

T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
ÜRETİM YÖNETİMİ VE PAZARLAMA BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA  
DIŞ KAYNAK KULLANIMI  
VE  
SAĞLIK İŞLETMELERİNDE  
DIŞ KAYNAK KULLANIMINA YÖNELİK BİR  
UYGULAMA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Hazırlayan

**Ayşe KARACA**

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Süleyman BARUTÇU

Denizli, 2006

**T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
ÜRETİM YÖNETİMİ VE PAZARLAMA BİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA  
DIŞ KAYNAK KULLANIMI  
VE  
SAĞLIK İŞLETMELERİNDE  
DIŞ KAYNAK KULLANIMINA YÖNELİK BİR  
UYGULAMA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Hazırlayan

**Ayşe KARACA**

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Süleyman BARUTÇU

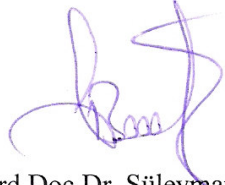
Denizli, 2006

## YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

İşletme Anabilim Dalı, Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı öğrencisi Ayşe Karaca tarafından Yrd.Doç.Dr. Süleyman Barutçu yönetiminde hazırlanan “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dış Kaynak Kullanımı ve Sağlık İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımına Yönelik Bir Uygulama” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 19/07/2006 tarihinde yapılan tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

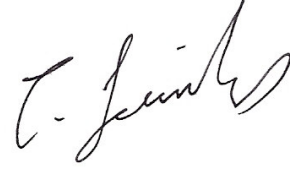
Yrd.Doç.Dr. Duygu KOÇOĞLU

Jüri Başkanı



Yrd.Doç.Dr. Süleyman BARUTÇU

Jüri Üyesi (Danışman)



Yrd.Doç.Dr. Celalettin SERİNKAN

Jüri Üyesi

Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .09/08/2006 tarih ve ....14/4... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Nazım Kadri EKİNCİ  
Müdür

## ÖZET

Küreselleşme ve teknolojiadaki hızlı gelişmelerin etkisiyle keskinleşen rekabet ortamında işletmeler, varlıklarını devam ettirebilmek veya büyüyebilmek için maliyetlerini düşürmek, kaliteyi yükseltmek, esneklik ve hız kazanmak zorundadırlar. Bu yüzden işletmeler, kaynaklarını etkin ve verimli olarak kullanabilmek amacıyla temel yeteneklerine odaklanarak, dış kaynak kullanımı uygulamalarına yönelmekte ve uzmanlaşmanın sağladığı avantajlardan yararlanmaktadırlar.

Uzmanlaşmanın oldukça yüksek olduğu sağlık sektörü, içinde yüzlerce hizmeti barındıran geniş çaplı bir hizmet sektörüdür. Hastane işletmeleri kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak, diğer hastane işletmelerine göre avantaj sağlamak, maliyetleri düşürmek, etkinlik ve karlılıklarını artırmak, kalite hedeflerine ulaşmak ve daha esnek ve dinamik bir yapıya kavuşmak amacıyla çeşitli arayışlar içerisine girmişlerdir. Bu arayış içerisinde dış kaynak kullanımı uygulaması yaygın bir şekilde kabul görmüş ve son yılların en güncel uygulaması haline almıştır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde sağlık hizmetleri; sektör, hizmet özellikleri, hizmetin pazarlanması ve hasta memnuniyeti açısından değerlendirilmiştir. İkinci bölümde dış kaynak kullanımı uygulaması ele alınmış ve bu uygulama sağlık hizmetleri pazarlaması açısından değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonunda ise dış kaynak kullanımının sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri pazarlaması açısından uygulanabilirliğini analiz etmek üzere kamu hastaneleri ve özel hastanelerin mevcut durumları incelenerek, hastane idarelerinden elde edilen bilgiler ışığında sorunlar, avantajlar ve geliştirilebilecek iyileştirmeler ortaya konulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Dış Kaynak Kullanımı (DKK), Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması

**ABSTRACT**

In the environment of competition which is sharpened by the effect of globalization and rapid changes in technology, organizations have to reduce their costs, increase their quality and gain speed and flexibility in order to survive or enlarge. So that, organizations focus on their core competencies and tend to use outsourcing in order to use their resources effectively and productively and benefit from the advantages of specialization.

Health industry, in which specialization is rather high, is a wide industry that consists of hundreds of services. Health organizations entered into a search in order to provide high quality health services, get advantage in respect of other health organizations, decrease the costs, increase the effectiveness and profitability, reach quality targets and have more dynamic and flexible structure. In such an approach, outsourcing is accepted widely and it became the most trendy application in recent years.

In the first part of this study, health services are evaluated by the sector's, the characteristics of the services', the marketing of the services' and customer satisfaction's point of view. In the second part, outsourcing is considered and this application is evaluated by the health services marketing's point of view. In the last part of the study, existing conditions of several public and private hospitals are examined in order to analyze the feasibility of outsourcing from the health services' and health services marketing's point of view and by the light of the information gathered from the hospital administrators, the difficulties, advantages and possible curement are brought up.

**Keywords:** Outsourcing, Health Services, Health Services Marketing

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	II
İÇİNDEKİLER .....	III
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VI
TABLolar DİZİNİ .....	VII
KISALTMALAR .....	VIII
ÖNSÖZ.....	IX
GİRİŞ.....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

1.1	Sağlık Sektörü .....	3
1.1.1	Sağlık sektörünün yapısı .....	5
1.1.2	Sağlık kurumlarının özellikleri .....	7
1.1.3	Sağlık sektöründe rekabet şartları .....	8
1.1.4	Sağlık sektöründe yaşanan sıkıntı ve aksaklıklar.....	11
1.2	Sağlık Hizmetleri .....	15
1.2.1	Sağlık hizmetlerinin özellikleri .....	16
1.2.1.1	Dokunulmazlık.....	18
1.2.1.2	Sahiplik .....	18
1.2.1.3	Değişkenlik (türdeş olmama) .....	18
1.2.1.4	Dayanıksızlık.....	19
1.2.1.5	Eşzamanlı üretim ve tüketim (ayrılmazlık).....	20
1.2.2	Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması.....	21
1.2.3	Sağlık hizmetlerinde kalite.....	22
1.3	Pazarlama ve Sağlık Hizmetleri Pazarlaması.....	26
1.3.1	Sağlık hizmetlerinde pazarlama çevresi.....	35
1.3.1.1	Rekabet.....	37
1.3.1.2	Demografik çevre.....	38
1.3.1.3	Ekonomik çevre .....	38
1.3.1.4	Sosyo-kültürel çevre.....	39
1.3.1.5	Hukuki ve yasal çevre .....	40
1.3.1.6	Teknolojik çevre.....	41
1.3.1.7	Coğrafi çevre.....	42
1.3.2	Sağlık hizmetleri müşterileri ve davranışları .....	43
1.3.3	Sağlık hizmetleri pazarlamasında hasta memnuniyeti .....	50
1.3.4	Sağlık hizmetleri pazarlamasında yaşanan temel sorunlar.....	54

## İKİNCİ BÖLÜM

### DIŞ KAYNAK KULLANIMI VE SAĞLIK İŞLETMELERİNİN DIŞ KAYNAK KULLANIMI SÜRECİ

2.1	Dış Kaynak Kullanımı .....	60
2.1.1	Dış kaynak kullanımının tanımı .....	60
2.1.2	Dış kaynak kullanımının gelişimi .....	64
2.1.3	Dış kaynak kullanımının sağladığı yararlar .....	69
2.1.4	Dış kaynak kullanımının sakıncaları.....	73
2.2	Sağlık Hizmetleri ve Dış Kaynak Kullanımı .....	75
2.2.1	Dış kaynak kullanımının sağlık hizmetleri pazarlaması içindeki yeri	75
2.2.2	Dış kaynak kullanımının sağlık hizmetleri pazarlamasına etkisi.....	78
2.2.3	Dış kaynak kullanımının hasta memnuniyetine etkisi .....	80
2.3	Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımının Nedenleri .....	81
2.3.1	Organizasyonel nedenler.....	82
2.3.2	Maliyet kaynaklı nedenler.....	83
2.3.3	Finansal kaynaklı nedenler.....	85
2.3.4	İnsan kaynaklarına dayalı nedenler.....	86
2.3.5	Kalite ile ilgili nedenler.....	88
2.3.6	Teknolojik nedenler .....	89
2.3.7	Pazarlama ile ilgili nedenler.....	90
2.3.8	Yasal zorunluluklara dayalı nedenler.....	92
2.4	Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımı Süreci.....	93
2.4.1	İhtiyacın belirlenmesi.....	93
2.4.2	Dış kaynak kullanımı kararının alınması .....	93
2.4.3	Stratejinin belirlenmesi .....	94
2.4.4	Satınalma dokümanlarının hazırlanması .....	95
2.4.5	Dış kaynak sağlayıcının seçimi.....	96
2.4.6	İlişkileri yönetme .....	97

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA DIŞ KAYNAK KULLANIMINA YÖNELİK BİR UYGULAMA

3.1	Uygulamanın Amacı .....	100
3.2	Uygulamanın Kapsamı ve Sınırlılıkları .....	101
3.3	Uygulamada İzlenen Yöntem.....	101
3.4	Görüşme Bulguları ve Değerlendirme.....	103

3.4.1	Hastaneler ile ilgili genel bilgiler .....	104
3.4.2	Sağlık işletmelerinde dış kaynak kullanımı alanları .....	105
3.4.3	Sağlık işletmelerinde dış kaynak kullanımı nedenleri .....	114
3.4.4	Sağlık hizmetleri pazarlamasında dış kaynak kullanımının yeri ve önemi.....	116
3.4.5	Sağlık işletmelerinde dış kaynak kullanımı sırasında karşılaşılan sorunlar.....	120
DEĞERLENDİRME VE SONUÇ.....		126
KAYNAKÇA.....		133
EK.....		141
ÖZGEÇMİŞ.....		143



**ŞEKİLLER DİZİNİ**

Şekil 1.1 : Sağlık Sektörünü Oluşturan Unsurlar.....	4
Şekil 1.2 : Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri.....	17
Şekil 1.3 : Hizmet Kalitesi Modeli.....	23
Şekil 1.4 : Hastanın Davranışları (Uyarıcı – Tepki) Modeli.....	47
Şekil 3.1 : Araştırma Modeli.....	100
Şekil 3.2 : Detaylandırılmış Araştırma Modeli.....	127

## **TABLolar DİZİNİ**

Tablo 1.1	İç Çevrenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Alt Sistemler .....	36
Tablo 3.1	Sağlık İşletmelerinin Yatak Sayıları, Poliklinik/Servis Sayıları ve Pazarlama Bölümünün Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması.....	104
Tablo 3.2	Sağlık İşletmelerinde DKK'ndan Yararlanılan Alanlar.....	111
Tablo 3.3	Sağlık İşletmelerinde DKK'ndan Yararlanma Nedenleri.....	115

## VIII

### KISALTMALAR

BAĞ-KUR	Esnaflar ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DKK	Dış Kaynak Kullanımı
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
ESWL	Elektro şok dalgaları ile taş kırma
FTR	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
MR	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NHSOE	National Health Services Overseas Enterprises
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SWOT	Güçlü/Zayıf ve Fırsat/Tehdit
TKY	Toplam Kalite Yönetimi

## ÖNSÖZ

Bir ülkenin hizmet sektörünün gelişmişliği, o ülkenin gelişmişliğinin en güçlü ölçütlerinden biridir. Bu sektörün en önemli alt sektörlerinden biri olan sağlık sektörü gerek yaşamsal, gerek sosyal boyutu ile en çok tartışılan hizmet sektörlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de pazar şartları hızlı bir değişim içindedir. Bu değişimlere daha hızlı uyum sağlanabilmesi ve bu hizmetlerin en etkin, en verimli, en hızlı, en güvenilir ve en kaliteli bir şekilde verilebilmesi için sağlık işletmeleri dış kaynak kullanımından yararlanmaya başlamışlardır.

Ülkemizde yavaş yavaş yaygınlaşan dış kaynak kullanımı uygulaması, hastaneler bazında düşünüldüğünde, hastane yönetimlerinin birçok gereksiz yükten kurtulması anlamına gelmektedir. Hastane yönetimlerinin uzman olmadığı birçok hizmeti, konusunda uzmanlaşmış dış kaynak sağlayıcı işletmelere ihale etmesi, hem o hizmetin daha profesyonelce yapılmasını sağlamakta, hem de hastaneye uzmanlaşması gereken konulara ayırabilmek üzere enerji ve kaynak tasarrufu sağlayabilmektedir.

Son yıllarda modern pazarlama anlayışı ile hasta memnuniyetinin önem kazanması, aslında sağlık işletmelerinin de diğer ekonomik işletmeler gibi varlıklarını sürdürmek zorunda olmaları, tüketicinin bilinçlendirilmesi faaliyetleri ile hastaların da aslında birer müşteri olduklarının farkına varmaları, sağlık hizmetleri pazarlamasının önemini artırmıştır.

Dış kaynak kullanımı uygulamasının, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri pazarlaması çerçevesinde ele alındığı bu çalışmada, dış kaynak kullanımının uygulamadaki mevcut durumu incelenmiş, sağlık sektörüne katkıda bulunabilmek amacıyla ile uygulamaya yönelik öneriler sunulmuştur.

Araştırmalarım sırasında pazarlama ve dış kaynak kullanımı ile ilgili çok sayıda kaynak bulunmasına karşılık, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri

pazarlamasına yönelik sınırlı sayıda kaynağın bulunduğu, bu kaynakların ise güncel olmadığı görülmüştür.

Çalışmam sırasında bilgi ve deneyimleri ile bana her zaman yol gösteren, teşvik ve desteğini bir an olsun eksiltmeyen danışman hocam Yrd.Doç.Dr. Süleyman BARUTÇU'ya teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca, çalışmamın uygulama kısmında yardımcı olan Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi, Bayındır Hastanesi, Kent Hastanesi ve Sevgi Tıp Merkezi idarelerinin yetkililerine teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak, yüksek lisans yapmam hususundaki teşvik ve desteklerinden dolayı ağabeyim Hüseyin'e ve aileme sonsuz teşekkür ederim.

## GİRİŞ

Rekabet, günümüz pazar şartlarını şekillendiren en önemli unsurlardan biridir. Tüm işletmelerin verimlilik ve etkinliklerini artırma, başarılı pazarlama programı hazırlama, maliyetleri düşürme, karlılıklarını yükseltme, kalitelerini iyileştirme, esneklik ve hız kazanmaya yönelik çabalarının temelinde rekabet yatmaktadır.

İşletmelerin karşı karşıya bulunduğu rekabet şartlarının yoğunlaşmasının arkasında küreselleşme vardır. Küreselleşme sayesinde dünya tek bir pazar haline gelmiştir. Bunun sonucu olarak da etkileşim artmış, bu etkileşim sürekli bir değişim ve gelişime neden olmuştur. Bu yapı ile şekillenen dünya ekonomisinde yeni iş alanları doğmuş, yeni teknikler, yeni fırsatlar, yeni tehditler oluşmuştur. Bu ortamda doğru teknikle, doğru alana yönelen ve fırsatları en iyi şekilde değerlendirmeyi bilen işletmeler rekabetçi ortamın kazanan işletmeleri olmuş, değerlendiremeyen işletmeler ise kaybetmeye mahkum olmuşlardır. Bu koşullarda birbirleriyle sıkı bir rekabet halinde bulunan işletmeler, varlıklarını sürdürebilmek için maliyetleri düşürme, karlılıklarını artırma, piyasa koşullarına daha hızlı cevap verme, müşteri beklentilerini karşılama, kaliteyi yükseltme, esneklik ve dinamizm kazanma, etkinlik ve verimlilik sağlama amacıyla yeni yönetim ve süreç arayışlarına girmişlerdir. Bu arayış sonucunda işletmelerin, kendi asıl işlerine odaklanmaları ve bunların dışında kalan tüm işlerini dışarıdan temin etmeleri işletme hedeflerine ulaşmada önemli bir avantaj sağladığı görülmüş, sanayi sektöründe olduğu gibi hizmet sektöründe de dış kaynak kullanımının (DKK) öneminin arttığı ortaya çıkmıştır.

Hizmet sektörünün gelişmişliği, o ülkenin gelişmişliğinin bir göstergesi haline gelmiştir. Bunun sonucu olarak hizmet çeşitliliği ve hizmet sunan işletme sayısı artmış ve hizmet sunan işletmeler büyük ölçekli işletmeler haline gelmişlerdir. Bu çalışmada hizmet sektörleri içerisinde oldukça önemli bir yere sahip olan sağlık sektörü ele alınarak, DKK uygulamasının bu sektördeki yeri incelenmiştir.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölümde sağlık hizmetleri açıklanmıştır. Bunun için önce sağlık sektörünün yapısı, sağlık kurumlarının özellikleri, bu sektördeki rekabet şartları ile yaşanan sorunlar üzerinde durulmuştur. Daha sonra sağlık hizmetleri, bu hizmetlerin özellikleri ve kalitesi açısından ele alınmıştır. Son olarak, bu hizmetlerin pazarlaması, pazarlama çevresi, hasta memnuniyeti ve davranışları açısından ele alınarak, bu hizmetlerin pazarlanmasında yaşanan sorunlar açıklanmıştır.

İkinci bölümde ise DKK uygulaması ve bunun sağlık hizmetleri pazarlamasındaki yeri anlatılmıştır. Konunun daha iyi anlaşılabilmesini sağlamak üzere öncelikle DKK uygulamasının tanımı ve gelişimi ile konuya bir giriş yapılarak, bu uygulamanın sağladığı yararlar ve neden olduğu sakıncalar üzerinde durulmuştur. DKK uygulaması ile ilgili bu girişten sonra, bu uygulamanın sağlık hizmetleri pazarlamasındaki yeri, önemi ve etkisi üzerinde durularak, pazarlamanın asli unsuru olan müşteriler üzerindeki etkisine değinilmiştir. Daha sonra sağlık sektöründe DKK'ndan yararlanmanın nedenleri ve bu uygulamanın süreci açıklanmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümü ise uygulama kısmından oluşmaktadır. Uygulama için Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Bayındır Hastanesi, Kent Hastanesi ve Sevgi Tıp Merkezi'ndeki DKK uygulamaları, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri pazarlaması açısından incelenmiştir.

Çalışmanın sonunda ise sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri pazarlaması açısından DKK ile ilgili sonuç ve önerilerde bulunulmuştur.

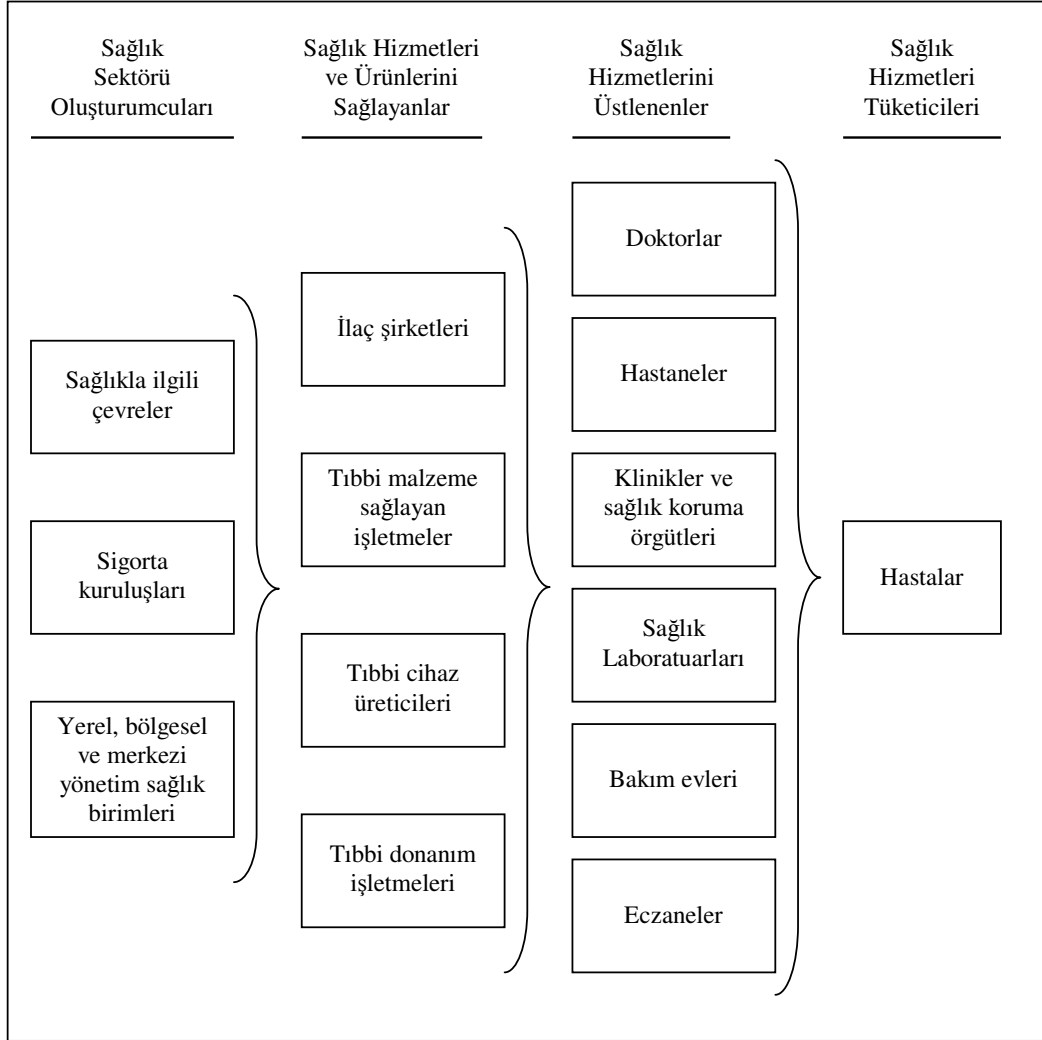
# BİRİNCİ BÖLÜM

## SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

### 1.1 Sağlık Sektörü

“Sağlık sektörü”, sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere, çok geniş bir alanı kapsayan, sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek ve tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile, bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün, vb.nin tümünü belirtmek için kullanılan, genel bir kavramdır (Sargutan, 1993:3). Şekil 1.1’de görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin tüketicileri olan hastalar; sağlık hizmetlerini üstlenen doktorlar, hemşireler, sağlık teknisyenleri, eczaneler; sağlık hizmetlerini ve ürünlerini sağlayan tıbbi cihaz üreticileri, medikalçiler, tıbbi hizmet sağlayıcıları, destek hizmeti veren işletme ve personeller; sağlık sektörünün oluşturumcuları olan sosyal sağlık sigortaları, sağlıkla ilgili çevreler ve daha onlarca unsur bu sektör içerisinde konumlanmaktadır (Odabaşı, 1994:26). Sağlık sektörünün bu denli geniş kapsamlı bir yapıya sahip olmasına karşın, sağlık sektörü dendiğinde ilk akla gelen kavram olarak karşımıza hastaneler çıkmaktadır.





**Şekil 1.1: Sağlık Sektörünü Oluşturan Unsurlar**

**Kaynak :** Yavuz ODABAŞI, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir, 1994, s.26

Hastaneler; her türlü sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak kesintisiz üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, kar gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip, yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendilerine göre özellikleri olan hizmet işletmeleridir (Ak, 1987:45). Nitekim, hastaneleri sadece tıbbi müdahalelerin yapıldığı kurumlar olarak tanımlamak doğru değildir. Hastaneler muayene, teşhis ve tedavilerin yanı sıra otelcilik, lokantacılık ve sağlık bakımı hizmetlerinin de sunulduğu işletmelerdir (Sözen, 2003:99). 13/01/1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları

İşletme Yönetmeliği'nin 4.maddesinde yataklı tedavi kurumları (hastaneler) “*Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır*” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerine gelmesi için gerekli olan hizmet ve ürün çeşitlerinin zenginliğinden dolayı sağlık sektörü, çok geniş, hızla gelişen ve karlı bir sektördür. Bu nedenle, günümüzde hizmet sektörünün ülke ekonomileri içindeki yeri, bir kalkınmışlık ölçütü olarak karşımıza çıkmaktadır (Aksaraylı, Devebakan, 2003:38). Hizmet sektörünün en önemli alt sektörlerinden biri de sağlık sektörüdür. Bu noktadan hareketle sağlık kavramı, tüm ulusların temel gelişmişlik düzeyini gösteren ve aynı zamanda toplumların ekonomik kalkınmasında da rol oynayan bir kavramdır (Şahin, 2005). Gerçekten de istatistikler incelendiğinde, gelişmiş ülkelerdeki bebek ölüm oranının düşük, ortalama insan ömrü daha uzunken, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bebek ölüm oranının yüksek ve ortalama insan ömrünün kısa olduğu görülmektedir. Bu yüzden refah seviyesinin yüksek olduğu ülkelerde sağlık sektörü oldukça gelişmiştir.

### **1.1.1 Sağlık sektörünün yapısı**

Sağlık hizmeti pazarı, sağlık hizmetlerini arz edenlerle (bağımsız doktorlar, hastaneler gibi) bunları talep eden bireyler ve kurumlardan (hastalar, sigortalar, çeşitli sağlık kuruluşları) oluşmaktadır (Karafakıoğlu, 1998:13). Pazarı alışverişin bu iki cephesinin yanı sıra ilaç, sarf malzeme, gıda, temizlik maddesi gibi birçok girdiyi sağlayan tedarikçileri ve diğer hizmet sağlayıcılarını da dahil etmek mümkün olsa da pazarın en önemli aktörleri sağlık hizmetinin sağlayıcısı konumunda bulunan hastanelerdir.

Tam teşekküllü bir hastane, hastanın birçok teşhis ve tedavi hizmetini aynı yerde bulabileceği büyük bir pazardır. Ancak bu pazarı sadece teşhis ve tedavi hizmetleri ile sınırlamak mümkün değildir. Günümüzde hastaneler; tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra, toplum sağlığı için çalışan bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, tıbbi araştırmalar yapan bir araştırma birimi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı

bir örgüt, sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğinde olan hizmet işletmeleridir (Özgen, 1995:73). Görüldüğü gibi hastaneler, doktor, hemşire, sağlık teknisyeni, idari ve teknik personel gibi pek çok meslekten çalışanları bünyesinde barındıran, mesleki çeşitliliği çok olan bir organizasyon ve bunların eğitim gördüğü birer eğitim birimidir.

Hastaneler, bünyelerinde yapılan bilimsel araştırmalar nedeniyle tıp biliminde gelişmelere büyük katkıları olan araştırma merkezleridir. Toplum sağlığı için hizmet verme özelliklerinden dolayı ise sosyal birer organizasyondur. Tüm bunların yanında, ekonomik ve idari ilkeler ışığında yönetilmeleri itibarıyla ise ekonomik birer işletmedirler. Bu açıdan hastaneler amaçlarına ulaşabilmek için tıbbi bakım, idari, mali, teknik, eğitim ve araştırma, otelcilik ve sosyal fonksiyonları bünyesinde taşımaktadırlar.

Hastanelerde sunulan tıbbi hizmetleri çıkardığımızda, geride kalan hastane hizmetlerinin tamamı otelcilik hizmeti durumuna girmektedir (Aktaş, 2002:15). Bu açıdan hastanelerin sundukları hizmetin kalitesi, hizmetin verildiği ortam ve temizliği, sağlanan hizmet kolaylıkları, bürokrasi ve hastanenin genel imajı büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, hastanelerin hizmet sunan kuruluşlar olmaları nedeniyle, hastalarla ilişkilerin yoğun olduğu bir yapı söz konusudur (Karaman, 2003:125). Bu nedenle kişisel iletişimde kalitenin sağlanması ve hasta memnuniyeti için insan kaynaklarına yüksek oranda önem verilmelidir. Sadece tıbbi kadronun çok iyi olması yeterli değildir. Hastane hizmetleri bir bütün olarak çok iyi olmalıdır. Hastane çalışanlarının ve tıbbi kadronun her ikisi de belirli alanlarda uzmanlığa sahiptir ve hastalara etkin bakım, hem hastane çalışanlarının hem de tıbbi kadronun ikisi de güçlü olduğunda ve etkin hizmet sunulduğunda sağlanabilmektedir (Foreman, Roberts, 1991:80).

Sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar özelde bireyin, genelde toplumun sağlık sorunları ile ilgilenen ve ekonomik boyutu olan sosyal kuruluşlardır ve tüm bu kuruluşlar bir ülkenin sağlık sistemini oluşturmaktadırlar (Kavas, Güdüm, 1994:219). Bu sistemin merkezinde ise hem girdinin hem de çıktının insan olduğu bir yapı vardır. Sağlık sistemi, hastane merkezli yapısından sağlık hizmetlerinde kolaylıklar

sağlamaya yönelik bir yapıya doğru kaydıkça, hastalar daha belirgin bir şekilde odak haline gelmektedirler (Cooper, 1994:8). Sağlık sektöründe iyileşmeler her ne kadar günümüze kadar ertelenmişse de, hastaların odak haline gelmeye başlamasıyla en azından sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve insana insanca hizmet verilmesi için bazı adımlar atılmaya başlanmıştır.

### **1.1.2 Sağlık kurumlarının özellikleri**

Sağlık kurumları kendilerine özgü özellikleri, yapısı, işleyişi, yönetimi ve işletmeciliği olan karmaşık yapıdaki hizmet kurumlarıdır. Akman'ın (2003:75) da değindiği gibi günümüzde lüks oteller seviyesindeki kat ve ön büro hizmetlerinden, kalitesi restoranlarla eş düzeyde yiyecek ve içecek hizmetlerine, büyük bir fabrikada gereken teknik altyapı hizmetlerinden, binlerce parametrelili satın alma hizmetlerine, pazarlama ve halkla ilişkiler faaliyetlerinden, finans sistemine kadar çok fonksiyonlu bir yapısı olan hastanelere, insanlık tarihi boyunca en önemli bilimsel dalların başında bulunan tıp hizmetleri de eklendiğinde, karşımıza oldukça kompleks bir organizasyon çıkmaktadır.

Bu kompleks yapısı içerisinde sağlık kurumları yapı, süreç, yönetim ve verilen hizmetin sonuçları açısından pek çok özellik sergilemektedirler (Kavuncubaşı, 2000:52-56):

- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma yüksektir. Uzmanlaşma düzeyinin yüksek oluşu nedeniyle sağlık kurumlarında profesyonellerin önemli derecede özerkliği bulunmaktadır.
- Sağlık kurumları çalışanları için birincil sırada mesleki hedefler yer aldığından dolayı kurumsal hedefler ikinci planda yer almaktadır.
- Hizmet miktarı ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü doktorlar belirlemektedir.
- Doktorlar üzerinde etkililiği yüksek bir yönetim ve denetim mekanizması bulunmamaktadır.

- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık oldukça yüksektir. Bu nedenle, farklı meslek gruplarının bir hizmeti sunabilmesi için diğer birimlerle bütünleyici bir şekilde çalışması gerekmektedir.

Bu özellikleri ile sağlık kuruluşları, yönetimi oldukça güç işletmelerdir. Son yıllara kadar yönetim, asli tıbbi hizmet sunucuları olan doktorların tekelinde yürütülmekte iken, sektördeki gelişmeler ve rekabet oluşumu, daha profesyonel bir yönetime gereksinimi beraberinde getirmiştir.

### **1.1.3 Sağlık sektöründe rekabet şartları**

Hastaneler kar amacı gütmeyen kuruluşlardır. Ancak hastaneler her ne kadar kar peşinde koşmasalar da sınırlı kaynaklarını, hizmet arzını nicel ve nitel yönden en üst düzeye çıkaracak biçimde kullanmak zorunda olan işletmelerdir (Özgen, Öztürk, 1995:37). Bu doğrultuda hastaneler, kaynaklarını en etkin ve en verimli bir biçimde kullanmak amacıyla kendilerini yoğun bir rekabet ortamı içerisinde bulmuşlardır. Çünkü rekabet; kaynakların en verimli şekilde kullanımını gerektirir ve girişimi teşvik ederek, bir bütün olarak ekonomiye yarar sağlar (Çiçek, 2003:116).

İşletmelerin küreselleşme, teknolojik değişimdeki yüksek hız ve yoğun rekabet ortamında ayakta kalabilmeleri ve faaliyetlerini sürdürebilmeleri için hız, kalite, esneklik ve maliyet avantajından oluşan dört temel özelliği sağlamaları gerekmektedir (Belgin, vd., 2005:6). İşletmeler, kendilerini tamamen yeniden tanımlamalı, temel stratejilerini yeniden yaratmalı ve sektörünü yeniden keşfetmelidirler (Hamel, Prahalad, 1996:16). Bu doğrultuda işletmeler, kendilerini ve içinde buldukları pazarı çok iyi tanımalı ve pastanın en büyük dilimini kapmak için sürekli olarak rakiplerinin mevcut ve gelecek durumlarını iyi analiz etmeli, onların stratejilerini, yeteneklerini ve neler yapabileceklerini yakından takip ederek, her zaman onlardan bir adım önde olmaya çalışmalıdırlar. Urban'a (1991:129) göre mevcut ve gelecek pazar payını tahmin etmeye yarayan en güçlü üç unsur;

- Diğer faktörleri de içermek koşulu ile coğrafi konum, erişilebilirlik / sürüş mesafesi, hizmet verilen saat, ayakta tedavi ve bürokrasiden oluşan hastanenin rahatlığı,
- Diğer faktörleri de içermek koşulu ile hastanenin temiz ve bakımlı olduğuna ilişkin bir imajının olup olmaması, işin uzmanı doktorların bulunması, ileri düzeyde tıbbi donanıma sahip olması ve etkin tıbbi hizmet sunabilmesi, kaliteye ilişkin somut verilerden oluşan genel kalitesi,
- Eşsiz tanı kapasitesi, sahip olduğu bölgesel ve ulusal ün, tanınmış uzman doktorları barındırması veya ihtisaslaşmış tıbbi hizmetlere ilave olarak yukarıda sayılan boyutlarda hastanenin rakipleriyle doğrudan karşılaştırılmasını içeren nispi kalitesi ile ilgili faktörlerdir.

Bu faktörlerin doğru bir şekilde analiz edilip değerlendirilmesi, hastanenin stratejisini oluşturmada büyük önem taşımaktadır. Ancak, bu faktörler bize göstermektedir ki rekabette fiyat, gelişen toplumlara doğru ilerledikçe önemini yitirmeye başlamıştır. Tabii ki fiyat giderek azalan bir oranda olsa da her zaman önemli bir rekabet aracı olmuştur. Hizmet fiyatları çok usta analizler yapılarak belirlenmelidir. Belirlenen fiyatlar hem hedeflenen bütçeyi tutturmak için gerekli girdiyi tedarik edebilmeli, hem de hastanın alım gücünü aşmayacak şekilde belirlenmelidir (İstiroti, 1994:213). Ancak görüldüğü gibi özellikle sağlık sektöründe hizmetin kalitesi ve güvenilirliği, temizlik ve personelin tutumu fiyattan önce gelmektedir. Değişen müşteri davranışları ve sıkı rekabet, diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de kalitenin önemini arttırmıştır (Aksaraylı, Devebakan, 2003:39).

Rekabet ortamında hizmet kalitesini artırmak, işletmelerin odak noktası haline gelmektedir. Bunu sağlayabilmek için hastaneler, hastaların dikkatini kendi doktorlarına çekmek, doktorları hastanelerine bağlamak, aracılara ile karlı olacak sözleşmeler imzalamak ve sigortalı grupları kendi hastanelerini kullanmaya ikna etmek için aralıksız çalışmaktadırlar (Griffith, 1995:277-278).

Uzun süreli yaşamayı hedefleyen hastaneler, faaliyetlerinin yegane amacının tüketici olduğu bilincinde olmalıdırlar (İstiroti, 1994:211). Bu doğrultuda hastaneler

hasta yönlü bir pazarlama anlayışı ile hareket etmelidirler. Hasta-yönlü pazarlama yaklaşımında amaç, mevcut ve potansiyel hastaların istek ve ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmak ve bu istek ve ihtiyaçları rakiplerinden daha etkin bir şekilde karşılamak olmalıdır (Güdüm, Kavas, 1994:221). Hastaneler, hastalarını hali hazırda ne isterlerse verdiklerine ikna etmeye çalışmak yerine, mevcut hizmetlerini bu istekler doğrultusunda değiştirmeye çalışmaya ve hastaların isteklerini karşılamak için yeni teklifler geliştirmeye başlamalıdır (Andreasen, Kotler, 1987:35).

Günümüz rekabet koşullarında pazarda lider konumunda yer almak kuruluşların ana hedefi haline gelmiştir. Zira lider olmak toplumun güveninin bir simgesidir (Adalı, 1994:259). Lider kuruluşların önlerinde erişebilecekleri örnekleri yoktur, ancak arkalarında kendilerini yakalamayı amaç edinmiş rakiplerin amansız çabaları vardır. Bunun karşısında arayı korumak ve hatta daha da açmak zorunludur. Bunun için hastaneler ürün çizgilerini farklılaştırmak adına hizmetlerinin bir marka haline gelebilmesi için değer yaratacak ekipman ve pazarlama faaliyetlerine yatırım yaparak rekabetçi avantaj kazanabilirler (Hutter, 1991:35). Bu, kuruluşun görünümü, kadrosu, temizliği, vb. ile olacağı gibi rakip hastanelerin pazarda henüz doldurmadığı sağlık hizmetlerini vermekle de gerçekleşebilir. Günümüzde sadece çok iyi teknik yetenek sahibi olmak değil, aynı zamanda mevcut standartların ötesinde ekstra hizmet sağlama yeteneği gereklidir (Berkowitz, Hillestad, 2004:164). Bazı batı ülkelerinde hastaneler, hastaların kendilerine gelmesini ve boş yataklarını doldurulmasını sağlamak için lüks süitler, özel yiyecekler ve kuvetli banyolar gibi çeşitli hizmetler sunmaktadırlar (Tek, 1999:438). İşletmenin kendine özgü olarak oluşturduğu bu ayrıcalıklar, ekonomik fayda sağlamakta ve sürdürülebilir rekabet avantajı için bir potansiyel oluşturmaktadırlar (Özutku, 2002:124-125).

Hastaneler, sundukları hizmetlerin en optimum seviyede kullanılabilmesini sağlamak için bu hizmeti veren tıbbi kadronun ve her bir bölümün pazarlamasını yapmak ve imaj oluşturma yöntemlerini geliştirmek zorundadırlar (İstiroti, 1994:207). Tüm bunlara rağmen sağlık kuruluşlarına olan talebin fazlalığı ve sağlık hizmetini almanın zorunluluğu nedeniyle yıllarca bu sektörde gerekli pazarlama çabaları verilmemiştir. Ancak; özel sağlık kuruluşlarının artması ve SSK, Bağ-Kur,

Emekli Sandığı, özel sigortalar gibi kurum ve kuruluşlarla anlaşmaların imzalanması, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlanması ve sağlık hizmetleri alanında yapılan reformlar ile resmi hastanelerin çehresi yanında, verilen hizmetlerdeki çeşitlenme ve iyileşme sayesinde daha önceleri sadece özel sağlık kuruluşları sağlık hizmetleri pazarlamasına önem vererek hasta çekmeye çalışırken, son yıllarda vakıf, sigorta, belediye, üniversite ve devlet hastaneleri ile bunlar tarafından kurulan klinik, poliklinik ve sağlık ocakları da sağlık sektöründeki rekabete katılmış ve sağlık sektöründeki rekabetin daha da yoğunlaşmasına neden olmuşlardır.

