeni yeni ortaya çıkan işletmelerin ürün ve hizmetlerini hedef tüketicilerine duyurmak için tanıtım ve reklam etkinliklerine başvurması, eski işletmelerinde bu yeni işletmelerle rekabet edebilmek için hali hazırdaki tanıtım ve reklam etkinliklerini arttırmaları sonucu oluşan medya kalabalığıdır. Bu noktada gerilla pazarlamacısının yapacağı ilk iş, satışlar içinde promosyon maliyetlerini

arttırmaksızın bu medya kalabalığında kurtulmak, ikinci olarak da fiyat-promosyon-indirim gibi doğrudan satış parametreleri üzerinde değil, işin kendisinde ve algılanmasında farklılık yaratarak işletme karını arttırmaktır (Nardalı, 2009).

Levinson, gerilla pazarlama uygulamalarını mini-medya ve maksimedya planlaması olarak iki farklı başlık altında toplamaktadır. Mini-medya planlaması kitle iletişim araçları kullanılmadan ve işletmenin komisyon ödemediği gerilla pazarlama çalışmalarını ifade ederken, maksimedya planlaması ise; kitle iletişim araçları ile yapılan uygulamaları kapsamaktadır (Dahan ve Levi, 2012).

-Mini-Medya Planlaması: Mini-medya planlaması kitle iletişim araçları kullanılmadan ve işletmenin aracı komisyonu ödemediği gerilla pazarlama çalışmalarını içermektedir. Mini-medya planlaması büyük ölçekli işletmelerin sıklıkla yönelmediği mecraları kullanması sebebiyle daha görünür olmakta ve başarı oranını yukarı çekmektedir. Gerilla iletişim çok çeşitli mini-medya mecraasını kullanmasına karşın en etkin faaliyetlerin üç kategoride toplandığı düşünülmektedir (Dahan ve Levi, 2012).

a. *Ağızdan-Ağza Pazarlama:* Ağızdan ağza pazarlama (WOMM), insanların ürünler ve hizmetler hakkında konuşmalarına yardımcı olmak üzere hazırlanmış birçok pazarlama tekniğini içermektedir. Ağızdan Ağza Pazarlama Birliği'nin yaptığı tanımlamaya göre 'ağızdan ağza' kavramı "tüketicilerin diğer tüketicilere bilgi sağlaması eylemi" iken ağızdan ağza pazarlama, "insanlara ürün veya hizmetlerden bahsetmeleri için bir neden sağlamak ve bu konuşmaların meydana gelmesini kolaylaştırmaktır". Ağızdan ağza pazarlama çok temel olarak "iki insan arasında ticari olmayan bilgi alışverişi" olarak tanımlanabilir. Tavsiye eden (verici) ve tavsiye alan (alıcı) taraflar birbiriyle ve başkasıyla herhangi bir ticari (parasal, çıkar) ilişki içerisinde değildirler (Uzun ve Uydacı, 2012).

Tüketici tatmini, memnuniyeti ve tüketicilerle sürdürülen olumlu ilişkiler ise; bireyleri firma, ürün ya da marka hakkında olumlu mesaj yaymaya yönlendirir. Dolayısıyla, ağızdan ağza pazarlama, satın alma sonrası davranışlardan doğrudan doğruya etkilenir. Anderson'ın (1998) bulgularına göre, tüketicilerin, kesinlikle memnun olmayanları veya kesinlikle memnun olanları ağızdan ağza iletişim faaliyetinde bulunurlar. Benzer şekilde kendilerini firmaya sadık görenler, daha fazla olumlu ağızdan ağza iletişim

faaliyetinde bulunurlar, olumsuz ağızdan ağza iletişim ise; sadece memnuniyetsizliğin sonucu olarak görülür. Memnuniyetsizliklerini ve bu yöndeki şikâyetlerini dile getirmeyen tüketiciler ise firma için oldukça tehlikelidir (İnan, 2002).

Ağızdan ağza pazarlamada, başkaları sizin ürünleriniz hakkında konuşmakta ve yeni kişiler ürününüzü denemektedir. Onlar da başkalarına anlatmaktadır. Ürün hakkındaki bilgi, insanlara arkadaş çevresinden geldiği için inandırıcılık taşımaktadır. Eğer ürününüz gerçekten değerliyse, ürün üzerinde konuşma alışkanlığı, bulaşıcı bir hastalık gibi hızla yayılmakta, sonunda çok az bir reklamlarla, çok büyük bir kitleye erişilmektedir (Uzun ve Uydacı, 2012).

- b. *Reklamcılık*: Gerilla reklamcılığında ilk yapılacak şey reklamın amacını ortaya koymak, ikinci olarak amacımızı gerçekleştirmenin ortaya çıkaracağı temel yararı iyice vurgulamaktır. Reklamın direkt olarak hedef alacağı kitlenin iyi belirlenmesi, bu kitlenin özelliklerine göre net olarak ne yapılacağına iyi vurgulanması, reklamın gerektirdiklerinin belirlenmesi, bütçesinin ortaya konulması gerekmektedir (Dahan ve Levi, 2012).

Reklamın önemi açıktır. Daha önce de vurgulandığı gibi pazar sürekli değişmekte, yeni aileler, yeni yaşam biçimleri pazarı farklılaştırmaktadır. İnsanlar reklam bombardımanı altındadır. Yapılan bir araştırma haftada bir kez olmak üzere 13 hafta gösterimde olan reklamın 13. haftanın bitiminde kitlenin %62 si tarafından hatırlanırken, bir ay sonra %32 ye, 1.5 ay sonra ise %20 ye düştüğünü göstermektedir. Sürekli ve etkili reklamcılık, yaratıcılık gerektirmektedir (Ay ve Ünal, 2002).

- c. *Halkla İlişkiler*: Akıllı bir gerilla pazarlamacısı halkla ilişkiler konusuna çok önem verir. İşletme uzun yıllardan beri müşterilerinden kar elde ediyorsa bu elde ettiği karın bir kısmını sponsorluk gibi çeşitli halkla ilişkiler faaliyetleri yardımıyla müşterilerine geri vermesinin hiçbir sakıncası yoktur. Örneğin, Fritolay Firması gençlere daha yakın olmak ve satışlarını arttırmak için halkla ilişkiler faaliyetleri kapsamında gençlerin düzenlemiş olduğu partilere sponsorluk yapmakta ve bu partiler esnasında onlara çeşitli hediyeler dağıtmaktadır. İşletmenin halkla bütünleşmeye ve toplumun gözünde iyi bir yer edinmeye yönelik olarak yaptığı bu tür çabalar

İşletmenin satışlarının artmasına dolayısıyla karının da artmasına önemli derecede yardımcı olacaktır (Nardalı, 2009).

İşletmelerin içinde buldukları toplumun ortak sorunlarını çözmek üzere gösterdikleri çabalar, işletmenin sürdürmekte olduğu halkla ilişkiler faaliyetlerinin önemli bir ayağını oluşturur. İşletmelerin halkla ilişkiler faaliyetleri gerçekleştirmek istemeleri bu faaliyetlerin gerçekleşmesi için tek başına yeterli olmamakta, bu faaliyetlerin başarılı ve olabildiğince etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için gerillaların yaratıcı ve girişimci fikirlerine ihtiyaç vardır. Bu konuyla ilgili olarak 24 Aralık 2004'te Güney Asya'da yaşanan deprem ve tsunami felaketi sonucunda Turkcell Firması'nın o bölgede bulunan abonelerini araması, durumları hakkında bilgi alıp bu bilgileri hükümet yetkilileriyle paylaşması, abonelerini Türkiye'den onları almak için gönderilen uçak hakkında bilgilendirmesi, iletişim konusunda bir problem yaşamamaları için abonelerine bedava kontör ve konuşma süresi göndermesi ve bu yaptıklarını yazılı bir açıklama ile tüm basın ve yayın kuruluşlarına duyurması iyi bir gerilla pazarlaması örneğidir (Uysal, 2011).

Bu üç temel kategorinin dışında internet kullanımı da mini-medya planlaması içerisinde incelemektedir. İnternet ile işletmeler kendi firmalarının reklamını düşük maliyetle, büyük bir kesime ulaştırma imkânı ile kolaylıkla yapabilmektedirler. Ayrıca müşteriler açısından da değerlendirecek olursak, bireyler istedikleri yerden istedikleri ürene kısa zamanda ulaşma imkânı bulabileceklerdir (Dahan ve Levi, 2012).

Sharma (2002)'ya göre internet, örgütsel firmaların pazarlama faaliyetlerini yürütmede ihtiyaç duydukları önemli bir araç olarak görülmekte ve internet sayesinde müşteri ihtiyaçlarının daha iyi bir şekilde tatmin edilmesi sağlanmaktadır. Gerçekten de müşteri tatminini amaçlayan ve bütünleştirilmiş pazarlama ile desteklenen yeni pazarlama anlayışının uygulanmasında internet, işletmeler için önemli bir pazarlama aracını oluşturmaktadır (İnan, 2002).

-Maksi-Medya Planlaması: Maksi-medya planlaması kitle iletişim araçlarını oluşturan televizyon, radyo, gazete ve dergi kullanılarak yapılan gerilla pazarlama faaliyetlerini kapsamaktadır. Gerilla pazarlamada maksi-medya planlamasının ana hedefi genelde mini-medya uygulamalarını desteklemek veya yapılan bir reklam kampanyasının mesajını pekiştirmek olarak şekillenmektedir. Sonuca dönük ve

ölçülebilir hedeflere ulaşmak da maksimedya planlamasının hedefleri arasında gösterilmektedir (Dahan ve Levi, 2012).

Kitle iletişim mecraları gerilla pazarlama faaliyetleri için kullanıldığı durumlarda mecralarda oldukça yaratıcı, ilginç ve alışılmışın dışında uygulamalarla karşılaşmaktadır. Örneğın; radyo mecrası içerisinde spot reklam vermek yerine hedef kitleye uygun bir program içerisinde ünlü bir radyo sunucusuna bir program içerisinde reklam mesajı içeren bir metin okutmak alışılmışın dışında bir faaliyet olarak ortaya çıkmaktadır. Ek olarak radyo doğrudan tepki özelliğine sahip olduğundan dolayı da etkin bir gerilla pazarlama mecrası olarak kullanılabilir (Levinson, 1998).

Televizyonda ise program içi sponsorluklar ve diziler içine ürün yerleştirme gibi uygulamalarla gerilla pazarlama çalışmaları uygulanabilmektedir (Dahan ve Levi, 2012). 1941’de ilk kayıtlı Televizyon reklamı Bulova saatleri 4000 televizyona ulaşmış, 1954’te televizyon reklamlarının gelirleri radyo ve dergileri geride bırakmıştır. 1970’te telemarketing (telefonla pazarlama) ortaya çıkmıştır. 1990–1998 arasındaki dönemde televizyon reklamlarındaki gelir 2,4 milyar dolardan 8,3 milyar dolara yükselmiştir (Gündebahar ve Khalilov, 2013).

Basılı mecralardan dergi mecrasında ise; doğru yapılmış bir ilanın her türden işletmeye itibar kazandırdığı ve dergilerin, dolayısıyla da dergi ilanlarının çok uzun ömürlü olduğu bilinmektedir. Uzun ömürlü olması, elden ele dolaşması ve bazı tematik dergilerin koleksiyon yapmak üzere toplanıp saklanması gibi nedenlerden ötürü dergi gerilla pazarlama planı için önemli bir mecralar arasında görülmektedir (Levinson,1998).

4.3.4 Sağlık Hizmetlerinde Gerilla Pazarlama Uygulamaları

Gerilla pazarlama geleceğı ile birlikte düşünöldüğünde, özellikle sağlık işletmelerinde daha çok uygulama olanağı bulacağı açık bir pazarlama yaklaşımıdır. Hastaneler için bugüne kadar yapılan pazarlama hakkındaki eleştiriler, ilerleyen dönemlerde daha anlaşılabilir bir hal alacağı ve sağlık kurumlarında gerilla pazarlamaya da yer verileceğı tahmin edilebilmektedir (Tengilimoğlu, 2012).

Sağlık kurumlarının başarısı ve yaşamını devam ettirebilmesi, büyük ölçüde hastalarının istek ve beklentilerini karşılayabilme becerisine bağılı olmaktadır. Tüm müşteri gruplarının istek ve beklentileri birbirinden farklı olduğu için sağlık

kurumları yöneticilerinin her müşteriye tatmin etmek için farklı stratejiler geliştirmesi gerekmektedir (Uzunal ve Uydacı, 2010).

Günümüzde bireylerin bilgi ihtiyaçlarının karşılanmasında tanıtım ve reklâmların büyük rolü bulunmaktadır. Ancak, çeşitli sebeplerle sağlık hizmetlerinde reklâm yasaklarının bulunması bireylerin mevcut ve alternatif sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi edinme imkânlarını etkilemektedir. Bu noktada kamu sağlık kurumlarının yapabileceği tanıtım ve reklâm harcamalarının türü ve boyutunun belirginleşmesi yöneticilerin önünde çözülmesi gereken bir sorun olarak belirmektedir (Sayım ve Sarısoy, 2010).