#### **1.1.4 Sağlık sektöründe yaşanan sıkıntı ve aksaklıklar**

Sağlık bilimi, teknoloji, gen tedavisi, DNA araştırmaları ve yeni ilaç temelli gelişmelerle ileriye doğru büyük sıçramalar yapmaktadır, fakat sağlık dağıtım konularına erişim, finansmanı dengeleme ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kontrol etme konusunda zayıf kalmaktadır (Berkowitz, Hillestad, 2004:242). Bunlara ilave olarak, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı, pahalı olduğu, hastaya yeterli önemin gösterilmediği, sağlık personelinin ve sağlık kuruluşunun sayısının yetersiz olduğu kanısı yerleşmiş durumdadır. Hastane yönetimleri bu olumsuz kanıyı silmek için ellerindeki sınırlı imkanlarla kaliteyi yükseltmeye çalışırken, pazarlama ve halkla ilişkiler çalışmalarına daha fazla önem vermeye başlamışlardır.

Hastalar, sağlık kuruluşlarına farklı farklı nedenlerle başvurumaktadırlar. Bu hastaların hepsinin ihtiyaçlarına cevap verebilmek için bu ihtiyaçları karşılayan her türlü sağlık hizmetini sunmak gereklidir. Bu açıdan bakıldığında, belki de sağlık işletmelerinin en geniş hizmet bileşimine sahip kuruluşlardan biri olduğu söylenebilir.

Hastanelerin verimli bir şekilde faaliyet gösterebilmesi için nitelikli yardımcı tıbbi personele, mali, idari ve destek personel kadrosuna, yeterli araç, gereç ve tıbbi cihazlar ile diğer fiziksel ve insan gücü kaynaklarına ihtiyaç vardır (Özgen, 1995:74). Profesyonel bir tıbbi ve idari kadroyu çalıştırmak, yüksek kalitede bir ekipmanı işletmek ve kaliteli malzemeler kullanmak, ortaya yüksek maliyetler çıkarmaktadır (İstiroti, 1994:213). Zaten hali hazırda hastanede kullanılan malzeme ve cihazların



fiyatları ile istihdam edilen personelin ücretleri, diğer sektörlerle karşılaştırıldığında ortalama olarak çok daha yüksektir (Ak, 1987:51). Bununla birlikte hemen hemen tüm ülkelerde sağlığa ayrılan kaynaklar ve dolayısı ile tüketim kısıtlı iken toplumun sağlık ihtiyaçları yıldan yıla artış eğilimindedir (Sur, Yıldırımkaaya, 2005:82).

Sağlık masraflarının yükselmesine karşılık bu alan için ayrılan kaynakların az olması, sağlık işletmelerinin daha rasyonel işletilmesi ve kar amacı güden kurumlar haline gelmesine neden olmuştur. Nihayetinde kamu sağlık kurumları da birer işletmedir. Bu yüzden idareciler bu kurumları işletme esaslarına uygun olarak yönetmelidirler. Bu durum ise hastanelerin klasik doktor yöneticiliği çerçevesinden sıyrılarak, tıpkı diğer kar amaçlı işletmeler gibi bu alanda profesyonel yöneticiler tarafından yönetilen, sağlık hizmetleri pazarlaması faaliyetlerine ağırlık veren işletmeler haline gelmesine neden olmuştur. Ancak, sağlık işletmelerinde idare sadece yöneticiler tarafından gerçekleşmemekte, hatta çoğunda yönetim doktorlar tarafından yürütülmektedir. Profesyonel yöneticilere sahip hastanelerde de doktorlar ve diğer sağlık personeli yönetim üzerinde büyük bir söz sahibidir. Yani yöneticiler ne kadar profesyonel olursa olsun söz hakları kısıtlıdır. Bazı durumlarda ise işletmeci bakış açısı ile tıbbi bakış açısı birbirine ters düşebilmektedir. Bu durum ise yönetim ve tıbbi kadro arasında büyük sorunlara neden olabilmektedir.

Sağlık gibi hassas bir konunun karla birlikte düşünülmesi, sağlığın ekonomik bir faaliyet gibi algılanması son yıllara kadar tepkiyle karşılanmıştır. Ne var ki, Sözen'in (2003:77) değindiği gibi, insan haklarının gelişmesi, rekabete bağlı olarak ekonomik maliyet, karlılık, hasta memnuniyeti gibi kavramların doğması, sağlık hizmetlerinde de liberalizmin gelişmesine ve sağlık hizmetlerinde özelleşmenin düşünülmesine neden olmuş, bu da sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi, sağlık yönetimi, sağlık hukuku gibi yeni alanların doğmasına neden olmuştur.

Tüm bu gelişmelerin yanında, tıp teknolojisindeki hızlı değişim ve rekabetle birlikte gelen kalite arayışları hastanelerde pek çok mesleğin bir arada bulunması gerekliliği ile sonuçlanmıştır. Bunun sonucu olarak hastanelerde personel ve hizmet birimleri sayısı artmıştır (Aktaş, 2002:19). Bu durum, hastanelerde aşırı iş bölümü, uzmanlaşma ve profesyonelleşmeye neden olmuştur (Çakırer, 2002:119). Ancak bu

birimlerin hiçbirini diğerinden bağımsız bir şekilde görevini ifa edemez. Tüm birimler, birbirinin tamamlayıcısı durumundadırlar. Bu yüzden birimler arası koordinasyon ve işbirliği çok önemlidir.

Ancak, hem nitelik, hem de nicelik bakımından birbirinden ayrı onlarca hizmeti yürüten tıbbi, idari ve teknik personelden oluşan çok amaçlı, karmaşık bir organizasyonun, etkin ve verimli bir biçimde yönetimi, birimler arası ilişkilerin düzenlenmesi ve çalışma uyumunun sağlanması, diğer organizasyonlara oranla oldukça güç görünmektedir (Akman, 2003:76). Tüm bu meslek çeşitliliği içerisinde sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında doktorların rolü oldukça büyüktür. Bunun için hastaneler, doktorlarını ellerinde tutmak üzere sürekli gelişim içinde olmalıdırlar. Maddi imkanlar yanında, hastanelerdeki çalışma ortamı ve teknik imkanlar doktorları hastaneye bağlar. Tabi ki bir hastanenin teknik açıdan güçlü olması, hastanenin maddi imkanları ile sınırlıdır. Ancak, teknik olanaklar bir tarafa, personel davranışlarının beklenen seviyeye çıkarılmasına hiçbir engel yoktur (Adalı, 1994:261). Bunu sağlayabilmek için tıbbi hizmet ya da destek hizmeti veren tüm insan kaynaklarına gerekli özen ve eğitim verilmelidir. Unutulmamalıdır ki, sağlık sektörü gibi bir sektörde en önemli hususlardan biri hasta, hasta yakını ve hastane personeli arasındaki iletişimidir.

Sağlık hizmetleri hayati değer ve risk taşırlar. Bu nedenle hastalar, hizmeti satın almadan önce hastanenin yetenekleri ve kalitesi hakkında bazı ipuçları ararlar (Kardeş, 1994:248). Bu ipuçları hastanelerin verdikleri lüks otelcilik ve restaurant hizmetleri, temizlik, kafeterya, otopark gibi destek hizmetleri ile personelin tutumu, güler yüz, sıra bekleme, sahip olunan tıbbi donanım, uzman kadro gibi fiziksel faktörlerden oluşmaktadır. Bunlara ilave olarak, sağlık hizmetleri kişilere toplu olarak sunulan hizmetlerden olduklarından dolayı, aynı ortam içerisinde beklemek durumunda olan hastalar, bekleme sırasında içerisinde buldukları hastane ortamından olduğu kadar birbirlerinden de etkilenmektedirler. Birinin yaşamış olduğu olumsuz bir tecrübe, diğer hastalar için de olumsuz bir referans olarak algılanabilmektedir. Bu faktörler hasta memnuniyeti için olduğu kadar, tedavinin başarısı için de önemlidir. Çünkü, kötü fiziki olanaklarda tedavi gören hastalar,

genellikle aldıkları hizmetin dokunulur ve dokunulmaz özellikleri arasında fark gözetmeyerek, sadece olanaklara karşı değil, aynı zamanda tedaviye karşı da olumsuz tepki gösterebilirler (Kardeş, 1994:249). Hastaneler, kullandıkları fiziksel olanakların yanında, düşük ölüm oranı, yapılan müdahalelerdeki başarı oranı, sağlık programlarına konuşmacı uzman gönderme, sosyal faaliyetlere sponsor olma, üzerinde hastanenin adı olan ambulanslar, bazı kültür organizasyonlarına salon sağlama, ücretsiz sağlık taraması kampanyaları, konferans ve seminerler gibi faaliyetleri reklam olarak kullanmaktadırlar. Sıklıkla yazılı ve görsel yayın kanallarında gündeme getirilen sağlık skandalları ne kadar olumsuz bir etki yaratıyorsa, belli bir alanda başarı elde etmiş, kendini ispatlamış hastanelerle ilgili yapılan sağlık haberleri de aynı oranda olumlu bir imaj çizerek, gizli bir reklam aracı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastaların sağlık kuruluşlarına ihtiyaç duymaları düzensizdir. Hasta, sıradan bir poliklinik hizmeti almaya gelebileceği gibi, gecenin bir yarısı acil vaka olarak da gelebilir. Bu açıdan hastaneler sürekli olarak donanımlı ve hazırlıklı bulunmak zorundadırlar. Söz konusu sağlık hizmeti olduğu için hastanın talebi reddedilemez. Hasta istediği hizmeti alamadığı takdirde sağlık kuruluşunu terk edeceğinden dolayı hastanede zarar ettiren servisler olsa da bu servisler kapatılamazlar. Çünkü sağlık hizmetleri çoğu durumda birbirini tamamlayıcı niteliktedirler. Bir hizmetin verilmemesi, hastanın tamamen kaybına neden olabilmektedir. Bu yüzden hastaneler özel bir alanda ihtisas hastanesi olmadıkları sürece, en azından temel tıbbi fonksiyonları yerine getirmek üzere donanımlı olarak bulunmak zorundadırlar.

Hasta ve yakını için ihtiyacı olan hizmeti en yakın, en güvenilir, en kaliteli kuruluştan satın alma isteği, hastanelerin coğrafi konumlarının da hastalar için önemli hale gelmesine neden olmuştur. Yöre halkı sık sık görüldüğü gibi teknik olanakların el vermemesi nedeni ile hastane hastane dolaştırılmaktan şikayet etmekte, bu nedenle kendi yakınındaki hastanelerin övünülecek düzeye çıkmasını, bunun için de çağdaş teknolojiye uyum sağlamasını beklemektedir (Adalı, 1994:261).

Niteliğinden dolayı sağlık hizmetlerine karşı negatif bir talep mevcuttur (Karafakıoğlu, 1998:15). Çoğu kişi mecbur kalmadıkça doktora gitmekten kaçınmaktadır. Bu açıdan negatif talebe yol açan nedenler araştırılarak bunlar değiştirilmeye çalışılmalı, insanların sağlıklarına karşı daha duyarlı hale gelmeleri için bilinçlendirme çalışmalarına ağırlık verilmelidir. Ancak bu sayede sağlıklı ve gelişmiş bir topluma doğru adım atılabilir. Unutulmamalıdır ki, sağlıkla ilgili göstergeler bir ülkenin gelişmişliği ile ilgili bilgileri veren en önemli göstergelerdendir.

## 1.2 Sağlık Hizmetleri

Modern toplumlarda pazara sürülen hizmet çeşidinin miktarı ve hizmet sektörünün büyüklüğü, bir ülkenin gelişmişlik derecesini ölçmekte kullanılan kriterlerden biridir (Karafakıoğlu, 1998:101). Gerçekten de artık yaşam kalitesi denildiğinde sağlık, eğitim, sanat ve kültür, turizm gibi hizmetlerden ne ölçüde yararlandığı anlaşılmaktadır ve günümüzde gelişmiş ekonomiler birer hizmet ekonomisine dönüşmektedir (Öztürk, 2003: 13).

Çakırer (2002:3) ve Sözen'e (2003:75) göre gelişmişliğin en iyi ölçütlerinden biri olan sağlık hizmetleri, sağlık talebi oluşmasını sağlamak, kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, kronik hasta ve sakat olanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmalardan oluşmaktadır. Kavuncubaşı (2000:24), sağlık hizmetlerini koruyucu sağlık hizmetleri, teşhis ve tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, araştırma, eğitim ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini içeren hizmetler olarak tanımlamaktadır.

Günümüzde hastaların hastanelerden beklentilerinin artması ve çeşitlenmesi ile sağlık hizmetleri geniş bir yelpazede sunulmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetleri, klasik sağlık hizmetleri anlayışından çıkarak zayıflama, cilt bakımı, saç bakımı, psikoterapi, spor gibi insan sağlığına dolaylı ya da doğrudan katkıda bulunan her türlü hizmeti de içinde barındıran bir anlayış çerçevesinde ele alınmaya başlanmıştır. Bunlara ek olarak sağlık turizmi kavramı ortaya çıkmış ve doktorlar gözetiminde,

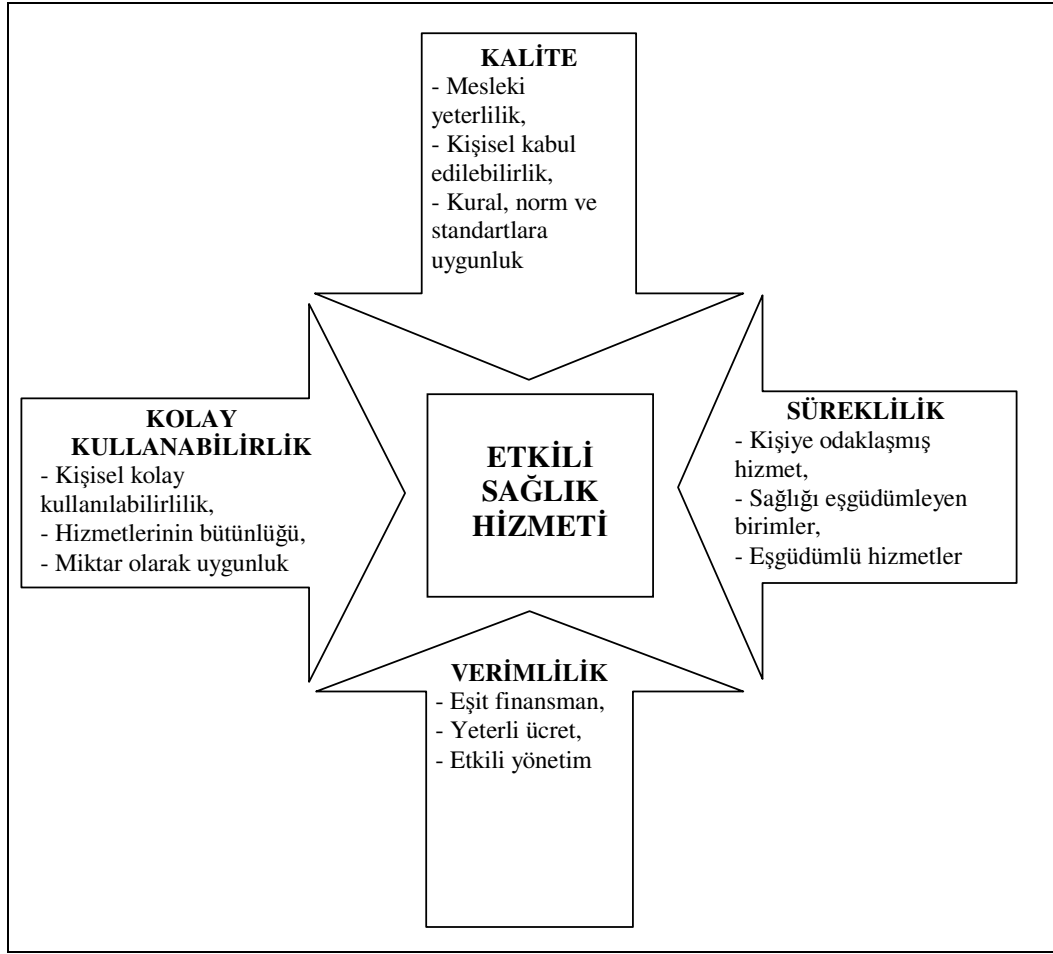
yalnız yurt içinden değil, yurt dışından gelen turistlere de alternatif bir sağlık hizmeti sunumu yaygınlaşmıştır.

Tüm bu faaliyetler, bazen tek bir hastane bünyesinde gerçekleştirilemeyebilir. Bu durumda bunlardan birinden veya birkaçından oluşan faaliyetleri gerçekleştiren veya belirli alanlarda uzmanlaşma gerektiren ihtisas hastaneleri kurulmuştur.

Nasıl olursa olsun, hastanelerin tamamının ana misyonu topluma hizmettir. Ancak varlıklarını sürdürebilmek ve daha iyi hizmet verebilmek için onların da diğer ekonomik işletmeler gibi faaliyet göstermeleri zorunludur. Bu amaçla, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve önemi çok iyi analiz edilmelidir.

### **1.2.1 Sağlık hizmetlerinin özellikleri**

Daha önce de değinildiği gibi sağlık hizmetleri toplumsal hizmetlerdir ve sağlık hizmetlerinin topluma bir değer katabilmesi için en etkili şekilde sunulması gereklidir. Bunun için sağlık hizmetlerinin özellikleri en ince ayrıntısına kadar değerlendirilerek sunulmalıdır.



**Şekil 1.2: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri**

**Kaynak :** Şahin KAVUNCUBAŞI, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000, s.65

Kavuncubaşı (2000:64) etkili sağlık hizmetinin özelliklerini kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik açısından ele almıştır. Bununla birlikte literatürde hizmetlerin özellikleri ayrıntılı olarak; elle tutulup, gözle görülememesi, önceden alınıp denenememesi, sergilenememesi, beş duyu yardımıyla kolayca algılanamaması, depolanamaması, standartlaştırılmaması, üretim ve tüketimin eş zamanlı olarak gerçekleşmesi, fiyatlandırmanın zorluğu ve hizmet verenden ayrılamaması şeklinde sıralanmakta ve bu özellikler dokunulmazlık, sahiplik, değişkenlik (türdeş olmama), dayanıksızlık ve ayrılmazlık (eşzamanlı üretim ve tüketim) başlıkları altında ele alınmaktadır.

### **1.2.1.1 Dokunulmazlık**

Hizmetler sergilenemez, müşterilere iletilemez ve somut bir nesne gibi elle tutulamazlar. Bu yüzden hasta sağlık hizmetini satın almadan önce kalitesini tam olarak kestiremez. Hasta sağlık hizmetini satın almadan önce onun kalitesi hakkında bir fikir yürütebilmek adına bu soyut kavramı somut ipuçları ile belirlemeye çalışır. Bunun için değerlendirme yaparken sağlık kuruluşunun genel görünümü, kuruluşun sahip olduğu tıbbi aletler, orada karşılaştıkları kişiler, kadrosu çok büyük önem taşır.

Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında hizmetin tanımlanması oldukça önemlidir. Çünkü hizmet satın alınırken sonuç belirsizdir. Teşhis ve tedavi tamamlandıktan sonra bile hasta, verilen hizmeti tam anlamıyla kavrayamayabilir (Öztürk, 2003:9). Bunun için hasta yeterince bilgilendirilmeli, verilen hizmet ve bu hizmetin sonucu olan iyi hal durumunun devamlılığı için gerekenler hastaya iyice anlatılmalıdır.

### **1.2.1.2 Sahiplik**

Sağlık hizmetleri için sahiplik söz konusu değildir. Sağlık hizmetleri müşterileri hastaneyi satın almazlar, belirli tıbbi ihtiyaçlarını karşılayan, belirli kapasiteleri satın alırlar (Urban, 1991:129). Yani hastanın satın aldığı hizmetten belirli bir süre faydalanması söz konusudur. Hizmet sunumu tamamlandıktan sonra hastanın kendi başına bu hizmetten yararlanmaya devam etmesi mümkün değildir. Hastanın yararlanmaya devam ettiği durum, verilen hizmetin sonucu elde ettiği tedavinin ona sağladığı iyi haldir.

### **1.2.1.3 Değişkenlik (türdeş olmama)**

Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden biri değişkenliktir. Değişkenlik, hizmet kalitesinin her zaman aynı düzeyde sunulmaması ve hizmet kalitesinin standartlaştırılmaması olarak tanımlanabilir. Sağlık kuruluşları aynı hizmet kalitesini sunsalar bile hizmeti alan kişilerin farklı düşüncülerinden dolayı sağlık hizmetleri kalitesinde standartlaşma çok zordur. Hizmetin kalitesi, onu sunan kişiye göre değiştiği gibi, aynı kişinin sunduğu hizmet kalitesi de bir değildir. Hizmetin oluşumunda asıl unsur insan olduğu için ve insan psikolojik bir çevre

içerisinde yer aldığından dolayı ruh hali, verdiği hizmeti etkiler. Hizmet üretiminde insan emeğinin oranı arttıkça, kalite farkı da artar. Bir doktorun gün boyu yaptığı ameliyatlara hepsinde aynı derecede başarılı olmasını beklemek mümkün değildir.

Hizmetlerin kalitesi, teknik kalite ve algılanan kalite olmak üzere iki grupta ele alınabilir; teknik kalite hastanenin sahip olduğu donanım ile ilgili iken, algılanan kalite subjektif bir kavramdır ve hastadan hastaya değişmektedir (Karafakıoğlu, 1998:114). Hasta ve yakınları, bir ameliyatın başarısını sadece onun teknik kalitesine değil, algılanan kalitesine göre de değerlendirmektedir. Bu yüzden hastanenin sahip olduğu tıbbi cihaz, doktor gibi hizmetin üretiminde birebir yer alan faktörlerin yanı sıra, hizmetin sunulduğu ortam ve sağlanan kolaylıklar da büyük önem taşımaktadır. Kaliteyi artırmak için mutlaka büyük ve pahalı yatırımlar yapmak gerekli değildir. Bir hastanenin kalitesini artırmak için teknolojiyi yakından takip etmek ve en yeni malzemelere sahip olmak bir çok doktora göre kaliteyi yükseltir, ancak bazen daha fazla güler yüz ve ilgi bile algılanan kaliteyi artırmada daha etkili olabilir. Ayrıca hasta ve hastalık davranışları da kişiden kişiye değişkenlik gösterir ve her uygulama hastalar tarafından farklı algılanır.

#### **1.2.1.4 Dayanaksızlık**

Dayanaksızlık; hizmetlerin depolanamaması, memnuniyetsizlik durumunda iade edilememesi ve yeniden satılamaması anlamına gelmektedir (Öztürk, 2003:12).

Hizmetler üreticiden tüketiciye doğru aktarılırlar. Taşınmaları ve depolanmaları söz konusu değildir. Kullanılmadıkları takdirde yok olurlar. Hizmetleri depolayıp ihtiyacımız olduğu bir anda kullanma şansımız yoktur. Üretildiği anda tüketmek gereklidir. Yeterli talep olmadığı bir dönemde üretilip, ihtiyaç anında pazara sunulması mümkün değildir. Bu nedenle, sağlık kuruluşları kapasitelerini, talebin en yüksek olduğu düzeye göre belirlemek zorunda kalabilmektedirler (Karafakıoğlu, 1998:116). Bu durum, talep olmadığı durumlarda hizmeti oluşturan tüm donanım ve personelin atıl olarak beklemek zorunda kalmasına neden olabilmektedir. Aşırı talep olduğu takdirde de üretim ancak kapasiteyle sınırlı olduğu için talep fazlası kadar kişi hizmetten



yararlanamamaktadır. Aynı anda hizmetten sadece bir tek kişinin yararlanabilmesi mümkündür.

#### **1.2.1.5 Eşzamanlı üretim ve tüketim (ayrılmazlık)**

Sağlık hizmetleri önce satılır, sonra eş zamanlı olarak üretim ve tüketim gerçekleşir. Bu durum, pazarlama açısından hizmetlerde doğrudan satışı çoğu kez mümkün olan tek dağıtım kanalı haline getirmektedir ve bir hizmet birden fazla pazarda satılamamaktadır (Öztürk, 2003:11). Diğer bir deyişle hizmetler üretildiği anda tüketildiği için hizmeti üreten kişiler aynı zamanda onun dağıtıcılarıdır. Bu yüzden hizmet işletmelerinde dağıtım faaliyetleri yüksek yaratıcılık ve yetenek gerektirmektedir. Aynı hizmetten sadece bir kez yararlanılabilmesi durumu ise faaliyetlerin miktarını kısıtlamaktadır.

Sağlık işletmelerindeki üretim ve tüketimin aynı anda gerçekleştirilmesi, hastanın üretim sürecine doğrudan katılmasını zorunlu kılmaktadır. Hastanın üretim sürecinde böylesi aktif rol alması ise hasta odaklı olma gereğini ortaya çıkarmaktadır ve hizmetin sunumu sırasında hasta en önemli girdi olarak yer almaktadır.

Hastanın sağlık hizmetinin üretiminde bilfiil yer almasının yanında, hizmet sürecinde birçok birimle etkileşimde bulunması ve bu süreç sırasında ve sonrasında diğer hastaları etkilemesi de söz konusudur. Bu yüzden hastanın memnuniyeti çok önem taşımaktadır. Bu sürecin başarılı bir şekilde sonuçlanabilmesi için hastanın üretim sürecine katılımı çok önemlidir. Hizmeti sunan sağlık ekibinin ve sahip olduğu donanımın yanı sıra hastanın iyileşmeyi ne kadar istediği ve bunun gerçekleşmesi için sağlık personeline gerek bilgi vermede, gerek verilen talimatlara uymada ne kadar yardımcı olduğu büyük önem taşımaktadır. Hizmeti sunan personel açısından düşünüldüğünde de asıl amaç, her ne kadar teşhis ve tedavi süreci boyunca gerekli faaliyetlerin gerçekleştirilmesi olsa da, o hizmetin pazarlanması, tutundurması, dağıtılması faaliyetleri de eşanlı olarak gerçekleştirilmektedir. Bu yüzden de hizmetin sunulduğu ortam, hizmeti sunan kişiler ve hizmetin sunum biçimi, hastanın o hizmeti değerlendirmesini ve memnuniyetini etkilemektedir.

### 1.2.2 Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Hizmetleri sınıflandırmada değişik yaklaşımlar geliştirilmiş olup, Karahan (2000:23) hizmetleri;

- İnsan gücüne dayalı olan hizmetler,
- İnsan gücüne değil makineye, araç ve gerece dayalı hizmetler,
- Müşterilerin hazır bulunmasını gerektiren hizmetler,
- Müşterilerin hazır bulunmasını gerektirmeyen hizmetler,
- Kişisel ihtiyaçları karşılayan hizmetler,
- İşletme ihtiyaçlarını karşılayan hizmetler,
- Kar amaçlı ya da kar amaçsız hizmetler olarak sınıflandırmıştır.

Bu yaklaşımdan yola çıkıldığında sağlık hizmetlerinin ne kadar kompleks bir hizmet türü olduğu bir kez daha karşımıza çıkmaktadır.

Hizmetleri zorunluluk derecelerine göre de sınıflandırmak mümkündür. Bazı hizmetlerin değeri ve önemi para ile ölçülemez. Sağlık hizmetleri de bu tür hizmetlerdendir. Bu hizmetler insan hayatında birinci derecede önem ve zorunluluğa sahiptir.

Sağlık kurumlarında tıbbi donanım son derece önemlidir. Ancak tek başına tıbbi donanımın çok iyi olması bir anlam ifade etmez. Sahip olunan bu araç ve gereçleri kullanacak beşeri güç büyük önem taşımaktadır. Bu yüzden hastanelerde insan ve makine ilişkisi çok yoğundur. Ne sahip olunan tıbbi cihazların teknolojisi, ne de tıbbi personelin işinin uzmanı olması tek başına bir değer taşımamaktadır.

Hizmetin gerçekleşmesi sırasında hem müşteri konumundaki hastanın hem de hizmeti sunacak olan tıbbi personel ve gerekli olduğu takdirde tıbbi donanımın aynı anda hazır bulunması zorunludur. Görünürde kar amacı olmayan sosyal kuruluşlar olarak nitelendirilmelerine karşın hastaneler, varlıklarını sürdürebilmek, gelişmeleri ve yenilikleri takip edebilmek için ekonomik birer işletme olarak yönetilmek zorundadırlar.

### 1.2.3 Sağlık hizmetlerinde kalite

Günümüzde işletmeler neyi üretilip sattıkları ile değil, verdikleri hizmetin üstünlüğüyle ve kalitesiyle ayakta kalabileceklerini ve pazar paylarını ancak bu şekilde artıracabileceklerini görmüşler ve kalite, işletme için en temel kaygı haline gelmiştir.

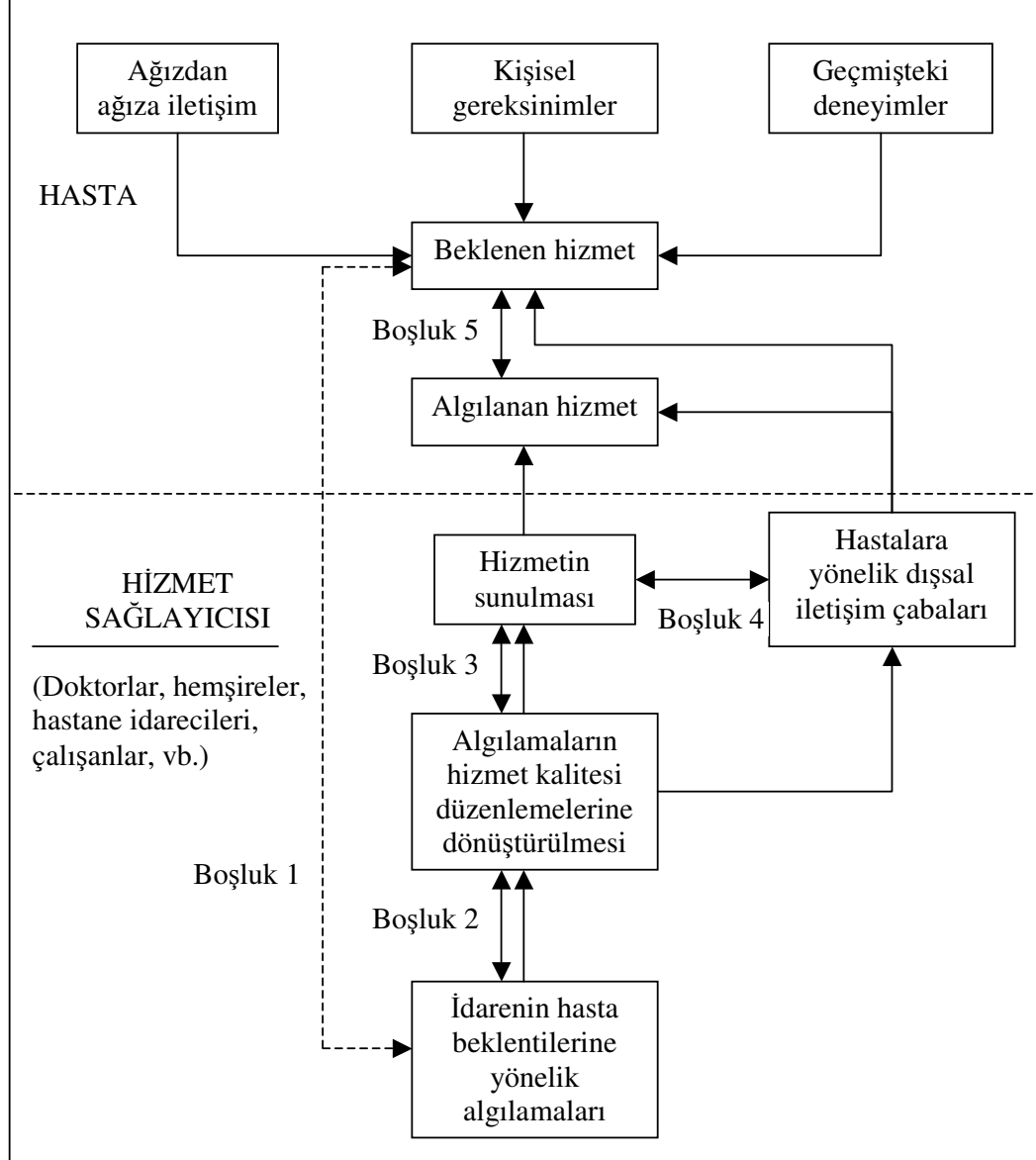
Türk Standart Enstitüsü'ne göre “*kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır.*” (www.tse.org.tr).

Fırat (2004:49) kaliteyi, kaynakların en etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamanın en etkin yolu olarak tanımlarken, Devebakan (2005:9) kaliteyi, beklentiler ile performansa yönelik algıların karşılaştırılmasından oluşan bir tür tutum olarak tanımlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalite sağlamanın geçmişi Hammurabi Kanunları'na kadar uzanmaktadır. Hammurabi Kanunları'nın bazı maddeleri, özellikle doktor-hasta ilişkileri içerisinde yapılan tıbbi müdahalenin başarılı veya başarısız olma durumları ile ilgili uygulanacak bir takım yasal düzenlemeleri içermektedir (Devebakan, 2005:12). O günün şartlarında tıbbi müdahalenin kalitesi, onun başarılı veya başarısız olmasıyla sınırlandırılmışken, günümüzde kalite çok çeşitli bileşenlerden oluşmaktadır.

Sunulan hizmet doğrudan insan yaşamı ile ilgili olduğundan dolayı başarı, bugün en önemli kalite bileşenlerinden biridir. Ancak artık sadece başarılı olup olmama hususunda değil, güvenilir olup olmama hususunda da kaygı oluşmaktadır. Güvenilirlik genel olarak, hastanenin söz verdiği hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği, güven ise, hastane çalışanlarının bilgili ve nazik olması ve hastalarda güven duygusu uyandırabilme becerileri olarak ifade edilebilir (Aksaraylı, Devebakan, 2003:49). Güvenilirlik, bir hastanenin hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde çok önemlidir. Çünkü bu, hizmetin doğru ve güvenilir bir şekilde, hasta beklentilerini karşılayacak ölçüde verileceğinin bir göstergesidir.

Güvenilirlik, iletişim, başarı, fiziksel ortam gibi unsurlar ışığında yapılan değerlendirmeler sonucu hasta, hizmet performansına ilişkin algılarını şekillendirerek, bu algılarını beklentileri ile karşılaştırma yolu ile hizmet kalitesini değerlendirmektedir (Odabaşı, 1994:138).



**Şekil 1.3: Hizmet Kalitesi Modeli**

**Kaynak** : Yavuz ODABAŞI, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir, 1994, s.139

Hastanın beklentileri ağızdan ağıza iletişim, hastanın gereksinimleri ve geçmiş deneyimleri ile şekillenmektedir. Yüksek kalitede hizmet sunulabilmesi,

dolayısı ile hasta memnuniyetinin oluşturulabilmesi için hastanın beklentileri ile algılanan hizmet kalitesi arasında en azından eşitlik sağlanması gerekmektedir. Şekil 1.3'teki "Hizmet Kalitesi Modeli"nde görüldüğü gibi beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi arasında fark oluşmasına neden olan beş boşluk bulunmaktadır.

Bu boşluklardan ilki, hastane idaresinin, hastaların talep, ihtiyaç ve beklentilerini algılama hususunda yetersiz kalması ve bu açıklığı gidermeye yönelik hizmet vermemesi durumunda hastaların beklentileri ile hastane idaresinin bu beklentilere ilişkin algılamaları arasında oluşmaktadır.

Hastane idaresinin, hastaların talep, ihtiyaç ve beklentilerini sürekli olarak takip edip, bunlara cevap vermemesi durumunda ikinci boşluk oluşmaktadır. Hastane idaresi, hastalardan gelen taleplere karşı duyarsız kalmamalı, bu talepleri sunduğu hizmetlerin iyileştirilmesi ve yeniden düzenlenmesi hususunda anahtar olarak kullanılmalıdır.

Hizmetlerin iyileştirilmesi ve düzenlenmesi aşamasında başarısızlık yaşanması ve hizmetin sunumu sırasında taleplerin göz ardı edilmesi durumunda üçüncü boşluk ortaya çıkmaktadır.

Dördüncü boşluk, hastane idaresinin hastalara vermiş olduğu hizmet kalitesi ile ilgili mesajların, sunulan hizmet kalitesi ile uyuşmaması durumunda ortaya çıkmaktadır. Hastanenin taahhüt ettiği hizmet kalitesinin, verebileceği hizmet kalitesinden fazla olması halinde hastaların beklentileri artmakta, bu durum hizmetin satın alınmasından sonra hastanın memnuniyetsizliğine neden olmaktadır.

Son boşluk ise, hastanın hizmeti satın aldıktan sonra algıladığı hizmet kalitesinin, hizmeti satın almadan önce beklediği hizmet kalitesinden düşük kalması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle hastaneler, hizmet kalitesinin artırılması ve hasta memnuniyetinin oluşturulması amacı ile hastaların beklentilerini, ihtiyaçlarını ve taleplerini sürekli izleyerek, elde ettikleri bilgiler ışığında verilen hizmetler için planlar yapmalı ve bu planları doğru bir şekilde uygulamaya

koyabilmek için hasta odaklı hareket etmeli ve diğer işletmeler gibi pazarlama faaliyetlerine önem vermelidirler.

Hizmet kalitesinin geliştirilmesinde pazarlama önemli bir role sahiptir. Günümüzde pazarlama anlayışı müşteri odaklı olmayı gerektirmektedir. Tüketicilerin istek ve beklentileri, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli role sahiptir (Argan, Tokay Argan, 2004:47). Yüksek kalitede hizmet sunmak, tüketici beklentilerine uygun hizmeti sağlamakla mümkündür. Hizmet kalitesindeki gelişmelerin bir işletmeye daha fazla yeni müşteri kazandıracağı, iş hacmini artıracığı, işletmeyi fiyat yönlü rekabetlerden sıyrabileceği ve hataları telafi etmek için harcanan emek ve masrafı azaltabileceği kanıtlanmıştır (Çakırer, 2002:34)

Sıklıkla karşılaştığımız “Hizmette sınır yoktur” ifadesi hizmette gelişimin, yenilikçiliğin, çeşitliliğin ve en önemlisi kalitenin sınırsızlığını vurgulamak için söylenmiş çok güzel bir sözdür. Rekabet ortamında hizmet kalitesini artırmak, işletmelerin odak noktası haline gelmektedir. Rakiplerden daha yüksek kalitede hizmet üretmek ve sunmak, bir işletmenin diğerlerinden farklılaşmasını sağlayan en güçlü silahtır.