Sayım ve Sarısoy'un kamu sağlık kurumlarının tanıtım ve reklam harcamalarına yönelik yaptığı çalışmada (2010); sağlık piyasasındaki reklam yasaklarının özellikle hekimler için katı olmak üzere, özel sağlık kurumları ve ilaç üreticileri için söz konusu olduğunu tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti çeşitlerinden özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik reklam yasakları bulunmaktadır. Ancak halkın özellikle bilinçlendirilmesine yönelik ya da özel sağlık kurumunun belli sınırlar içinde kendisini tanıtmaya yönelik izinler bulunmaktadır. Özel sağlık kurumları için reklamı yasaklayan ve tanıtımı kısıtlayan düzenlemeler mevcutken kamu sağlık kurumları için bu yönde düzenlemelere rastlanmamıştır.

Ağızdan ağza iletişimden yararlanmak, özellikle reklâmda sınırlandırmalar olan sağlık hizmeti için iyi bir tutundurma yöntemi olabilir. Ayrıca ağızdan ağza iletişimden yararlanmak, kaynakları kısıtlı olan kâr amacı gütmeyen sağlık kurumları için de iyi bir tutundurma yöntemi olabilir. Hizmet alanların beklentilerini aşan bir sağlık hizmetinin tutundurma aracı olarak kullanılmasının oldukça etkili ve ucuz olduğu söylenebilir. Bundan dolayı sağlık hizmetleri, tutundurma yöntemi olarak ağızdan ağza iletişimin kullanılması için oldukça elverişlidir (Aba, 2011).

Uzunal ve Uydacı'nın sağlık kurumlarında ağızdan ağza pazarlama konulu araştırmada (2010); ağızdan ağza pazarlamayı yapan kişiyle alıcı arasındaki yakınlık düzeyi arttıkça etkilenme düzeyinin arttığı, hastaların sağlık hizmeti almadan önce karar verirken en çok arkadaşlarından etkilendiği gözlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde reklam ve hastaların reklama bakış açısı konulu yapılan bir başka çalışmada, hastaların sağlık hizmetleri konusunda kullandıkları en önemli bilgi kaynakları arasında arkadaş, akraba tavsiyeleri (%28,3) yer aldığı tespit edilmiştir (Usta ve Tengilimoğlu, 2000).

Alkibay ve Kılıçlar'ın doğal beslenme destekleri konulu çalışmasında, doğal beslenme desteği kavramının duyulduğu iletişim kaynakları arasında gazete, dergi, TV (%30) ilk sırada yer alırken, aile ve arkadaş tavsiyeleri ikinci (%26, 4) ve üçüncü (%22,3) sırayı almıştır (Alkibay ve Kılıçlar, 2002).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin çok büyük bir çoğunluğunun kamuya bağlı hastaneler tarafından verildiği göz önüne alındığında, halkla ilişkiler birimlerinin etkin bir şekilde örgütlenmesinin söz konusu hastanelerin verdiği hizmetin sağlık hizmeti alıcılarını memnun etmesi açısından büyük önem taşıdığı açıktır. Bu doğrultuda kamu hastanelerinde çok geniş bir hedef kitleye hitap etmesi açısından hasta memnuniyetinin sağlanmasında halkla ilişkiler birimlerinin yapısı, işlevleri ve etkinliği oldukça önemlidir. Hastanenin hedef kitlesinin birbirinden oldukça farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip gruplardan oluştuğu göz önüne alındığında karşılıklı anlayış, kabul görme ve işbirliği sağlamanın diğer işletmelere nazaran çok daha zor olduğunu ve sistemli halkla ilişkiler çabalarına olan ihtiyacın daha fazla hissedildiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu bağlamda hastaneler öncelikle gerek iç gerekse de dış hedef kitleyi en iyi şekilde tanımalı ve bu doğrultuda tanıtıma yönelmelidir (Yurdakul ve diğ., 2007).

Hastanelerin halkla ilişkiler faaliyetlerinin odak noktasını, kamuyu tanımak ve kamuya kurumu tanıtarak olumlu bir kurum imajı yaratmaktır (Alkibay, 1998). Bu bağlamda pozitif imaj oluşturmak için hastanelerin kullandığı bazı yöntemler ise; toplum sağlık fuarlarının sponsorluğu, 24 saat boyunca hastaların ve ziyaretçilerin şikâyetlerini ve önerilerini ulaştırabilecekleri hastane içi direkt telefon ağı, hastanın moral yönden yükseltilmesi için, hastaların küçük bir ücret ödediği ve nakit ödülleri kazandığı bir kapalı devre televizyon sisteminde bulunan eğlendirici nitelikteki oyunlardır (Ayhan ve Canöz, 2006).

Sağlık sektöründe hastalığa ilişkin olarak kamuoyunun bilgilendirilmesi, mücadele etme ve korunma yollarının anlatılması, hasta memnuniyetinin sağlanması hasta haklarına ilişkin bilgi sahibi olunması halkla ilişkiler faaliyetleri arasındadır (Somunoğlu ve diğ., 2013).

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

Diğer sektörlere göre istihdam ve büyüme payı yüksek olan, hizmet sektörü ülke ekonomilerinde büyük bir öneme sahiptir. Ülkelerin kalkınmalarına katkı sağlayan hizmet sektörünün gelişmiş ülkelerin ihracatındaki payı her geçen gün artmaktadır.

Dünya ekonomisindeki etkisi bu denli fazla olan hizmet sektörünün önemli bileşenlerinden birisi sağlık sektörüdür. Sağlık sektörü, son yıllarda gelişme kaydederek hizmet endüstrisi içindeki payını artırmıştır. Küresel trende bağlı olarak, sağlık sektörü Türkiye’de de son on yılda kayda değer bir ivme ile büyümüştür.

Yapısı itibari ile küresel ekonomik gelişmelerden doğrudan etkilenen sağlık sektöründe (Avrupa ülkeleri dışında) kişi başı yapılan sağlık harcamaları, artış gösterirken, sağlık harcamalarının ülkelerin GSYH içindeki payının ülkelere göre değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir.

Bir ülkedeki sağlık sistemi, o ülkedeki politika ve stratejik planlamalara paralel olacak biçimde düzenlenmektedir. Gelişmiş bir sağlık sistemi oluşturmanın ön koşulunun, sağlık hizmetine erişilebilirlik oranının artması, ülke yöneticileri tarafından sağlık sektörüne ilişkin destekleyici politikaların izlenmesi ve ekonomik gelişmelere bağlı olan satın alma gücünü artması olduğu görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin tüm bireylere eşit olarak sunulması, sağlık sektörü pazarında arz talep dengesinin sağlanması ile mümkün olabilecektir. Arz talep dengesinin sağlanması, sağlık politikalarının ve stratejik planlamaların doğru ve verimli bir şekilde yapılmasını sonucunu doğuracak, bu sayede sağlık sektörünün ülke ekonomisindeki malî yükü azaltılması mümkün olabilecektir.

Günümüzdeki teknolojik gelişmeler ve bu gelişmeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin sunumunda, kalite anlayışı ön plana çıkmış ve sağlık hizmetlerine olan erişilebilirliğin artmasıyla, sağlık hizmetlerine olan talep de ivme kazanmıştır.