Sağlık kuruluşlarının temel yetenekleri, yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmaktır ve bunlar, hızla değişen teknolojilerin göz ardı edilmesiyle aksamamalıdır (Ciotti, Pagnotta, 2005:38). Sağlık hizmeti sunumunda teknolojinin kullanımı uzman kadroya sahip olmak kadar önemlidir. Biri olmadan diğerinin başarılı olması mümkün değildir. Bu yüzden kaliteden ödün vermemek için gerek beşeri, gerek maddi unsurlarda gelişmeleri takip etmek zorunludur. Tıbbın her alanındaki gelişmeler, hastane hizmetlerinin kalitesinde önemli gelişmeler yaratmış ve hastane hizmetlerine duyulan talebin artmasını sağlamıştır.

Hizmetler üretilirken kalite ve yenilikçilik asla göz ardı edilmemelidir. Ancak bunun ölçümü oldukça güçtür. Burada ölçüyü belirleyen insan, yani müşteridir ve bu ölçüt müşterinin beklentisi çerçevesinde, her müşteri bazında farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, hastanın beklentileri ile hastaneye geldikten sonraki hasta ile hastane çalışanları arasındaki ilişkinin kalitesinin

örtüşmesine bağlıdır. Bunun için hastaneler, hasta beklentilerini karşılayan, tıbbi hataların yapılmadığı, gelişmiş tıbbi teknolojinin kullanıldığı, kaliteli ve etkin hizmet sunmalıdırlar. Sunulan hizmetin hastaların beklentilerine ne kadar cevap verebildiği sürekli olarak izlenmeli ve hizmet sunucusunun kendini geliştirmesi ve yeniliklerde bulunmasında kılavuz olmalıdır. Bu durumda sağlık hizmetlerinin üretim ve pazarlamasının odak noktasında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde itici güç rolü oynayan hasta bulunmaktadır. Bu güç hastaların beklentileri, tepkileri, önerileri ve çoğu zaman kulağa pek hoş gelmese de şikayetlerinden oluşmaktadır.

Sağlık sektöründe çalışanlar için sadece teknik bilgi yeterli değildir. Unutulmamalıdır ki kurumlar arasındaki kalite farkı bilgidir değil, bu bilginin nasıl kullanıldığından doğar. Söz konusu olan bir hizmet ve sağlık gibi hassas bir konu olduğundan dolayı bu sektörde çalışanlar aynı zamanda çok iyi bir psikolog, toplum bilimci ve pazarlamacı olmalıdırlar ve sahip oldukları kaynakları en etkin ve verimli şekilde kullanmalıdırlar.

### **1.3 Pazarlama ve Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**

Pazarlama bir parça bilim, bir parça da sanattır (Berkowitz, Hillestad, 2004:244). Pazarlama, işletmenin amaçlarına ulaşmasını sağlamaya ve kişilerin istek ve ihtiyaçlarını belirlemeye, şekillendirmeye ve karşılamaya yönelik olarak mal, hizmet, fikir, yer, kişi, faaliyet ve örgütlerin değişim süreci aracılığıyla geliştirilmesi, fiyatlandırılması, tutundurulması ve dağıtılmasına ilişkin planlama ve uygulama faaliyetlerinin bir bütünüdür (Mucuk, 2001:5; Tek, 1999:5).

*“Pazarlamanın 1947 yılında Duddy ve Revzan tarafından ilk yapılan tanımlarından birisi “Pazarlama, mal ve hizmetlerin değişimini ve bunların para cinsinden değerinin belirlenmesini sağlayan bir süreçtir” şeklindedir”* (Karahan, 2000:7). Pazarlamanın en eski tanımlarında bile hizmetlerin pazarlaması yer almasına rağmen, 1970'lere kadar hizmetlerin pazarlanması ile ilgili konulara tanımların dışında değinilmemiştir. Pazarlama anlayışının yaygınlaşması ile tüketicilerin malların yanı sıra hem mala bağlı, hem de mala bağlı olmayan

hizmetlere gereksinim duydukları görülmüş ve böylece pazarlama hizmet sektörüne de yerleşmiştir.

Winston (1989:3) pazarlamayı, 1980'lerin oyununun adı olarak görmektedir. Artık sadece bir mal veya hizmetin üretiminin, o malın veya hizmetin satılacağı anlamına gelmediği, başarılı olabilmek ve faaliyetlerini sürdürebilmek için işletmelerin varlıklarını ve üstünlüklerini kamuoyuna göstermeleri gerektiği görülmektedir. Her ne kadar pazarlama ilk etapta işletmelerin satış bölümlerinin bir uzantısı olarak faaliyete başlamışsa da, daha sonra görülmüştür ki pazarlama sadece üretilen mal veya hizmetin satışı için değil, gerek üretimden önce, gerekse üretim gerçekleşikten sonra satış aşamasında ve satıştan sonraki süreçte olmazsa olmaz bir faaliyettir. Bunun için öncelikle hedef kitle belirlenip tanımlanmalı ve bu kitlenin davranışlarından elde edilen bilgiler ışığında faaliyetler çerçevelendirilmelidir. Ancak tüm bunlar yapılırken işletmenin sahip olduğu genel ün ve imaj korunmalı, hatta iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Açıktır ki, pazarlama ile ilgili faaliyetler, üretimden önce başlayıp tüketimden sonra da devam eden, kesintisiz bir döngü içinde gerçekleşmektedir (Karahana, 2000:7).

Pazarlama giderek önem kazanmıştır. Bunun bir sebebi işletmelerin devamlılıklarını sağlayabilmek için maddi kaynak sağlama zorunluluğu, diğeri ise rekabettir. Rekabet koşulları içinde endüstri ve hizmet işletmeleri için pazarlama temel bir faaliyet iken, hastaneler için yeni bir olgudur (Kardeş, 1995:297). Sağlık hizmetlerinde pazarlama, 1970'lerin ilk yıllarında sadece hastanelerin zor zamanlarında kullanılmaya başlanmıştır (Berkowitz, Hillestad, 2004:242-243).

Hastaneler uzun süre halkla iletişim kurabilmek için halkla ilişkilere önem vermişler ve yatak doluluk oranının düşük olması, hastaları yeni hastanelere kaptırma, farklı hizmetler için değişen talep seviyeleri ve hafta sonları hastane imkanlarının düşük kullanımı durumları ile karşılaşmaya başladıkları zamana kadar sağlık hizmetleri pazarlamasına önem vermemişlerdir (Kotler, Mindak, 1994:377).

1980'lerin ortasında çok sayıda hastane pazarlamanın gerçekte sağlayacağı yararları anlamaya başlamıştır (Andreasen, Kotler, 1987:34). Hastanelerde pazarlama



kavramı, toplum tarafından tanınmak ve güvenilir olmak, benzer standartlara sahip olan hastanelerle rekabete girebilmek, potansiyel hasta grubunun sağlık hizmetlerindeki beklenti ve ihtiyaçlarını etkilemek amacıyla ortaya çıkmıştır (İstiroti, 1994:210).

Türkiye’de modern hastane yönetim anlayışı, International Hospital’ın 1989’da açılması ile gündeme gelmiştir. Hastane projesinden sorumlu olan ve daha önce Methodist Hastanesi’nde yöneticilik yapmış olan George D.Rowntree bu anlayışın getirilmesine önyak olarak, ilk defa bir hastanede pazarlama bölümünü kurmuştur (Karaman, 2003:125).

Kompleks profesyonel hizmet örgütleri olan hastanelerde pazarlama ve pazarlama örgütlenmesi kavramları, özellikle Türkiye’de 1990’lı yıllarla birlikte karşımıza çıkmıştır (Karaman, 2003:113). Çağdaş hastane yönetiminde pazarlamanın yeni bir boyut kazanması, son 20 yılda gerçekleşmiştir (Güdüm, Kavas, 1994:219).

İlk başlarda pazarlama, doktorları çekmek için uygulanan bir faaliyet olarak ortaya çıkmıştır. Çünkü, hastaneler doktorları hastanenin can damarı olan hastaların gelmesini veya kaçmasını sağlayan çok önemli kapı bekçileri olarak görmüş ve pazarlamayı, doktorları etkilemek için kullanmışlardır (Andreasen, Kotler, 1987:34). Oysa günümüzde, bir hastanenin tercih edilmesi için sadece tıbbi kadrosunun yeterli olmadığı, verilen tıbbi hizmetin dışındaki diğer tüm hizmetlerde hasta ve hasta yakını memnuniyetinin sağlanmasının zorunluluğu açıkça görülmüştür. Bu yüzden pazarlama, hastanenin tüm birimlerini ilgilendiren bir fonksiyondur.

Winston (1989:6) pazarlama bölümünün;

- Biz hangi işin içerisindeyiz ve işletmemizin varlığının amacı nedir?
- Müşterilerimiz kimdir?
- Müşterilerimizin ihtiyaçları nelerdir?
- İşletme hangi pazarlara hitap etmelidir?
- İşletmenin güçlü yanları nelerdir?
- İşletmenin ilgilenilmesi gereken zayıf yanları nelerdir?

- Rakiplerimiz kimlerdir?
- Toplumun hangi kesimlerine hizmet vermek istiyoruz?
- Bu kesimlerle iletişim kurmak için pazarlama stratejimiz nelerdir?
- Fiyatlandırma, tutundurma, erişim ve sunulan hizmet çeşitleri ile ilgili hangi stratejileri geliştirmeliyiz? sorularına cevap vermek üzere çalışmaları gerektiğini belirtmektedir.

Bu sorular bağlamında hastaneler;

- Dış çevre analizi yapma,
- SWOT (fırsat/tehdit ve güçlü/zayıf yönler) analizi yapma,
- Hasta çevresini analiz etme,
- Misyon belirleme,
- Pazarı bölümlendirerek hedef pazarı belirleme,
- Pazarlama stratejileri geliştirme,
- Pazarda uygun bir konumlandırma ya da yeniden konumlandırma stratejisi oluşturma,
- Seçilen pazarlama stratejilerine uygun strateji kaynaklarını belirleme,
- Hastalarla ve diğer ilgili taraflarla ilişkileri sürdürme ve geliştirme,
- Hasta memnuniyetini araştırma,
- Yatan hastalara otel hizmeti verme,
- Bireye özel sağlık paketleri sunma,
- Koruyucu tedavi seminerleri yoluyla halkı bilinçlendirme,
- Rekabet üstünlüğü bulunmayan hizmetler yerine yeni hizmetler geliştirme,
- Hastane teknolojisi ve hizmetlerini tanıtmaya ve halka benimsetme faaliyetleri yürütme,
- Tıbbi sempozyum ve konferanslar düzenleme, imaj yaratma çalışmalarında bulunma faaliyetlerini yerine getirmelidirler (Karaman, 2003:124-125).

Günümüzde sağlık hizmetleri pazarlaması, sağlık pazarının nasıl çalıştığını, sağlık kuruluşunun pazara sunduğu hizmetteki rolünü, hasta talebini karşılamak için üretim yeteneklerinin nasıl uyarlanması gerektiğini ve hasta memnuniyetinin nasıl sağlanabileceğini belirlemek üzere organize edilmiş bir disiplin haline gelmiştir

(Winston, 1989:4). Sağlık hizmetleri pazarlaması, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi, bu ihtiyaçları karşılayacak hizmetlerin verilmesi ve hastaların bu hizmetleri almasını sağlamaya yönelik yapılan faaliyetlerden oluşmaktadır (Odabaşı, 1994:30). Cooper (1994:10) sağlık hizmetleri pazarlaması kavramını, sistemin anahtar görevinin hedef pazarın isteklerini, ihtiyaçlarını ve değerlerini belirlemek ve sistemi istenen seviyede memnuniyet sağlayacak biçimde şekillendirmek olduğunu kabul eden bir sağlık sistemi yönetimi olarak tanımlamaktadır.

Hastaneler sosyal boyutu olan kuruluşlardır. Bu nedenle, bu kuruluşların sunduğu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde ve bu hizmetlerin istenilen sonucu yaratmasında sosyal pazarlama yaklaşımı önemli bir rol oynamaktadır (Güdüm, Kavas, 1994:219). Şahin (2002:19) sosyal pazarlamayı, toplumsal bir düşünce, neden veya uygulamanın belirlenmiş hedef kitle tarafından benimsenmesini sağlamak amacıyla gerekli programların geliştirilmesi, uygulanması ve kontrolü süreci olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar kar amacı gütsün ya da gütmesin, farkında bile olmadan pazarlama ve sosyal pazarlama faaliyetlerini kendiliklerinden gerçekleştirirler. Çünkü varlıklarını devam ettirebilmeleri için belli bir girdiye sahip olmak zorundadırlar. Hizmetlerinin tanıtımı, kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yönelik çalışmalar, yeni bir hizmet için yapılan talep çalışmaları bunlara birer örnektir.

Pazarlama, sağlık hizmetleri yönetiminde etkisi gittikçe artan bir araçtır. İşletmeler, son yıllarda hizmetlerin pazarlanması konusuna oldukça fazla eğilerek, hizmetin profesyonel bir biçimde verilmesini sağlamak amacıyla pazarlama kurallarından yararlanmaya başlamışlardır (Çakırer, 2002:32)

Şahin (2002:20) ve Odabaşı (1994:30) hastanelerde pazarlama faaliyetlerine ağırlık verilmesinin nedenlerini;

- Artan maliyetler,
- Sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak artması,
- Değişen hasta-doktor ilişkisi,
- Sağlık hizmeti sunanlara yönelik artan hasta memnuniyetsizliği,

- Hastane yönetimlerine hedef kitleler, beklenti ve gereksinimleri yönünde güncel veriler sağlama,
- Konumlandırma stratejileri ile pazarda bir yer edinerek, gereksinim duyulan hizmetleri daha etkin sunabilme olanaklarına kavuşma,
- SWOT analizleri ile rekabet üstünlüğü bulunmayan hizmetler yerine, yeni hizmetlerin geliştirilmesi ve sunumuna yönelerek, performans göstergelerini yükseltme,
- İç ve dış müşteri memnuniyeti araştırmaları ile etkin stratejiler geliştirme,
- İmaj yöntemi ile hastanenin faaliyetini sürekli kılma,
- İşletmenin verimlilik ve etkinlik, dolayısıyla da kalite performanslarını yükseltme olarak sıralamaktadır.

Pazarlama faaliyetleri sadece kar amaçlı değil, kar amaçsız sağlık kuruluşları için de önemlidir. Çünkü bu kuruluşların performansları, belirli bir dönemdeki hizmet sayıları ile ölçülmektedir. Sağlık kuruluşundaki her müdahale, ekonomik anlamda bir mübadeledir. Pazarlamanın özü mübadele, pazarlama faaliyetlerinin de amacı mübadeleleri kolaylaştırmak olduğuna göre pazarlama, kar amaçsız işletmeler için de önemli bir işletme fonksiyonudur (Karafakıoğlu, 1998:26). Bu yüzden sağlık kuruluşları hizmet sundukları pazarı iyi tanımalı ve bu pazarda faaliyetini sürdürmesini sağlayacak yenilikler ve çözümler üretmelidirler. Çünkü, kar amaçsız örgütlerde etkili bir pazarlama faaliyeti yürütülmezse, ek sosyal ve ekonomik maliyetler ve savurganlık doğmaktadır (Tek, 1999:438).

Pazarlama faaliyetlerinin işletme maliyetlerini artırması kaçınılmazdır. Bununla birlikte, pazarlama faaliyetlerindeki artış satışları da artırmaktadır. Çünkü pazarlama faaliyetleri ile potansiyel hastalara sunulacak hizmetlerin varlığını, niteliklerini, erişme ve kullanma yollarını iletmek mümkündür (Odabaşı, 1994:78). Tabi ki pazarlama harcamalarının artması hastalara yansıyan hizmet fiyatlarında da artışa neden olmaktadır. Fakat işletmenin sürekliliği için bu zorunludur. Varlığını sürdürmek ve başarıya ulaşmak için işletmeler, pazarlarını iyi tanımalı, yeterli kaynakları kendisine çekmeli, bu kaynakları uygun ürün, hizmet veya fikirlere

dönüştürmeli ve bunların etkin bir şekilde çeşitli tüketicilere dağıtımını gerçekleştirmelidirler (Andreasen, Kotler, 1987:36).

Sağlık işletmesi için pazarlama anlayışına ulaşmak, hastane içine yönelik bir uygulamadan, hastalarının istek ve ihtiyaçlarına yönelik bir politikaya geçmek anlamına gelmektedir (Karafakıoğlu, 1998:2). Bir pazarlama bölümünün geleneksel işlevlerinden biri, diğer bölümlerin tamamına karşı hastaların çıkarlarını savunmaktır (Karaman, 2003:119). Pazarlama bölümü, işletmede odağına hastayı alan ve hasta memnuniyetinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yapan tek bölümdür. Pazarlamanın amacı, hastalarla hizmet sağlayıcılarını en uygun seviyede bakımın sağlanacağı şekilde bir araya getirmektir (Griffith, 1995:278). Ürün, fiyat ve yer konuları dikkatli planlama faaliyetleri ile çözümlenmeli, hastalar tercihleri hakkında bilgilendirilmeli ve onların davranışlarını etkilemek için çalışılmalıdır (Griffith, 1995:301).

Pazarlamanın merkezinde müşteri vardır, ancak ürün veya hizmet de büyük ölçüde pazarlama karmasının merkezidir. Pazarlama karması (4P) mal/hizmet, fiyat, yer ve tutundurmaktan oluşmaktadır. Ancak sağlık sektöründe insan faktörü yani doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin sayısı ve yeteneği de önemli bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yüzden pazarlama elemanlarını geniş bir çerçevede ele almak gereklidir. Genişletilmiş pazarlama karması (7P), pazarlama karması ile birlikte insan, fiziksel kanıtlar ve süreç olarak karşımıza çıkmaktadır (Öztürk, 2003:21-22). İnsan, hizmet üreten veya pazarlayanlarla birlikte hizmet çevresinde bulunan hizmet destekleyiciler ve müşteriler de dahil olmak üzere yer alan tüm bireyler (Karahan, 2000:100; Öztürk, 2003:22); fiziksel kanıtlar, hizmetin ulaştırıldığı ve işletme ile müşterinin etkileşimde bulunduğu çevre ve hizmetin performansını ya da iletişimini kolaylaştıran dokunulabilir bileşenler; süreç, hizmetin ulaştırılmasını sağlayan prosedürler, mekanizmalar ve faaliyetlerin akışıdır (Öztürk, 2003:22-23). Tüm bu pazarlama unsurlarının etkin bileşiminin yanında, yönetici temel kalitelerini değerlendirmeli, bir hizmet seviyesi belirlemeli, pazardan gelen önerileri değerlendirmeli, mevcut hizmetlerde değişiklikler yapmalı, marka stratejisi seçmeli ve bir isim belirlemelidir (Berkowitz, Hillestad, 2004:161).

Değişen dinamiklerle birlikte sağlık pazarının pazarlama anlayışı ve uygulamaları da değişmekte ve pazarlama, hastane reklamları anlayışından, sağlıklı ve kalıcı ilişki pazarlamasına dönüşmektedir (Güdüm, Kavas, 1994:226). Bir hastanenin iletişim stratejisinin hedefi, hasta farkındalığını arttırmak, algılamayı yükseltmek, davranışı etkilemek veya hastanenin genel rekabetçi pozisyonunu geliştirmektir (Urban, 1991:125).

Sağlık hizmetlerinde pek çok pazarlama uygulaması yer almaktadır. Bunlardan bazıları hizmetler, hastalar, yeni kadro, bağış sahipleri, sosyal nedenler, yaratıcı fikirler, prestij, personel morali, halkla ilişkiler, hizmet sağlayıcılarla ilişkiler, topluluklarla ilişkiler, politik faaliyetler, yeni ürünler, sermayeyi artırma, hastalarla ilişkiler ve sözleşmeler için pazarlama uygulamasını kapsamaktadır (Winston, 1989:5). Hastaneler gibi kompleks bir yapının pazarlama uygulamalarının da bu kadar çeşitli olması şaşırtıcı değildir. Tüm bunları gerçekleştirebilmek için uzman bir kadroya gereksinim duyulması kaçınılmazdır. Bunun için yönetim ile pazarlama bölümü, birlikte hareket etmek ve kararları birlikte almak durumundadırlar (Karaman, 2003:126). Ancak çoğu hastanede pazarlama bölümü bulunmadığı gibi, bulunan hastanelerde de yönetim pazarlamanın önemini göz ardı etmekte, işi ehil ellere bırakmak yerine bu faaliyetlere müdahale etmektedir.

Hastaneler temelde aynı hizmeti sunmakla birlikte ürün farklılaştırması yoluyla pazarlama faaliyetlerine ağırlık vermektedirler. Bazı hastanelerse satış hacmini yükseltmek için otelcilik ve restaurant hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Tıp alanındaki başarılarını duyuran hastaneler, aslında bu başarıları bir halkla ilişkiler, reklam aracı olarak kullanmakta, bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde pazarlama faaliyetlerinde bulunmaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama planındaki en önemli konulardan biri de pazar konumlandırmasının kullanımıdır (Winston, 1989:241). Hasta ve yakınının hastaneyi kafasında nasıl konumlandığı çok önemlidir. Winston'a (1989:245) göre zihinlerde bir etki kazanabilmenin en kolay yolu pazarda ilk olmaktır. Fakat rakipler bunu izleyeceği için kuruluş sunduğu bu ilk hizmeti sürekli iyileştirerek devam etmeli, gelişmelerin gerisinde kalmamalıdır. Bunun için pazardaki diğer hastanelerin

konumlarındaki açıklar takip edilerek, bu boşlukların doldurulması kuruluşa büyük avantaj sağlayabilir. Bir hastanenin sunmadığı bir hizmeti sunmak, pazardaki hastaları kazanmak anlamına gelebilir. Hastane, pazardaki konumunu güçlendirmek için bir imaj oluşturmalıdır. İmaj, kuruluşun kendisi ile oluşabileceği gibi, sunduğu hizmetler ve bu hizmeti sunan personel tarafından da oluşturulabilir. Öncelikle mevcut imaj belirlenmeli, eğer kamuoyunda olumsuz bir imaj varsa bunun nasıl olumlu bir yönde geliştirilebileceği araştırılmalı ve bu hususta çalışılmalıdır. Ülkemizde yaygın olan sağlık hizmetleri hakkındaki olumsuz görüş karşısında sağlık kuruluşlarına düşen görev ve sorumluluk bir hayli fazladır. Sağlık kurumları için en kötü imaj, sağlık personelinin hastalara yaklaşımının kötü olması ve hasta bakım hizmetlerindeki eksiklik ve yetersizliklerdir.

Hastaneler, sundukları hizmetlerin optimum seviyede kullanılabilmesini sağlamak için, bu hizmeti veren tıbbi kadronun ve her bir bölümün pazarlamasını yapmak ve hedef kitleye ulaşabilmek amacıyla stratejik planlama, imaj oluşturma yöntemlerini geliştirmek zorundadırlar (İstiroti, 1994:207). Pazarlama faaliyetleri sayesinde hastaneler, kaynakları ve hedefleri arasında denge sağlayarak hedeflerine ulaşabilirler. Hastane pazarlamasında hedef, doğru hizmeti, doğru yerde, doğru zamanda, uygun fiyatlarla sunmaktır.

Hastanede pazarlama faaliyeti hiç durmadan devam eden döngüsel bir süreçtir (İstiroti, 1994:218). Yeni ve daha kalifiye tıbbi kadronun dikkatini çekmek, tanıtım programları düzenlemek, hastanın tercihlerini yönlendirmek, hastanenin imajını geliştirmek için süreklilik gerektiren bir faaliyettir.

Sağlık kuruluşlarına olan talebin fazlalığı ve sağlık hizmetini almanın zorunluluğu nedeniyle yıllarca bu sektörde gerekli pazarlama çabaları verilmemiştir. Oysa günümüzün değişen şartları pazarlama faaliyetlerini kaçınılmaz kılmaktadır. Pazarlama başarı için şarttır. Pazarlama faaliyetlerinin planlanması, uygulanması ve kontrolü ne kadar etkin gerçekleştirilirse, sağlık işletmeleri de o denli başarılı olabilirler (Odabaşı, 1994:89). Pazarlamanın en iyi sonucu hasta ve yakınlarının referanslarıdır (Winston, 1989:5). Memnun bir şekilde hastaneden ayrılmış olan hasta ve hasta yakınından daha iyi hiçbir pazarlama aracı yoktur. Bu yüzden sağlık

hizmetlerinin pazarlanmasında da hasta odaklı hareket etmek kurumun başarısı ve geleceği için büyük önem taşımaktadır.

### **1.3.1 Sağlık hizmetlerinde pazarlama çevresi**

İşletmenin içinde veya dışında yer alan ve işletmenin pazarlama faaliyetlerini etkileyen, şekillendiren faktörler, pazarlama çevresi adı altında toplanmaktadır.

Sağlık kurumunun iç çevresini insan kaynakları, finans, teknoloji, sunulan ürün ve hizmetler, kurum yapısı ve kültürü, vb. oluşturmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:135). Dış çevre ise hukuki ve yasal çevre, rekabet, demografik yapı, ekonomik çevre, sosyo-kültürel yapıdan oluşmaktadır.

Sağlık kuruluşlarının özel veya kamuya ait olmaları, amaçları, hukuki yapı, politika, ekonomik durum, sosyal çevre, bilgi ve tecrübeleri, kültür, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, vb. çok sayıda faktör pazarlama anlayışı üzerinde etkili olmaktadır.

Pazarlama stratejisi; pazarın, hedef bölümün, rekabetin, çevrenin, teknolojik, düzenleyici ve politik değişikliklerin analizinden doğmaktadır (Clarke, 1995:484). Bu nedenle, pazarlama çevre koşullarının öğrenilmesi amacı ile çevresel analiz yapılmalıdır. Bu analiz yapılırken dış çevrede ortaya çıkan teknolojik, sosyal, hukuki, siyasal, ekonomik gelişmeler ve rekabet koşulları takip edilerek, bunlardan stratejik önemi olan gelişmeler seçilmeli ve bunlar hakkında daha detaylı bilgi toplanmalıdır. Bu bilgiler ışığında, mevcut ve muhtemel durumlar analiz edilerek pazarlama stratejisi belirlenmelidir.

Pazarlama çevresi iç ve dış çevre olmak üzere iki ana başlık altında toplanmaktadır. Dış çevrenin analizi, sağlık kurumunu etkileyen çevresel koşulların belirlenmesi, gruplandırılması ve yorumlanması faaliyetlerini (Kavuncubaşı, 2000:127-128), iç çevre analizi ise insan kaynakları, finans, teknoloji, ürün ve hizmetler, kurum yapısı ve kültürü, vb. unsurların analizini (Kavuncubaşı, 2000:135) içermektedir. İç çevre analizinin kolay biçimde gerçekleştirilmesi için bir sağlık kurumu 10 işlevsel alt sisteme ayrılmalı ve bu alt sistemler ilk önce kendi başlarına



analiz edilmeli, daha sonra da diğer alt sistemlerle ilişkilerine göre analiz edilmelidirler (Kavuncubaşı, 2000:135).

**Tablo 1.1 - İç Çevrenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Alt Sistemler**

ALT SİSTEMLER	ÖNEMLİ FAKTÖRLER
Yönetim	Yönetimsel düzey sayısı, yönetimsel beceriler, yetki devri, merkezleşme
İnsan kaynakları	Personelin sayı ve niteliği, personel bulma olanakları, personel verimliliği, personel devri
Finans	Finansal kaynakların yeterliliği, finansal performans göstergeleri, bütçeden sapmalar
Pazarlama	Mevcut hastalıkların özellikleri (sigorta, hastalık derecesi, demografik), hasta sevk kaynakları, kullanım oranları, hizmet sunum kanalları
Klinik sistemler	Verilen hizmetlerin miktarı ve kalitesi, kullanılan teknoloji, doktorların mevcut bilgi ve beceri düzeyleri
Kurumsal yapı	Kurumsal bölüm ve programlar arasındaki ilişkiler
Kurumsal kültür	Değer sistemleri, davranışsal beklentiler ve özellikler
Fiziksel olanaklar	Binanın yeterliliği, fiziksel genişleme olanakları
Bilgi sistemleri	Klinik, yönetimsel ve mali bilgi sistemlerinin etkililiği
Önderlik	Üst, orta ve alt kademe yöneticilerin önderlik tarzları

**Kaynak:** Şahin KAVUNCUBAŞI, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000, s.135

Sağlık işletmeleri, pazar çevresini oluşturan gelir, örf - adet, yasalar gibi değişkenleri kısa vadede değiştiremezler. Ancak bunları en iyi şekilde değerlendirmek ve içinde bulunulan durumdan en iyi şekilde faydalanmak esastır. Pazarlama bileşenleri her ne kadar içinde bulunulan pazar çevresinden etkilenirse etkilensin, kontrol işletmenin elindedir. Hangi bileşenle nasıl oynayacağına işletme çevreden edindiği bilgiler ışığında karar verir ve bu bileşenleri birbiri yerine ikame ederek oynar. Örneğin bir sağlık kuruluşu talebi artırmak amacıyla fiyatlarını düşürme, sunduğu hizmet çeşidini artırma, bekleme sürelerini azaltma gibi çalışmalarda bulunabilir.

Kamu sağlık kuruluşlarında fiziki, mali ve beşeri kaynakların etkili kullanılmaması verimsizliğe yol açmaktadır. Bunun için tüm kamu sağlık kuruluşları finansman, yönetim, organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuatı ve enformasyon boyutu ile yeniden yapılandırılmalıdır (Büyükmirza, Uçak Erden,

2004:6). Bunun için çevresel koşulların analizi ile işletmeler pazarlama planlarını hazırlamalıdır.

Sağlık işletmeleri pazarlama planlarını hazırlarken;

- Hasta kitlesini oluşturan hastalar ve önleyici sağlık hizmetlerini alan sağlıklı insanlar,
- Demografik yapı
- Ekonomik yapı
- Sosyo-kültürel yapı
- Rekabet
- Hukuki ve yasal çevre
- Teknolojik imkanlar
- İnsan kaynakları hususlarını göz önüne almalıdırlar. Bu unsurlar dikkate alınmadan gelişigüzel yapılan bir pazarlama planı ancak günü kurtarabilir, uzun vadeli bir başarı getirmez.

#### **1.3.1.1 Rekabet**

Sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar ister özel olarak, isterse kamuya bağlı olarak faaliyet gösterebilir, her şeyden önce birer işletmedirler. Bu yüzden, her işletme gibi sağlık kurumları da rakiplerine karşı savaş vermek ve pazarda onlarla baş ederek varlıklarını sürdürmek zorundadırlar. Bunu gerçekleştirebilmek için işletmeler rakiplerini çok iyi tanımalı, analiz etmeli ve onlardan üstün olmak için pazardan gelen geri beslemeleri çok iyi değerlendirmelidirler.

Rekabetin artması ile hastaneler, yeni bir fikir olarak gördükleri pazarlama ile ilgi çekme çalışmalarına başlamışlardır (Andreasen, Kotler, 1987:34). Bu doğrultuda hastaneler imaj oluşturma ve tutundurma faaliyetlerine ağırlık vermişlerdir. Bu işe, sağlık kuruluşlarının klasik rekabet aracı olan fiyattan sıyrılarak pazarlamayı, rekabette bir silah olarak kullanmalarına neden olmuştur.

### 1.3.1.2 Demografik çevre

Demografik çevre denildiğinde ilk akla gelen şey nüfustur. Ancak nüfusu tek başına incelemek pazarlama açısından anlamlı değildir. Anlamlı bir pazarlama çalışması için sadece nüfusun miktarı değil, nüfusun bileşimi, yoğunluğu, eğitim düzeyi, yaş grupları, medeni durum, istihdam durumu gibi özelliklerin de ele alınması gereklidir. Ancak bu bilgilerin tamamının göz önüne alınması ile o bölgede hangi büyüklükte, hangi alanlarda hizmet veren, kaç yatak kapasitesi olması gereken, kaç kişinin istihdam edileceği bir hastaneye ihtiyaç olduğu sorularına cevap verilebilir.

### 1.3.1.3 Ekonomik çevre

Ekonomik çevre denildiğinde de ilk akla gelen değişken yine nüfustur. Ancak bu kez önemli olan, bu nüfusun sahip olduğu satın alma gücüdür. Satın alma gücü bulunmayan ve hiçbir sosyal güvenceye sahip olmayan insanlar, sağlık kurumlarına ancak çok acil durumlarda başvurmakta, kimi zaman bu imkansızlıklar, onların en önemli varlıkları olan sağlıklarını hiçe sayarak, belki de ölüme bile razı gelmelerine neden olabilmektedir.

Gerçekten de ancak ekonomik olarak güçlü ve eğitim düzeyi yüksek bir azınlık sağlığına gerekli özeni göstermekte, hastalıklar karşısında veya koruyucu sağlık hizmetlerine, periyodik muayenelere bütçelerinden pay ayırmaktadır. Gelir düştükçe mümkün olduğu kadar doktora gitmeme, hatta reçetelerdeki ilaçlardan bir kısmını almama gibi eğilimler ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetleri, devletin halkına sağlamakla yükümlü olduğu çok önemli bir konudur. İşte bu nedenle hükümetler, sosyal sağlık güvenceleri ile halkını güvence altına almakta ve onların sağlıklarına gerekli özeni göstermeleri için gerekli kolaylıkları sağlamaya çalışmaktadır. Bu doğrultuda emekli sandığı, SSK, Bağ-Kur, yeşil kart, çalışan personel sigortası gibi sosyal güvenceler sağlanmaktadır. Özel sigorta kuruluşları tarafından yapılan isteğe bağlı özel sağlık sigortalarının yaygınlaşması da ekonomik gelişmenin bir göstergesi olarak ortaya çıkarken, sağlığa verilen önemdeki pozitif gelişmelere de ışık tutmaktadır. Ancak, bu güvenceler

halkın tamamını kapsamamaktadır. Yeni sosyal güvenlik yasa tasarısı ile nüfusun tamamının sağlık sigortası kapsamına alınması, aile hekimliğinin oluşturulması ve hastaların ikinci basamak sağlık kurumlarına (üniversite hastaneleri hariç olmak üzere tüm kamu hastaneleri ile özel hastaneler) ihtiyaçları doğduğunda istedikleri sağlık kurumundan hizmet alabilmelerinin sağlanması planlanmaktadır. Bu tasarı kanunlaştığı takdirde hastaların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması sağlanacak ve sağlık işletmeleri daha fazla hasta çekebilmek için sağlık hizmetleri pazarlamasına daha fazla önem vermeye başlayacaklardır.

Sağlık hizmetini sunan kuruluşlar açısından bakıldığında da sağlık işletmelerinin talep ettikleri ücretler yeterli sayıda hasta çekecek, maliyetleri karşılayacak, aynı zamanda yeni yatırımlara kaynak olabilecek derecede olmalıdır. Sağlık sektöründe işletmeler fiyatlandırma konusunda tam bir özgürlüğe sahip değildirler. Ancak belirlenmiş fiyat aralıklarında bir fiyat belirleme imkanları vardır.

Hastane yatırımları oldukça pahalı yatırımlardır. Türk Tabipler Birliği Çalışma Raporları'na göre Türkiye, kendi gelir grubundaki ülkeler arasında Sağlık Bakanlığı'na en düşük kaynak ayıran iki ülkeden birisidir ([www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr)). Bu yüzden kar amaçsız örgüt gibi görünmekle birlikte hastaneler, bu kısıtlı finansal kaynaklar ile yoğun rekabet ve gelişen teknoloji şartları altında varlıklarını sürdürebilmek için birer ticari kuruluş gibi davranmak durumundadırlar.

#### **1.3.1.4 Sosyo-kültürel çevre**

Kültür, bir toplumun üyeleri tarafından paylaşılan, öğrenilmiş davranış kalıplarının bütünüdür. Sosyo-kültürel çevre dediğimizde kastedilen değişkenler inanç, örf, adet, gelenek ve görenek, paylaşılan değerler, alt kültürler, eğitim düzeyi, yaşam tarzları gibi etkenlerdir. Bu etkenlerle oynamak kısa vadede kolay olmamakla birlikte, bu etkenlerin analizi ile sağlık kuruluşunun çizgisini belirlemesi mümkündür.

Sağlık hizmetleri bazı durumlarda toplumda tabu olarak algılanan bir takım konularla ilgili olabildiği gibi, bazı hastalıklarda hastanın özellikle cinsiyetine göre doktor tercih etmesi, talep edilen sağlık hizmetinin miktarı, koruyucu sağlık

hizmetlerine olan talep, sağlık kontrollerine verilen önem gibi durumlar, sosyo-kültürel çevrenin analizi ile belirlenebilmektedir.

Bir toplumda sağlık hizmetlerinin gelişmişliğinin düzeyi, o toplumun refah seviyesi ve gelişmişliğinin bir göstergesidir.

### **1.3.1.5 Hukuki ve yasal çevre**

Her işletmenin olduğu gibi, sağlık hizmeti sunan işletmelerin de uymakla yükümlü olduğu kurallar vardır. Bu kurallar kanun, kararname, yönetmelik, tebliğ ve kamu organları (işletmenin bağlı olduğu kuruma göre Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu, Kamu İhale Kurumu, vb) tarafından konulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde işletme, fiyatları kendi kendine belirleyemez, belirlenmiş olan fiyat aralıklarının dışına çıkamaz. Bütçe Uygulama Talimatındaki fiyatları, ancak yasaların öngördüğü hizmetlerde, yasaların öngördüğü kadar aşabilir.

Sağlık kuruluşları insan kaynakları açısından da yasal bazı zorunlulukları yerine getirmelidirler. Hastane, yatak sayısına ve servis çeşitliliğine göre, en az yasaların öngördüğü nitelikte ve sayıda personeli, hizmeti kesintiye uğratmaksızın çalıştırmakla mükelleftir.

Sağlık kuruluşlarının karşı karşıya oldukları bir başka kısıt da reklam ve tanıtım faaliyetleri konusundadır. Sağlık hizmetlerinde reklam yapılması bir çok ülkede tamamen veya kısmen yasaklanmıştır. Çoğu zaman doktorlar ve sağlık kuruluşları, reklamın etik olmaması ve mesleğin onuru ile bağdaşmaması hususunda reklama karşı çıkmaktadır. Oysa ki reklam, diğer sektörlerde olduğu gibi çarpıtılmış, aldatıcı ve istismar edici olduğu takdirde etik değildir. Reklamın asıl amacı insanları bilgilendirmek ve satın alma kararlarını kolaylaştırmaktır. Sağlık sektöründe tutundurmanın amacı, hastayı gereksiz tüketime teşvik etmek değil, hastayı bilgilendirmek, teşhis ve tedavi sürecinde katılımını sağlamak ve hizmet sunumunu kolaylaştırmak olmalıdır.

Son yıllarda pazarlama faaliyetlerinin ve reklamın ne kadar önemli olduğunun farkına varan hastaneler, artık kendilerini daha fazla duyurmak amacı ile doğrudan reklam vermenin yanında, televizyon dizilerine sponsor olma veya sağlıkla ilgili sahneleri hastanelerinde çekme, sağlık programlarına katkıda bulunup konuşmacı uzman gönderme, bazı sosyal faaliyetlere sponsor olma, üzerinde hastanenin adı olan ambulansları kullanma, ücretsiz aşı kampanyaları, sağlık taramaları, konferanslar, seminerler düzenleme, bazı kültür organizasyonlarına salon sağlama, afet durumunda yardım ekibi yollama, klasik halkla ilişkiler çabaları, vb. yollara başvurmaktadırlar. Sağlık sektöründe fiyata dayalı reklam yapılamadığı için bu tür dolaylı reklamlar, çoğu durumda hastalarının hafızasında daha fazla yer etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde, kurumsal reklam uygulaması uygundur. Amaç, kurumu tanıtmak, imajını güçlendirmektir. Bu tür reklamlarda, yeni bir hizmet ünitesinin açılışı, hizmeti sunarken kullanılan teknoloji, sağlık sorunları hakkında kurum görüşü gibi unsurlar kullanılmaktadır.

Hastane yöneticilerinin medya ile olumlu ilişkiler içinde olması önemlidir. Sıklıkla yazılı ve görsel yayında gündeme getirilen sağlık skandalları ne kadar olumsuz bir etki yaratıyorsa, belli bir alanda başarı elde etmiş, kendini ispatlamış hastanelerle ilgili yapılan sağlık haberleri de, aslında gizli bir reklam olarak, o denli olumlu bir imaj çizmektedir.

İşletme, diğer çevre koşullarına uyup uymamakta serbesttir ama hukuki ve yasal çevreye mutlaka uymak zorundadır. Sadece tıbbi hizmet sunma açısından değil, ekonomik bir işletme olma açısından da kanunlara uymakla mükelleftir.

#### **1.3.1.6 Teknolojik çevre**

Sağlık sektöründeki büyüme ve hizmetin pazarlamasındaki hızlanma sayesinde, sağlık hizmeti pazarlaması ayrı bir uzmanlık dalı haline gelmiştir (Gül, 2002:24). Teknoloji alanındaki gelişmelerin de buna katkısı fazladır. Etkin teşhis ve tedavi için modern alet ve cihazları kullanma zorunluluğu kaçınılmazdır. Bu da teknolojik gelişmeleri yakından takip etme zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Ancak, teknolojiyi takip edebilmek maddi açıdan oldukça yüklü bir külfet getirmektedir. Bu

yüzden de sağlık kuruluşları bu maddi açmazı aşabilmek amacıyla rakipleri ile fiyat dışı rekabete girmişlerdir. İşte bu noktada pazarlama faaliyetlerinin etkin bir şekilde kullanımı, sağlık kuruluşu için başarıyı getirmiştir.

Sağlık sektörü, hızla gelişen teknoloji ve toplum bilincinin artması sonucu, daha iyi yaşam şartları arzusuyla giderek büyüyen bir sektör olmuştur. Sağlık kurumlarında teknoloji, cihaz ve profesyonel insan kaynakları anlamında kullanılmaktadır (Aktaş, 2002:18). Uzman bir kadronun elindeki en son teknolojiye sahip tıbbi cihazlar, kaliteli bir hizmet anlayışı ile birleştiğinde hastane, sadece kendi yöresine hizmet vermekle kalmayıp, dışardan da talep toplayacaktır. Hastanenin bu ölçütlerdeki donanımı o hastanenin piyasada tercih edilir olup olmamasını belirlemektedir.

#### **1.3.1.7 Coğrafi çevre**

Bir hizmet ne kadar iyi olursa olsun, müşteri onu istediği yerde bulamıyorsa bunun hiçbir anlamı yoktur. Çoğu hastane, coğrafi konumlarının pazar payını götüren motor olduğuna inanmaktadır (Urban, 1991:127). Nitekim, dağıtım sistemi iyi olmayan, coğrafi olarak yanlış konumlanmış bir sağlık kuruluşunun başarılı olması mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin zaman, mekan ve mülkiyet faydaları yaratmak üzere nerede, ne zaman, nasıl pazara sunulacağı sorularını yanıtlamak, sağlık sektöründe dağıtım kararlarının verilmesinde temeldir. Dağıtım ve erişim konuları, müşterileri elde tutmak için yapılan savaşta her zaman hassas bir kavram olmuştur (Clarke, 1995:483).

Bununla birlikte ulaşım imkanlarındaki artış ve iletişim sayesinde hiçbir hasta bulunduğu yerdeki sağlık kuruluşuna mahkum değildir. Gerekli tedaviyi temin edebilmek için, eğer imkanı varsa başka bir şehirdeki tedavi kurumlarına, hatta başka bir ülkeye bile gidebilmektedir. Ancak tüm bunlar için gerekli olan imkan büyük bir kısıttır. Ayrıca başka bir ile, hatta başka bir ülkeye gitmeyi gerektiren bir tedavi çoğunlukla bir defaya mahsus olmamakta, süreklilik arz etmektedir. Zaten hiçbir hasta yeterli derecede güvenilir ve kaliteli bir hizmeti kendi yakınındaki bir hastaneden temin edebilecekse uzağa gitmeyi tercih etmemektedir.

Hastanenin kuruluş yerinin yanı sıra, kendi alanı içerisindeki yerleşimi de büyük önem taşımaktadır. Neredeyse hastane ve kliniklerin yarısında hasta ve sıklıkla rahat yürüyemeyen kişilerden oluşan müşteriler, ön kapıdan uzak park etmek zorunda kalmaktadırlar (Berkowitz, Hillestad, 2004:163). Hastaneye girdikten sonra da hasta bazen oradan oraya gitmek zorunda kalabilmektedir. Hastane içi yerleşim, servisler arasında en az geliş gidişi sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

Coğrafi çevre denildiğinde sadece hastanenin mekan olarak yerleşimi değil kurulduğu çevrenin yapısının tanınması da önemlidir. Örneğin, Karadeniz Bölgesi'nde Çernobil faciasından sonra görülen kanser vakalarında büyük bir artış olmuş ve bu bölgede onkoloji hizmeti veren hastane ihtiyacı doğmuştur. Özellikle kanser vakaları için yurdumuzu bu hastalığın yoğun görüldüğü bölgelere ayırmak mümkündür.

Ülkemizde coğrafi şartların çok zor olduğu dağlık bölgelerimizde özellikle kış aylarındaki ulaşım güçlüğü nedeniyle yerleşim birimlerine en azından temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocaklarının kurulması da büyük önem taşımaktadır. Bu sayede en azından belli başlı durumlarda ve hastanın hastaneye sevkinden önce, hastaya müdahale imkanı sağlanabilir. Bu bölgelere gerekli beşeri ve tıbbi donanımın gönderilebilmesi için, doktorlara çeşitli iyileştirmeler verilerek, bu bölgelerin cazip hale getirilmesi gereklidir. Bu uygulamanın da yetersiz kalması durumunda zorunlu hizmet kaçınılmazdır.

### **1.3.2 Sağlık hizmetleri müşterileri ve davranışları**

Sağlık işletmelerinin müşterileri, iç ve dış müşteriler olarak iki grupta incelenmektedir. Sağlık işletmesinde çalışan veya sağlık işletmesi ile organik bir ilişkisi bulunan kişi veya gruplar iç müşterileri, genellikle birincil müşteriler olarak da tanımlanan hastalar ise dış müşteri grubunu oluşturmaktadır. Hasta yakınları ve çevresi, refakatçiler, ziyaretçiler, diğer sağlık işletmeleri, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, inşaat şirketleri, çamaşırhane işletmeleri, çiçek satıcıları, müteahhitler, dış müşterileri; teknik personel ve destek personeli (laboratuar teknisyeni, ev idarecisi, vb.), sağlık



profesyonelleri (doktorlar, hemşireler, vb.), üst ve orta kademe yöneticiler, işletmenin pay sahipleri ve danışmanlar iç müşterileri oluşturmaktadırlar (Devebakan, 2005:13). İç müşteri kavramı Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarıyla daha da belirginlik kazanmıştır. Bu yüzden pazarlama, sadece hastalara yapılmakla kalınmamalı, hastane personelinin de bu mantık ile hizmet sunmasını sağlamak amacıyla hizmet içi pazarlama, bir başka ifade ile “içsel pazarlama” eğitimi verilmelidir. İçsel pazarlama, hasta ile temasta bulunan tüm personelin ve destek elemanlarının hasta memnuniyetini sağlayacak bir ekip ruhu içinde çalışmalarını sağlamak üzere eğitme ve motive etme faaliyetleridir. Çünkü iç müşteriler hastanenin temsilcisi konumundadırlar. Ayrıca, sağlık işletmesinin dış pazarlama olarak adlandırılan üretim, fiyatlandırma, tutundurma ve dağıtım faaliyetlerini ifade eden geleneksel pazarlama anlayışının dışında pazarlama kanalının doğal üyesi olan dış müşterilerinin de iç müşteriler kadar aktif olması gereklidir. İki taraf arasında daha fazla işbirliği olmalıdır. Bu ise interaktif (etkileşimli) pazarlama anlayışını doğurmuştur. Çünkü, kalitenin algılanışı iki taraf arasındaki etkileşime bağlıdır. Sadece teknik kalite değil, fonksiyonel kalite de çok önemlidir. Bu yüzden hizmeti sunan kişiler hizmet verirken müşteriyle iyi iletişim kumasını bilmeli, bu konuda beceri ve ustalık göstermelidirler (Tek, 1999:57, Mucuk, 2001:290).

Hizmetler, soyut oldukları için tüketiciler tarafından bir fayda ya da memnuniyet olarak algılanmaktadırlar (Karahan, 2000:21). Memnun olmuş hasta, sağlık sektörünün çıktısı konumundadır. Sağlık hizmetlerinde hizmet sonunda sağlanacak olan memnuniyet, diğer hizmetlere göre oldukça belirsizdir. Bu belirsizlikten dolayı hasta ya hizmeti erteleme veya satın almama eğilimine ya da kendisine maksimum memnuniyeti sağlayacak işletme için türlü araştırma içerisine girmektedir. Sağlık kuruluşları pazarlama faaliyetleriyle bu belirsizlikleri gidererek hastaların bu kaçışlarını ortadan kaldırmaya, onları daha fazla bilgilendirip, bilinçlendirmeye çalışmaktadırlar. Bunu sağlamak için hastaya teşhis ve tedavi hizmetleri dışında, diğer beklentilerini de karşılayacak girdilerin bir araya getirilerek sunulması gereklidir (Karafakıoğlu, 1998:2). Çünkü, hastalar sunulan hizmetin teknik yönünü değerlendirme şansına sahip değildirler. Bu yüzden, sağlık işletmelerinde kalite olgusunun farklı bir bakış açısı ile ele alınması gerekmektedir

(Aksaraylı, Devebakan, 2003:39). Bu nedenle hasta, işletmenin kalitesi ile ilgili olarak bir takım somut göstergelere yönelmektedir. Bu göstergeler; hastanenin fiziksel yapısı, çalışanların tutumu, bürokrasinin derecesi, işlemlerde gösterilen kolaylıklar, sıra bekleme, temizlik, kafeterya hizmetleri, ölüm oranı, işletme ile ilgili gerek basından bilgiler gerek kişisel duyular, başarı ve yenilik hikayeleri gibi göstergelerdir ve bunlar hastayı memnun edecek şekilde örgütlenmelidirler.

İşletmenin sunduğu performans sadece memnuniyeti etkilemekle kalmayıp, gelecekteki memnuniyet düzeyini etkileyecek yeni beklentilere de neden olmaktadır. Memnun olmuş bir hasta, tekrar ihtiyaç duyduğunda o hizmeti tekrar aynı kuruluştan satın almak ister. Hastaların seçim kriterleri genelde hizmet ve yerleşimdir ve hastalar, geçmişte onlara iyi hizmet veren hizmet sağlayıcılarına karşı güçlü bağlılığa sahiptirler (Griffith, 1995:301). Olumlu deneyimler adeta marka bağlılığı yaratırcasına müşteriyi o kuruma bağlamaktadır. Özellikle sağlık sektöründeki memnuniyet, hastanın bağlılığının bir ömür boyu devam etmesini sağlayabilmektedir (Engin, Sevinç, 2005:147). Nitekim çoğu kişi olumsuz bir tecrübe yaşamadıkça hep aynı dişçiye, aynı doktora gitmeyi tercih etmekte ve kendi doktorunu diğer insanlara da tavsiye etmektedir.

Hasta memnuniyetinin odak noktası olan sağlık hizmeti kalitesi konusunda yapılan araştırmalar, sadece hasta memnuniyeti odaklı hizmetlerde hastanın tıbbi ihtiyaçlarının arka planda kalabildiği veya sadece tıbbi ihtiyaçların karşılanmasına odaklanıldığında, hasta istek ve beklentilerinin ihmal edilebildiğini göstermektedir (Devebakan, 2005:19). Oysa ki sağlık hizmeti, kompleks yapısı içerisinde her fonksiyonu başlı başına bir değer taşıyan komple bir hizmettir. Her sektörde olduğu gibi, sağlık sektöründe de pazar, dinamik bir yapıdadır ve hastaların beklentileri her geçen gün değişmektedir (Ergin, vd., 2002:30). Bazen olumlu deneyimler beklentileri de artırabilir. Her seferinde bir öncekinden daha fazla ilgi, daha fazla güler yüz görmek, daha az sırada beklemek istenebilir. Bu yüzden sağlık kuruluşu hasta memnuniyetinin sürekliliği için kalitesini de sürekli artırmalıdır. Bu nedenle hastane idaresi, sağlık sektöründeki değişimleri sürekli takip etmeli, hizmetlerini

pazardan edindiği bu bilgiler ışığında ve geri beslemelerle sürekli yeniden şekillendirmelidir.

Sağlık kuruluşlarında yeni hizmetlerin geliştirilmesi bakımından hasta talep ve önerilerinin yanında şikayetlerinin de çok önemli rolü vardır. Hastane idaresi belli prensipler çerçevesinde hastaların talep ve şikayetlerine kulak vererek, onların yanında olduğunu hissettirmelidir (İstiroti, 1994:218). Hastaların aynı kuruluş içinde verilen bir sağlık hizmetinden memnun kalmamaları, memnun kaldıkları diğer hizmetleri de olumsuz yönde etkileyerek hastanın o kuruluşu tamamen terk etmesine neden olabilmektedir. İnsanların hastane hakkındaki düşünceleri onların her durumda aynı hastaneyi seçecek derecede pozitif veya yaşamı tehdit eden acil vakaların dışında o hastaneyi es geçmeye yetecek kadar negatif tutum oluşturmalarına neden olabilmektedir (Urban, 1991:127). Bu iki uç arasında gidip gelmenin nedeni kalite ve güvenilirliktir. Kişisel ilgiyle beraber hastaya tedavi konusunda güven de verilebilmişse hasta, dışarıda hastanenin en iyi temsilcisi görevini üstlenmektedir (İstiroti, 1994:212). Hastanın bir alandaki memnuniyetsizliği, hastanın bir sonraki deneyiminde aynı hastaneyi tercih etmemesine neden olabilmektedir.

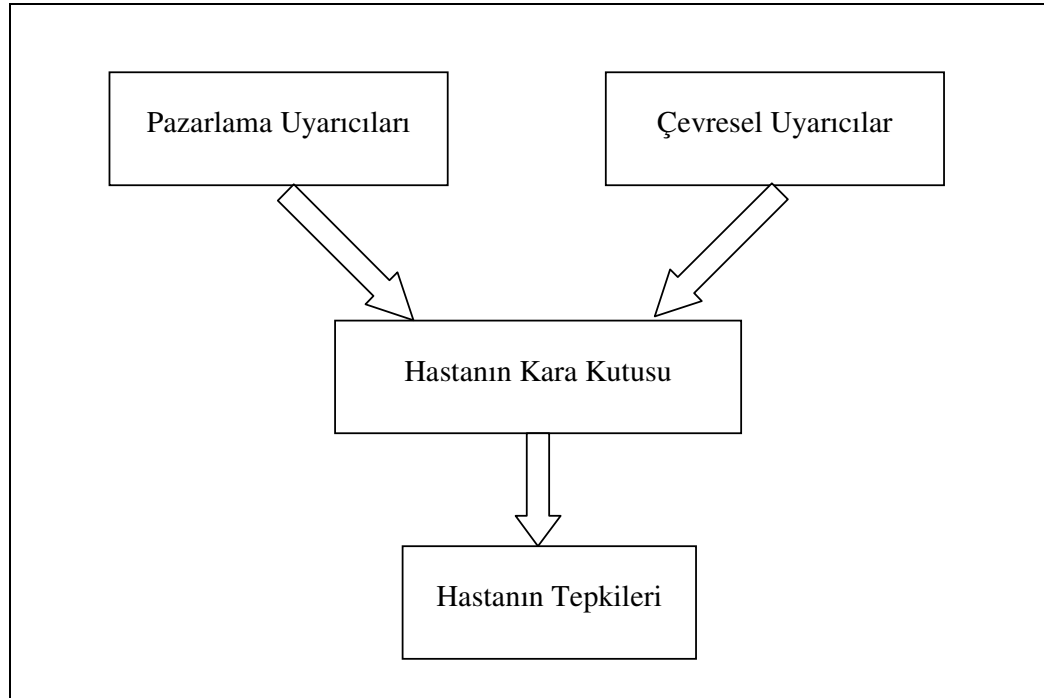
Sağlık sektöründe hastanın bir müşteri olarak konumlanması, bu sektör çalışanları, doktorlar ve hatta hastalar için rahatsız edici bir durum olarak ortaya çıkabilmektedir. Oysa ki, hastayı sağlık işletmesinin hedef aldığı müşteri olarak kabul etmek, daha etkin ve kaliteli hizmetin sunulması olanağını sağlamaktadır. Sağlık kuruluşunda çalışanlar da müşteri olarak kabul edilmelidir. Çalışanların verdikleri hizmete ve çalıştıkları kuruma inanmamaları verimliliklerini etkileyeceğinden dolayı sunulan hizmet, hasta memnuniyetini sağlamayacaktır. Bu nedenle sunulan hizmet ve sağlık hizmetini sunan kuruluş öncelikle çalışanlarına pazarlanmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde müşteri, diğer sektörlerden farklı olarak ödeme gücü olmayan bir kişi de olabilmektedir. Örneğin bir trafik kazası olduğunda yaralılar acilen en yakın sağlık kuruluşuna götürülmektedir. Bu gibi durumlarda aracın zorunlu mesuliyet sigortası yoksa veya yaralılar herhangi bir sağlık güvencesine

sahip değillerse, yaralılarından ambulans ve tedavi ücreti alınmamakta, tüm masraflar devlet tarafından Garanti Sigorta Fonu'ndan karşılanmaktadır.

Bazen belli bir bölgede yer alan bir hastanenin hastaları sadece bulunduğu çevredeki hastalar olmayabilir. İleri teşhis ve tedavi için de dışarıdan bu hastaneye hastalar gelebilir. Bu yüzden bir hastanenin hastalarının sınırlarını kesin olarak belirlemek mümkün değildir. Hastalar çeşit çeşit etkenlerden etkilenerek tedavi görecekları hastaneyi belirleyebilmektedirler.

Hastaların bir sağlık kuruluşunu seçerken nasıl karar verdikleri pazarlama literatüründe çeşitli modeller aracılığıyla açıklanmaya çalışılmıştır. Bunlardan biri Hastanın Davranışları (Uyarıcı – Tepki) Modelidir ( Karafakıoğlu, 1998:69):



**Şekil 1.4 : Hastanın Davranışları (Uyarıcı – Tepki) Modeli**

**Kaynak :** Karafakıoğlu M., *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İ.Ü. İşletme Fakültesi, İşletme Fak. Yayın No:271, 1.Baskı, İstanbul, 1998, s.69

Pazarlama uyarıcıları, sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetlerin çeşitliliği, ücret, ilgi, güler yüz, kat hizmetleri, otopark gibi kontrol edilebilir pazarlama değişkenleri; çevresel uyarıcılar ise, hastanın karar verirken içinde bulunduğu topluma ilişkin özellikler, örf ve adetler, tehlikeli hastalıklar, çevre kirliliği gibi

sağlık kuruluşunun kontrolü dışında gelişen, ancak faaliyetlerini nitelik ve nicelik olarak etkileyen faktörlerdir. Çoğu kişinin hastaneler hakkındaki görüşleri zamanla oluşmaktadır. Bu görüşlerin oluşmasını sağlayan hasta veya ziyaretçiler, arkadaş veya akrabaların deneyimleri, reklam veya önünden geçerken oluşan izlenimlerdir (Urban, 1991:128).

Bu uyarıcılar hasta tarafından hastanın kara kutusu içindeki değişkenler ışığında değerlendirilmekte ve hasta kendisine sunulan sağlık hizmeti veya kuruluşu seçeneğini bu doğrultuda kabul veya reddetmektedir.

Hastanın kara kutusu kişilik içi ve kişilikler arası değişkenlerden oluşmaktadır. Kişilik içi değişkenler; hastanın ihtiyaçları, güduları, algılaması, öğrenme süreci, tutumu, kişiliği, yaşam biçimi ve inançlarından; kişiler arası değişkenler ise hastanın aile, arkadaş, komşu ve referans gruplarından meydana gelmektedir. Bu değişkenler hastanın tutumunu şekillendirmekte, hatta memnuniyet seviyesini belirlemektedirler.

Hasta bu süreç sonunda satın aldığı sağlık hizmetleri karşılığında belli bir ücret ödemek durumundadır. Ancak, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın hastaya olan maliyeti sadece maddi açıdan değildir. Hasta ve yakınlarının tanı ve tedavi sürecindeki bekleyişleri, bekleme süresinin yarattığı endişe ve zaman kaybı, hizmeti sunan kurum ya da kişi hakkında imaja yönelik değerlendirmeler de sosyo-psikolojik maliyet olarak düşünülmelidir (Güdüm, Kavas, 1994:225).

Maddi unsurlar dışındaki maliyetlerin hasta ve yakınının karar alma sürecine olan etkisinin farkına varan hastaneler, sadece hastaların ihtiyaçlarına yakın ilgi göstererek, onları yalnızca büyük aciliyet durumunda hastanelerine çekebileceklerini görmek (Andreasen, Kotler, 1987:35) ve hastaları kendilerine çekebilmek için hastaların ihtiyaçlarına cevap vermenin ötesinde, onların tercih ve beklentilerine hitap etmenin önemini algılamak durumundadırlar. Böylece hasta tercihlerini tahmin etme, sağlık hizmetleri pazarlamasında giderek önemli bir konu haline gelmektedir (Argan, Tokay Argan, 2004:48). Bu sayede hastaneler, hastalarının beklentilerini

hastalarından bir adım önde belirleyerek, bu doğrultuda önlemlerini almakta ve bu döngü içerisinde sürekli olarak yenilik ve gelişim içinde yer almaktadırlar.

Hastanelerin sundukları ürün hizmet olduğu için, hastalarla ilişkiler yoğun olarak gerçekleşmektedir (Karaman, 2003:125). Bu durum gerek tıbbi kadronun, gerek destek hizmeti veren kadronun kalifiye ve pazarlama anlayışı çerçevesinde eğitilmiş olma zorunluluğunu doğurmaktadır. Hastanın sağlık hizmetinin gerçekleşmesi aşamasındaki katılımı, bu ilişkinin kalitesine bağlı olarak değişebilmektedir. Birçok hizmet için müşterinin katılım düzeyi farklıdır ve müşterinin katılım düzeyine göre hizmet pazarlaması unsurları farklılaşabilmektedir (Öztürk, 2003:102). Sağlık hizmetleri için hastanın katılım düzeyi çoğu zaman oldukça yüksektir. Hastanın hazır bulunması çoğu durumda yetersizdir. Şikayetleri ile ilgili bilgiler vermeli, tedavi sürecinde aktif rol oynamalıdır.

Sağlık sektöründe pazarlamanın etik boyutu çok önemlidir. Şüphesiz ki hasta ne kadar bilinçli ve eğitilmiş olursa olsun, onun ihtiyacını doktor daha iyi bilmektedir. Bu noktada satıcı konumunda yer alan doktor, müşteri konumundaki hastayı istismar etmemelidir. Normal şartlar altında müşteriler bozuk bir eşyayı, defolu bir malı, haklarını arayarak değiştirebilmekte veya ücretini geri alabilmektedirler. Oysa sağlık sektöründeki bir hatanın telafisi diğer sektörlerdeki kadar basit değildir. Söz konusu insan sağlığı, hatta bazen hayatı olduğundan, doktor veya kuruluşun bu ağır bedel karşılığında ödediği tazminat bir telafi değildir ve çoğu durumda bunu elde etmek bile oldukça yıpratıcı bir süreçtir. Hasta ve yakınlarının seslerini duyurmaları için örgütlenmeleri onlara bir kolaylık getirebilir. Ancak, sayılarının çokluğu, şikayet nedenlerinin çeşitliliği, bilgisizlik ve maddi olanaksızlıklar onların bir araya gelmelerini engellemektedir.

Çoğu insan yaşamı boyunca poliklinik hizmeti dışında hastanede yatarak hizmet almamaktadır. Bu nedenle hastanelerde geçen günler askerlik gibi hayat boyu anılarda yaşamaktadır. Yapılacak bir hata, olumsuz bir davranış, sık gidilen hizmet kuruluşlarında olduğu gibi gelecek sefere telafi edilebilme olasılığından yoksundur. Hastalar, yaşamları boyunca çevrelerine hastane hakkında bu anılarını anlatacaklarından

dolayı, kötü bir anı hastaneyi kötöleyici ifadelerin yayılmasına neden olabilmektedir (Adalı, 1994:260).

Sağlık hizmetlerinde yüksek kalitenin yakalanması, hastaların bilinçlenmesiyle mümkündür. Hastaların bilinçli bir yaklaşım içinde olmaları, hastanelerin kaliteli sağlık hizmeti sunmalarını zorunlu kılmaktadır. Neyi istediğini, neyi istemediğini bilen bir hasta, hastanenin gelişiminde etkili olmakta, kuruma bu noktada ışık tutmaktadır.

### **1.3.3 Sağlık hizmetleri pazarlamasında hasta memnuniyeti**

1980'li yıllarda sağlık sektörüne giren TKY uygulamalarında hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin önemli bir boyutu olarak ele alınmış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin ölçümü önem kazanmıştır (Erdem, Taşcı, 2002:54)

Hizmet sektöründe, kaliteyi oluşturmanın yolu, müşteri memnuniyetinin sağlanmasından geçmektedir (Engin, Sevinç, 2005:146). ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Standardının sekiz kalite yönetim standardının ilki olan “müşteri odaklılık”, işletmenin müşterilerine bağlı olması ve müşterinin şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçlarını anlaması, yerine getirmesi ve müşteri beklentilerini aşmaya istekli olması olarak tanımlanmaktadır (www.tse.org.tr). Ayrıca, ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi, süreç tabanlı bir sistem modeli önerdiğinden, sürecin girdi ve çıktı aşamasında müşteri yer almaktadır (Engin, Sevinç, 2005:147). Bu nedenle müşteri memnuniyetini sağlayabilmek için en azından müşterinin beklentilerini karşılamak gereklidir.

Sağlık işletmeleri (kuruluşları) pazar payını korumak ve yeni hastalar çekmek için hasta memnuniyetini sağlamak zorunludur. Memnuniyet, hastanın satın alma öncesindeki beklentilerinin satın alma sonrası en azından karşılanması sonucu oluşmaktadır. Bazı yazarlara göre memnuniyet kısa dönemli bir kavramken, algılanan hizmet kalitesi bir tür tutumdur ve beklentiler ile performansla yönelik algıların karşılaştırılmasından oluşmaktadır (Devebakan, 2005:9). Hastanın memnun

olması, onun işletmeden memnun kalmasını ve bir sonraki tercihini işletmeden yana kullanmasının yanında diğer hastalar için referans olmasını da sağlamaktadır. Hasta memnuniyetini görmezden gelmek hastanenin temel çizgisini kayıp gelir ve azalan pazar payı karşısında kaybetmeye mahkum etmeye benzemektedir (Ganey, vd., 1991:63).

Hastane hizmetlerinden memnuniyetsizlik bir yandan potansiyel hasta kaybına yol açarken, diğer yandan da hastanenin imajının bozulmasına neden olmaktadır. Bununla beraber hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan memnuniyetsizlik işletmelerin kontrolü altındadır. İşletmeler pazardan gelen geri beslemelerle memnuniyetsizliği gidermeye yönelik çalışmalar yapmalı ve hasta memnuniyetinin iyileştirilmesinin büyük ölçüde çalışanların performansına ve rahatlığına bağlı olduğunu bilmelidirler (Griffith, 1995:305). Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde hasta beklentileri ve memnuniyeti arasındaki ilişki önemlidir.

Sağlık hizmetleri pazarlamasının amacı, hastaların beklentilerini karşılayarak, hasta memnuniyetini sağlamaya yönelik, daha nitelikli hizmetler sunmak olmalıdır. Bu amaca ulaşmak için yürütülen faaliyetler ise rekabeti doğurmaktadır. Bu nedenle, rekabetin gelişmesine paralel olarak, sağlık hizmeti sektöründe pazarlamaya duyulan ihtiyaç ve hastaların gereksinimlerinin ve memnuniyetlerinin sağlanması ve ölçülmesi önem kazanmıştır (Kardeş, 1995:298). Ancak, hasta sayısını artırma ve hastayı memnun etme işi sadece pazarlama bölümüne ait bir görev değildir (Karaman, 2003:122-123). Özellikle hastalarla temas eden personelin tamamı, hastanenin satış veya müşteri (hasta) temsilcisi rolündedirler (Kardeş, 1995:302). Günümüzün artan rekabet ortamında müşteriler açısından çekim merkezi haline gelebilmek için kalite ve memnuniyet olgusuna tüketici perspektifinden bakmak zorunlu hale gelmiştir (Argan, Tokay Argan, 2004:47).

Günümüz sağlık kuruluşları geleneksel çerçeveden çıkarak, toplumun istek ve ihtiyaçları hususunda daha donanımlı kuruluşlar halinde karşımıza çıkmaktadırlar. Çoğu kuruluş belirli alanlarda ihtisaslaşarak pazarda üstün olacakları bölümlerde hizmet sunmakta, rekabet güçlerinin olmadığı sağlık hizmetlerinden



vazgeçmektedirler. Hastanın bir müşteri olduğu bilinciyle hasta memnuniyetine önem verilmekte ve sunulan hizmetin iyileşmesi için sağlık personelinin çalışma ortamı iyileştirilmeye çalışılmaktadır.

Toplumun sağlık hizmetleri ve sağlık kuruluşları hakkındaki düşünceleri oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerinde pazarlamacının rolü hastanın satın almasını sağlamak ile sona ermemektedir. Hastanın satın alma sonrası davranışları ve iyileşme düzeyi onun memnuniyet derecesini göstermektedir. Bu memnuniyet ise hastanın beklentileri ile aldığı sağlık hizmetinin kalitesi, güvenilirliği ve etkinliği arasında bir eşitlik varsa söz konusudur. Hasta en iyi koşullarda, en çabuk, en kaliteli ve en güvenilir sağlık hizmetini alarak iyileşmek istemektedir. Bu doğrultuda hastanın aldığı teşhis ve tedavi hizmetleri, beklentilerinin altındaysa ortada bir memnuniyetsizlik söz konusudur. Bu yüzden sağlık hizmetleri pazarlamacıları satma hevesi ile hastayı yanlış bilgilendirmemelidir. Aksi takdirde hasta, aynı hizmeti bir daha aynı sağlık kuruluşundan mecbur kalmadıkça satın almayacaktır ve bu deneyim çevresindeki insanlar için olumsuz bir referans olarak kullanılacaktır.

Hastaların istedikleri bilgileri tam olarak vermek, onların memnuniyeti için önemli bir faktördür. Doğru bilgi vermek sadece hastanın sağlığı yönünden değil, doktorun veya sağlık kuruluşunun başarısı ve imajı açısından da önemlidir. Rekabetin yoğun olduğu bir ortamda doktor ve hastaneleri birbirinden farklı kılmamanın bir yolu da hasta ve ailesine bilgi sunma konusundaki tutum ve davranışlardır (Karafakıoğlu, 1998:84). Bunun yanı sıra yatan hastalar için hastanenin sahip olduğu donanımın teşhis ve tedavi hizmetinde kolaylık ve kesinlik sağlaması, konforlu ve temiz odalarda verilmesi, lezzetli ve doyurucu yemeklerin verilmesi gibi ölçülebilir faktörler de çok önemlidir.

Hasta memnuniyeti arttıkça hastaların doktor tavsiyelerine uyma, kontrollerini aksatmama ve en önemlisi tedaviye cevap verme düzeyi de artmaktadır. Hastalara sunulan sağlık hizmetleri bir bütündür. Hasta memnuniyetini yükseltmek için tüm personel ekip ruhuyla hareket etmelidir. Hasta memnuniyetinin sağlanması, tedavi sürecindeki kaliteyi artırmakta, israfı önlemekte ve verimlilik sağlamaktadır (Engin, Sevinç, 2005:157). Çünkü hasta memnuniyetinin sağlanması TKY

uygulamalarını zorunlu kılmaktadır ki bu uygulamalar kaynakların en etkin, verimli, etkili ve kaliteli bir şekilde kullanımını gerektirmektedir.

Müşteriye odaklanmış işletmeler, tüketicinin ihtiyaçlarına öncelik veren pazarlama kavramının ötesinde, tüketiciyle genel bir ilişki yerine, adeta her müşterisiyle özel bir köprü kurmayı hedefleyen kurumlardır (Çiçek, 2003:130). Müşteri memnuniyetine odaklanan işletmeler bağlılık duyan müşteriler yaratabilmekte, daha sonra ağızdan ağıza iletişim ile işletme, iyi algılanan bir marka haline dönüşebilmektedir (Argan, Tokay Argan, 2004:48). Sağlık sektöründe de müşteri bağlılığı çok önemlidir. Bir mal alımında müşteri bağlılığını ilk etapta ürünün kendisi oluşturmaktadır. Müşteri mağazanın birinden memnun kalmadığı takdirde aynı malı bir başka mağazadan temin etme yoluna gitmektedir. Ancak hizmet sektöründe durum farklıdır. Bir hastanın sağlık kuruluşuna bağlılığı; onu diğer kuruluşlara tercih etmesi ve ihtiyaç duyduğunda ona başvurmasıdır. Bu bağlılığın sebepleri, dereceleri farklı olabilmektedir. Hasta tüm sağlık ihtiyaçlarını aynı sağlık kuruluşundan satın alabildiği gibi, belli hizmetler veya belli bir doktor için o hastaneye başvurabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde üretim ve satın alma faaliyetleri eşanlı olarak gerçekleşmektedir ve aynı hizmet bir başka kuruluştan aynı şekilde temin edilememektedir. Aynı kuruluştan hizmeti ikinci kez aldığınızda da farklılıklar meydana gelmektedir. Ancak burada önemli olan, genel anlamda müşteri memnuniyetini sağlamak ve müşteri bağlılığını oluşturmaktır. Sağlık sektöründe sunulan hizmetin kalitesi, hastanenin genel görünümü, temizliği, personelin davranış şekli, ilişki halinde bulunduğu, aynı odada kaldığı veya sırada kaldığı diğer hastalar, doğru teşhis ve tedavi gibi etkenler, hasta bağlılığını etkilemektedir. Memnun kalan hasta ise sadece kendisi tekrar gelmekle kalmayıp, çevresine vereceği tavsiyelerle yeni hastalar için referans olmaktadır. Bu durum özellikle sağlık sektörü için çok önemlidir. Söz konusu sağlık olduğu için insanlar bu konuda kim uzman, kimin kadrosu iyi, referansları ve sahip olduğu donanımların derecesi üzerine çoğu zaman araştırma yapmaktadırlar.

Bazı durumlarda ise hasta o kuruluşa bağı değil bağımlıdır. Çünkü çevrede bu tedaviyi uygulayan başka bir kuruluş daha yoktur. Bunun gibi hastanın hizmet aldığı kuruluşa bağı değil bağımlı olduğu durumlarda, o çevre aynı hizmeti sunmak için iyi bir pazardır. Sağlık kuruluşları devamlı hastalara sahip olabilmek için öncelikle kendilerinden sürekli hizmet alanların neden böyle davrandıklarını anlamalı ve bu bilgiler ışığında devamlı hastası konumuna gelmemiş insanları, henüz o kuruluştan hiç hizmet satın almamış hastaları nasıl çekebileceği üzerinde çalışmalıdırlar.

Hizmetler üretilirken kalite ve yenilikçilik asla göz ardı edilmemelidir. Ancak bunun ölçümü oldukça güçtür. Burada ölçüyü belirleyen insan, yani müşteridir ve bu ölçüt müşterinin beklentisi çerçevesinde her müşteri bazında farklılık göstermektedir. Sunulan hizmetin müşterilerin beklentilerine ne kadar cevap verebildiği sürekli olarak izlenmeli, hizmet sunucusunun kendini geliştirmesi ve yeniliklerde bulunmasında kılavuz olmalıdır. Bu durumda bir hizmetin üretim ve pazarlamasının odak noktasında o hizmetin iyileştirilmesinde itici güç rolü oynayan müşteri bulunmaktadır. Bu güç müşterilerin beklentileri, tepkileri, önerileri ve çoğu zaman kulağa pek hoş gelmese de şikayetlerinden oluşmaktadır.

#### **1.3.4 Sağlık hizmetleri pazarlamasında yaşanan temel sorunlar**

Daha önce açıklandığı gibi günümüzde hastaneler, sadece tıbbi hizmetlerin verildiği birer kuruluş değil, içinde otelcilik, kafeterya, otopark, temizlik, eğitim, araştırma, restaurant gibi pek çok hizmeti barındıran tıbbi, mali, idari fonksiyonları olan hem ekonomik hem de toplumsal kurumlar halini almıştır. Hastaneler yapılarındaki bu komplekslik ve hizmetlerindeki çeşitliliğin sebep olduğu finansal, yönetsel, hukuki ve insan kaynaklarına dayalı güçlüklerle karşı karşıyadırlar. Yıllarca çok dar bir görüş çerçevesinde yönetilen bu kuruluşlar, yakın bir zamana kadar sadece teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerine odaklanmışlardır. Ancak küreselleşme, iletişim ve ulaşımdaki gelişmelerle bu kuruluşlar yüzlerini dışarıya çevirmeye başlayarak, diğer ekonomik işletmeleri örnek almaya başlamışlardır. Bunu gerçekleştirebilmek için ise pazarlamanın olmazsa olmaz bir kavram olduğunu görmüşlerdir. Ancak sağlık sektöründe pazarlama yıllarca muhaliflerle karşılaşmıştır.