Tüm bu sebeplerden dolayı, sağlık sektöründe (gerek kamu, gerek özel sektör olmak üzere) rekabet oranı artmıştır. Sağlık sektörünün ve sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı, sağlık sektöründe birden fazla paydaşın olması, kaliteyi sisteme entegre etmede sıkıntı yaratmaktadır. Bunun için sağlık sisteminin iyi anlaşılması ve sektöre yönelik kalite ölçüm standartlarının net olarak belirlenmesi gerekmektedir.

Sektördeki rekabet ortamı, sağlık hizmetleri pazarlanmasında sağlık işletmelerini yeni arayışlara itmiştir. Ancak sektörde kalıcı bir yer edinmek ve bu pazardan kar elde edebilmek, sağlık hizmetleri pazarlamasının kaliteli ve eşit bir şekilde sunulmasıyla gerçekleşecektir. Bu araştırmada, sektörün hizmet sunumunda kalite anlayışı ve modern pazarlama anlayışlarının sağlık sektöründeki uygulanabilirliği ve bu pazarlama anlayışlarının uygulandıktan sonra sağlık pazarlamasına sağladığı katkıların neler olacağına yer verilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama olgusu, yıllarca yanlış algılanmış ve literatürde birçok araştırmacı tarafından eleştirilmiştir. Ancak sektörün ekonomideki diğer endüstrilerden farklı olan karmaşık yapısına ve farklı ülkelerde değişik yapılar göstermesine rağmen sağlıkta pazarlama anlayışı kabul görmüştür. Çünkü sağlık alanında ilerleme kaydetmek ve müşterilerin gereksinim duyduğu talep karşısında etkili cevap verebilmek, müşteri memnuniyeti sağlayarak işletmelere müşteri bağlılığı yaratmak için sağlıkta pazarlamaya yer verilmelidir. Devlet politikaları ve denetimlerle birlikte, ister kamu ister özel kuruluşlarda olsun, özde bu anlayış ve amaç doğrultusunda pazarlama ile sağlıkta fayda sağlanacaktır.

Bu araştırmada yapılan literatür taraması sonucunda, ilişki pazarlaması ile sağlıkta, hastayla hastane arasındaki iletişim ve etkileşimin uzun vadede olduğu, bu pazarlama yöntemiyle var olan müşteriyi elde tutarak işletmelerin kar oranını arttırdığı saptanmıştır.

Sağlık işletmelerinin var olan müşterileri elde tutmaları için, hasta sadakatini sağlayarak finansal bağlar oluşturması, hastaların sosyal bir varlık olduğu gerçeği göz önünde bulundurularak sosyal bağlar oluşturması ve son olarak hasta problemlerine çözüm üretebilen yapısal bağların oluşturulması gerekmektedir.

Sağlık sektöründe müşteri ilişkileri yöntemiyle hastalara ait veri tabanları oluşturulup, bu veri tabanları ile pazarlama kampanyalarında kullanılmak üzere fayda sağlanabilir. Ayrıca bu veri tabanları ile hastaları her türlü sağlık konusunda bilgilendirmek, onlara ulaşmak hastaların memnuniyetini ve sadakatini artıracak,

hastaların işlerini kolaylaştıracaktır. Bu doğrultuda yapılan incelemelerde CRM ile müşterilerin işletmeye olan bağlılıklarının ve işletmelerin kar oranlarının arttığı saptanmıştır.

Hastaların bilgi ihtiyaçlarının karşılanmasında, kampanyalarla ilgili tanıtım yapılmasında sağlık sektöründe gerilla pazarlama anlayışı kullanılmaktadır. Ancak sağlıkta çeşitli alanlarda yapılan reklam yasakları bu pazarlamanın kullanım alanlarını daraltmaktadır. Yapılan bu araştırmada özellikle özel kurumlarda reklam yapmak ile ilgili kısıtlamalar ve sınırlılıklar olduğu, ancak kamu da böyle bir yasaklamanın olmadığı saptanmıştır.

Gerilla pazarlamanın bir başka yöntemi olan ağızdan ağza pazarlama yönteminin ucuz olması, kar amacı gütmeyen sağlık kurumları için bir tutundurma yöntemi olarak kullanılabilir. Ağızdan ağza pazarlama ile hastaların memnun kaldıkları sağlık işletmesini tanıdıklarına tavsiye etmesi ve böylelikle işletmelerin yeni müşteriler elde etmesi yapılan literatür taramasında elde edilen bulgular arasındadır. Bu pazarlama yöntemi, sağlık kurumları için hem etkili hem de ucuz bir pazarlama şeklidir.

Gerilla pazarlamanın içinde yer alan halkla ilişkiler, birimlerinin kamu alanında çok geniş bir kitleye hitap etmesi, hasta memnuniyetinin sağlanmasındaki işlevi ve kurum imajı yaratmadaki rolü açısından sağlık hizmeti pazarlamasında önemli bir yere sahiptir. Bu araştırmada da halkla ilişkilerin pazarlamadaki uygulama alanlarına yer verilmiştir. Bu bağlamda sağlık işletmelerinin, halkla ilişkiler bölümüne gereken önemi vermeleri ve hedef kitleyi tanıma ve tanıtım çalışmalarına yönelmeleri yararlarına olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama kaliteli bir anlayışla ve yani pazarlama yöntemleriyle hem sektöre hem de müşterilerin taleplerinin etkili ve verimli bir şekilde karşılanmasına katkı sağlayacaktır. Bu bakımdan; sağlık işletmeleri hizmet sektöründeki yeni pazarlama yaklaşımlarının sağlık sektöründe uygulanabilirliğini artırmalı, bu yeni pazarlama yaklaşımları hükümet politikaları ve denetimlerle desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

- Aba, G. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağza Pazarlama: Bir Alan Araştırması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6/16, 45-60.
- Akalın, E.H. (2001). Yoğun Bakım Ünitelerinde Kalite İyileştirme. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1/2, 69-74. http://yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2001-02/html/2001-1-2-069-074.
- Akdoğan, C. (2011). Hizmet Pazarlamasında Kalite Anlayışı: Servqual ve Serperf Kalite Modellerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Uygulama. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Akdur, R. (2000). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. (3.Baskı). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akkılıç, M.E. (2002). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanamsı ve Elazığ’daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12/1, 203- 218.
- Aktepe, C., Baş, M., Tolon, M. (2009). *Müşteri İlişkileri Yönetimi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Alkibay, S. (1998). Hastanelerde Halkla İlişkiler Anlayışı ve Uygulamaları. *Amme İdaresi Dergisi*, 31/1, 153-163.
- Alkibay, S. ve Kılıçlar, A. (2002). Doğal Beslenme Desteklerine İç Pazarın Oluşturulması Üzerine Bir Araştırma, *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2, 79-102.
- Aksay, K., Orhan, F. (2013). Hastanelerde İnovasyon Sürecinin Risk Yönetimi Bağlamında Değerlendirilmesi: Bir Model Önerisi. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2/3, 10-23.