Pazarlamanın sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda gereksiz olduğunu savunanların en önemli eleştirilerinden biri, pazarlamanın paranın israf edilmesine neden olduğu noktasındadır (Kardeş, 1995:297). Özellikle promosyon ve reklam, sağlık sektöru çevresinde pek hoş karşılanmamaktadır ve pazarlama faaliyetleri etik bulunmamaktadır. Hastane pazarlamasında, reklamdanda çok sunulan hizmetler ve çalışmalar konusunda toplumda olumlu imaj yaratılarak halkla ilişkiler ön planda tutulmalıdır. Bu, hasta memnuniyetinin sağlanması için bir zorunluluktur. Aksi takdirde memnuniyetsizlik, hastanenin toplumdaki imajını bozarak, potansiyel hasta kaybına neden olabilmektedir.

Sağlık hizmetleri konusunda pazarlamaya yöneltelen diğer eleştiriler; pazarlama faaliyetleri için yapılan araştırma ve anketlerin hasta istek ve beklentilerini belirlemeye yönelik olmakla birlikte, insanların özeline girdiği gerekçesiyle pazarlamanın insanların yaşamlarına izinsiz olarak girmek anlamına geldiği, kalitesiz bir sağlık işletmesinin kaliteli, ancak reklam yapmayan bir diğer işletme karşısında başarı elde etmesinin sağlık hizmetlerinde kaliteyi düşürdüğü, pazarlama faaliyetlerinin bir çok konuda korku yaratarak, davranışların değişmesine neden olduğu ve kişileri kendi istekleri dışında davranmaya zorladığı, sağlık hizmeti sunan kuruluşların birlikte çalışan, işbirliği yapan kuruluşlar olması gerekirken pazarlamanın rekabete neden olduğu yönündedir (Kardeş, 1995:298).

Maalesef sağlık sektöründe pazarlamaya hastane yönetimi başta olmak üzere pek çok kesim tarafından destek verilmemektedir. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda yeni yeni modern pazarlama anlayışı yerleşmeye başlamıştır. Bu zamana kadar bu kuruluşlar için pazarlama, tutundurma faaliyetinden farksız olarak görölmüş ve insan sağlığına hizmet veren bir kuruluşta bu tür faaliyetlere yer verilmesi doğru bulunmamıştır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde tutundurma faaliyetlerinde yasal sınırlar geliştirilmiş ve bu alanlarda rekabet gibi serbest piyasa kurallarının işlemesine izin verilmeyerek pazarlama zorlaştırılmıştır (Karahana, 2000:47). Çoğu zaman pazarlama faaliyetleri için bütçeden hiçbir kaynak ayrılmadığından işin uzmanı pazarlama yöneticileri bu sektör içine çekilememiş ve bu sektör için yetişmiş pazarlama yöneticisi çok az olduğundan bu eksiklik diğer sektörlerden giderilmeye

çalışılmıştır. Ancak, bu kişilerin sektöre yabancı olmalarından dolayı gerçekleştirilen pazarlama faaliyetleri başarısız olmuştur. Oysa ki pazarlama, her işletmenin olduğu gibi hastanelerin de bel kemiğidir. Kendini yeterince ifade edememiş, tanıtamamış bir hastane tıbbi kadrosu ne kadar güçlü olursa olsun, hastalar tarafından bilinmediği için acil durumların dışında tercih edilmemektedir.

Bu yüzden yöneticiler hizmetlere yönelik pazarlama programlarını hazırlarken daha yaratıcı ve yenilikçi olmak zorundadırlar. Çünkü özelliği gereği hizmetler, mallar gibi somut değildir ve bu, hizmetlerin pazarlamasını daha güç kılmaktadır. Buna sağlık hizmetlerinin tıbbi hizmet ve destek hizmetleri açısından onlarca çeşit hizmeti bünyesinde barındırması ve sağlık hizmetlerinin yaşamsal boyutu nedeniyle riskli olması da eklendiğinde pazarlama daha da zorlaşmaktadır. Bu nedenle hastalar hizmeti satın almadan önce somut ipuçları aramaktadırlar. Bunun için sağlık hizmetinin sunulduğu ortam, hastaların ve çalışanların fiziki ve psikolojik ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılamaya yönelik dizayn edilmekte ve dekor, rahatlık, temizlik, koku ve müzik gibi unsurlara da önem verilmektedir (Güdüm, Kavas, 1994:224). Kalite ve memnuniyetin sağlanması, hastanenin bir bütün olarak düşünülerek organize edilmesiyle ilgilidir. Bu, sağlık hizmetinin başarısı için de gereklidir. Unutulmamalıdır ki, kötü fiziki olanaklarda tedavi gören hastalar, genellikle aldıkları hizmetin dokunulur ve dokunulmaz özellikleri arasında fark gözetmeyerek, sadece hastanenin sağladığı olanaklara karşı değil, aynı zamanda tedaviye karşı da olumsuz tutum geliştirebilirler (Kardeş, 1994:249).

Sağlık hizmetleri pazarlamasına önem vermeye başlanmasının günümüze kadar ertelenmesinin bir diğer nedeni de sağlık hizmetlerinin dış müşterileri konumundaki hasta ve yakınlarının davranışlarıdır. Hasta ve yakınlarının bazen kültürümüze yerleşmiş olan doktor-hemşire imajına saygıdan, bazen de aslında birer tüketici olduklarının farkında olmamalarından dolayı, satın aldıkları hizmeti hiçbir şekilde sorgulamamaları da pazarlamaya önem verilmemesi için yıllarca bir sebep olmuştur. Ancak, hastaların bilinçlenmeleri ile sağlık işletmeleri, sağlık hizmetleri pazarlamasına ve TKY çalışmalarına önem vermeye başlamışlardır.

Sağlık hizmetleri pazarlamasının en güç yanlarından biri üretim ve pazarlamanın eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesi ve sağlık hizmetlerinde hem girdinin, hem de çıktının insan olmasıdır. Hastaneye gelen insanlar çevre faktörünün tüm özelliklerinden etkilenerek hastaneye gelmektedirler (Aktaş, 2002:30). Bu faktörleri kendileri ile birlikte hastaneye taşımaktadırlar. Bu da kişiler arası etkileşimi gerektirmektedir. Bu yüzden ister tıbbi hizmet, ister destek hizmeti veren her kademedeki çalışan, hastanenin en iyi pazarlama malzemesi durumundadır.

Bu nedenle pazarlamada başarılı olabilmek için profesyonelleşme şarttır. Profesyonel bir tıbbi ve idari kadroyu çalıştırmak, yüksek kalitede tıbbi cihaz ve sarf malzeme kullanmak, ortaya yüksek maliyetler çıkarmıştır (İstiroti, 1994:213). Yükselen bu maliyetlerin yanında, bazı servislerin yeterince hastasının olmaması, yatırımlara devam edebilmek amacıyla kar edebilmek, profesyonel kadroyu elinde tutabilmek, değişen hasta – doktor ilişkisi gibi nedenler, hastanelerde pazarlama faaliyetlerine önem verilmesine sebep olmuştur.

Hastane belli bir alanda ihtisaslaşmamış bir hastaneyse hizmet çeşitliliği esastır. Diğer ticari faaliyetlerde olduğu gibi üretim arttığında her zaman birim maliyetler düşmeyebilir. Örneğin ameliyat sayısındaki artış, birim maliyetlerin azaltılması açısından anlamlı olmayabilir. Pazar payı ve büyüme hızı azaldığında diğer sektörlerde üretime son verme imkanı varken, sağlık sektöründe bazı sağlık hizmetleri zararına dahi olsa terk edilemez.

Sağlık hizmetlerinde talebin fiyat esnekliği düşüktür (Aktaş, 2002:31). Başka bir ifade ile, fiyatlardaki değişmelerin sağlık hizmetlerine olan talebe etkisi yüksek değildir. Sağlık talebi acildir ve ertelenemez. Bu nedenle hastaneler daima donanımlı bir şekilde hazır bulunmak zorundadırlar. Tam kapasite ile çalışmayan, ihtiyaç talebi süreklilik arz etmeyen servisler kapatılamaz. Hastaya yapılan müdahalelerin tam ve doğru olması zorunludur. Bu yüzden sorun, işletme açısından cazip olmayan hizmetler ortaya çıktığında bunların nasıl kaldırılacağından çok, nasıl sürdürülebileceği şeklinde kendini göstermektedir.

Sağlık işletmeleri, özellikleri gereği diğer ticari işletmelerden farklıdır. Elbette ki bir hastane de kar etme amacı güder, ancak; asıl amaç kar olarak görülmediğinden bu sağlık sektörüne hizmet veren kuruluşlar kar amaçsız örgütler içerisinde sayılmaktadırlar. Fakat kar amaçsız örgütlerin de varlıklarını devam ettirebilmeleri için finansal kaynaklara ihtiyaçları vardır. Bu yüzden kar amaçsız örgütler de kaynak yaratmak amacıyla kendilerini ticaretin içinde bulmuşlardır. Ancak çoğu bu ticari faaliyetlerini bilinçli bir şekilde gerçekleştirmediği için modern pazarlama anlayışından uzak davranmaktadırlar.

Gelişmiş ülkelerde nüfusun çoğu gerek devlet gerekse özel sağlık sigortasına sahip olduğundan ve eğitim seviyesi yüksek olduğundan dolayı, insanlar daha bilinçli hareket etmekte ve sağlıklarına daha çok önem vererek zaman ayırmaktadırlar. Sigortalılık oranı yüksek olduğu için kişiler, sağlık hizmetini her satın alışlarında yüksek meblağlar ödememektedirler. Bu nedenle sağlık hizmetlerine talep de çoktur. Bu sebepten dolayı hastaneler pazar paylarını arttıracak faaliyetlere yönelmektedirler.

Gelişmekte olan ülkeler arasında konumlanan ülkemizde, maalesef sağlık hizmetleri yeteri kadar gelişmemiştir ve sağlık hizmeti sunumu yeterli miktarda değildir. Ancak umut verici bir gelişme olarak özel sağlık sigortaları da ülkemizde yerleşmekte ve bu da sosyal güvencesi olan kişi sayısını artırmaktadır. Ancak bu durum, sadece şehirleşmenin arttığı kesimlerde gözlenmektedir. Fakat eğitime verilen önemin artması ile eğitilmiş ve bilinçli bir topluma doğru yönelirken, hayat standartlarının da yükselmesi ile sağlığa olan ilgi artmakta ve modern cihazlarla donatılmış modern hastaneler kurulmaya başlanmaktadır. Bu hastaneler, bu modernliğin bedeli olan yüksek maliyetlerini hastalara yansıtırsalar da bu durum Türk Sağlık Sistemi için çok önemli bir gelişmedir. Bu hastanelerin yaşama gelmesiyle, kaliteli ve insanca bir şekilde sağlık hizmetlerini tedarik edebilmek amacıyla yüksek fiyatları ödemeyi göze alan bir kesimin varlığı ortaya çıkmıştır (İstiroti, 1994:208). Bunu gören mevcut özel ve kamu yönetiminde olan hastaneler de kendilerine çeki düzen vermeye başlamış ve bu pazarda yarışa onlar da katılmışlardır.

Günümüzde, sağlık sektöründeki yoğun rekabet ortamında daha etkin sağlık hizmetlerinin sunulması, hasta memnuniyetinin arttırılması ve sağlık hizmetleri pazarlaması için dış kaynak kullanımının önemli bir yeri olduğu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri pazarlaması uygulamaları için dış kaynak kullanımı yaklaşımının ayrıntılı bir şekilde analizi ikinci bölümde sunulmuştur.



## İKİNCİ BÖLÜM

### DIŞ KAYNAK KULLANIMI VE SAĞLIK İŞLETMELERİNİN DIŞ KAYNAK KULLANIMI SÜRECİ

#### 2.1 Dış Kaynak Kullanımı

Rekabet koşullarının değişmesi, teknolojiadaki hızlı ilerlemeler, endüstrilerin küreselleşmesi gibi gelişmeler, işletmelerin yapı ve işleyişleri üzerinde yeni arayışlara yönelmelerine neden olmuştur (Fırat, 2004:51). Bu arayışla işletmeler, ayakta kalmak ve rekabet üstünlüğü kazanmak için müşterilerine daha fazla değer yaratacak mal ve hizmetleri etkin bir şekilde sağlayabilmek amacıyla temel yeteneklerine odaklanarak, temel olmayan destekleyici fonksiyonlarını başka işletmelerden tedarik etmeye yönelmişlerdir. Bu uygulamaya “dış kaynak kullanımı - DKK” (dış kaynaklardan yararlanma - outsourcing) denilmektedir.

##### 2.1.1 Dış kaynak kullanımının tanımı

DKK kavramını incelemek için yeni bir yönetim düşüncesini ve organizasyonların yapılandırılmasını etkileyen üç önemli gelişme; (1) haberleşme ve bilgi işlem teknolojilerindeki gelişmeler, (2) yönetim düşüncesi ve organizasyon yapıları üzerinde önemli etkisi olan uluslararası rekabet, ulusal sınırların anlamını yitirmesi ve küreselleşme, (3) insan hakları, insani değerler, kişilik kavramı, insanın her şeyden önemli bir varlık olarak ortaya çıkması, genel olarak eğitim ve yaşam düzeyinin yükselmesi, insanların beklentilerindeki değişimler ve insanların yaratıcılığından daha fazla yararlanma hususundaki gelişmeler ve düşünceler olarak sıralanabilir (Derinöz, 2002:1).

Pazar şartları, rekabet, hükümet düzenlemeleri, finansal ve teknolojik şartlar, yani bir çok nedenden dolayı, hızlı bir değişim yaşanmaktadır (Gençyılmaz, Zaim, 2000:131). Günümüzde müşteri bilinçlenmiştir ve kendi beklentilerine göre kişiselleştirilmiş ürünlerin uygun miktar ve hızda sağlanmasını talep etmektedir. Bu nedenle işletmeler, hız, esneklik ve maliyet avantajı sağlamalıdır. Bunun yanı sıra

ülke ekonomisinde ve küresel ekonomideki ani dalgalanmalar da şirketler açısından önemli riskler oluşturmaktadır. Tüm bu etkenlere bağlı olarak işletmeler, yönetim ve üretim yapılarında radikal değişimler yapmaya başlamışlardır. Değişim ve değişkenliğe uyum sağlayabilmek, dalgalanmalardan daha az etkilenmek, güncel ve en son teknolojilerden, bilgi birikiminden hızla yararlanabilmek amacıyla işletmeler, temel yeteneklerine odaklanarak DKK uygulamasını stratejik bir silah olarak kullanmaya yönelmişlerdir (Mersin, 2003:92; Moneyfesto Active Academy, 2003). Çünkü işletmeler, rekabetçi ortamda ayakta kalabilmek için ya hizmetlerin tamamını ya da rekabetçi avantaj yakalayabileceği birkaç butik hizmeti sunmalıdırlar (Foreman, Roberts, 1991:78). Hiçbir işletme yapması gereken her işi en iyi yapamayacağından, temel yetenekleri dışındaki işleri, temel yetenekleri bu işleri yapmak olan diğer uzman şirketlere bırakmak zorundadırlar (Derinöz, 2002:4).

DKK uygulamasını daha iyi anlayabilmek için öncelikle temel yetenek kavramının ne olduğunun anlaşılması gereklidir. Arslantaş (1999:2) temel yeteneği bir işletmeyi diğerlerinden ayıran, işletmenin vizyonunu gerçekleştirmede temel rol oynayan, rakipler tarafından kolayca taklit edilemeyen, uzun vadeli başarının temeli olan bilgi, beceri ve yetenek olarak ifade etmektedir. Koçel (2001:314) temel yeteneği, işletmeleri iyi bildikleri işleri kendileri yapıp, diğer işletmelerden daha iyi bilir hale gelmeye, bu işlerin dışındaki işleri dışardan satın almaya ve sürekli olarak yenilik yapmaya odaklanmaya sevk etmek şeklinde tanımlamaktadır.

Gençyılmaz ve Zaim'e (2000:131) göre temel yeteneklerin özellikleri;

- Bir ustalıklar ve bilgi kümesi olması,
- Esnek ve sınırlı sayıda olması,
- Değer zincirindeki boşlukları ve eksiklikleri dolduracak alanlarda seçilmiş olması olarak sıralanmaktadır.

Tampoe'ya (1994:68-69) göre bir işletmenin diğer yeteneklerinden farklı olarak temel yetenekleri;

- İşletmelerin kısa ve uzun dönemli yaşamı için temel sayılma,

- Taklit edilmesi güç olma,
- İşletme için benzersiz olma,
- Beceriler, kaynaklar ve süreçlerden oluşan bir karışım olma,
- İşletmenin zaman içinde güçlendireceği bir yetenek olma,
- Sonunda temel ürün niteliği taşıyacak nihai ürünlerin üretiminde gerekli olma,
- İşletmenin stratejik vizyonunu gerçekleştirmede vazgeçilmez nitelikte olma,
- İşletmenin küçülme, verimlileştirme, stratejik birlikler ve iş ortaklığı oluşturma gibi stratejik kararlar vermesinde temel rol oynama,
- Pazarlanabilme ve ekonomik açıdan değeri olma,
- Sayıca az olma kriterlerini karşılama yeterliliğidir.

İşletmeler temel yetenekleri dışındaki alanlara da ihtiyaç duyarlar. İşletmenin bu ihtiyaçları gidermeye yönelik önünde iki seçenek vardır: Yapmak veya satın almak. İşletme için bu iki seçenek arasındaki seçim finansal, yönetsel ve organizasyonel olarak stratejik bir karardır. İşletme ya bu gereksinimi için kendisi üretmeye devam edecek, ya da kendi temel işi için bir fonksiyonu olmayan destek işlerini dışarıdan temin edecektir. İşletmenin dışarıdan sağladığı bu faydaya verilen isim DKK'dır.

DKK, işletmelerin sunmayı düşündükleri hizmetleri kendi bünyelerinde üretmek yerine, bu hizmetleri profesyonel işletmelerden satın alarak, daha az maliyetle ve daha kaliteli olarak gerçekleştirme çalışması olarak nitelendirilebilir ([www.verim.com](http://www.verim.com)).

DKK'nın en genel tanımı, şirketin kendi ana işi dışındaki konularda başka şirketlerden hizmet alarak, toplamda işini daha iyi yönetmesidir. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi DKK bir yeniden yapılanma modeli, bir yönetim felsefesi ve bir iş yönetme biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Başka bir deyişle DKK, işe koyulmanın daha iyi yolunu bulma sanatıdır ([www.hitits.com](http://www.hitits.com)). DKK uygulamasının yaygınlaşmasının en önemli sebebi, birçok kullanıcı gereksinimini aynı anda karşılayan bir iş modeli olmasıdır ([www.outsourcingtr.com](http://www.outsourcingtr.com)).

DKK esas yetkinlik de diyebileceğimiz bir kavramdır. Yetkinlik, işletmenin belirli amaç ve hedefler doğrultusunda, belirli ilke ve değerler çerçevesinde yönetilmesidir (Outsourcing Dergisi, 2005:21). Basit tanımı ile işletmelerin uzman oldukları alan, kendilerini rakiplerinden farklı kılan üstünlükleridir. Bu tanıma göre işletmelerin sürdürülebilir başarı elde edebilmelerinin yolu tüm kaynaklarını, süreçlerini ve hedeflerini ana işlerine yöneltmelerinden geçmektedir (Çelik, 2004). DKK trendi, işletmenin temel olmayan faaliyetlerini dışarıdaki hizmet sağlayıcılarına transfer etmesiyle başlamıştır (Lindholm, Suomala, 2004:229).

DKK aslında üretimi parçalayıp işleri dış kaynak sağlayıcı işletmelere dağıtmaktır. DKK basitçe, seçilmiş mal ve hizmetleri kendi işletmeniz dışından temin etme kararı olarak tanımlanabilmektedir (Engelke, 1996a).

DKK, daha önce işletmenin kendisi tarafından sunulan mal ve/veya hizmetleri dağıtmak için başka bir işletme ile önceden belirlenmiş dış tedarik şeklidir (Han, Lam, 2005:43; Lindholm, Suomala, 2004:229). Varol (2005) DKK'nı, pazarda güçlü bir performans yakalanmasını, gelir yaratılmasını ve yeni müşterilere daha hızlı ulaşmak için tasarlanan iş stratejilerinin uygulanmasını mümkün kılmanın en etkin yollarından biri olarak görmektedir. Bu sayede işletmeler, kendi içlerinde yönetimi zor olan ve maliyet gerektiren hizmetlerini dış tedarikçiler üzerinden sunarak ana faaliyet konularına odaklanabilmektedirler (inet-tr.org.tr). Bu yöntem, zaman ve maliyet açısından işletmeye büyük avantaj sağlamaktadır (www.verim.com).

İşletmeler kendilerine rekabet avantajı sağlayan ana faaliyetleri ile ilgili işlerin dışındaki tüm işleri başka işletmelere yaptırmak suretiyle, hem kaynak tasarrufu yapmakta, hem yapı olarak küçülmekte (downsizing) ve yalın hale gelmekte, hem de en iyi bildikleri iş üzerinde yoğunlaşma fırsatı bulmaktadırlar (Koçel, 2001:315). Ancak DKK sayesinde gerçekleşen küçülme, pazar payının kaybedilmesi, gelirden azalma, insan kaynaklarının işlerine son verme anlamında değildir. Burada kastedilen küçülme, işletmenin yalın hale gelerek temel yeteneği dışında kalan faaliyetleri dışarıdan temin etmesi yoluyla, verimliliğin sağlanmasına yönelik yapısal bir daralmadır. Bu sayede işletme, daha esnek ve daha çabuk hareket

eden bir yapıya kavuşmaktadır. Diğer yandan, işletme temel yeteneğine odaklanarak sağladığı uzmanlaşma sayesinde verimliliğini ve etkinliğini artırarak gelirlerini ve pazar payını artırmakta, sağladığı etkinliği sayesinde rekabetçi pozisyonunu güçlendirmektedir. Bu şekildeki pek çok işletme faaliyetlerini gerçekleştirmek için birbirinden hizmet satın almakta, bunlar arasında bir nevi ortaklıklar kurulmaktadır. Böylece her biri kendi alanında başarılı olan ve birinin başarısının diğerininkine bağlı olduğu işletmeler topluluğu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bazen DKK'nın İngilizce karşılığı olan outsourcing yerine co-sourcing kavramının kullanıldığına da rastlanılmaktadır (Koçel, 2001:316). Bu ifade işletmeler arasındaki ortaklığı, işbirliğini ve kaynakların ortak kullanıldığını belirtmektedir. Bugün işletmelerin büyük bir bölümünün diğer işletmelerle stratejik ortaklıklara dayanan çalışma ağları oluşturduğu görülmektedir (Kotler, 2000:20).

İşletmeler açısından mal ve hizmetleri kendileri yapmak yerine verimlilik, kalite, çeşitlilik ve maliyet avantajları bakımından daha avantajlı şekilde üreten işletmelerin kimler olduğu, nerelerde buldukları, ne gibi niteliklere sahip oldukları, hangi fiyat ve koşullarla çalıştıkları önem kazanmaktadır (Öğüt, Sevinç, 2005). Çünkü DKK sayesinde artık işletme kendisi üretmek zorunda değildir. İhtiyacı olan tek şey temel yeteneği dışında kalan mal veya hizmeti en kaliteli ve uygun ücretle tedarik etmektir.

DKK günümüzün en yaygın uygulamalarından biri olarak kendini göstermektedir. Sermaye, zaman ve beceri yatırımı yapmadan katma değer yarabilecek her türlü hizmetin dışarıdan temin edilmesi, günümüzde kaynak yaratmadaki en akılcı yöntem olarak görülmektedir (Hamamcıoğlu, 2003:2).

### **2.1.2 Dış kaynak kullanımının gelişimi**

İşletmelerin gittikçe artan ölçüde, sadece kendi sahip oldukları yetenek ve becerileri esas alan işleri yapmak istemeleri, temel yeteneklerin kullanılmadığı işleri başka işletmelerden almak eğilimi, yaygın bir DKK uygulanmasını ortaya çıkarmıştır (Koçel, 2001:315). DKK ilk ortaya çıktığında işletmelerin toplam çalışan sayısını azaltmak ve maliyet avantajı yaratmak için kullandıkları bir araç olarak algılanmıştır.

Ancak günümüzde DKK uygulamasının yalnız maliyet azaltma amaçlı değil, operasyonel etkinliği arttırmak için de kullanılan stratejik bir iş yapma biçimi olduğu görülmüştür (www.outsourcingtr.com).

Bir işletme için her alanda üstünlük sağlayabilmek mümkün değildir. Eğer işletme herhangi bir alanda fonksiyonunu yerine getiremiyorsa bu fonksiyonu o işi çok iyi yapabilen başka bir işletmeye yaptırabilir. Geleneksel DKK'nın temelinde, bir ürünün hammaddesinin dışardan temin edilmesi söz konusu iken, günümüzde sadece hammadde temininde değil, işletmenin tüm işlerinde DKK uygulamaları görülmektedir.

DKK'nın ilk uygulamaları, Amerikan Otomotiv Endüstrisinde yedek parça üretimi konusunda ortaya çıkmıştır (Çakırer, 2002:51). DKK çok daha gerilere götürülebilecek olsa da, Avrupa'da ilk kullanılmaya başlanması Venedik'te tüccarların Avrupa'ya yönelik ticari nitelikli toplama ve dağıtım hizmetlerinin konsolidasyonlarını gerçekleştirdikleri ambarlar inşa etmeleri ile ortaya çıkmıştır (Mersin, 2005:28). Özel sektörde işletmenin dışından mal ve hizmetlerin temin edilmesi 19.yüzyıl İngiltere'sine kadar giden, uzun geçmişe sahip bir olgudur (Fırat, 2004:52).

Önceleri işletmeler için en alt düzeyden en üst düzeye kadar bütün fonksiyonlarını kendilerinin gerçekleştirdiği dikey bütünleşme yaygın olarak kullanılmıştır (Engelke, 1996a). Dikey bütünleşme ile işletmeler birbirinden farklı çok çeşitli sayıda fonksiyonları kendileri gerçekleştirmişlerdir. Bu, işletmeler açısından önemli bir gücün ifadesi ve bazı durumlarda işletmeler için karlı olmuştur. Ancak bu durum, işletmelerin bir uzmanlık alanı yaratmalarını engellemiş ve çalışanların temel yetenek gerektirmeyen işlerle de uğraşmak zorunda olmaları asıl hedefe odaklanmalarına engel olmuştur (Derinöz, 2002:3). Ancak rekabet, yüksek kalite, hız, teknolojiye ilerlemeler, iletişimdeki gelişmeler gibi unsurlar dikey bütünleşme üzerinde baskı oluşturmaya başlamıştır. Pazar koşullarındaki gelişmeler, büyük ve çeşitli üretim merkezleri yerine küçük fabrikaları, dikey bütünleşme yerine dış kaynak sağlayıcıları ile çalışmayı, ölçek ekonomisi yerine esneklik sağlayan küçük ve yalın işletmeleri, bürokratik kişilik yerine girişimciliği, pazar payını

arttırmak yerine yeni pazarlar yaratmayı, sayısal çokluk yerine kalite artışını beraberinde getirmiştir (Aydınlı, 2001:33). Bu arayışlar içinde işletmelerin maliyet etkin pozisyon elde etmek için seçilmiş mal ve hizmetleri dışarıdaki bir işletmeden almayı amaçlamalarıyla DKK uygulamaları ortaya çıkmıştır (Han, Lam, 2005:43).

1980'lerin başında ise işletmelere sunulan hizmetlerin hızla genişlemesi, katma değerli faaliyetler kavramının kullanılmaya başlanmasına neden olmuştur. Buna paralel olarak katma değeri yüksek olan faaliyetlere odaklanılmaya başlanmasıyla 1990'lı yıllar DKK uygulamalarının çok hızlı bir şekilde artmaya başladığı bir dönem olmuştur (Mersin, 2005:28).

DKK'nın gelişmesindeki tarihsel süreçlere baktığımızda, DKK'nın işletmeler için, özellikle büyük ölçekli işletmeler için, sadece geçici süreli bir yönetim trendi olmadığı açıktır. Stratejik önemi olmayan operasyonel seviyelerde uygulanan DKK, yemek, temizlik gibi işlerden zamanla terfi ederek, stratejik önemi giderek artan insan kaynakları ve idari işler, bilgi teknolojisi, lojistik, satış ve pazarlama, müşteri hizmetleri, vb. iş alanlarına yayılmıştır (Özkan, 2005). DKK dışarıdan alınan bazı parçaların üretimi, destek hizmetleri gibi işlemlerden daha çok bilgiye dayalı işlere doğru kaymaya başlamıştır (Outsourcing Dergisi, 2004:24). Çünkü dünyada, 1980'li yıllar kalite arayışlarının arttığı ve üretimin kalite üzerine şekillendiği yıllar olmuştur. 1990'lı yıllar ise bilgisayarların tüm işletmelerde kullanımının yaygınlaştığı ve tüm dünyadaki pazarlara ait bilgilerin sığağı sığağına ekranlarda yer almaya başladığı yıllar olarak karşımıza çıkmıştır. İşletmelerin içinde bulunduğu rekabetçi ortam, otomasyon ve bilgisayar teknolojisindeki hızlı gelişme, çevre ve güvenlik sorunları, kısa mamul ömürleri, müşterilerin yüksek kaliteyi düşük fiyat ile satın almak istemeleri gibi değişkenler ile şekillenmiştir (Kaygusuz, 2003). Bilişim teknolojilerinin kullanımının yaygınlaşması işletmelere yeni rekabet fırsatları sunmuştur. Bu fırsatlar; küresel anlamda bilgiye erişme, daha çok insana ulaşma, üretimle ilgili bilgi toplama ve üretime müdahale kolaylığı, küresel pazarlar ile ilgili güncel bilgilere ulaşma ve pazarlara müdahale etme becerisi, vb. olarak sıralanabilir. Fakat bu bilgi bombardımanı arasında kaybolmak istemeyen işletmeler, kendi temel

yetkinliklerine odaklanarak, üstlerinde kambur gibi duran yan hizmetleri dışarıdan sağlamayı tercih etmişlerdir ([www.outsourcingtr.com](http://www.outsourcingtr.com)).

2000'li yıllara gelindiğinde rekabet silahı hız olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ortamda teknoloji, insan kaynakları ve ortaklıklar işletmeler için bir can simidi haline gelmiştir. İşletmeler daha iyi yaptıkları işlere odaklanarak kendi alanlarında en iyi olma yoluna girmiş, bu yolda ilerlerken ihtiyaç duydukları diğer faaliyetleri ise dışardan temin etmeye başlamışlardır. Bu sayede DKK, dünyada en hızlı büyüyen pazar haline gelmiştir. Rekabetin her gün artışı gösterdiği günümüzde şirketlerin diğer şirketler ile rekabet halinde olabilmeleri ve varlıklarını koruyabilmeleri için temel işleri haricindeki yan faaliyetleri dışarıdan sağlamaları zorunlu hale gelmiştir. Fortune 500 şirketlerinin %90'ından fazlası en az bir ana iş görevini başka bir şirkete vermektedir ([www.ntvmsnbc.com](http://www.ntvmsnbc.com)). Bu da göstermektedir ki, işletmelerin temel yeteneklerine odaklanması, başarıları için bir zarurettir. Pratik olarak her şeyin dışarıdan temin edilebilmesi mümkün hale gelmiştir ve işletmeler bunu temel yetenekleri dışında kalan, onların emsalsizliğini tanımlayan, özel yetenek gerektiren pek çok alanda kullanma yönünde hareket etmektedirler (Engelke, 1996a). Özellikle bilgi teknolojileri gibi alanlarda DKK oldukça popüler bir uygulama haline gelmektedir.

Günümüzde pek çok işletme birçok rutin ve standartlaşmış hizmetlerini dış kaynak kullanarak yerine getirmektedir. DKK işletmelerin temel konuları olan işlerine odaklanmasını sağlayarak, iç kaynaklarını kullanmada verimliliklerini artırmakta ve onların dünya pazarlarında rekabetçi olmalarını sağlamaktadır. İşletmeler daha fazla süreç odaklı olmaya başladıkça, DKK uygulamaları yeni ticaret yapılarıyla doğal bir uyum sağlamakta ve işletmeleri temel yeteneklerini belirlemeye itmektedir (Johnson, 2000:33). Elbette ki, temel olmayan faaliyetler işletmenin genel başarısı için önemini halen korumaktadır ve bu faaliyetler, bu işlerde uzmanlaşmış işletmelerce en iyi şekilde sağlanmaktadır (May, 1998:136). Bu uygulama sayesinde günümüz işletmeleri dış kaynak sağlayıcıları ile müşterileri arasında bir köprü vazifesi görür hale gelmektedir. Bu konum, işletmeleri dış kaynak sağlayıcılarını seçme hususunda daha temkinli olmaya itmektedir. Çünkü birinin başarısı



diğerininkini beraberinde getirmektedir. Bu uygulama bir ortalık olarak düşünöldüğünde, bu ortaklık halkasının herhangi bir noktasındaki kopukluk tüm işletmelerin başarısız olmasına neden olmaktadır.

DKK'nın sağladığı rekabet avantajından dolayı dış kaynak sağlayıcı işletme sayısında da büyük artış görölmektedir. Nitekim, 2000'li yıllarda işletmelerin çoğunun DKK'na yöneleceği ve bu sektördeki büyümenin yıllık %20'ler düzeyine erişeceğı ifade edilmektedir (Çakırer, 2002:52). Üretimin her noktasında kendini gösteren DKK uygulamaları;

1. Otomobil sektörü
2. Beyaz eşya
3. Tekstil
4. Bilişim
5. Bankacılık
6. Perakendecilik
7. Hizmet Sektörü
  - Muhasebe bölümü
  - İnsan kaynakları danışmanlığı
  - Yönetim danışmanlığı
  - Eğitim danışmanlığı
  - Vergi danışmanlığı
  - Tercüme ve hukuk büroları
  - Saha Araştırma işletmeleri
8. Destek hizmetleri (yardımcı hizmetler, ikincil hizmetler)
  - Temizlik
  - Kurye
  - Yiyecek ve içecek
  - Güvenlik
  - Personel taşıma

- Lojistik
- Ofis hizmetleri
- Bilgisayar bakımı
- Teknik hizmetler sektörlerinde yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye’de ise DKK uygulamaları henüz emekleme devresindedir. Bunun iki nedeni vardır: Birinci neden, işletmelerin DKK ile elde edecekleri faydalar konusunda tereddütte kalmaları; ikinci neden ise bazı uygulamaların çok başarılı olmaması veya başarılı olmasının istenmemesi ve bu alanda yeterli olgunluğa erişilmemiş olmasıdır (Hamamcıoğlu, 2003:2). Bununla birlikte, destek faaliyetlerini işletmenin kendi içinde yerine getirmesinin işletmeler için zaman, emek, sermaye, işgücü, verimlilik, hatta pazar kaybına yol açtığı ve bu faaliyetlerin dışardan teminin işletmeye daha fazla katma değer sağlayacağı görülmeye başlanarak, işletmeler bu yolda adımlar atmaya başlamışlardır.

### **2.1.3 Dış kaynak kullanımının sağladığı yararlar**

İşletmeler yıllarca kendi faaliyet alanları ile ilgili tüm fonksiyonları kendi bünyeleri içinde gerçekleştirme yoluna gitmişlerdir. Ancak bu uygulama işletmenin kaynaklarının etkin kullanılmamasına, verimliliğin düşmesine, pazara cevap vermek için zorunlu yatırımlar nedeniyle finansal darboğaza, uzmanlaşma sağlanamamasına, kalitenin düşmesine ve tüm bu sonuçlardan dolayı rekabet ortamında pazarın kaybedilmesine neden olmuştur. 1980’li yıllarda yaygınlaşmaya başlayan DKK uygulaması bu anlamda bir can simidi gibi pazara atılmıştır.

DKK yaklaşımı ölçülebilir ve ölçülemeyen kriterlerin analizini gerektirmektedir: Ölçülebilen kriterler maliyetler, sabit maliyetlerin artması, yatırımlar ve gelirler; ölçülemeyen kriterler ise stratejik ilgi, güvenilirlik, operasyonlar arasındaki bağlantı, iş istikrarı, yönetilebilirlik ve dış kaynak sağlayıcılarına bağımlılıktır (Fill, Visser, 2000: 45).

İşletme, bir faaliyeti dışarıdan temin etmeye karar vermeden önce;

- İşletmenin buna ihtiyacı var mıdır?

- İşletmenin hangi faaliyetleri için dış kaynaklardan yararlanılacaktır?
- İşletme kültürü dış kaynaklardan uygulamasını destekleyecek midir?
- Bu faaliyette rekabet avantajı elde etmek için potansiyel gücün derecesi nedir?
- Faaliyet dışarıdan satın alındığında piyasadaki başarısızlıktan doğabilecek zayıflık ve rekabet gücünü yitirme derecesi nedir?
- Talepteki gerekli esnekliği elde etmek ve uygun bir kontrol sağlamak için dış kaynak sağlayıcısı ile sözleşme düzenlemelerini yeniden yapılandırarak zayıflığı ortadan kaldırmak mümkün olur mu? Bu amaçla ne yapılabilir? sorularını yanıtlamalıdır (Çakırer, 2002:65-66).

Bu soruları kendi iç yapılarında ve buldukları pazar koşullarında doğru bir şekilde değerlendiren işletmeler kazanan işletmelerden olabilmektedir. Değişimleri doğru olarak algılayabilen, değer analizi yapabilen, güçlü ve gelişmeye açık noktalarını belirleyerek, temel yeteneklerini ve dış kaynaklardan yararlanacakları alanları doğru olarak tespit edebilen işletmeler, rekabet avantajı elde edebilmektedirler (Gençyılmaz, Zaim, 2000:121).

DKK'nın işletmelere rekabet avantajı sağladığı açıktır. Bu avantajı sağlamada DKK'nın faydaları;

- Şirketlerin ana faaliyetlerine odaklanmasını sağlaması ve onları geliştirmesi,
- Dışardan teknoloji kullanımı ile gelişmeleri takip etmeyi sağlaması,
- Yüksek hizmet standartlarına ulaşılmasını sağlaması,
- İşin uzman tarafından yapılmasını sağlayarak kaliteyi artırması,
- Dünya standartlarında yeteneklere sahip olunmasını sağlaması,
- Maliyetleri azaltması,
- Şirketlere birçok açıdan esneklik getirmesi,
- Organizasyon yapısının küçülmesiyle yalınlaşma sağlanması,
- İşletmelerin büyümelerini sağlaması,
- Sabit maliyetleri değişken maliyetlere dönüştürmesi,
- İşletmelerin kendi imkanları ile elde edemeyecekleri kaynaklara ulaşmasını sağlaması,

- Kapasiteyi artırması,
- Sermaye bağımlılığını azaltması,
- Riskin paylaşılması,
- Pazardaki talep değişikliklerine cevap vermeyi kolaylaştırması,
- Alt sektörlerin oluşmasını sağlaması,
- Zamandan tasarruf edilmesi,
- Kaynakların daha etkin kullanımını sağlaması,
- Dış kaynak sağlayıcısına bağlı çalışan elemanlar sorunlarını birebir dış kaynak sağlayıcısı ile görüşerek çözdüklerinden işletme yönetimi için sorun oluşturmamaları,
- Çalışanlar sadece kendi asıl işleri ile uğraştıklarından dolayı daha yüksek motivasyon ve üretkenliğe neden olarak morali artırması,
- İşletmeler hizmetin plan ve işleyişini kendileri organize etmek yerine sadece sunulan hizmetin kontrolünü yaptıklarından, onlara zamandan tasarruf sağlaması olarak sıralanabilir.

DKK sayesinde işletmeler, iç kaynakların sağlayabileceğinden daha esnek, yüksek katma değerli ve entegre hizmetler sunabilmekte, dünyanın en iyi bilgi birikimi kaynaklarına şirketin kapasitesini arttırmadan erişebilmekte, politik ya da iç çekişmelerden dolayı elde edilmesi zor olan bölümler arası koordinasyonu daha kolay sağlayabilmektedirler (Outsourcing Dergisi, 2004:24).

DKK işletmelerin ana işlerine odaklanması, maliyetlerin düşürülmesi, değişken ve görünür hale gelmesi gibi stratejik ve finansal yararlar sağlamaktadır. Getirdiği maliyet avantajının yanı sıra, hizmet alınan işletmenin uzmanlığından, bilgi teknolojileri ve süreçlerinden yararlanılması, geniş kaynak havuzundan istenildiği zaman istenildiği kadar kullanılabilmesi, yüksek kalite ve esneklik sağlanmasına katkıda bulunmaktadır (Çelik, 2004). DKK sayesinde hem organizasyon yapısı yalınlaşmakta, hem organizasyon kademeleri azalmakta, hem de stratejik konuları düşünmek için daha fazla zaman kalmaktadır (Koçel, 2001:313). Bu da kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlamaktadır. Bu ise, işletmelerin kapasitelerini etkin bir şekilde kullanmalarını, uzmanlaşma ile kaliteyi yükseltmelerini ve pazardaki

konumlarını olumlu yönde etkileyerek, rekabet ortamında başarılı olmalarını sağlamaktadır.

DKK'nın neden olduğu organizasyonel küçülme, çoğu kez işletmelerin küçülerek büyümeleri ile sonuçlanmaktadır. İşletmenin kendisinin yaptığı iş sayısı azalmakta, fakat DKK yolu ile müşterilerine eskisinden daha fazla sayıda işi, daha kaliteli olarak sunma olanağı elde edilmektedir. Küçülme işletmeyi daha esnek birimler haline getirmektedir. Bu sayede pazar koşullarına adaptasyon kolaylaşmakta ve işletme müşteriden gelen taleplere ve rakiplerine karşı daha çabuk cevap verebilmektedir.

DKK sinerjiyi de artırmaktadır. Sinerji, işbirliği, dayanışma ve müşterek risk alma gibi eylemlerin sonucu elde edilen ekstra güç, çıktı ya da avantajdır (Çakırer, 2002:59). Belirli bir sahada uzmanlaşan işletmelerin kurdukları ortaklıklar sayesinde işletmeler, tek başlarına yapabileceklerinden çok daha fazlasını başarma olanağını elde etmektedirler (Gençyılmaz, Zaim, 2000:134). İşletmelerin tek başlarına elde ettikleri başarı ile beraber elde ettikleri başarı arasındaki fark sinerji etkisi olarak değerlendirilmektedir (Çakırer, 2002:59).

DKK, işletmelerin rekabetçi güçlerini iyileştirmelerine ve sabit altyapıya yatırımlarını yok etmeye yardımcı olurken, aynı zamanda stratejik işbirliği oluşturma potansiyeline, gelişmiş kalite ve verimliliğe, fonksiyonel uzmanlığa ulaşmalarını sağlamakta ve iç yönetim sorunlarının azalmasına neden olmaktadır (Fill, Visser, 2000:44). Dış kaynak sağlayıcısı kullanmak, işletmelere insan kaynakları ve bilgi teknolojilerine pahalı yatırımlar yapmadan kendi iç yapıları içinde son gelişmelerden yararlanma imkanı sağlamaktadır (Chase, 2004:108). Bununla beraber işletme, dışarıdan satın aldığı hizmetin sunum ve pazarlaması konusunda dış kaynak sağlayıcısından daha büyüktür ve pazarda belli bir konum ve isme sahiptir. Bu da dış kaynak sağlayıcısının uzmanı olduğu işlerin müşteriye aktarılması için önemli bir işbirliği avantajı sağlamaktadır.

Dış kaynak sağlayıcı işletmelerin yaptıkları işin uzmanı olmaları, personelinin bu konuda yetişmiş olması, teknolojik yenilikleri takip etmesi ve işletmelerin yeni bir

yatırım yaparak katlanacağı maliyetten daha düşük bir maliyetle bu işi dışarıdan satın alabilmeleri, işletmelerin DKK uygulamalarına ilgisini artırmaktadır. Müşterilerinin kendi temel yeteneklerine odaklandıkları gibi, dış kaynak sağlayıcıları da kendi uzmanı oldukları alanda hizmet sağlamaya odaklanmaktadır (Aydınlı, 2001:115). Bu da dış kaynak sağlayıcılarının verimli ve kaliteli hizmet sunmalarına neden olmaktadır. Dış kaynak tedarik eden işletmeler belirli bir sahada uzmanlaşmış olduklarından dolayı, dış kaynaklardan yararlanan işletmeler müşterilerinin ihtiyaçlarını karşılayabilmek için dünya standartlarında uzmanlaşmış kabiliyetlerden yararlanmaktadırlar (Gençyılmaz, Zaim, 2000:129).

#### **2.1.4 Dış kaynak kullanımının sakıncaları**

İşletmeler, aksayan bir fonksiyonunu dışarıdan sağlamak için birçok neden bulabilirler ve bunu yaparken sağlayacakları faydalar aşikardır. Fakat uygulama esnasında karşılaşılabilecek riskler de göz ardı edilmemelidir. Bu risklerin farkında olmadan verilecek DKK kararı, işletmenin uzun vadede zarara uğramasına neden olabilmektedir (www.outsourcingtr.com). DKK sırasında ortaya çıkabilecek sakıncalar aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- İşletmenin yetenekleri kaybedilebilir ve yanlış yetenekler gelişebilir.
- Esneklik kaybedilebilir.
- Riskin paylaşılması yerine tek taraflı çıkarlara yönelinebilir.
- İşletmeler arasında güven duygusu oluşmayabilir.
- Verimliliğin seviyesi hususunda dış kaynak sağlanan işletmeye bağlı kalınabilir.
- Dış kaynak sağlayıcısı işletmenin personeli istenen sayı ve nitelikte olmayabilir; bu durumda verimlilik azalırken maliyetler artabilir.
- Dış kaynak sağlayıcısı işletmenin nasıl performans göstereceği bilinemez; bir başkası için yaptığı işi sizin için o kadar iyi yapmayabilir (Levine, Manko, 2004).
- Hizmet sağlayıcı işletme, finansal bir sıkıntı içine girebilir, teknolojisini yenileyemeyebilir, farklı hizmet türlerine yönelmek zorunda kalabilir.

- İşletmenin dışarıdan aldığı hizmetlerde daha önceden çalıştırdığı elemanlarını işten çıkarması sonucu işletme kamuoyundaki saygınlığını ve güveni kaybedebilir.
- Hizmet sağlayıcı işletme başarısız olabilir ve bu başarısızlık hizmet alan işletmeye mal edilebilir; bu yüzden dış kaynak sağlayıcıları işleyiş hususunda bazen eğitilmelidir.
- İşletme stratejik fonksiyonlarını da dış kaynak sağlayıcısına devrettiği takdirde dış kaynak sağlayıcısına aşırı bağımlı hale gelebilir. İşletme kontrolü sağlayabilmek için asla anlamadığı faaliyetleri dışarıdan satın almamalı, kendi yapabileceği, fakat yapmamayı tercih ettiği faaliyetleri dışarıdan almalıdır (Johnson, 2000:23).
- Dış kaynak sağlayıcısı istenilen kalitede hizmet vermeyebilir. Bu da dış kaynaktan faydalanan işletmenin de kalitesini yitirmesine neden olabilir.
- Üretim alanı dışında kalan yönetim, danışmanlık, bilgi ve teknoloji alanlarında DKK'nın kendine özgü özellikleri bulunmaktadır. Bu yüzden satıcı alıcıdan daha fazla bilgiye sahip olabilir, hatta alıcıya göre kendini daha yüksekte görebilir ([www.outsourcingtr.com](http://www.outsourcingtr.com)).
- Birçok durumda maliyetlerin önceden tahmini doğru olarak yapılamamakta ve DKK sözleşmesinde yer almayan çeşitli ek maliyetler ortaya çıkabilmektedir. DKK kararından sonra işletmenin doğrudan ve dolaylı maliyetleri öncekinden farklı bir davranış gösterebilir ve DKK değişikliklerini uygulama dolaylı ve gizli maliyetlere neden olabilir (Lindholm, Suomala, 2004:229).
- İş tamamlandığında dış kaynağın sonuca etkisinin etkin bir biçimde ölçülmesi mümkün olmayabilir.
- Kritik bilgiler dış kaynakta kalabilir.
- Kalite ve zamanlama üzerindeki kontrol kaybedilebilir.
- Üretilen çözüm rakiplere de satılabilir, kritik bir anda dış kaynak hizmetini veren işletme alıcıyı yüz üstü bırakılabilir.
- DKK kullanılmayan kapasiteye yol açabilir (Lindholm, Suomala, 2004:230).

Bunların tümü haklı endişeler olsa da bilgi birikimi ve her iki tarafı da güvence altına alan sözleşmelerle bu risklerin önlenmesi mümkün olabilmektedir.

Ancak, DKK'ndan yararlanmak her zaman işletmenin içinde bulunduğu sorunu çözmeyebilir. DKK sadece problemlerin çözümünde kullanılacak bir araç değil, işletme amaçlarını destekleyen ve hedeflere ulaşılmasını sağlayan bir uygulamadır (Uluiş, 2001:7). Sorun ortaya çıktığında sorunun kaynağı ve çözümleri üzerinde çalışmalar yapılması zorunludur. Sorun tam olarak tanımlanmadan doğru dış kaynak sağlayıcısı ile işbirliği sağlanamaz. Böylece rekabet avantajı sağlamak üzere başlatılan bir uygulama, işletmeyi dezavantajlı hale getirebilir (Koçel, 2001:317).

## **2.2 Sağlık Hizmetleri ve Dış Kaynak Kullanımı**

Sağlık hizmetleri acildir ve ertelenemez. Bununla birlikte, hastanenin sahip olduğu imkanlar oldukça kısıtlıdır. Bu kısıtlar altında sağlık hizmetlerinde verimliliğin ve etkinliğin artırılması zorunlu hale gelmiştir. Bu doğrultuda hastaneler, temel yetenekleri dışında kalan hizmetleri dışarıdan satın alma yoluna gitmektedirler. Önceleri sadece destek hizmetleri dediğimiz temizlik, yemekhane, santral, ulaşım, otopark, otomasyon, çamaşırhane hizmetleri gibi hizmetleri dışarıdan satın alan hastaneler, artık yardımcı tıbbi hizmetler dediğimiz eczane, radyoloji, laboratuvar, MR (manyetik rezonans görüntüleme), diyaliz hizmetleri gibi hizmetleri de dışarıdan satın alır hale gelmişlerdir. Yardımcı tıbbi hizmetleri temin edebilmek adına hastaneler, diğer sağlık kurumları ile çalışmaya başlamışlardır. Sağlık kurumları arasındaki işbirliği ve bütünleşme, bütüncül sağlık hizmeti veren kurumların ortaya çıkmasına yol açmıştır (Kavuncubaşı, 2000:34).

### **2.2.1 Dış kaynak kullanımının sağlık hizmetleri pazarlaması içindeki yeri**

Son yılların en önemli yönetim uygulamalarından biri olan DKK, işletmenin kendisine rekabet avantajı sağlayan faaliyetlere odaklanmasına, kendi uzmanlık alanına girmeyen faaliyetleri ise bu konuda uzmanlaşmış olan, kendi organizasyonu dışındaki işletmeler aracılığıyla, gerekli kalite standartlarına uygun bir biçimde sağlamasına imkan veren bir yönetim stratejisidir. Hızla değişen piyasa koşulları, küresel rekabet, gelişen bilgi teknolojileri DKK uygulamasını gerektirmiştir. Hastane hizmetlerinde DKK son yıllarda giderek önem kazanan bir yöntemdir. Bu yolla hastaneler daha etkin ve verimli olmak için temel yeteneklerine odaklanmakta, bunun



dışında kalan hizmetleri bu alanda temel yetenek kazanmış uzman işletmelere vermektedirler. Böylece, hastanelerdeki hizmet kalitesi daha etkin ve verimli hale getirilerek (Aksakaloğlu, 2004:28) hasta memnuniyeti arttırılmakta ve daha başarılı sağlık hizmetleri pazarlaması gerçekleştirilebilmektedir.

Hastanelerde DKK'nın ilk uygulandığı alan temizlik hizmetleridir (Çakırer, 2002:123). Daha sonra DKK sahaları artmış, destek hizmetleri (temizlik, yemekhane, santral, otomasyon, otopark, ambulans, ulaşım, vb.) ile başlayan bu uygulama yardımcı tıbbi hizmetlere (radyoloji, laboratuvar, eczane, FTR, MR, vb.) kadar genişlemiştir. Böylesi geniş bir yelpazede uygulama alanı bulan DKK işlemleri için hastanelerin milyonlarca dolar harcadıkları gözlenmektedir (Ban, vd., 2002:433).

Hastanelerde dış kaynak kullanılan belli başlı alanlar;

- Yemekhane hizmetleri,
- Temizlik hizmetleri,
- Güvenlik hizmetleri,
- Ambulans hizmetleri,
- Çamaşırhane hizmetleri,
- Tamir ve bakım hizmetleri,
- Ofis hizmetleri,
- Terzilik hizmetleri,
- Santral hizmetleri,
- Otopark hizmetleri,
- Kafeterya hizmetleri,
- Otomasyon,
- Sağlıkla ilgili diğer hizmetler (kit karşılığı cihaz alımı, MR, anjio, gibi tıbbi cihazlardan faydalanılarak verilen sağlık hizmetleri) olarak sıralanmaktadır.

Hastanelerin varoluş nedeni ve temel fonksiyonu tıbbi hizmet üretimidir. Bunun dışındaki diğer faaliyetlerin yerine getirilmesi zorunludur, ancak tıbbi açıdan bakıldığında bunlar, yardımcı hizmetler olarak konumlanmaktadır. Bu yüzden

hastaneler tıbbi hizmetlere odaklanmalı, diğer hizmetleri DKK uygulaması ile karşılamalıdır.

Günümüzde mal ve hizmetlerin yaşam süreleri giderek kısalmakta ve bunları üreten ve pazarlayanlar için kendini yenilemek, rekabetin ön koşulu haline gelmektedir. Sağlık hizmetleri için de aynı durum söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda asıl unsur insandır. Ancak, sağlık hizmetleri aynı zamanda teknoloji yoğun bir hizmettir. Bu yüzden sağlık kuruluşları teşhis ve tedavi yöntemlerini geliştirmek için teknolojiye sürekli yenilikleri takip etmek zorundadırlar. Bu ise önemli yatırımlar gerektirmektedir. Oysa ki sağlık kuruluşları sürekli değişim halindeki bu teknolojiye ayak uydurabilmek için her zaman yeni cihaz alabilecek güce sahip değildir. İşte bu noktada DKK, sağlık hizmetleri yöneticilerinin imdadına koşmakta, bu cihazlardan sağlanan fayda ve hizmetleri hizmet alımı – aslında bir nevi cihaz kiralama – yoluyla gidermektedir.

Dünya üzerinde yaklaşık 6000 farklı tip ve özellikli tıbbi cihaz ve malzeme mevcuttur ve bunların yaklaşık 750.000'den fazla farklı marka, model ve ebatları bulunmaktadır (Büyükmirza, Uçak Erden, 2004:11). Tıbbi cihazı satın alma kararı oldukça riskli ve üzerinde düşünülmesi gereken bir karardır. Çünkü çoğu kurum cihaz satın alınırken gerekli teknik bilgiden yoksun olduğu gibi, satın alınan cihazın kullanımı sırasında gerekli bakım-onarım alt yapısından da mahrumdur. Satıcı işletmeler ise söz konusu teknik desteği yeterince ve zamanında verememekte, hatta bazılarının teknik servisi bile bulunmamaktadır. Bu durum ise cihazın gelişen teknoloji karşısında ihtiyaca cevap vermemesine ve bazı durumlarda atıl kalmasına neden olmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 27/06/2003 tarih 2003/70 sayılı genelgesi ile bu tür tıbbi cihazlardan sağlanan fayda ve hizmetlerin hizmet satın alma yoluyla finansal kiralamasını mümkün kılması, boşa yapılan bu yatırımların önüne geçilmesini sağlamıştır. Gerekli hizmet, o işi yapmak için gerekli alt yapı ve organizasyona sahip ehil ellere bırakılarak, en etkin ve kaliteli hizmet alınmakta ve müşterileri olan hastalara sunulmaktadır. Çalışmama durumlarında uygulanan cezai müeyyideler ise hizmetin aksamadan sunulmasına neden olmaktadır. Bu durum sadece hizmetin aksamamasından dolayı yüksek kalite ve hasta memnuniyetine

neden olmakla kalmayıp, hastalığın tedavisi gecikmediği için hastalığın ilerlemesini engellemekte, buna bağlı olarak tedavi süresi uzamadığı için ileri düzeyde tedavi gereksinimi ve yatan hasta için ortalama yatış süresinin uzaması gerekmediğinden kaynak israfı da önlenmektedir.

Sürekli değişen pazar şartları karşısında bu değişime ayak uydurabilmek için gerekli yatırımlar risk alma faktörünü de beraberinde getirmektedir. DKK'ndan yararlanan işletmeler bu riski dış kaynak sağlayıcıları ile paylaşarak daha esnek ve etkin bir çözüm bulmaya çalışmaktadırlar. Riskin paylaşılması, bu ilişkiyi müşteri-tedarikçi ilişkisinden ayırmaktadır (Akman, 2003:74). DKK ile daha önceden rakip olan işletmeler aynı sistemin parçası haline gelebilmekte ve birbiriyle rekabet etmek yerine birbirini tamamlamaktadırlar (Clarke, 1995:474). Bu durumda hizmet işletmeleri birbirleriyle işbirliği içinde bulunmaktadırlar. Hastalar, aynı zaman süreci içerisinde birden fazla tetkik ve hizmeti bir arada almak durumunda olduklarından hastaneler, ya kendi bünyelerinde çeşitli hizmet birimlerini bulundurarak bu talebi karşılamakta, ya da bu hizmetleri dışarıdan sağlayarak hizmetlerini aksatmamaya çalışmaktadırlar.

Hastaneler bu uygulama ile tüm kaynaklarını asıl yaptıkları iş olan sağlık hizmeti sunmaya kanalize etmekte ve dış kaynak sağlayıcıları ile yaptıkları işbirliği ile pazardaki konumlarını güçlendirmektedirler.

### **2.2.2 Dış kaynak kullanımının sağlık hizmetleri pazarlamasına etkisi**

Sağlık kuruluşları genelde hizmet bileşimlerini belirlemek konusunda tam bir özgürlüğe sahip değildirler. Sundukları hizmetin aciliyeti ve ertelenemez oluşu nedeniyle ve teşhis, tetkik ve tedavi sürecinde pek çok birim birbiriyle bağlantılı olarak aktif halde çalışır vaziyette bulunmak zorunda olduğundan dolayı karsız bir hizmeti dahi hizmet bileşimlerine almak veya tutmak zorunda kalabilmektedirler.

Karafakıoğlu'na (1998:119) göre hizmet bileşimleri belirlenirken aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

- Hizmet bileşimi pazara yönelik olmalıdır. Bunun için müşteri istek ve ihtiyaçları pazarlama araştırmaları ile incelenmelidir.
- Hizmet bileşimi işletmenin saygınlığını ve rakiplere karşı durumunu yakından etkilemektedir. Bu nedenle hizmet bileşimine alınacak hizmetlerin seçiminde rekabet gücü olanlara öncelik verilmelidir.
- Hizmet bileşimi pazardaki değişmelere kısa sürede uyum sağlayabilecek biçimde geliştirilmelidir.
- Hizmet bileşimi belirlenirken işletmenin iç koşulları da dikkate alınmalıdır. Karlılık, likidite ve risk gibi faktörler gözden uzak tutulmamalı ve getiri artırıcı, maliyet azaltıcı hizmetlerin seçimine özen gösterilmelidir.

Hastane hizmet bileşimine aldığı hizmetlerin tamamını kendisi sunmak zorunda değildir. Hastane bu hizmetlerden destek hizmetlerini asıl işleri bu hizmetleri sunmak olan dış kaynak sağlayıcılarından, yardımcı fonksiyonu olanları diğer sağlık kuruluşlarından, medikallerden satın alabilir. Dışarıdan satın alınan hizmetlerin hastanenin kalite ve pazardaki konumuna katkısının olabilmesi için söz konusu hizmetleri satan işletmeler, yaptıkları işin uzmanı konumunda olmalı, teknolojiyi yakından takip etmeli ve standart hizmet kalitesi sunmalıdırlar. Çünkü hizmet sağlayıcısının sunacağı hizmetin kalitesi, hastanenin sunacağı hizmet kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bir başka ifade ile, dış kaynak sağlayıcısının sunduğu hizmetin kalitesinin yüksek olması hasta memnuniyetini artırmaktadır. Hastanenin ihtiyacı olan hizmetleri bu şekilde dışarıdan temini, onun yeni bir yatırım yaparak katlanacağı maliyetten daha düşük bir maliyetle işi gerçekeştirmesi imkanını sağlamaktadır. Bu sayede hastane, daha düşük bir bütçe ile daha kaliteli, etkin ve verimli bir hizmet sunma olanağı elde etmektedir. Bu hizmeti hastaneye sağlayan hizmet sağlayıcı işletme de hastanenin sahip olduğu konum ve isim sayesinde kendi başına ulaşamayacağı kadar fazla bir hasta kitlesine hizmet verme ve kendi gelirlerini artırma imkanına kavuşmaktadır.

DKK sayesinde hastaneler, sahip oldukları karmaşık yapıyı yalınlaştırarak, uzmanı oldukları konu olan tıbbi hizmetlere daha fazla odaklanabilmektedirler. Temel yeteneklere odaklanma sayesinde hastaneler, temel tıbbi hizmetlerde

uzmanlaşarak bu alanda bilgi ve beceri birikimlerini geliştirmektedirler. Bu durum hastanelerin organizasyonel olarak küçülmesi anlamına gelmektedir. Bu sayede hastanenin kendi bünyesinde yürüttüğü faaliyetlerin sayısı azalmaktadır, fakat DKK uygulaması sayesinde hastane eskisinden daha fazla işi yapabilmektedir.

İşletmeler için önemli olan daha fazla üretimdir. Bu yüzden üretim tekniklerinin geliştirilmesine çalışılmaktadır. Bu bağlamda DKK, üretimin geliştirilmesi noktasında pazarlamaya yardımcı olmaktadır. Daha kaliteli hizmet üretimi hasta memnuniyetini artırarak, hastanenin imajını güçlendirmektedir.

### **2.2.3 Dış kaynak kullanımının hasta memnuniyetine etkisi**

Pazarlama anlayışında tüketici tüm faaliyetlerin başlangıcına oturtulmakta ve onun istek ve ihtiyaçları, memnuniyeti, bir mal ya da hizmete ilişkin tüm düşünceleri, sistemli bir bilgi akışı içerisinde ondan alınmakta ve bu bilgiler, üretimin yönlendirilmesinde kullanılmaktadır. Müşteri ürün ya da hizmetten memnun kaldığı takdirde üretime devam edilmekte ve değişen müşteri istek ve ihtiyaçlarından geri besleme yapılarak sürekli bir değişim ve gelişim içinde bulunmaktadır.

Hastane hizmetleri; temizlik, çamaşırhane, yemekhane gibi destek hizmetlerinden, teknik, idari ve mali her türlü faaliyete ve tıbbi hizmetlere kadar çok geniş bir hizmet alanını kapsamaktadır (Çakırcı, 2002:103). Hastanelerin bu çok fonksiyonlu yapısından dolayı, bunların en iyi şekilde karşılanması hem hastane içi işleyiş, hem de hasta memnuniyeti için oldukça önemlidir.

Hasta memnuniyeti, hastaya verilen hizmetin en azından onun beklentilerini karşılayacak seviyede olması ile sağlanabilmektedir. DKK, hasta memnuniyeti için vazgeçilmez bir zorunluluktur. DKK sayesinde hastaneler asıl fonksiyonları olan tıbbi hizmetlere yönelerek, hasta memnuniyeti üzerine odaklaşma fırsatı elde etmektedirler. Bununla birlikte karmaşık yapısı içerisinde hastaneler, sadece verdiği tıbbi hizmetle değil; temizlik, dekorasyon, oda yapısı, ulaşım ve otopark imkanı, teknoloji, güler yüz, yiyecek gibi pek çok destek hizmetleri ile bir bütün olarak pazarlanabilmektedir. Ayrıca yardımcı tıbbi hizmetler açısından bakıldığında da

hastanın ihtiyacı olan tüm hizmetleri tek bir kurumdan elde edebilmesi, onun memnuniyeti için büyük önem taşımaktadır.

Temel faaliyet alanı dışındaki hizmetleri dışarıdan temin eden hastaneler hem kaynak tasarrufu sağlamakta, hem de uzman işletmelerden aldıkları hizmetlerle hizmet kalitesini iyileştirmektedirler. Bu sayede hastaneler, asıl işleri olan tıbbi hizmetlere odaklanarak onların kalitesini artırmakta ve hasta memnuniyetini sağlamak üzere çalışmaktadırlar. Böylece hastaneler insana, insana yakışır bir seviyede hizmet verme imkanı elde etmektedirler.

### 2.3 Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımının Nedenleri

İşletmeler farklı nedenlerle dış kaynaklardan faydalanmaktadırlar. *“Outsourcing Institute and Dun & Bradstreet’in yaptığı bir araştırmaya göre bu nedenlerin %7’sini finans, %9’unu insan kaynakları, %15’ini dağıtım ve lojistik, %20’sini bilgi teknolojileri, %6’sını pazarlama ve satış, %10’unu emlak, %7’sini müşteri hizmetlerine dayalı nedenler oluşturmaktadır”* (Firat, 2004:56).

Sağlık sektöründe bu nedenler organizasyonel nedenler, mali nedenler, kalite ile ilgili nedenler, insan kaynaklarına dayalı nedenler, finansal nedenler, teknolojik nedenler, pazarlama ile ilgili nedenler ve yasal zorunluluklara dayalı nedenler olarak sıralanmakla birlikte, bu başlıklar biraz daha açıldığında DKK nedenleri;

- Rekabet,
- Esnekliği sağlama,
- Verimliliği artırma,
- Hasta ve çalışan memnuniyetini artırma,
- Maliyetleri azaltma,
- Yönetimde karmaşıklığı giderme,
- Temel yeteneklere odaklanma,
- Gelişen tıp teknolojilerini takip etme,
- Hizmet kalitesini artırma,
- Riski azaltma,
- Zaman tasarrufu sağlama,

- Çağdaş yönetimi sağlama,
- Organizasyonel küçülmeyi sağlama,
- Başarılı işletmeler arasına girebilme,
- Kaynakların etkin dağılımını sağlama,
- Yatırım harcamalarını azaltma,
- Karar sürecini hızlandırma,
- Hasta ihtiyaçlarına odaklanma olarak sıralanabilir.

İşletmenin DKK'na yönelmesinde bazen bu nedenlerin bir ya da birkaçı etkili olabildiği gibi, bazen tamamı da etkili olabilmektedir.

### **2.3.1 Organizasyonel nedenler**

Rekabet yüzünden işletmeler, temel yetenekleri üzerine yoğunlaşmak ve daha esnek olmak zorundadırlar (Fırat, 2004:57). Esneklik, rekabet üstünlüğü sağlamak için önemli bir faktördür. Siyasal, teknolojik, ekonomik, kültürel, vb. değişimlere uyum sağlamak, işletmenin devamı için hayati bir değer taşımaktadır.

DKK, hastanelere esneklik kazandırmaktadır. Bu sayede hastaneler, daha çabuk karar alabilen, pazar koşullarındaki değişikliklere, hastaların ve çalışanların ihtiyaçlarına daha çabuk cevap verebilen, esnek bir yapıya kavuşmaktadırlar. Yeni iş alanları ya da yeni kolaylıklar hızla ortaya çıkabilmektedir ve DKK sayesinde kadro kurmakla zaman kaybetmeden hızla cevap verilebilmektedir (Engelke, 1996b).

DKK, birçok faaliyeti ve kullanım alanlarını kapsamaktadır. Bazı faaliyetler işletme için çok küçük ve önemsiz gibi görünmekle birlikte toplamda işletmeye sağladığı katkı oldukça fazladır. Örneğin, ofis temizliği rekabet avantajı sağlamada çok fazla rol oynamasa da işletmeye dolaylı yoldan birtakım faydalar sağlamaktadır (www.outsourcingtr.com).

Sağlık işletmelerinin asıl fonksiyonu sağlık hizmeti sunmaktır. Bu yüzden temizlik ve yemekhane hizmetleri, kafeterya hizmetleri gibi yan işlevler DKK yoluyla görülerek asıl işe odaklanılmaktadır. Rekabet ortamında esneklik ve rekabet avantajı sağlayabilmek için, hastanenin gerekli teçhizata sahip olmadığı durumlarda

MR, laboratuvar, tomografi gibi bir takım sağlık ile ilgili hizmetler de DKK yoluyla karşılanabilmektedir. Bu hizmetlerin DKK yolu ile temin edilmesi, hastanelerin sahip oldukları kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamaktadır. Verimlilik konusunda dikkatler daha çok destek hizmetleri üniteleri üzerinde toplanmaktadır (Alpugan, 1995:143). Çünkü yardımcı tıp hizmetlerinden yararlanmanın öyküsü henüz çok yakın tarihe kadar inmektedir ve destek hizmeti sunan işletme sayısı fazla olduğundan bu işletmeler arasındaki rekabet koşulları verimliliği olumlu yönde etkilemektedir.

İşletmeler, etkinliklerini sürdürebilmek için değişme, gelişme ve yenilikte lider olmak ya da hiç olmazsa mevcut değişmelerden geri kalmamak zorundadırlar (Yeniçeri, 2002:160). DKK, hastanenin en az maliyetle piyasayı takip etmesini ve pazar şartlarına uyumunu sağlamaktadır. Hastane, dışarıdan sağladığı hizmetlerle hastalarının beklentilerine cevap verme olanağı elde etmektedir.

DKK, işletmeye örgütsel olarak küçülerek yalınlaşma imkanı vermektedir. Bu uygulama ile yeni pazar şartlarının gelişmesi durumunda pazara hızla cevap vermek amacıyla yeniliği üretmek yerine dışarıdan almak; küçülmek, fakat küçülürken halen belli faaliyetleri sürdürmek imkanı sağlanmaktadır (Engelke, 1996b). Bu sayede, örgütün etkinliğinin artırılmasına odaklanma sağlanabilmektedir (Aydınlı, 2001:43). Ana faaliyeti olan tıbbi hizmetlere odaklanan hastane, hem asli görevini en iyi şekilde yerine getirmekte, hem de diğer faaliyetleri dışardan satın alarak hastalarının beklentilerini de karşılamaktadır.

### **2.3.2 Maliyet kaynaklı nedenler**

Kaliteli mal ve hizmetlerin düşük maliyetle sunumu rakiplere karşı avantaj sağlarken, işletmelerin mevcut konumlarını güçlendirmelerini ve karlılıklarını artırmalarını sağlamaktadır. Maliyet, işletmelerin içinde bulunduğu rekabet ortamında önemli bir güç unsurudur (Kaygusuz, 2003). Maliyet açısından etkin olan işletmeler, pazarda önemli bir güç elde etmektedirler.



Her ne kadar, DKK'ndan yararlanılmasında başka nedenler varsa da DKK'nın tercih edilmesindeki temel sebep, maliyet avantajıdır. Hizmet sağlayıcı işletmenin konusunda uzman oluşu ve kitle üretiminin etkinliğinden faydalanışı gibi üretime ilişkin faktörler, maliyetleri düşürmektedir. DKK'nın sağladığı mali avantajlar, istihdamın azaltılmasından ziyade zaman ve gücün tamamen asıl işlere yönlendirilmesinden kaynaklanmaktadır (www.outsourcingtr.com). Hizmeti sunan işletme kendi alanında uzman ve deneyim sahibi olduğundan risklerini daha iyi yönetebilmekte, maliyetini daha iyi hesaplayıp hizmeti alan işletmeye taahhüt edebilmektedir (Çelik, 2004).

Hastaneler tıbbi fonksiyonlarının dışındaki faaliyetlerini dış kaynağa aktararak gereksiz maliyetlerden kurtulmakta ve daha düşük risk alarak, daha esnek bir yapıya kavuşmakta, böylece hasta ihtiyaçlarına daha düşük maliyetle cevap verebilmektedirler. Sağlık hizmetlerine talep sabit değildir. Bu dalgalanmalar ve talepteki değişiklikler, hastanelerin yüksek yatırımlardan kaçmasına neden olmakta, sabit maliyetlerini en aza indirmeye zorlamaktadır. Hastaneler tahmin edemedikleri gelecek için yatırım yapmaktansa, dış kaynak sağlayıcısı işletmenin kaynaklarını kullanıp, kullandığı kadar ödeme yaparak maliyetlerini değişkene çevirmeyi hedeflemektedirler (Mersin, 2003:93). Ancak yine de DKK kararı alınırken yönetim çok titiz davranmalıdır. Karar ekonomik olmalı ve ölçülebilir bir fayda sağlamalıdır (Gel, 2004). DKK'nın maliyetinin karşılanıp karşılanmayacağına ve sağlayacağı faydaların bu maliyetleri geçip geçmeyeceğine ilişkin analiz yapılmalıdır (www.ache.org)

Yapılan araştırmalar göstermektedir ki DKK yöntemini kullanan işletmelerde yaklaşık olarak %9 oranında maliyet azalışı ve %15 oranında verim artışı sağlanmaktadır (www.verim.com). Bunun en önemli nedenlerinden biri uzmanlaşma, diğeri ise ölçek ekonomisidir (Çakırer, 2002:56).

Sağlık işletmeleri, yan işlevlerini konusunda uzman şirketlere yaptırarak maliyet açısından tasarruf sağladıkları gibi; sağlıkla ilgili alanlarda da dış kaynaklardan yararlanarak maliyet avantajı kazanabilmektedirler. Hastanede kullanılan malzeme ve cihazların fiyatları ile istihdam edilen personelin ücretleri,

diğer sektörlerle karşılaştırıldığında oldukça yüksek kalmaktadır (Ak, 1987:51). Hastane, sunmak istediği yeni bir hizmet için veya mevcut hizmetini daha yeni teknoloji ile gerçekleştirmek için yeni bir yatırım yaparak belli bir maliyete katlanmak yerine, bunu dışarıdan satın alarak maliyetten tasarruf sağlamaktadır. Örneğin, bir hizmetin sunumu için gerekli olan bir cihaz, sağlık işletmesi için sabit bir maliyettir. Ancak bu cihazın kullanımı sırasında gerekebilecek sarf malzemeler, çalışma sırasında gerçekleşecek arızaların giderilmesi, cihazın periyodik bakımı, cihazı kullanacak sayı ve nitelikte personel temini ve bu personelin eğitimi gibi giderler, cihazın maliyetini daha da artırmaktadır. Teknolojideki hızlı gelişmeler karşısında ise cihaz belli bir süre sonra eskiyerek rakipler karşısında yetersiz kalmaktadır. Oysa aynı cihazdan elde edilecek olan sağlık hizmeti DKK yolu ile görüldüğü takdirde, sarf malzeme, cihazın bakım ve onarımı, cihazı çalıştıracak olan personel, hizmeti sağlayan işletme tarafından karşılanacağından dolayı cihazın neden olacağı ek maliyetler elimine edilerek, cihazı satın almanın neden olacağı sabit maliyet, değişken maliyete dönüştürülmektedir. Araştırmalar, DKK sayesinde giderlerin de %9 azaldığını göstermektedir (Akman, 2003:74). Bunun sebebi hem işletmelerin yatırım maliyetlerinin azalması, hem de finansal kaynakların daha etkin kullanılmasıdır. Buradan sağlanan ek gelir ile hastane, kendi temel faaliyetlerine daha fazla bütçe ayırabilmekte veya eksikliğini hissettiği yardımcı tıbbi hizmetler satın alabilmektedir.

### **2.3.3 Finansal kaynaklı nedenler**

İşletmeler, finansal kaynaklarını en iyi şekilde kullanmak zorundadırlar. Finansal açıdan kaynak sıkıntısı çekmelerini önlemek ve risklerini en aza indirmek amacıyla işletmeler gereken önlemleri almalıdırlar.

DKK'ndan yararlanan bir işletme, önceden kullandığı üretim araçlarını elden çıkarmak suretiyle önemli bir kaynak transferi sağlayabileceği gibi, sınırlı olan kaynaklarını, temel yeteneği üzerinde yoğunlaştırabilir. Her yapılan yatırım belli bir risk unsuru taşımaktadır. Risk değerlendirmesi, DKK yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır (May, 1998:136). Çünkü işletme, dış kaynak sağlayıcısından hizmeti satın almakla, kendi öz kaynakları ile yapacağı yatırım, bunun işletimi, çalıştırılacak

personeli, bakım, onarımı gibi işletme maliyetlerinden tasarruf etmektedir. DKK ile yatırım maliyetleri azalmakta, dolayısıyla da risk dağıtılmaktadır (www.outsourcingtr.com).