- Aksay, K., Orhan, F., Kurutkan, M.N. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak FMEA: Laboratuvar Sürecine Yönelik Bir Uygulama. *Sağlık Performans ve Kalite Dergisi*, 4, 121-142.
- Altınok, M. (2005). Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri Çerçevesinde İşletmelerde Eğitim İhtiyacı Tespiti ve Uygulamalı Bir Örnek. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Ankara Strateji Enstitüsü (2011), *Dünya'yı Bekleyen Krizlerden Biri de Sağlık Sektörü'nde Mi?*. Erişim Tarihi: 22 Nisan 2014, http://www.ankarastrateji.org/_files/25112011161600-3YM8D.pdf.
- Argan, M. (2013). *Perakendecilikte Müşteri İlişkileri Yönetimi (Ünite 1)*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Obset Tesisleri.
- Armutlu, E.C. (2006). İlişkisel Pazarlamanın Teorik Temelleri: Etkileşim ve Şebeke Yaklaşımları. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2, 1-16.
- Arslan, M. (2014). Müşteri İlişkileri Yönetimi. Erişim Tarihi: 6 Mayıs 2014, http://birecik.harran.edu.tr/ders_notlari/musteri_iliskileri_yonetimi.pdf.
- Aslan, S. (1996). Kâr Amacı Gütmeyen Sağlık Hizmetleri Kuruluşlarında Pazarlama: Erciyes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Bir Uygulama. Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Erciyes Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- Aslan, S., Özçelik, H. (2009). İç Denetim ve Toplam Kalite Yönetim İlişkisi. *ZKÜ Sosyal Bilimler Fakültesi*, 5/10, 109-119.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr.Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. II.Ulusal/ Uluslararası Hemşirelik Kongresi Poster Bildirisi, İstanbul.
- Atilla, E.A. (2010). Hastanelerde Pazar Odaklılığın İşletme Performansına Etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ay, C., Ünal, A. (2002). Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeler İçin Yeni bir Pazarlama Anlayışı: Gerilla Pazarlaması. *Yönetim ve Ekonomi*, 9/1-2, 75-85.

- Aydın, S. (2008). *Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri*. Erişim Tarihi: 26 Şubat 2014, www.saglik.gov.tr/content/files.
- Ayhan, B., Canöz, K. (2006). Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri. II.Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu, 21-28 Nisan 2006, Kocaeli.
- Aykaç, B., Özer, M.A. (2006). Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Kuruluşlarında Uygulanması: Sorunlar ve Yeni Arayışlar. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, 8/3, 171-202.
- Bakır, Y. (2006). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri ve Müşteri Memnuniyeti (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Mustafa Kemal Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hatay.
- Bakırtaş, H. (2013). *Müşteri İlişkileri Yönetimi (1.Ünite)*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Obset Tesisleri.
- Barutçu, S. (2007). GSM Sektöründe Müşteri Bağlılığı. Afyon Kocatepe Üniversitesi, *İİBF Dergisi*, 9/1, 349-372.
- Başar, M.S., Aslay, F. (2011). Veri Tabanı Pazarlama: Çok Katlı Tekstil Mağazaları İçin Geliştirilen Örnek Bir Pazarlama Veri Tabanı. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 6/3, 333-345.
- Berry, L.L., (2000). Realitionship Marketing Of Services: Growing Interest And Emergening Perspectives. *Handbook Of Reationship of Marketing*, Vol:1, ss.150.
- Bhuiyan, S.N., Abdulgader, A. (1997). Market Orientaiton in the Hospital Industry. *Makerting Health Services*, 17/4.
- Biçer, G. (2010). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Sadakati ve Tatmini: Bir Alan Uygulaması. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bişkin, F. (2011). Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi: Kamu ve Özel Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi Araştırması. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

- Blythe, J. (2002). *Pazarlama İlkeleri (Çeviri: Yavuz Odabaşı)*. İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi.
- Büber, R., Başer, H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4/1, 265-274.
- Cantürk, Ö. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastaneleri Uygulama Örneği. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Celep, E. (2011). İşletmelerde Müşteri İlişkileri Uygulamalarının Tüketicilerin Satın Alma Davranışlarına Etkileri: Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama. *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 22, 467-485.
- Christopher, M., Payne, A., Ballantyne, D. (1991). *Relationship Marketing. Bringing Quality, Customer Service and Marketing Together*, Butterworth-Heinemann Ltd., Oxford.
- Cooper, P.D. (1994). *Health Care Marketing, An Aspen Publication* Gaithersburg, Maryland.
- Corbin, C.L., Kelley, S.W., ve Schwartz R.W. (2001). Concepts in Service Marketing for Healthcare Professionals. *The American Journal of Surgery*, 181, 1-7.
- Culyer, A.J. (1987). The Future of Health Economics in Teeling Smith, G. (ed). *Health Economics: Prospects for the Future*. London: Croom Helm.
- Cuthbertson, R., Laine, A. (2004). The Role of CRM within Retail Loyalty Marketing. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 12 /3, 290-304.
- Czinkota, M.R., Kotabe, M., Mercer, D. (1997). *Marketing Management;Text and Cases*, Blackwell Business.
- Çabuk, N.S. (2013). *Kalite Yönetim Sistemleri- Kalite Kavramı* (1.Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Obset Tesisleri.
- Çabuk, Y. (2005). Kalite Maliyetleri ve Kalite Maliyetlerini Ölçmede Kullanılan Yöntemler. *ZKÜ Bartın Orman Fakültesi*, 7/7, 1-8.

- Çeltek, E., Bozdoğan, M. (2012). Alternatif Pazarlama İletişimi Aracı Olarak Gerilla Pazarlama: Uygulanmış Gerilla Pazarlama Reklam Örneklerinin İncelenmesi ve Turizm Sektörü İçin Model Önerileri. *Journal of Yaşar University*, 28/7, 4788 – 4812.
- Çiçek, E. (2005). Müşteri İlişkileri Yönetimi Uygulama Sürecinde Başarıyı Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2/5, 59-72.
- Çiçeklioğlu, M. (2011). Türkiye’de Sağlık Reformları: Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı, 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara. Erişim Tarihi: 25 Nisan 2014, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf>.
- Dahan, G.S., Levi, E. (2012). Reklam ajanslarının Gerilla Pazarlama Uygulamaları: Türkiye Örnekleme Üzerinden Bir İnceleme. *İstanbul Üniversitesi Dergileri*, 42, 37-48.
- Dalak, G. (2000). Denetim ve Kalite Denetimi. *Muğla Üniversitesi SBE*, 1/1, 65-79.
- Demir, F.O., Kırdar, Y. (2010). Müşteri İlişkileri Yönetimi: CRM. *Review of Social, Economic & Business Studies*, Vol.7/8, 293-308.
- Devebakan, N., Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 5/1, 38-54.
- Duncan, T., Moriarty, S.E. (1998). A Communication-Based Marketing Model for Managing Relationships. *Journal of Marketing*, Vol. 56 No. 2, pp. 1-13.
- Duran, M. (2002). Yükselen Değer: Veri Tabanlı Pazarlama. Erişim Tarihi: 26 Nisan 2014, <http://www.danismend.com/konular/pazarlamayon/CRMHAKKINDA.htm>.
- Durukan, B., İkiz, K.A. (2007). Denetim Kalitesi, Kalite ve Hizmet Kalitesine İlişkin Modeller: Kavramsal Çerçeve. *Mali Çözüm İSMMMÖ Yayın Organı, Hakemli Yazılar*, 82, 29-56.
- Emhan, A. (2009). Risk Yönetim Süreci ve Risk Yönetmekte Kullanılan Teknikler. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23/3, 209-220.

- Erdem, Ş. (2007). Sağlık Hizmeti Pazarlaması: Hastalara Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Üniversitesi, Edirne.
- Erer, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluğun Paylaşılması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 36/1, 33-38.
- Erkaya, E. (2007). Özel Hastanelerde Pazarlama ve Müşteri İlişkileri Yönetimi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Eroğlu, E. (2003). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Yapısal Eşitlik Modeli İle Analizi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erol, H., Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik*, 4/1, 9-34.
- Ferrell, O.C., Hartline, A., Micheal, D. (2008). *Marketing Strategy*, 4, 98-99.
- Filiz, Y. (2010). Ekonomik Büyüme Ve Sağlık Harcamaları İlişkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Flexner, W.A., Berkowitz, E.N. (1979). Marketing Research in Helath Services Planning: A Model. *Public Health Reports*, Volume. 94, No.6.
- Girgin, G.K. (2013). Kalite Yönetim Sistemleri ve Tüketicinin Korunması Duyarlılığı: İstanbul’daki 5 Yıldızlı Otel İşletmelerindeki Bir Uygulama. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Balıkesir Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Gordon, I.H. (1998). *Relationship Marketing; New Strategies, Techniques and Technologies to Win The Customers You Want and Keep Them Forever*. John Wiley& Sons Canada.
- Gray, P., Byun, J. (2001). *Customer Relationship Management*. March, 2001.
- Gröngroos, C. (1990). *Service Management and Marketing*. Massachusetts: Lexington Boks.

- Grönroos, C. (1994). From Marketing Mix to Relationship Marketing: Towards A Paradigm Shift in Marketing. *Management Decision*, 32/2, 4-20.
- Grönroos, C. (1996). Relationship Marketing Logic. *Asia-Australia Marketing Journal*, 4/1, 7-18.
- Gummesson, E. (2002). Relationship Marketing in the New Economy. *Journal of Relationship Marketing*, Vol.1, No. 1, pp. 37-57.
- Gülmez, M., Kitapçı, O. (2003). İlişki Pazarlamanın Gelişimi ve Yakın Geleceği. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4/2, 81-89.
- Gündebahar, M., Khalilov, M.C.K. (2013). Teknolojik Pazarlama Üzerine Bir Araştırma. Erişim Tarihi: 30 Nisan 2014, <http://ab.org.tr/ab13/bildiri/152.pdf>.
- Güreş, N. (2000). Banka Hizmetlerinde İlişki Pazarlaması. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Çukurova Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Harcar, T. (1991). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. *Pazarlama Dünyası*, 5/25.
- Haşiloğlu, B.S., Sezgin, M., Bardakçı, A. (2008). Hizmet Sektöründe Veri Tabanlı Pazarlama Araştırmalarının Değerlendirilmesi. *KMU İİBF Dergisi*, 10/14.
- Hayta, H. (2008). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Ve Hasta Memnuniyetinin İstatistikî Göstergelerle Karşılaştırılması (Denizli İl Merkezi Örneği). (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Muğla Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.
- İnal, M.E., (1996). İlişki Pazarlaması. *Pazarlama Dünyası Dergisi*, İstanbul.
- İnal, M.E., Demirer, Ö. (2001). İlişki Pazarlamasına Genel Bir Bakış. *Pazarlama Dünyası*, 15/6, 26-30.
- İnan, H. (2012). Yeni bir Pazarlama Aracı Olarak İnternet ve Firmalar Arası Pazarlamada İnternet Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Sınıflandırılması. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9/9, 123-135.

- İncesu, E., Yorulmaz, M. (2011). Sağlık hizmetlerinde Kalite Kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi. 5.Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Poster Bildirisi, Okan Üniversitesi, İstanbul.
- İncesu, E., Yüzüak, Z., Güneş, M. (2013). Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Kurumsal Risk Yönetimi: Türkiye’de Hastaneler İçin Kurumsal Risk Yönetim Modeli Önerisi. 4. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildirisi, Ankara.
- Kalkay, M.N. (1981). *Çağdaş Hekimliğin Sorunları*. İstanbul: Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi.
- Kalkınma Bakanlığı, (2011). Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2012. Erişim Tarihi: 21 Nisan 2014, http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/Genel_Ekonomik_Hedefler_ve_Yatirimlar2012.pdf.
- Karabacak, E.G. (2003). Pazarlama Miyopisine İlişkin Kavramsal Açıklamalar ve Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları Örneği. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17/1-2, 337-352.
- Karaca, Ş. (2010). Hizmet Sektöründe İlişki Pazarlaması. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 441-455.
- Karaçor, S., Arkan, A. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Önemi Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk İletişim*, 8/2, 90-118.
- Karafakioğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. İstanbul: İşletme Fakültesi, Yayın No: 271.
- Karahan, K. (2000). *Hizmet Pazarlaması*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. (2.Baskı). Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kaya, S. (2013). *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi* (1. Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Obset Tesisleri.
- Kennett, P.A., Henson, S.W., Crow, S.M., Hartman, S.J. (2005). Key Tasks in Healthcare Marketing: Assessing Importance and Current Level of Knowledge. *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol:27, No:3/4, Winter 2004/Spring 2005.