Ülkemizde sağlık için bütçeden ayrılan pay oldukça düşüktür. Buna karşılık sermaye, sağlık hizmetlerinin üretilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık hizmetleri emek yoğun olduğu kadar aynı zamanda sermaye yoğun hizmetlerdir. İnsan gücü istihdam edilmesi, teşhis, tedavi, hasta bakım hizmetlerinin üretilmesi için gerekli araç ve gereçlerin alınması, fiziki koşulların sağlanması, vb. için yüksek sermayeye ihtiyaç duyulması kaçınılmazdır. Sermayenin miktarı, diğer üretim unsurlarının sağlanması ve hastane yöneticilerinin sağlıkla ilgili yeni planlar hazırlayabilmesi için çok önemlidir. Ülkemizdeki hastanelerde sermaye açısından birçok zorluklar yaşanmaktadır. Kamu hastanelerinde finansman tedariki kaynakları genel veya katma bütçe, döner sermaye, fon, hastane derneği, hastane vakfı, dernek veya vakıfların ekonomik işletmeleridir. Günümüzde bu kuruluşlar, maddi olanakların yetersizliği nedeniyle hızlı gelişen teknolojiyi izleyememekte ve sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttırmada yetersiz kalmaktadırlar. Bu yüzden finansal kaynakların etkin bir şekilde kullanımı şarttır. DKK yoluyla finansal açıdan darboğazda olan sağlık kuruluşları, bazı sabit maliyetleri değişkene dönüştürerek finansal açıdan etkinlik sağlamaktadırlar.

Bazı durumlarda da verilmesi düşünülen sağlık hizmeti için potansiyel tam olarak öngörülememekte veya piyasada rakipler daha önceden pazar payını kapmış olabilmektedir. Bu gibi durumlarda DKK, bu alanlarda yatırım riskini dağıtmaktadır. Hastane aldığı hizmet kadar, belli ödeme dönemlerinde, önceden belirlenmiş fiyatlar üzerinden ödeme yaptığından ve ödemelerini bu duruma göre ayarladığından dolayı hastane ödeme gücüğü içine girmekten kurtulmaktadır.

#### **2.3.4 İnsan kaynaklarına dayalı nedenler**

İşletmeler insan kaynakları açısından daha az öneme sahip ve stratejik değeri düşük olan faaliyetlerini DKK yoluyla gördürme eğilimindedirler.

İnsan kaynakları açısından işletmeleri DKK'na yönlendiren nedenler; artan maliyetler, yasal zorunluluklar, işgücü çeşitliliği, görünmeyen işgücünün artması, verimliliği artırma olarak sıralanabilmektedir.

DKK sayesinde talep edilen niteliklere uygun, gereken sayıda eleman temini ile iş yükü ve zaman kaybı önlenmekte, istihdam edilen personelin maaşı, ikramiye, kıdem tazminatı, terfi, gibi maddi ve iş yükünü artıran işlemlerden tasarruf sağlanmaktadır. Bu uygulama ile bir veya birkaç kereye mahsus ihtiyaç duyulan uzman bir kişiyi sürekli elde tutmak gerekmediği için yüksek maliyet önlenebilmektedir (www.verim.com). Nitekim, birçok işletme, ihtiyaç duyduğu uzmanları, bağlı buldukları işverenlerden kiralama yoluyla DKK'ndan yararlanmaktadır (Aydınlı, 2001:52). Kendi alanında uzman kişilerin istihdam edilmesi ise hizmet kalitesi artırmaktadır.

DKK yolu ile istihdam edilen kişilerin işlerinin uzmanı olmaları nedeni ile işler daha hızlı, etkin, kaliteli ve verimli bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Dış kaynak sağlayıcısının sunduğu hizmetlerin yarattığı olumlu etki, hastane personelinin de motivasyonunu artırarak, verimliliğe neden olmaktadır. bu sayede hastane hizmetlerinin genelinde hasta memnuniyetine yönelik bir iyileşme görülmektedir.

DKK'nın getirilerinden biri de özellikle kamuda yaşanan personel sıkıntısını biraz olsun hafifletmesidir. Dış kaynak sağlayıcılarına devredilen birtakım hizmetlerle organizasyon yükü azalırken, personel ihtiyacının hafiflemesiyle mevcut sistem içinde bir rahatlama sağlanmaktadır. Bu amaçla, kamu hastanelerinde yasalarla kısıtlanan personel alımlarına karşılık hastaneler, personel ihtiyaçlarını gidermek üzere birtakım hizmetleri dışarıdaki işletmelere ihale ederek işgücü ihtiyaçlarını gidermektedirler. Bu bağlamda sağlık kuruluşları bilgisayar operatörlüğü, otomasyon gibi teknik hizmetleri ihale ederek, bu personeli resmi işlemler, kat sekreterliği gibi idari işlemlerin yürütüldüğü alanlarda istihdam etmektedirler. Bazı durumlarda personel sıkıntısının giderilebilmesi amacı ile temizlik ve yemekhane hizmetleri gibi hizmet alımlarında da bu işler için gerekli olandan fazla personel öngörülerek, bu personellerin de hastane hizmetlerinde kullanılması söz konusu olabilmektedir. Hatta 05.05.2004 tarih ve 25453 sayılı

Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin satın alma yoluyla gördürülmesine ilişkin esas ve usuller” ile sağlıkla ilgili olarak eczane, hemşirelik, odyometri, teknisyenlik gibi birtakım kadrolara eleman alınması öngörülmüş, ancak Danıştay 5.Daire’nin 22.11.2004 tarih ve E.2004/4439 sayılı kararı ile bu yürütmenin durdurulmasına karar verilmiş olup Sağlık Bakanlığı’nın 13.01.2005 tarihli tebliği ile bu alımlar durdurulmuştur.

Kit karşılığı cihaz veya cihazdan sağlanan hizmetin satın alınması yolu ile de ilgili alanlarda çalışacak olan personel ihtiyacı da giderilmektedir. Bu cihazın işletimi sırasında ihtiyaç duyulacak olan sayı ve nitelikteki personeli hizmeti sunan işletmenin istihdam edilmesi şart koşularak, eleman sıkıntısı içerisindeki sağlık işletmesinin yükü hafifletilmektedir.

Hastane için ikincil planda yer alan bir hizmet, dış kaynak sağlayıcısının asıl işi olduğundan dış kaynak sağlayıcısı yetişmiş kadroya sahiptir. Bu durum, hizmetin verilmesi sırasında gerekli olan eğitim maliyetlerini düşürmekte ve işletme çalışanlarının dış kaynak sağlayıcılarının bilgi ve tecrübelerinden yararlanma imkanını elde etmelerini sağlamaktadır (Uluiş, 2001:8). Böylece hastane, hizmetlerini tamamlayan diğer hizmetleri profesyonellerine gördürdüğü için hem kendi, hem hastaları, hem de hasta yakınları rahat etmektedirler.

### **2.3.5 Kalite ile ilgili nedenler**

Kalite, işletmeler için önemli bir rekabet aracıdır ve stratejik bir öneme sahiptir. Kalitenin iyileştirilme ihtiyacı DKK kararındaki en önemli nedendir. Lorence ve Spink’e (2004:140) göre sağlık sektöründe bu iyileştirme ihtiyacının temelinde hasta sağlığı ve maliyet tasarrufu yatmaktadır. Dünyadaki değişim ve gelişime uyum sağlayabilmek için kalite yükseltilerek rekabet gücü sağlanmalıdır. Evrensel standartlarda rekabet edebilir hale gelmenin ilk şartı, kalite anlayışını benimsemek ve kalite uygulamalarının sürekliliğini sağlamaktır (Eriş, İpekgil Doğan, 2000).

Sağlık işletmelerinin özelliği gereği hizmetin kalitesinin ölçümü zordur. Ancak; “Toplam Kalite Yönetimi” çalışmaları sayesinde bu kuruluşlar kalite ve etkinliklerini artırma çabası içindedirler. Hastaneler için DKK, Toplam Kalite Yönetim tekniklerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Çakırer, 2002:116). Kendi faaliyet alanlarında uzman ve bu konuda belirlenmiş olan kalite standartlarına sahip olan işletmelerden ihtiyaçların temin edilmesi yoluyla hastane, hem kaliteli hizmet satın almakta, hem de kaliteli hizmet sunmaktadır.

### **2.3.6 Teknolojik nedenler**

Teknoloji her zaman işletmelerin en değerli kaynağı olmuştur (Yesulatitis, 1997:80). Teknoloji, ihtiyaçların en iyi şekilde karşılanması ve kalkınma için belirleyici bir etkidir ve hızlı bir değişim içindedir.

İşletmeler dinamik bir yapı içerisinde gelişen ve farklılaşan teknoloji karşısında ayakta kalabilmek, rekabet avantajı kazanmak veya konumlarını koruyabilmek, verimlilik ve etkinliklerini arttırmak amacıyla yenilikleri yakından izleyip uygulamak durumundadırlar.

İnsana verilen önemin artmasıyla sağlık sektörü de kendisini teknolojideki hızlı gelişimin içinde bulmuştur. Her gün sağlıkla ilgili yeni bir buluş, yeni bir gelişme gerçekleşmektedir. Ancak, sağlık işletmeleri hem emek, hem teknolojinin yoğun olduğu kuruluşlardır. Özellikle son yıllarda bilgisayar ve elektronik endüstrisinde meydana gelen hızlı gelişmelerin tıbbı uygulanmasıyla bütün hastaneler, daha da teknoloji yoğun kuruluşlar haline gelmişlerdir. Tıbbi teknoloji hızla gelişmektedir ve tıp alanında kullanılan cihazlar, hem sayı hem de çeşit olarak artmaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmeti sunan kuruluşların hem gelişime ayak uydurmak, hem de rakipleri karşısında ayakta kalmak amacıyla teknolojiyi yakından takip etmeleri gerekmektedir. Söz konusu insan sağlığı olduğu için bu gereklilik, hayati önem de taşımaktadır. Teknoloji sürekli değişim içinde olduğundan dolayı kullanılan cihazlar çok kısa aralıklarla yenilenme gerektirmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 03/12/2003 tarih ve 2003/139 sayılı “Kit Karşılığı Cihaz Edinme Uygulaması” hususundaki genelge ile beş yaşından büyük cihazların

kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir. Bu noktadan bakıldığında, teknolojiye ayak uydurmanın yanı sıra, kanuni yükümlülüğü yerine getirmek amacıyla işletmenin her beş yılda bir elindeki mevcut teknolojiyi yenilemesi finansal açıdan oldukça sıkıntı yaratmaktadır. DKK sayesinde ise teknolojiyi yenilemek sağlık kuruluşundan hizmeti sağlayan işletmeye kaydığı için sağlık kuruluşunun üzerindeki bu yük kalkmaktadır. Bu açıdan DKK, sağlık kuruluşlarının ihtiyaç gösterdiği cihazlardan sağlanacak faydayı hizmet olarak satın almalarını, aslında bir nevi leasing şeklinde cihazı elde etmelerini sağlayarak, sağlık kuruluşlarının teknolojiyi takip etmelerini kolaylaştırmaktadır. İhaleye çıkılırken belirlenen şartnameler doğrultusunda sağlık kuruluşu satın alacağı hizmetle ilgili olarak kullanılacak teçhizatın teknik özellik ve yaşını belirlemek suretiyle teknolojiyi yakından izleme imkanı kazanmaktadır.

Tıp teknolojisi her geçen gün biraz daha pahalı hale gelmekte ve hastalara sunulacak tıbbi hizmet sayısı da çeşitlenmektedir. Bu yönüyle hastaneler DKK'nı hem teknolojiyi takip etme maliyetinden kurtulmak, hem de yeni alanlarda temel yetenekler oluşturmak için bir çözüm olarak görmektedirler.

### **2.3.7 Pazarlama ile ilgili nedenler**

Pazarlama biliminde birçok teori ve yaklaşım rekabet üzerine kurulmuştur ve rekabetçi üstünlük sağlamanın yolu geliştirme, yenilik yapma ve değişmeden geçmektedir (Çiçek, 2003:116). Sağlık hizmetleri pazarlamasında, değişimin gerçekleşebilmesi için hedef kitlenin istek ve ihtiyaçlarına uygun hizmetler sunulmalıdır (Güdüm, Kavas, 1994:224). Bu, hasta memnuniyetini sağlamanın tek yoludur. Bu yüzden sağlık sektöründe pazarlama faaliyetleri, hasta memnuniyetine odaklanarak gerçekleştirilmelidir.

Daha önce de değinilen sosyal güvenlik yasa tasarısının yürürlüğe girmesi, sağlık hizmetleri pazarlaması adına da bir dönüm noktası olacaktır. Halihazırda SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ve hastaların kamu hastanesi veya kurumla anlaşmalı özel hastane ayırt etmeksizin hepsinden faydalanabilmesi sayesinde, özel hastaneler ve kamu hastanelerinin hem kendi aralarında, hem de birbirleri arasında

yoğun bir rekabet ortamı oluşmuştur. Bu rekabet sayesinde hastaneler daha fazla hasta çekebilmek amacı ile hasta memnuniyetine odaklanmaya başlamışlardır. Sosyal güvenlik sisteminin uygulamaya geçmesiyle birlikte bu rekabet daha da hız kazanacaktır. Bu sistemde getirilen en büyük reform aile hekimliğidir. Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ile sevk zincirinin en başında bulunan sağlık ocaklarında çalışan doktorlar, mevcut sistemdeki gibi sıradan poliklinik hizmeti vermeyeceklerdir. Her bir doktor 2500-4000 kişiden oluşan bir hasta kitlesine sahip olacak, bu hastaları birebir takip edecek ve onları tanıyacak, dolayısı ile de onların sağlık ihtiyaçlarını daha iyi belirleyecek, daha kaliteli sağlık hizmeti verecektir. Bu sistemde pratisyen doktorların da sürekli olarak kendi kalitelerini artırmalarını sağlamak üzere eğitimlerle aile hekimliği uzmanı unvanı verilecektir. Başka bir ifade ile, sevk zincirinin en başındaki sağlık ocaklarında hizmet veren pratisyen doktorlar da kendi aralarındaki rekabet nedeni ile sürekli kendilerini geliştirmek zorunda olacak, hastalar şimdiki gibi ufak tefek hastalıklarında ikinci basamak sağlık kuruluşlarına hemen gidemeyeceklerdir. Bu durumda ise hastanelere daha az sayıda hastanın gitmesi söz konusu olacaktır. Özel hastaneler yine eskisi gibi özel sağlık sigortası bulunan hastalara hizmet vermeye devam edeceklerdir. Ancak, onlar için farklı olan durum SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ile yapılan anlaşmalarla artan hasta sayısının azalması ve bu kurumlarla anlaşmalardan dolayı ve devletin teşviki ile yeni kurulan özel hastanelerin de pazarda var olması olacaktır. Sonuç olarak kamu hastanelerinde daha hissedilir oranda olmak üzere hastanelerin tamamında hasta sayısında azalma gerçekleşecektir. Bu ise hastaneler arası rekabet koşullarını daha da alevlendirecektir. Hastaneler daha fazla hasta memnuniyeti sağlamak üzere sağlık hizmetleri pazarlaması faaliyetlerine daha fazla önem verecekler ve kamu hastanelerinde de sağlık hizmetleri pazarlaması faaliyetleri basın ve halkla ilişkiler çerçevesinden çıkarak, daha profesyonel anlamda gerçekleştirilmeye başlanacaktır.

Pazara daha hızlı cevap verebilme, esneklik, verimlik, etkinlik kazanma, maliyet avantajı sağlama, riskli hizmet alanlarına yatırım yapmadan o hizmeti sunabilme adına DKK uygulaması sağlık hizmetleri pazarlaması faaliyetlerini destekleyen önemli bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. DKK, hastanelere hizmet vermeyi düşündükleri pazarda yol göstermekte ve onların bu pazarı daha iyi



tanımlarını sağlamaktadır. Bu sayede hastaneler, bu faaliyeti ileride temel yetenekleri arasına alıp almama, bu faaliyeti dış kaynaktan temin etmeye devam etme veya tamamen bu faaliyeti almama yönünde karar verebilirler.

Günümüzde sağlık işletmeleri arasında dişe diş rekabet artmakla birlikte, sağlık işletmeleri arasında stratejik işbirlikleri şeklinde şekillenen ortaklık ihtiyacı da doğmuştur (Çiçek, 2003:135). Sağlık sektöründe hiper rekabetçi ortamda ayakta kalmak ve başarılı olmak için işbirliği yapmayı önermek radikal görünmekle birlikte (Foreman, Roberts, 1991:74), böyle bir ortamda hastanelerin kendi kendilerine yetebilmeleri ve varlıklarını sürdürmeleri oldukça güçtür. Hastanın iyileşmesi için gerekebilecek tüm ihtiyaçların eksiksiz sunumu, sağlık işletmelerini birlikte çalışmaya itmektir. Bu doğrultuda hastaneler, destek hizmetlerini dışarıdan temin ettikleri gibi, asıl işlevleri olan sağlık hizmetlerini yerine getirirken kendi bünyelerinde veremedikleri sağlıkla ilgili diğer hizmetleri de diğer sağlık kuruluşları, medikaller gibi işletmelerden hizmet temini yoluna gitmektedirler. Aksi takdirde hastaneler, hasta memnuniyetini tam anlamıyla karşılayamadıklarından dolayı, bu pazarda kaybeden kuruluşlardan olmak zorunda kalabilirler.

### **2.3.8 Yasal zorunluluklara dayalı nedenler**

Sağlık işletmeleri sahip oldukları binanın iç düzeni, yatak sayısı, poliklinik hizmetleri, çalışan idari ve tıbbi kadro, hizmet sunumunda gerekli sarf malzeme, tıbbi cihaz gibi ihtiyaçlar, resmi prosedürler ve daha pek çok idari, mali, finansal zorunluluklar çerçevesinde mali ve finansal nedenlerle Maliye Bakanlığı; insan kaynakları ve hastalar nedeniyle Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-Kur; sunulan hizmetin sağlık olması nedeniyle Sağlık Bakanlığı; kamuya bağlı olmaları halinde ihtiyaçların temini nedeniyle Kamu İhale Kurumu; üniversite hastanesi olmaları halinde Yüksek Öğretim Kurumu; dernek, vakıf, vb.ne bağlı olmaları halinde bağlı oldukları kuruluşun iç tüzüğüne getirdiği yasal zorunluluklar altında faaliyetlerini gerçekleştirmektedirler.

Bu çerçevede, sağlık kuruluşlarına tanınmış olan haklar bellidir ve bu haklar oldukça kısıtlıdır. Sağlık işletmeleri hem emek yoğun, hem de teknoloji yoğun

kuruluşlardır. Ancak, sağlık hizmetinin yerine getirilebilmesi için işletme, yasaların ona sağladığından daha fazla işgücüne ve tıbbi desteğe ihtiyaç duymaktadır. Katma bütçe veya döner sermaye bütçesinden karşılanması finansal açıdan sıkıntı yaratan, yüksek yatırım gerektiren tıbbi ihtiyaçların temini için hastaneler DKK yolu ile bu ihtiyaçlarını kapatmaktadırlar. Ama, DKK'nın asıl kullanıldığı alan insan kaynakları konusundadır. Devletin hastaneye sağladığı işgücü sınırlıdır. DKK sayesinde hastaneler, gerek idari, gerek teknik ve gerek tıbbi kadrolarda görev almak üzere insan kaynaklarındaki açığını giderme imkanını elde etmektedirler.

#### **2.4 Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımı Süreci**

DKK süreci; DKK ihtiyacının belirmesi ile başlayıp, satın alma emrinin verilmesi ve satınalma müdürlüğünün bu işlemi kanunlar çerçevesinde gerçekleştirerek, sözleşmenin imzalanması ve hizmetin kabul ve tahakkuku ile son bulmaktadır.

##### **2.4.1 İhtiyacın belirlenmesi**

Hastane ihtiyaçları tespit edilirken akıldan çıkarılmaması gereken en önemli husus idare yararı ve hizmetin sürekliliğidir. Hastane idaresi DKK kararlarını verirken öncelikle neyi dışarıdan hizmet olarak satın alması gerektiğini belirlemelidir. Bunu belirlerken eskiden sorulan soru “Bu benim işim için stratejik bir iş mi?” sorusu idi. Bu soruya eğer cevap evetse hizmet kurum içinden karşılanır, hayırsa dışarıdan satın alınırdı. Bugün ise artık bu soru “Bu benim temel yeteneğim mi?” şeklinde sorulmaktadır. Eğer hizmet hastanenin temel yeteneği değilse, stratejik olsun veya olmasın, bu hizmet dışarıdan satın alınabilmektedir.

##### **2.4.2 Dış kaynak kullanımı kararının alınması**

Hastane idaresi dışarıdan sağlayabilecekleri ihtiyaçlarını belirledikten sonra DKK'nın kendilerine sağlayacağı yararlar ve neden olabileceği riskler hususunda hassas bir çalışma yapmalıdırlar. Daha sonra dışarıdan sağlamayı düşündükleri faaliyetler için ekonomik, teknik ve pazar analizinden oluşan fizibilite çalışmaları

yaparak, bu hizmeti dışarıdan sağlamanın stratejik, operasyonel, yönetimsel, ekonomik, teknolojik ve yapısal boyutunu araştırmalıdır.

DKK hastaneyi pek çok şekilde etkilemektedir. Bu yüzden hastanenin geleceğe ilişkin vizyonu ve misyonu, mevcut ve gelecekteki yapısı ve anahtar amaçları dikkate alınarak DKK, stratejik bir araç olarak görülmelidir (www.ache.org, 2005:43).

Hastane idaresi tarafından temel yetenekler, mevcut durum, talep, sağlık açısından ihtiyaçlar ve özellikler incelenmeli ve DKK olanakları değerlendirilmelidir. İşin özelliğine göre;

- Biz daha iyi yapabilir miyiz?
- Başkası daha iyi ve daha az maliyetle bunu bizim için yapabilir mi?
- DKK hastaneye benim sahip olmadığım yeni bir uzmanlık sağlar mı?
- Doldurulması zor pozisyonlarımızı doldurabilecek miyiz?
- Temel yeteneklerimize odaklanabilecek miyiz?
- Hastalara yeni bir hizmet sunmamızı sağlayacak mı?
- Hastalara sunduğumuz hizmetin kalitesini iyileştirecek mi?
- Bu cihaza ne kadar ihtiyaç var? Bu cihazdan elde edilen hizmet dışarıdan alınabilir mi? Eğitim gerekli mi? Kim kullanacak? Bakımı nasıl?
- Hangi hizmetler verilmeli, hangi tahlil ve tetkikler yapılmalıdır? sorularına cevap aranmalıdır (www.teamhealth.com).

Bu sorulara verilecek cevaplar DKK kararında ışık tutmaktadır. DKK yönünde karar alan hastane idaresi bu ihtiyacın giderilmesi için satınalma müdürlüğüne gerekli işlemleri yürütmek üzere satın alma emrini vermektedir.

### **2.4.3 Stratejinin belirlenmesi**

DKK stratejileri belirlenirken;

- İşletmenin misyon, vizyon, amaç ve hedeflerinin DKK stratejisi ile ters düşmemesi,

- DKK'nın süresi,
- Arzu edilen kalite düzeyinin belirlenmesi,
- Teknik hususlara açıklık getirilmesi hususlarına dikkat edilmelidir.

Bu aşamada satınalma müdürlüğü kanuni hükümler, yönetmelikler, tebliğler ve genelgeler ışığında DKK'nın nasıl gerçekleştirileceğini belirler, ihtiyaca ait teknik hususları gözden geçirir ve rekabete engel hususların yer alması, işlerin açık tanımlanmaması gibi durumlar karşısında teknik şartnamede değişiklik yapılmasını talep eder. Tüm düzenlemeler tamamlandıktan sonra satın alma işlemlerine başlanır.

Dış kaynaktan sağlanacak hizmet bir cihazdan elde edilecek çekim, tetkik, tahlil veya test niteliğinde bir hizmetse Sağlık Bakanlığı'nın 27.05.2004 tarih ve 2004/75 sayılı genelgesine istinaden "yıllara sari tıbbi cihaz hizmet alımı" şeklinde satın alınabilir. Bunun sebebi bu tür cihazların yüksek yatırım gerektirmesinden dolayı ihaleye bir yıllık çıkılması durumunda talebin olmaması ve dolayısıyla dış kaynak sağlayıcıları arasında yeterli rekabetin oluşmamasıdır. 27/04/2005 tarih 25798 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5335 sayılı kanunun 5.maddesi ile döner sermayeli işletmelerin de gelecek yıllara yaygın yüklenmelere girebilmelerine imkan tanınmıştır. Döner sermayeler 01.01.2005 tarihinden itibaren 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu gereğince ilgili bütçe içinde yer almaya başladıklarından ve mevcut işlerini 31.12.2007 tarihine kadar devam ettirebileceklerinden dolayı yıllara sari hizmet alımlarının süresi ancak bu tarihe kadar geçerli olabilmektedir. Diğer alımlarda ise sözleşmeler kesinlikle bütçe yılı ile sınırlı tutulmak zorundadır.

#### **2.4.4 Satınalma dokümanlarının hazırlanması**

Satın alma işleminde ilk basamak yaklaşık maliyetin belirlenmesidir. İşin özelliğine göre, o işin fiyatı ile ilgili herhangi bir yasal düzenleme bulunmaması halinde piyasa araştırmasına, diğer sağlık kurumlarından elde edilen fiyatlara ve daha önce aynı hizmetin satın alınmış olması halinde önceki fiyatlara dayanarak yaklaşık maliyet belirlenir. Yaklaşık maliyetin tespitinden sonra 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu hükümleri çerçevesinde ihale usulü belirlenir. İhalelerde esas olan, 4734

sayılı Kamu İhale Kanunu'nun 19.maddesinde yer alan açık ihale usulü ile ihale etmektir. Bu ihale usulü, planlı bir işleyişe sahip bir yapı içerisinde uygulanması gereken ve Kamu İhale Kurumu tarafından temel ihale şekli olarak belirlenen ihale usulüdür.

İhale usulü belirlenerek harcama yetkilisinin onayına sunulan hizmet için onaydan sonra internet aracılığı ile Kamu İhale Kurumu'ndan ihale kayıt numarası alınır. İhale dokümanı adı verilen ihaleye ilişkin idari şartname, ihtiyaç listesi, teknik şartname, sözleşme tasarısı, hizmet işleri genel şartnamesi ve standart formlar hazırlanır. DKK'na ilişkin ihaleler özellikli ihaleler olduklarından dolayı ihtiyaçlar en ucuz teklifi veren işletmeden temin edilemez. Bu tür hizmetler yüksek yatırım ve risk gerektirir ve güvenilir olmak esastır. Bu nedenle, bu ihalelerde hizmeti sağlayacak olan işletmenin mesleki ve teknik yeterliğe ilişkin belgeleri, ekonomik ve mali durumunu gösteren belgeleri, iş deneyim belgeleri istenir.

İhale dokümanının hazırlanması ile birlikte ihale için ilana çıkılarak gerekli kriterleri taşıyan tüm işletmelerin ihaleden haberdar olması sağlanır.

#### **2.4.5 Dış kaynak sağlayıcının seçimi**

Projenin ve beklentilerin en baştan doğru belirlenmesi ve doğru iş ortağının seçilmesi yaşamsal önem taşır. Bu sebeple idari şartname, teknik şartname ve sözleşme taslağının açık, net ve kolay anlaşılır olması, yoruma dayalı hükümler taşımaması gereklidir. Şartnamelerde belirlenmiş olan yetenek ve yeterlik kriterlerine sahip olan tüm isteklilere açık olan ihalelere isteyen tüm istekliler katılarak teklif verebilirler. İstekliler teklifleriyle birlikte şartnamelerde istenmiş olan tüm belgeleri sunmak zorundadırlar. Eksik belgesi bulunmayan ve yeterlik kriterlerini taşıyan isteklilerin teklifleri en düşük fiyat esasına göre ya da fiyat dışı unsurlar dikkate alınarak değerlendirilir ve ihale sonuçlandırılarak, ihale üzerinde kalan dış kaynak sağlayıcı işletme ile sözleşme imzalanır.

#### 2.4.6 İlişkileri yönetme

DKK sözleşmeleri, klasik bir satın alma sözleşmesi gibi ele alınmamalıdır. Sözleşmelerin oluşturulması sırasında beklentilerin, fiyatlandırmanın, faturalandırmanın, kabul işlemlerinin, ölçüm yöntemlerinin, sorunların giderilmesi yöntemlerinin, yaptırımların, sözleşmeye dahil olan giderlerin, değişime uyum için gerekli esnek yapının ve sözleşmenin süresinin içerilmesi gerekmektedir.

Sözleşmede satın alınacak hizmetin bütün özellikleri ve bu özelliklerin yerine getirilmemesi durumunda uygulanacak yaptırım ve cezalar belirtildiği için dış kaynak sağlayıcısı sunacağı hizmetin, alıcı ise alacağı hizmetin düzeyini belirlemektedir.

DKK sözleşmesinin hükümleri, dış kaynak sağlayıcısının her hareketini yönlendirecek ve işletmenin kendi işini yapması için serbestlik sağlayacak şekilde düzenlenmeli ve işletmenin kendisini deli gömleği giymiş gibi eli kolu bağlı hissetmesine neden olmamalıdır (Engelke, 1997).

Hizmetin sözleşmede belirlenen hükümler çerçevesinde yerine getirilip getirilmediği tespit edilerek aylık olarak kesilen faturaların kabul işlemleri yapılır. Bu kabul raporları hizmet bedelinin ödenmesini sağlamak üzere tahakkuka verilir. Tahakkuk harcama yetkilisinden ödeme emrini aldıktan sonra faturaları ödenmek üzere saymanlığa verir.

Hizmetin süresinin sona ermesinden sonra dış kaynak sağlayıcı ile hastane işletmesi arasındaki ilişkinin kesilmesindeki son nokta sözleşmenin yaptırımı niteliğini taşıyan ve sözleşme bedelinin %6'sına karşılık gelen kesin teminatın iadesidir. Bundan sonra işletme ve dış kaynak sağlayıcı arasındaki ilişki kesilmiş olur.

İşletme DKK ihtiyacını ihale aracılığı ile gerçekleştirdiğinden dolayı hizmetin tekrar aynı sağlayıcıdan alınması mümkün olmayabilir. Ancak, uygulamalar göstermektedir ki aynı işe ilişkin hizmetler, bir sonraki seferde de çoğunlukla aynı sağlayıcılardan temin edilmektedir. Bunun sebebi, çoğu destek hizmetlerinde

maalesef dış kaynak sağlayıcıların pazarı aralarında paylaşmış olması, sağlıkla ilgili destek hizmetlerinde ise çekim, tetkik, tahlil veya test gibi işlemleri gerçekleştirecek cihazı sağlayan işletmelerin bu hizmeti sağlarken aynı zamanda hastaneye yatırım da yapmış olmalarıdır. Çünkü bir cihazın kurulumu ve sökülmesi oldukça maliyetlidir ve bu cihaz hastaneden alındıktan sonra bir başka hastaneye sağlayıcı olamama durumu ortaya çıkabilmektedir. Cihaz, halihazırda hastanede kurulu olarak bulunduğundan dolayı kurulum masrafı olmayacağı için mevcut sağlayıcı diğer isteklilerden daha düşük teklif verme gücüne sahiptir.

Dış kaynak sağlayıcısı ve sunduğu hizmet kontrol edilmeli ve ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığı değerlendirilmelidir. Bu aynı hizmetin tekrar alınıp alınmaması hususunda işletmeye yol göstermektedir.

DKK'nın pek çok faydası olmasına karşılık başarılı bir şekilde yönetilmediği takdirde başarı sağlanamamaktadır. DKK yönetimi, bu uygulamanın stratejisini, sürecin faydalarını ve risklerini, stratejik olarak yönetimin metotlarını anlamayı gerektirmektedir ([www.ache.org](http://www.ache.org)). Doğru yönetim ile DKK, sağlık işletmecilerine maliyetleri kontrol etme ve kaliteli sağlık hizmeti sunma imkanı sağlamaktadır.

Hastane ile dış kaynak sağlayıcı arasında "iş ortaklığı" denilebilecek stratejik bir ilişki söz konusudur. Bu ilişkide daha yüksek performans ve düşük maliyet hedefine yönelik olarak bağımsız iki işletmenin ortak çabası mevcuttur ([www.outsourcingtr.com](http://www.outsourcingtr.com)). İşbirliği yapılmaksızın işletmenin hedeflerine ulaşması oldukça zordur (Pagnoncelli, 1993:16). Bu yüzden bu ilişkide kazan-kazan formülü esas alınmalıdır. Kişisel, kültürel ve etik açıdan dış kaynak sağlayıcısı ve kurum arasında görüş birliği sağlanmalıdır. Müşteri, kendisine hizmeti verenin bir dış kaynak sağlayıcısı olduğunu fark etmiyorsa, DKK uygulaması başarıya ulaşmış demektir (Chase, 2004:108). Bunun için, hizmet sağlayıcıların planlamadan kontrol aşamasına kadar, DKK uygulamasının tüm süreçlerine dahil edilmeleri her iki tarafın da DKK'nın stratejik amacını ve işleyişini anlamalarını sağlamaktadır (Han, Lam, 2005:41-56).

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve hasta memnuniyetinin arttırılmasında önemli bir yeri olduğu ortaya çıkan DKK'nın, sağlık işletmeleri tarafından hangi düzeyde yararlandığının belirlenmesi mevcut ve daha sonraki DKK uygulamaları açısından önemli bir hale gelmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde DKK'nın sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri pazarlaması açısından uygulanabilirliği açıklanacaktır.



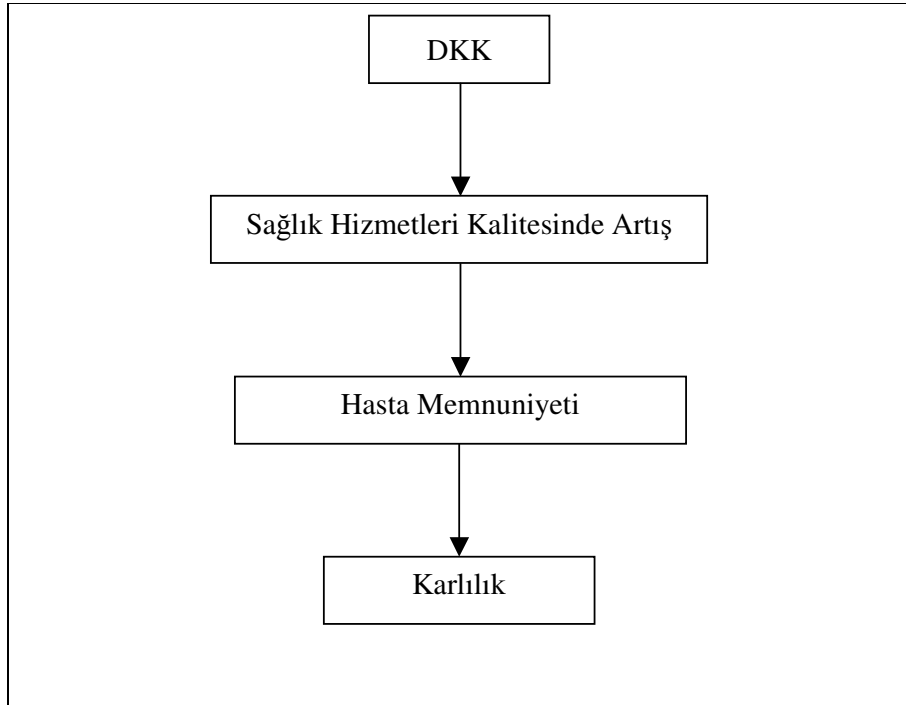
# ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

## SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA

### DIŞ KAYNAK KULLANIMINA YÖNELİK BİR UYGULAMA

#### 3.1 Uygulamanın Amacı

Çalışmanın literatür kısmının birinci bölümünde hizmet sektörünün en önemli alt sektörlerinden biri olan sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin pazarlaması, ikinci bölümde ise günümüzün en yaygın uygulamalarından biri haline gelen ve işletmelerin ana faaliyetlerine odaklanarak önemli bir rekabet avantajı elde etmelerini sağlayan DKK uygulaması açıklanmıştır.



Şekil 3.1: Araştırma Modeli

Çalışmanın uygulama bölümünde ise birinci ve ikinci bölümlerde anlatılan bilgiler ışığında geliştirilen Şekil 3.1.'deki araştırma modeli ile sağlık işletmelerinde DKK'nın uygulanma alanları, nedenleri, bu uygulamanın hastane hizmetleri ve hasta memnuniyetine olan katkılarının sonucu olarak hastanelerin karlılıklarını artırma

hususunda DKK yönteminin uygulanabilirliği, uygulamada karşılaşılan sorunlar ve bu sorunlara karşılık geliştirilebilecek iyileştirme önerilerine yer verilmiştir.

### **3.2 Uygulamanın Kapsamı ve Sınırlılıkları**

Yaşanan yoğun rekabet, teknolojideki gelişmeler, kısıtlı finansal kaynaklar şartlarında maliyetleri düşürmek, hizmet kalitesini yükseltmek, esneklik ve etkinlik sağlamak için yoğun bir şekilde kullanılmaya başlanan DKK uygulamasından sağlık sektöründe destek hizmetleri ve yardımcı tıbbi hizmetlerde yararlanılmasını analiz etmek üzere özel hastaneler ve kamu hastaneleri ele alınmıştır. DKK uygulamasının sağlık hizmetlerinde kalite artışına ve dolayısı ile hasta memnuniyetine olan etkilerinin analiz edilebilmesi için hastanelerdeki DKK uygulamasından önceki ve sonraki durumun hastalar üzerindeki etkisinin hastalara yapılacak anket yolu ile belirlenmesinin daha sağlıklı sonuçlar vereceğinin bilinmesine karşılık, kısa vadede DKK uygulamasından önceki ve sonraki durumun anket yolu ile değerlendirilmesi çok zor olduğundan dolayı ancak hastane idarelerinin yetkililerinden bu konudaki görüşleri alınarak DKK uygulaması analiz edilmeye çalışılmıştır.

Kamu hastaneleri ihtiyaçlarını katma bütçe, döner sermaye bütçesi, vakıf veya dernek bütçeleri, hastane müdürlüklerinin bütçelerinden temin edebildiklerinden dolayı, uygulamanın kamu hastanelerini oluşturan Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi sadece döner sermaye bütçeleri kapsamında ele alınmıştır. Özel hastaneleri temsilen Kent Hastanesi, Bayındır Hastanesi ve Sevgi Tıp Merkezi uygulama için seçilmiştir.

### **3.3 Uygulamada İzlenen Yöntem**

Çalışmanın uygulama bölümünde nitel araştırma yönteminden faydalanılmıştır. Çünkü elde edilmek istenen bilgilerin sayısal olarak ifade edilmesi oldukça güçtür. Bu yöntem sayesinde DKK'nın sağlık hizmetleri pazarlaması açısından önemi, içinde bulunulan koşullar çerçevesinde araştırılmıştır. Nitel

araştırma yöntemi kullanılarak, sağlık işletmelerinin DKK'ndan yararlanma/yararlanmama nedenleri, bu uygulamanın sağlık hizmetleri kalitesine ve pazarlamasına etkileri sağlık işletmelerinin yöneticileri ile birebir görüşülerek açıklanmıştır. Yapılan derin görüşmeler sayesinde konu, hastanelerin kendi koşulları çerçevesinde yöneticilerinin bakış açısı ve deneyimleri ile açıklanmış ve bu bakış açısı ve deneyimleri oluşturan yapı ve süreçler ortaya konulmuştur.