- Kılınç, S. (2008). Kalite Fonksiyon Yayılımı. Erişim Tarihi: 11 Mart 2014, http://www.ufukcebeci.com/portals/57ad7180-c5e7-49f5-b282-c6475cdb7ee7/qfd_kym08.pdf.
- Kırım, A. (2001). *Strateji ve Bire-Bir Pazarlama CRM*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Kobi E-dönüşüm Projesi (2009), CRM – (Customer Relationship Management) Müşteri İlişkileri Yönetimi. Erişim Tarihi: 27 Mart 2013, <http://www.ito.org.tr/Dokuman/eTicaret/04.02.03.02.57.pdf>.
- Kotler, P. (2000). *Kotler ve Pazarlama: Pazar Yaratmak, Pazar Kazanmak ve Pazara Egemen Olmak*, İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Kuzhan, H. (2009). Bir Sağlık Kuruluşunda Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Külter B., Demirgüneş, G. (2006). Değer Temelli Pazarlama. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20/2, 327- 342.
- Levinson, J.C., Rubin, C. (1996). *Guerrilla Marketing Online Weapons*. USA: Houghton Mifflin Company.
- Levinson, J.C. (1998). *Guerilla Marketing*. Third Edition. Boston: Houghton Mitflin Company.
- Levinson, J.C., Hanley, P.R.J. (2007). *Gerilla Pazarlama Devrimi*. Yasemin Fletcher (Translated by). İstanbul: MediaCat Kitapları.
- Lohr, K.N. (1990). Medicare. A Strategy for Quality Assurance. The Institute of Medicine, Washington DC: National Academy Press.
- Lovelock, C., Wright, L. (2002). *Principles of Service Marketing and Management*. (Second Education). Prentice Hall Upper Saddle River. New Jersey, 07458.
- Maliye Bakanlığı (2008), Kurumsal Risk Yönetimi. Erişim Tarihi: 20 Nisan 2014, www.sgb.gov.tr/MaliyeUzmYrdArasRaporlari/Maliye%20Uzmanligi%20Araştırma%20Raporlari%20C4%B1/Kurumsal%20Risk%20Y%C3%B6netimi%20I%C5%9F%20C4%B1da%20ARSLAN.pdf.
- Mattsson, J. (1994). Using Service Process Models to Improve Service Quality Examples from New Zealand. *Managing Service Quality*, 4/1, s. 47-52.

- Mirza, M. (2011). Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi İle Ölçülmesi: Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Bir Alan Araştırması. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dumlupınar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Moller, K., Halinen, A. (2000). Relationship Marketing Theory: Its Roots and Direction. *Journal of Marketing Management*, 16, 29-54.
- Morgan, R.M., Hunt, S.D. (1994). The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58/3, 20-38.
- Müsiad (2011), Müsiad Araştırma Raporları: 73, Türkiye'nin 2023 Yılı Hizmet İhracat Vizyonu. İstanbul: Mavi Ofset Matbaası.
- Müsiad (2013), Müsiad Araştırma Raporları: 83, 2013 Türkiye Ekonomisi Raporu Güven Ekonomisinde Büyümenin Finansmanı. İstanbul: Mavi Ofset Matbaası.
- Nakıboğlu, M.A.B. (2008). Hizmet İşletmelerindeki İlişkisel Pazarlama Uygulamalarının Müşteri Bağlılığı Üzerindeki Etkileri. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Çukurova Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Nardalı, S. (2009). Gerilla Pazarlaması ve Uygulamadaki Bazı Örnekleri. *Yönetim ve Ekonomi*, 16/2, 107-119.
- Odabaşı, Y. (1994). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Obset Tesisleri.
- Odabaşı, Y., Oyman, M. (2002). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. Erişim Tarihi: 23 Nisan 2014, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.
- Orhaner, E. (2006). *Türkiye'de Sağlık hizmeti Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası*. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi, 1, 1-22.
- Öksüz, A.S. (2010). Hizmet Kalitesinin Hata Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Özdemir, T. (2000). İstatistiksel Kalite Kontrol. A.Ü.F.F İşletme Yayınları, 62, <http://kitaplar.ankara.edu.tr/read.php?book=dosyalar/goruntu/674/>
- Özgülbaş, N., Malhan, S. (2000). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama. *Modern Hastane Yönetimi*, 4/2.
- Özgülbaş, N. (2008). Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti ve Ulaştırma Sektörü Üzerinde Bir Uygulama. *Ege Akademik Bakış*, 8/2, 651-682.
- Öztürk, H. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Markanın Önemi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Öztürk, S.A. (1998). *Hizmet Pazarlaması*. Anadolu Üniversitesi, Eskişehir: İşletme Fakültesi Yayınları.
- Öztürk, S.A. (2003). *Hizmet Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Pala, K. (2007). *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?*. Erişim Tarihi: 27 Şubat 2014, http://www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf.
- Payne, A., Frow, P. (2005). A Strategic Framework for Customer Relationship Management. *Journal of Marketing*, 69, s. 167-176.
- Prado, P.H.M., Santos, R.C. (2006). Relationship Quality and Relationship Satisfaction: An Application at Retail Banks in Brazil. *European Advances in Customer Research*, Vol.7, 368-376.
- Ravald, A., Grönroos, C., (1996). The Value Concept And Relationship Marketing. *European Journal of Marketing*, 30/2, 19-30.
- Sağlık Bakanlığı (1961), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun. Erişim Tarihi: 20 Nisan 2014, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/eski2yeni.html>.
- Sağlık Bakanlığı (2007), *Türkiye’de Sağlığa Bakış*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Matbaası.
- Sağlık Bakanlığı (2013), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, yayın no.917. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık.

- Sağlık Bakanlığı (2014), Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu 2014. Erişim Tarihi: 25 Nisan 2014, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf>.
- Sağnak, P. (2010). Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi Ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; Gata Hastanesi’nde Bir Araştırma. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Sargutan, E.A. (2005). *Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemler Yapısı*. Hacettepe Sağlık İdaresi, 8/3, 400-428.
- Sayım, F., Sarısoy, S. (2010). *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı (Cilt 2): Kamu Sağlık Kurum Bütçelerinde Kalite Uygulamaları İle Mevzuat Açısından Tanıtım ve Reklâm Harcamaları (s.156-170)*. Ankara: Baydan Ofset.
- Seyran, C.D. (2004). *Hizmet Kalitesi, Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açısı*. Ankara: Kalder Yayınları.
- Shaw, R., ve Reed, D. (1999). *Measuring and Valuing Customer Relationships: How To Develop The Measures That Drive Profitable CRM Strategies-Business Intelligence*. Business Intelligence Ltd, London.
- Sheth, J.N., Parvatiyar, A. (1995). The Evolution of Relationship Marketing. *International Business Review*, Vol.4, No.4, ss.397-418.
- Somunoğlu, S., Erdoğan, M.C., Özer, P. (2013). Sağlık Sektöründe Halkla İlişkiler Ve İletişim Uygulamalarına Genel Bir Bakış. *Sağlık hizmetleri ve Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 4/1, 1-7.
- Songur, A. (2009). Hizmet İşletmelerinde Pazar Yönlülük ve Türk Bankacılık Sektörü İşletme Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Isparta İl Merkezinde Bir Uygulama. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Şahin, B. (2013). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması- Sağlık hizmetlerinde Pazarlamanın Önemi ve Geçmişi (Ünite 1)*. (1.Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Obset Tesisleri.
- Şendur, F. (2009). İlişkisel Pazarlama Çerçevesinde Müşteri Değeri Yaratmanın Önemi: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.

- Tanyeri, M., Barutçu, S. (2005). Hizmet Sektöründe Müşteri Bağlılığının Önemi ve Müşteri Bağlılığının Sağlanmasında İlişki Pazarlamasının Rolü. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 9, 183-202.
- Taşçı, D. (2013). *Kalite Yönetim Sistemleri- Kalite Kavramı (Ünite 1)*. (1.Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Obset Tesisleri.
- Tek, Ö.B. (1999). *Pazarlama İlkeleri* (8.Baskı). İstanbul: Beta Yayınları.
- Tengilimoğlu, D., Akdoğan, M. (1997). 2000’li Yıllarda Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 1 (3), 22-26.
- Tengilimoğlu, D. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 55/1, 187-202.
- Tengilimoğlu, D. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Reklam Serbest Olmalı mı?. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İktisadi Enstitüsü Dergisi*, 11/36.
- Tengilimoğlu, D. (2012). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması* (2.Baskı). Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Thomas, R.K. (2007). *Health Services Marketing: A Practitioner’s Guide*. Springer, USA.
- Toprak, M., Çatalbaş N. (2013). *Türkiye Ekonomisi* (1.Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, 8.Ünite, 195-217.
- Toraman, A. (2010). Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Maliyet Hesaplaması: SDÜ Araştırma Uygulama Hastanesi Uygulaması. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Tunç, İ. (2014). Kurumsal Risk Yönetim Sisteminin stratejik Planlamanın Başarısı Üzerindeki Etkisi. Mali Hizmetler Uzmanlığı Araştırma Raporu. Yalova Üniversitesi Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Yalova.
- Tuik (2013), Temel İstatistikler: Sağlık Kurumu Sayısı ve Tolam Yatak Sayısı. Erişim Tarihi: 17 Nisan 2014, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>.

- Türker, A., Özaltın, G. (2010). Konaklama İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi: İzmir İli Örneği. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25, 81-104.
- Tvb (2007), Küreselleşme Sürecinde Dünya ve Türkiye Ekonomisinde Sektörel Yapıdaki Dönüşüm Üzerine Bir İnceleme. Ankara: Türkiye Vakıflar Bankası T.A.O Hazine Başkanlığı (Ekonomik Araştırmalar Müdürlüğü).
- Uğuroğlu, Ö., Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi, Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi*, 8/1, 3-29.
- Unctad (2012), Developing Economies Continue to Gain Global Export Share of Goods and Services in 2012. Erişim Tarihi: 22 Nisan 2014, <http://unctad.org/en/pages/Statistics.aspx>.
- Urhan, B., Etiler, N. (2011). *Sağlık Sektöründe Kadın Emeginin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi*. Çalışma ve Toplum, 2, 191-216.
- Usta, H. ve Tengilimoğlu, D. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Reklam ve Hastaların Reklama Bakış Açısı: Bir Alan Uygulaması, *I. Sağlık İdaresi Kongresi*, 20-21 Mayıs, Ankara.
- Uysal, S. (2011). Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeler İçin Yeni bir Pazarlama Anlayışı: Gerilla Pazarlaması. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Uzunal, B., Uydacı, M. (2010). Sağlık Kurumlarında Ağızdan Ağza Pazarlama ve Bir Pilot Çalışma. *Tübitak Ulakbim Dergi Park*, 9/34, 87-95.
- Üner, M. (1994). Hizmet Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?. *Pazarlama Dünyası*, 8/43.
- Üner, T. (2010). Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi (MİY) ve E-MİY Analizlerinin Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12/3, 87-104.
- Velioğlu, M. (2000). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Pazarlama Planının Yeri ve Önemi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1, 200-217.
- Wang, C. L. (2005). Relationship Marketing. *Industrial Marketing Management*, 37/7, 6-18.

- Yased (2012), Türkiye Sağlık Sektörü Raporu. Erişim Tarihi: 11/08/2013, http://www.yased.org.tr/webportal/Turkish/haberler/basin_bultenleri/Documents/YASED_Saglik_Sektoru_Raporu.pdf.
- Yaylalı, M., Kaynak, S., Karaca, Z. (2012). Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 12/4, 563-573.
- Yentürk, N. (2008). *Türkiye Ekonomisi* (1.Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. Ünite 6, 145-185.
- Yeşilbaş, B. (2010). İlişkisel Pazarlamanın Hastane Yönetimine Etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldırım, H.H. (2013). *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu* (1.Baskı). Ankara: Mattek Matbaacılık.
- Yılmaz, M. (2003). Kalite Yönetim Sistemlerinin Evrimi ve Toplam Kalite Yönetiminin Banknot Matbaası Genel Müdürlüğünde Uygulanabilirliği. (Yayımlanmamış Yeterlilik Tezi). Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Piyasalar Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Yurdakul, M. (2002). Yeni bir Pazarlama Stratejisi Olarak Müşteri İlişkileri Yönetimi (CRM)'nin Sektörel Bazda Uygulanabilirliği. Erişim Tarihi: 5 Nisan 2014, <http://www.arastirmax.com/en/system/files/dergiler/249/makaleler/7/arastirmax-yeni-bir-pazarlama-stratejisi-olarak-musteri-iliskileri-yonetimi-crmnin-sektorel-bazda-uygulanabilirligi.pdf>.
- Yurdakul, B.N., Coşkun, G., Öksüz, B. (2007). Hastanelerde Halkla İlişkiler: İzmir İli Özel Hastaneler Örneğinde Halkla İlişkiler Birimlerinin Yapı-İşlev Ve Uygulamaların Yönelik Bir Araştırma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2/1, 31-46.
- Yüksel, B. (1998). *Hizmet Pazarlaması*. Eskişehir:Anadolu Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yayınları.
- Zengin, E., Erdal, A. (2000). Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Qafqaz Üniversitesi/Sosyal Bilimler Üniversitesi*, Vol.3/1, 43-56.
- Zerenler, M., Ögüt, A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 18.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Sevda YAŞAYACAK
Uyruğu : T.C.
Doğum Yeri ve Tarihi : Ankara / 01.01.1987
Medeni Hali : Bekâr
Adres : Yeşiltepe Mahallesi. 1996.Sokak Esim Yaz Apartmanı No:
16/5 Keçiören/ANKARA
E-Posta Adresi : sevdasyck-87@hotmail.com
İletişim (Telefon) : 0530 834 29 72

EĞİTİM

Lise : Kalaba Yabancı Dil Ağırlıklı Lise (Diploma Notu: 4,68 /
2000-2005)
Lisans : Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksek Okulu
(Diploma Notu : 3,30 / Derece: 3.lük / 2006-2010)
Yüksek Lisans : Türk Hava Kurumu Üniversitesi (2012-2014)

MESLEKİ DENEYİM

1. Medicana International Ankara Hastanesi Genel Yoğun Bakım Servisi
Hemşireliği (16.02.2011-30.06.2011)
2. Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği
(15.09.2012-.....)

YABANCI DİL

İngilizce, orta seviye.