Görüşme yapılan hastanelerin seçiminde, zengin bilgiye sahip olduğu düşünülen durumların derinlemesine çalışılmasını, olgu ve olayların keşfedilmesini ve açıklamasını sağlayan (Şimşek, Yıldırım; 2004:82) amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örneklemesinden yararlanılmıştır. Bu örneklemin seçilmesindeki amaç, görece olarak küçük bir örneklem oluşturularak, bu örnekleme uygulamasına katkısı olabilecek bireylerin çeşitliliğini maksimum derecede yansıtmaktır (Şimşek, Yıldırım; 2004:83). Bu sayede elde edilecek bulgu ve sonuçların diğer örnekleme yöntemlerinden elde edilen sonuçlara oranla daha fazla bilgi içereceği düşünülmüştür. Bu şekilde oluşturulan örnekleme sayesinde hastanelerin coğrafi konum, demografik yapı, ekonomik yapı, yatak kapasitesi, kamu kuruluşu olup olmaması, hizmet verilen alanlar gibi çeşitlilik arz eden durumları arasındaki ortaklıklar, benzerlikler ve farklılıklar çerçevesinde DKK'nın hastane hizmetleri ve sağlık hizmetleri pazarlamasındaki yerini ve önemini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Bu doğrultuda öncelikle Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yapılandırılmamış alan çalışması (katılımlı gözlem) yapılarak, buradan elde edinilen bilgiler ile açık uçlu sorular ve açıklamaya yönelik sondalardan oluşan görüşme formu hazırlanmıştır. Görüşme formunun hazırlanmasındaki amaç değişik hastanelerden aynı tür bilgiler almaktır. Görüşme formunun önceden hazırlanan konu ve sorulara sadık kalınarak ek soru sorma esnekliği tanınması, bu formun düzenlenmesindeki temel nedendir. Bu sayede konu ile ilgili tüm boyutların ve soruların kapsanması güvence altına alınmaktadır (Şimşek, Yıldırım; 2004:108).

Görüşme formunun hazırlanmasını takiben, örneklemede çeşitliliği sağlamak üzere erişim kolaylığı nedeni ile Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, üniversite hastanesi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren devlet hastanesi, özel hastane ve tıp merkezi olmalarına bağlı olarak üç büyük il tercih edilerek, Dokuz Eylül Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara Numune Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Şifa Hastanesi, Kent Hastanesi, Sevgi Tıp Merkezi, Bayındır Hastanesi ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA)'nin Satınalma Müdürlükleri telefonla aranmış, GATA ve İzmir Şifa Hastanesi'nde sorumlu kişilere ulaşılamamıştır. Diğer hastanelerde ulaşılan satınalma müdürü/müdür yardımcısına çalışmanın konusu, amacı ve gerekli diğer bilgiler verilerek randevu talep edilmiş, ancak işlerinin yoğunluğu nedeniyle Ankara Numune Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nden olumlu cevap alınamamıştır. Görüşme talebini kabul eden Kent Hastanesi'nin pazarlama müdürü ile, diğer hastanelerin ise satınalma/hastane müdürleri ile derin görüşme yapılarak uygulama gerçekleştirilmiştir.

Derin görüşme sırasında kullanılan görüşme formu ekte yer almaktadır. Bu sorular, görüşme yapılan tüm idarelerden aynı tür bilgileri elde etmek amacı ile hazırlanmış olup, bu sorulara sadık kalma koşulu ile görüşülen kişinin ilgisine, ayırdığı zamana ve bilgilere ulaşmanın zorluğuna bağlı olarak bazı sorular atlanmış, bazı durumlarda ise daha fazla bilgi amacı ile ilave sorular eklenmiştir. Elde edilen veriler betimsel analiz yöntemi ile yorumlanarak, ulaşılan sonuçlar açıklanmıştır.

### **3.4 Görüşme Bulguları ve Değerlendirme**

Görüşme sonucunda hastane idarelerinden elde edilen bilgiler doğrultusunda öncelikle hastanelerin büyüklükleri ve yapıları ile ilgili bilgiler verilmiş, daha sonra çalışmanın asıl konusu olan sağlık hizmetleri pazarlamasında DKK uygulamasını incelemek üzere sorulara verilen cevaplar çerçevesinde söz konusu hastanelerdeki mevcut durumlar incelenmiştir.

### 3.4.1 Hastaneler ile ilgili genel bilgiler

Çalışmanın daha sağlıklı bir zemine oturmasını sağlamak için, araştırmaya katılan üç kamu hastanesini (Pamukkale Üniversitesi, Dokuz Eylül ve Vakıf Gureba) ve ikisi özel hastane, biri poliklinik hizmeti veren bir tıp merkezi olmak üzere üç özel sağlık işletmesini (Kent Hastanesi, Bayındır Hastanesi ve Sevgi Tıp Merkezi) daha iyi tanıyabilmek amacı ile bu işletmelerin yatak sayıları, hizmet verdikleri poliklinik ve servis sayıları ve pazarlama bölümlerinin olup olmadığı Tablo 3.1’de sunulmuştur.

**Tablo 3.1 - Sağlık İşletmelerinin Yatak Sayıları, Poliklinik/Servis Sayıları ve Pazarlama Bölümünün Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması**

Hastanenin Adı	Yatak Sayısı	Poliklinik/Servis Sayısı	Pazarlama Bölümü
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	925	34	Yok
Vakıf Gureba Hastanesi	800	23	Yok
Pamukkale Üniversitesi	292	27	Yok
Bayındır Hastanesi	167	36	Var
Kent Hastanesi	130	25	Var
Sevgi Tıp Merkezi	-----	8	Var

Tablo 3.1’de de görüldüğü gibi hiç yatan hastası bulunmayan Sevgi Tıp Merkezi hariç tutulduğunda diğer hastanelerin tamamının hemen hemen tüm poliklinik hizmetlerinin ve servislerinin bulunduğu görülmektedir. Poliklinik/servis sayılarındaki farklılıklar daha çok ana bilim dalları altında ortaya çıkan branşlaşmalardan kaynaklanmaktadır.

Yatak sayıları açısından karşılaştırıldığında Dokuz Eylül ve Vakıf Gureba hastanelerinin yatak kapasitesinin oldukça yüksek olduğu, bunları diğer kamu hastanesi olan Pamukkale Üniversitesi’nin 292 yatakla izlediği görülmektedir. Ancak, henüz inşaatları devam etmekte olan Pamukkale Üniversitesi Hastanesi’nin inşaatları tamamlandığında yatak kapasitesine 200 yatak daha eklenecektir. Gerek yatak sayısı, gerekse hizmet verilen poliklinik sayıları açısından Kent ve Bayındır hastanelerinin de sektörde önemli bir yere sahip olduğu dikkati çekmektedir. Bunda Türkiye ekonomisinde yaşanan büyük dönüşümler sayesinde son yıllarda özel sektörün sağlık alanındaki yatırımlara büyük ilgi göstermesinin önemi büyüktür.

Kamunun sağlık sekt6r6ne ayırdığı kaynakların yetersiz olması, kamu sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık hizmetlerinin hem nitelik, hem de nicelik olarak gelişmiş 6lkeler standardının çok altında kalmasına ve hükümetlerin özel sağlık girişimlerini teşviklerle desteklemesi özel sektörün bu alanda yatırım yapmasına neden olmaktadır. Hızla gelişen özel sağlık ve yaşam sigortası sektörü de bu alana yatırım yapmayı cazip hale getirmektedir. Bu nedenlerle son yirmi yılda özel sektör bu alanda önemli atılımlar gerçekleştirmiş, özel hastanelerin toplam yatak kapasitesindeki oranı %9'lara ulaşmıştır.

Sağlık hizmetleri pazarlaması bölümlerinin olup olmaması açısından değerlendirildiğinde ise kamu hastanelerinin ne kadar geride kaldığı açık bir şekilde görölmektedir. Özellikle son yıllara kadar hastaların adeta kapıdan kovulduklarında bacadan girdikleri kamu hastaneleri, tüm sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması çalışmaları sonucu eski yoğunluklarını yitirmeye başlamışlardır. Bu çalışmalar çok ciddi bir reform niteliğinde olup, bu sayede halkın sağlık hizmetlerine bakış açısı değiştirilmekte ve sağlık hizmetini talep etme cazip hale getirilmektedir. Her şeyden önemlisi bu sayede hasta istediği kuruma baş vurabilmektedir. Böylece hiç kimse bağlı bulunduğu sosyal güvenceye göre belli bir sağlık kuruluşuna muhtaç değildir. Bu çalışmalar sayesinde sektörde yoğun bir rekabet ortamı oluşmaya başlamış, hizmet kalitesinin artırılmasına ve hasta memnuniyetine yönelik çalışmalar hızlanmıştır. Bu çalışmalar içinde DKK uygulaması özellikle hizmet kalitesinin iyileştirilmesi konusundaki katkılarından dolayı oldukça önemli bir uygulama haline gelmiştir.

### **3.4.2 Sağlık işletmelerinde dış kaynak kullanımı alanları**

Sağlık işletmelerinde DKK'ndan destek hizmetleri ve yardımcı tıbbi hizmetler alanlarında yararlanılmaktadır. Çalışmanın bu kısmında öncelikle uygulamada yer alan sağlık işletmelerinde DKK'ndan yararlanma uygulamalarına teker teker kısaca değinilmiş, daha sonra tüm işletmelerdeki uygulamalar karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi idaresi, çağdaş yapılanmasını desteklemekle birlikte ilk bakışta hemen dikkat çekmeyen, ancak hizmet kalitesi için büyük önem taşıyan ve verimliliği de artıracakı düşünülen destek hizmetlerini kendisi gerçekleştirmeyi tercih etmiş ve bunu gerçekleştirmek üzere bu alanlara kaynak transferinde bulunmuştur. Bu amaçla hastane çamaşırhane, terzihane, merkezi sterilizasyon, yemekhane, basım gibi hizmetleri kendi bünyesinde gerçekleştirmektedir. Hastane, çoğu kamu hastanesinin tersine personel ihtiyacını karşılamak üzere bu tür hizmet alımlarına yönelik DKK uygulamasına yönelmek yerine, ihtiyacı olan insan kaynaklarını maliye vizesi olarak döner sermaye işletmesi üzerinden çalıştırmayı tercih etmektedir. İdare sadece temizlik, bakım-onarım, bilgi veri (hastane bilgi yönetimi sistemi), hasta-ziyaretçi yönlendirme ve danışma ile kit karşılığı cihaz alanlarında DKK'ndan faydalanmaktadır. Bu hizmetlerden hasta-ziyaretçi yönlendirme ve danışma hizmetleri iki yıldır sadece pilot bölgelerde hasta memnuniyetini sağlamak ve hastayı bilgilendirmek amacı ile danışma hizmeti olarak gerçekleştirilmektedir. Hastane idaresi dışarıdan satın aldığı hizmetlerin kalite ve etkinliğinden memnun olduğu için bu hizmetlerden alımına son verilmesi düşünülen herhangi bir hizmet yoktur. Bunların dışında kalan tüm destek hizmetleri ve yardımcı tıbbi hizmetler hastane tarafından gerçekleştirilmektedir. Planlama ve malzeme yönetimi birimleri tarafından alınan DKK kararı, satınalma tarafından yerine getirilerek yıllık sözleşmeler ile hizmet temin edilmektedir.

Çok eski bir tarihi olan Vakıf Gureba Hastanesi'nde temizlik, yemekhane, güvenlik, otomasyon (veri giriş elemanı hizmeti), kit karşılığı cihaz, tamir-bakım-onarım hizmetleri alanlarında DKK'ndan yararlanılmaktadır. Bunların dışında onkoloji cihazları hizmeti ve teknik servis hizmetinin de dışarıdan satın alınması düşünülmüş ancak, fizibilite çalışmalarının sonucunda bu hizmetlerin alınmasından vazgeçilmiştir. Çünkü onkoloji hizmeti için gerekli cihazları dış kaynak sağlayıcısının kendi teknik personelinin kullanacak olmasının klinik çalışmalarını olumsuz etkileyeceği ve bir eğitim hastanesinde bu tür bir uygulamanın eğitim sorunlarını da beraberinde getireceği düşünülmüştür. Tıbbi hizmetlerde kullanılan cihazların çok özellikli ve pahalı cihazlar olması nedeniyle bunların bakım ve onarımlarının yetkili firmalarına yaptırılmasının daha doğru olacağı ve bakım-onarım

sırasında istenilen malzemelerin gerekliliğinin tartışılabilir ve bu malzemelerin alımının takibinin güç olması nedenleriyle teknik servis hizmet alımından da vazgeçilerek, tıbbi cihazlar ve alt yapıyı oluşturan jeneratör, klima santrali, asansörler, kazan dairesi bakım ve onarımlarının tamamı yetkili servislere yaptırılmaktadır. Güvenlik hizmetlerinden ise memnun olunmamakla birlikte, 5188 sayılı Özel Güvenlik Kanunu gereğince personel sıkıntısının hat safhada olduğu hastanede güvenlikçi kadrosu bulunmadığından dolayı bu hizmet de dışarıdan satın alınmaktadır. Bu hizmetten memnun olunmamasının sebebi personel sirkülasyonunun yüksek olması nedeniyle vasıfsız personellerin çalıştırılmasıdır. Önümüzdeki yıllarda güvenlik için kadro sağlanması durumunda bu hizmetin dışarıdan teminine son verilmesi düşünülmektedir. Bununla birlikte kanunun imkan tanınması halinde sağlık personeli açığını karşılamak üzere sağlık personelinin dışarıdan satın alınması düşünülmektedir. Hastanede kit karşılığı cihazın dışında yardımcı tıbbi hizmetler dış kaynak sağlayıcısı aracılığı ile verilmemektedir. Hastane idaresi bunun gerekçesini hastanenin bulunduğu coğrafi konum olarak göstermektedir ve durumu görüntüleme cihazları açısından açıklamaktadır. Hastanede bir adet tomografi cihazının mevcut olduğu belirtilmektedir. Ancak, bunun dışında bir görüntüleme cihazı hizmetinin dışarıdan temin edilmesi düşünülmemektedir. Çünkü hastane çevresinde yaklaşık 100 metre içerisinde 30 civarında görüntüleme merkezinin bulunduğu bildirilmektedir. Ancak, özel mantıkla düşünüldüğünde hastanın bu tür hizmetleri dışarıdan sağlamak zorunda kalması durumunda memnuniyetsizlik yaşamasını engellemek amacı ile bu tür hizmet alımı yoluna baş vurulabileceği belirtilmektedir. Hasta potansiyelinin yüksek olduğu durumlarda bu tür hizmetleri hiçbir yatırım yapmadan hastaya sunmanın oldukça karlı bir iş olduğu ve bunun hasta memnuniyeti açısından da önemli olduğu belirtilmektedir. İdare yetkilisi, İstanbul gibi İngiltere'deki toplam MR cihazı sayısından daha fazlasına sahip olan bir şehir için, tıbbi cihaz çöplüğüne dönen ülkemizde maliyetler açısından bu işin çok karlı olmadığı görüşündedir. Sonuçta sağlık sektöründe ihtisas alanları o kadar detaylandırılmıştır ki tüm hizmetleri vermenin imkansız olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden her açıdan derinlemesine fizibilite çalışması gerçekleştirilerek bu tür önemli kararların alınması gerektiği belirtilmektedir.



Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi uygulamaya katılan hastanelerden DKK'nı en yaygın şekilde kullanan hastanedir. Gerek destek hizmetleri, gerekse yardımcı tıbbi hizmetler alanında DKK'ndan yoğun şekilde yararlanılmaktadır. 2003 yılına kadar kit karşılığı cihaz hariç olmak üzere yalnızca bilgisayar operatörlüğü, bakım-onarım hizmetleri, yemekhane hizmetleri ve temizlik hizmetleri gibi destek hizmetleri ile sınırlı olan DKK alanlarına cihazdan elde edilecek çekim, tetkik, tahlil veya test niteliğinde hizmetler de eklenerek 2004 yılında anjiyografi çekim hizmeti ve polisomnografi hizmeti alınmış, bunların dışında sağlık ve yardımcı sağlık personeli hizmeti temin edilmiştir. 2005 yılında ihalesi tekrar yapılan sağlık ve yardımcı sağlık personeli hizmeti alımı, Danıştay 5.Daire'nin 22.11.2004 tarih ve E.2004/4439 sayılı kararı ile bu yürütmenin durdurulmasına karar verilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın 13.01.2005 tarihli tebliği ile bu alımların durdurulması sonucu, ihale iptal edilmiştir. 2005 yılına gelindiğinde mevcut hizmetlerin yanında fototerapi hizmeti, ESWL hizmeti, MR çekim hizmeti, radyasyon onkolojisi hizmeti ve teknik personel hizmeti ihaleleri yapılmış ancak, kimine katılım gerçekleşmediğinden dolayı, kiminde de teknik nedenlerden dolayı ihaleler iptal edilmiştir. 2005 yılında mevcut hizmetlere sadece çamaşırhane hizmetlerinin eklenmesi sağlanmıştır. 2006 yılına gelindiğinde çamaşırhane hizmetleri, temizlik hizmetlerinin içerisinde tanımlanarak genel temizlik hizmetleri adı altında ihale edilmiştir. Mevcut hizmetlere ikinci kez ihaleye çıkılan radyasyon onkolojisi hizmeti, mamografi hizmeti, bilgi işlem birimi teknik destek hizmeti ve teknik hizmet işi eklenmiş, ESWL ve fototerapi hizmetleri için yeniden ihaleye çıkılmış, ancak katılım olmadığından dolayı söz konusu ihaleler gerçekleştirilememiştir. Hastane açısından oldukça gereklilik arz eden MR çekim hizmeti ihalesi ise sözleşmeye bağlanmış ancak, hizmete henüz başlanmadan ortak girişim niteliğindeki dış kaynak sağlayıcısından küçük ortağın ihale sırasında sahte belge sunduğunun tespit edilmesi üzerine ihale iptal edilmek zorunda kalınmıştır. Bu nedenle MR çekim hizmeti, fototerapi ve ESWL hizmetleri ihaleleri 2006 yılı içerisinde tekrar gerçekleştirilecektir. DKK yıllara göre karşılaştırıldığında DKK'nın gerek sayı, gerekse bütçeden ayrılan pay olarak yoğun bir artış içinde olduğu görülmektedir. 2006 yılında destek hizmetlerine yapılan harcama bir önceki yıla göre %132 oranında artmışken, bu oran 2003 yılına göre %300 seviyesindedir. 2006

yılında hedeflenen tüm yardımcı tıbbi hizmetlerin gerçekleştirilmesi durumunda yıllık artış oranı yaklaşık %500 civarında gerçekleşmiş olacaktır.

1992 yılında kurulan Bayındır Hastanesi'nde yalnızca destek hizmetleri alanında DKK'ndan yararlanılmaktadır. Hastanenin kuruluş yıllarında İngiltere NHSOE (National Health Services Overseas Enterprises) ile anlaşma yapılarak beş kişilik uzman kadrodan iki yıl süre ile kalite danışmanlık hizmeti alınmıştır. Bayındır Hastanesi'nde DKK'ndan faydalanılan alanlar yemekhane, temizlik, peyzaj, vektör kontrol ve personel servisi hizmetleridir ve önümüzdeki yıllarda güvenlik hizmetlerinin de dışarıdan temin edilmesi düşünülmektedir. DKK kararı Satınalma ve Destek Hizmetler Müdürlüğü ile yönetim tarafından ortak olarak alınmakta ve DKK sözleşmeleri yıllık olarak gerçekleştirilmektedir.

1999 yılında kurulan Özel Kent Sağlık Hizmetleri ve Malzemeleri A.Ş., Ege Bölgesi'ndeki yataklı sağlık hizmetlerinin uluslararası standartların çok altında kaldığını ve bu hizmetlere talebin her geçen gün arttığını görerek, İzmir'de dünya standartlarında teşhis ve tedavi hizmetlerini verecek bir tesis kurma amacı ile Kent Hastanesi'ni kurmuştur. Hastanede temizlik, yemekhane, kafeterya hizmetleri ve uzmanlık gerektiren bazı diğer alanlarda DKK'ndan faydalanılmaktadır. Ayrıca, iş akışlarının sektörde yüksek saygınlığı bulunan JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) tarafından geliştirilen Uluslararası Akreditasyon Standartları çerçevesinde düzenlenebilmesi için Joint Commission'dan danışmanlık ve eğitim hizmetleri alınmaktadır. Buna ek olarak, Mayo Clinic ile imzalanan danışmanlık anlaşması gereği medikal personel eğitim ve eleman değişimi programlarına tabi olunacaktır. DKK kararı İşletme Operasyonlar Direktörlüğü'nün yaptığı maliyet analizlerinin yönetim kurulu ve yönetim ekibi tarafından verimlilik ve maliyet açısından değerlendirilmesi sonucu alınmaktadır. Sözleşmeler genel olarak yıllık olmakla birlikte 6 aylık ve 36 aylık sözleşmeler de mevcuttur. Hastanede yaygın olarak kullanılan bu yöntemin yakın ve orta vadede mevcutlara ek bir alanda kullanılması veya herhangi bir hizmetin satın alınmasının terk edilmesi düşünülmemektedir.

Faaliyetine Sevgi Hastanesi olarak başlayan Sevgi Tıp Merkezi San.Tic.Ltd.Şti., politika gereği 2003 yılında küçülerek poliklinik olarak hizmet vermeye başlamış, yatırımlarını daha çok şirket bünyesinde yer alan Deva Diyaliz Sağlık Hiz.San.Tic.Ltd.Şti.'ne kaydırmışlardır. Psikiyatri, göz hastalıkları, nöroloji, diş, çocuk hastalıkları, kadın hastalıkları, endokrin ve dahiliye alanlarında poliklinik hizmeti veren tıp merkezi, hizmet verdiği poliklinik hizmetlerinde etkin tetkik, teşhis ve tedavi uygulayabilmek amacı ile bu hizmetlerin sunumu sırasında gerekli olan kit ve hormon karşılığı cihaz, görüntüleme hizmetleri (MR, trioid sintigrafisi, mamografi), kemik dansitometre ve patoloji hizmetleri gibi yardımcı tıbbi hizmetlerini yıllık olarak yapılan sözleşmeler aracılığıyla DKK yolu ile temin etmektedir. Bunlar dışında kalan tüm destek hizmetleri ve yardımcı tıbbi hizmetlerin tamamı işletme bünyesinde gerçekleştirilmektedir.

**Tablo 3.2- Sağlık İşletmelerinde DKK'ndan Yararlanılan Alanlar**

<b>Hastanenin Adı</b> <b>Hizmetler</b>	<b>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi</b>	<b>Vakıf Gureba Hastanesi</b>	<b>Pamukkale Üniversitesi Hastanesi</b>	<b>Bayındır Hastanesi</b>	<b>Kent Hastanesi</b>	<b>Sevgi Tıp Merkezi</b>
<b>Destek Hizmetleri</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Temizlik,</li><li>- Bakım-onarım,</li><li>- Bilgi veri,</li><li>- Hasta-ziyaretçi yönlendirme ve danışma.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Yemekhane,</li><li>- Temizlik,</li><li>- Güvenlik,</li><li>- Otomasyon,</li><li>- Bakım-onarım</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Yemekhane,</li><li>- Temizlik,</li><li>- Bakım-onarım,</li><li>- Çamaşırhane,</li><li>- Bilgisayar Operatörlüğü,</li><li>- Sağlık ve yardımcı sağlık personeli,</li><li>- Teknik hizmet işi,</li><li>- Bilgi işlem birimi teknik destek hizmeti.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Yemekhane,</li><li>- Temizlik,</li><li>- Peyzaj,</li><li>- Vektör kontrol,</li><li>- Personel servisi,</li><li>- Kalite danışmanlık.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Yemekhane,</li><li>- Temizlik,</li><li>- Kafeterya,</li><li>- Danışmanlık ve eğitim,</li><li>- Uzmanlık gerektiren diğer bazı alanlar.</li></ul>	
<b>Yardımcı Tıbbi Hizmetler</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kit karşılığı cihaz.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kit karşılığı cihaz.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kit karşılığı cihaz,</li><li>- Anjiyografi,</li><li>- Polisomnografi,</li><li>- Fototerapi,</li><li>- ESWL,</li><li>- MR çekim,</li><li>- Radyoterapi,</li><li>- Mamografi.</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>- Kit karşılığı cihaz,</li><li>- MR çekim,</li><li>- Trioid sintigrafisi,</li><li>- Mamografi,</li><li>- Kemik dansitometre,</li><li>- Pataloji.</li></ul>

Uygulamada yer alan sağlık işletmelerinin DKK'ndan yararlanma alanlarına toplu olarak Tablo 3.2'de bakıldığında, özel sektörde DKK alanlarının daha farklı bir çizgide olduğunu görmek mümkündür. Özel sektörü temsil eden sağlık işletmelerinden Sevgi Tıp Merkezi'nin diğer iki özel sağlık işletmesinden farklı olarak destek hizmetlerini kendisinin gerçekleştirdiği, yardımcı tıbbi hizmetler konusunda ise dışarıdan yardım aldığı görölmektedir. Bunun en önemli nedeni Sevgi Tıp Merkezi'nin yatan hasta barındırmaması ve sadece belli alanlarda poliklinik hizmeti vermesidir. Bu nedenle destek hizmetleri, gerek nicelik, gerekse nitelik olarak daha farklı bir özellik göstermektedir ve işletmenin yapısının küçüklüğü nedeniyle bu işleri yapmak için gerekli insan kaynakları sayısı daha azdır. Destek hizmetlerinin kendi personeli tarafından gerçekleştirilmesi durumunda maliyetlerin daha düşük olacağı düşünölmektedir. Yardımcı tıbbi hizmetlerin dışarıdan temin edilmesinin nedeni ise işletmenin verdiği hizmetler için gerekli olan tetkik, tahlil, çekim ve testlerin teşhis ve tedavi sürecini tamamlamak üzere sağlanmasıdır. Bu hizmetlerin verilmemesi halinde işletmenin hizmet verdiği poliklinik hizmetlerini tam anlamıyla gerçekleştirebilmesi imkansızdır.

Kit karşılığı cihaz alımları hariç tutulduğunda Vakıf Gureba, Dokuz Eylül Üniversitesi, Bayındır ve Kent Hastaneleri'nde yardımcı tıbbi hizmetlerde DKK'ndan faydalanılmaması dikkat çekicidir. Söz konusu hastaneler, ihtiyaç duydukları tıbbi cihazlara kendileri sahiptir. Sahip olmadıkları cihazlardan sağlanan faydalar ise bu hastanelerin sundukları hizmet alanları için zorunluluk teşkil etmemekte veya bunlara yatırım yapılması cazip görölmemektedir.

Açıkça görünen şudur ki, DKK'ndan gerek destek hizmetleri, gerekse yardımcı tıbbi hizmetler alanında olsun en çok yararlanan işletme Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'dir. Dokuz Eylül Üniversitesi ve Vakıf Gureba hastanelerinin buldukları coğrafi konumlara bakıldığında yoğun hasta talebi ile karşı karşıya oldukları gibi, aynı şehirde hastaların ihtiyaçlarını temin edebilecekleri pek çok alternatifleri vardır. Bu nedenle, yardımcı tıbbi hizmetler açısından bakıldığında Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nin gerek bir eğitim, uygulama ve araştırma hastanesi olması özelliği nedeni ile, gerekse yörenin hasta potansiyelinin

karakteristikleri nedeni ile bazı hizmetleri sağlaması hem zorunlu, hem de işletme açısından karlıdır. Çünkü, yöre halkı pek çok durumda sağlık ihtiyaçlarının temini için özellikle İzmir ve Antalya illerindeki sağlık kuruluşlarına gitmek zorunda kalmaktadır. Bu hizmetlerin Denizli ilinde etkin, verimli ve güvenilir bir seviyede verilmesi halinde hastalar şehir dışına çıkmayacak ve çevredeki yakın illerden de hastaların gelmesi sağlanabilecektir. Ancak, bu hizmetler için gerekli yatırımların kamu hastanelerinin kısıtlı bütçeleri ile gerçekleşmesi oldukça güçtür. Bu nedenle DKK sayesinde hastane, yüksek hasta potansiyeline sahip alanlarda herhangi bir yatırım yapmaksızın bu hizmetleri sunarak yörenin en iddialı sağlık kuruluşu olma yolunda çalışmaktadır.

Destek hizmetleri açısından bakıldığında ise bu hizmetlerin hastane tarafından gerçekleştirilmesinde veya DKK yolu ile yaptırılmasında en önemli etken organizasyonel nedenler. Temizlik ve yemekhane hizmetleri için genel eğilim bu hizmetlerin dışarıdan temin edilmesi yönündedir. Bilgi işlem teknolojisine dayalı hizmetlerin de konunun uzmanı işletmelerden satın alınması yönünde bir eğilim mevcuttur. Özel sektörde ise kendini ispatlamış, büyük hastanelerin kalitelerini artırmaya yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetleri aldığı, ancak kamu hastanelerinde henüz bu tür kaygılar bulunmadığı için bu tür hizmetlere yer verilmediği görülmektedir. Aslında danışmanlık ve bilgi işlem teknolojisine dayalı hizmetlerin dışındaki hizmetler açısından bakıldığında bu hizmetlerin personel istihdam etmeye yönelik hizmetler olduğu da açıktır. Özel hastanelerin zaten personel istihdamı ile ilgili bir sıkıntısı yoktur. Onlar için önemli olan işin en iyi şekilde yapılması ve işin kontrolüdür. Ancak, kamu hastaneleri için durum farklıdır. Devletin izin verdiği kadro sayısı az, iş çeşitliliği ve personel ihtiyacı fazladır. Bu nedenle kamu hastaneleri ya bu personelleri Maliye Bakanlığı'ndan vize alarak döner sermayelerinden çalıştırmakta, ya da çeşitli isimler altında yapılan personel istihdamına yönelik alımlarla, açık personel kadrolarını doldurmaktadırlar.

### 3.4.3 Sağlık işletmelerinde dış kaynak kullanımı nedenleri

İkinci bölümde de değinildiği gibi sağlık işletmelerinde DKK'ndan yararlanmasının başlıca nedenleri:

- Organizasyonel nedenler,
- Maliyet kaynaklı nedenler,
- Finansal kaynaklı nedenler,
- İnsan kaynaklarına dayalı nedenler,
- Kalite ile ilgili nedenler,
- Teknolojik nedenler,
- Pazarlama ile ilgili nedenler,
- Yasal zorunluluklara dayalı nedenler olarak sıralanmaktadır.

Uygulamada ele alınan hastaneler için DKK'ndan yararlanma nedenlerine topluca baktığımızda Tablo 3.3'deki durum ortaya çıkmaktadır. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde DKK hem destek hizmetleri hem de yardımcı tıbbi hizmetlerde yaygın olarak kullanıldığından dolayı, hastane idaresi DKK'ndan faydalanmanın sebeplerini her iki kullanım alanı için ayrı ayrı sıralamayı doğru bulmuştur.

Tablo 3.3'de görüldüğü gibi sağlık işletmeleri için DKK'na neden olan faktörleri belli bir doğrultuda genellemek mümkün değildir. Çünkü her biri coğrafi konum, demografik yapı, kamu kuruluşu olup olmamaları, hizmet verdikleri alanlar, rekabet, sahip olunan teknoloji gibi çeşitli çevresel faktörlerin etkisi altındadırlar. Ancak açıktır ki yasal zorunluluklara dayalı nedenlerin etkisi hiç yok ya da azdır. Her ne kadar DKK sayesinde sağlanan avantajlar sorulduğunda cevap hasta memnuniyetinin sağlanması, hizmetin aksamaması ve yüksek kalite olarak belirtirse de, bu uygulamaya asıl başvurma nedenlerinde hasta memnuniyetinin çok önemli bir fonksiyonunun olmadığı görünmektedir.

**Tablo 3.3- Sağlık İşletmelerinde DKK'ndan Yararlanma Nedenleri**

<b>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi</b>	<b>Vakıf Gureba Hastanesi</b>	<b>Pamukkale Üniversitesi Hastanesi</b>		<b>Bayındır Hastanesi</b>	<b>Kent Hastanesi</b>	<b>Sevgi Tıp Merkezi</b>
		<b>Destek Hizmetleri</b>	<b>Yardımcı Tıbbi Hizmetler</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- İnsan kaynakları,</li> <li>- Kalite,</li> <li>- Organizasyonel,</li> <li>- Yasal zorunluluklar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- İnsan kaynakları,</li> <li>- Kalite,</li> <li>- Maliyet,</li> <li>- Finansal,</li> <li>- Organizasyonel,</li> <li>- Teknolojik,</li> <li>- Pazarlama,</li> <li>- Yasal zorunluluklar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizasyonel,</li> <li>- Kalite,</li> <li>- Maliyet,</li> <li>- İnsan kaynakları,</li> <li>- Finansal,</li> <li>- Yasal zorunluluklar,</li> <li>- Pazarlama,</li> <li>- Teknolojik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finansal,</li> <li>- Teknolojik,</li> <li>- Kalite,</li> <li>- Organizasyonel,</li> <li>- Maliyet,</li> <li>- İnsan kaynakları,</li> <li>- Pazarlama,</li> <li>- Yasal zorunluluklar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- İnsan kaynakları,</li> <li>- Organizasyonel,</li> <li>- Maliyet,</li> <li>- Finansal,</li> <li>- Pazarlama,</li> <li>- Kalite,</li> <li>- Teknolojik,</li> <li>- Yasal zorunluluklar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kalite,</li> <li>- Organizasyonel,</li> <li>- Maliyet,</li> <li>- Teknolojik,</li> <li>- Finansal,</li> <li>- Pazarlama,</li> <li>- İnsan kaynakları,</li> <li>- Yasal zorunluluklar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta memnuniyeti,</li> <li>- Finansal,</li> <li>- Maliyet,</li> <li>- Kalite.</li> </ul>



#### **3.4.4 Sağlık hizmetleri pazarlamasında dış kaynak kullanımının yeri ve önemi**

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, DKK'ndan en az alanda yararlanan kamu hastanesi olarak dikkati çekmektedir. Hastane ihtiyaç duyduğu hizmetleri kendisinin üretmesinin daha fazla verimlilik sağlayacağı ve hizmet kalitesine katkısının daha fazla olacağı görüşünü taşımaktadır. Ancak, DKK'ndan faydalanılan alanlarda hizmet kalitesinin hastanenin genel hizmet kalitesine katkısının bulunduğu, sahip olunan cihazlar için dışarıdan temin edilen bakım-onarım hizmetleri sayesinde cihazların herhangi bir aksamaya meydan vermeden çalıştığı, hasta-ziyaretçi yönlendirme ve danışma hizmetinin sunulduğu pilot alanlarda hastaların bilgi alabilmelerinin daha kolay olması ve hastalarla daha yakından ilgilenilmesinin sağlanması nedeni ile bu hizmetin hasta memnuniyetine yüksek oranda katkısının olduğu belirtilmektedir. Bununla beraber, teknik olarak çok özellik gerektirmeyen bu tür personel çalıştırmaya yönelik hizmetlerde hastanenin kendi personelini çalıştırmasının daha fazla motivasyon sağladığı ve bu durumun çalışan verimliliğini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir.

Vakıf Gureba Hastanesi'nde de DKK'ndan yararlanma kit karşılığı cihaz alımları hariç tutulduğunda destek hizmetleri ile sınırlıdır. Daha önce de değinildiği gibi yardımcı tıbbi hizmetlerin dışarıdan satın alınması ya organizasyonel nedenlerle doğru değildir, ya da bulunulan coğrafi konum nedeniyle bu tür hizmetleri sunmanın zorunluluğu yoktur ve bunları yerine getirmek ülkemiz maddi çıkarları açısından da sakıncalıdır. Ancak, hasta potansiyelinin olduğu ve çevrede bu hizmetleri sağlayan başka bir sağlık kuruluşunun bulunmadığı durumlarda özellikle özel sektör mantığı ile düşünüldüğünde bu tür hizmetlerin DKK yolu ile temin edilmesinin büyük bir rekabet avantajı ve hasta memnuniyeti sağlayacağı ifade edilmektedir. Elbette ki hasta ve yakının memnuniyeti, bir sosyal kuruluş olma özelliği açısından önemlidir. Ancak, hastane için hasta sayısı artmış ya da azalmış pek önem taşımamaktadır. Bu nedenle DKK'ndan yararlanılırken yüksek kalitenin sağlanarak işlerin verimli bir şekilde yürümesi ve hasta memnuniyeti bir kaygı olarak taşınsa da bu kaygı, hasta sayısını artırmaya veya pazarlama faaliyetlerine yönelik bir kaygı değildir. Zaten DKK'nın hastane için hasta sayısında bir artışa neden olduğu da düşünülmemektedir.

Nitekim devlet hastanesi olarak bu tür bir kaygı da taşınmamaktadır. Ancak, özel sektör açısından bakılacak olursa DKK'nın hasta memnuniyetini sağladığı ve dolayısıyla hasta sayısında artışa neden olduğu düşünülmektedir. Personel çalıştırmaya dayalı destek hizmetleri açısından bakıldığında ise DKK'nın avantajlarının büyük olduğu belirtilmektedir. Hastane idaresi tarafından sözleşmede belirtilmiş olan yaptırımlar sayesinde ve işten çıkarılma korkusu ile işler hastane personeli tarafından gerçekleştirildiğinden daha düzenli, disiplinli, dikkatli, verimli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Çünkü, kamuda sıklıkla karşımıza çıkan devlet memuru zihniyetinin beraberinde bir rahatlık taşıdığı belirtilmektedir. Ancak, dış kaynak sağlayıcısının yaptığı işleri denetleyen komisyondaki kişilerin bilgi, beceri ve dirayetleri işlerin aksamadan gerçekleşmesi için önemlidir.

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi idaresi DKK sayesinde işlerin daha etkin, hızlı, verimli, kaliteli, düzenli, ihtiyaçlara yönelik, rekabet üstünlüğü sağlayan bir seviyede gerçekleştiğini belirtmektedir. Özellikle otelcilik hizmetleri hasta ve yakının memnuniyeti açısından öneminin büyük olduğu belirtilmektedir. Çünkü hasta ve yakını, otelcilik hizmetlerinin kalitesi, yeterliliği, sağladıklarına göre değerlendirme yaparken, yardımcı tıbbi hizmetlerin verilip verilmemesi durumuna göre seçici davranmaktadır. Hastanenin kendi imkanları ile sağlayamadığı yardımcı tıbbi hizmetleri DKK yolu ile hastalarına ulaştırması hem hastane açısından karlı, hem de hastalar açısından memnun edici olmaktadır. Hasta sayısında yıllık %20 oranında bir artış gerçekleşen ve bu oranın 1999 yılına göre %200 olduğunu belirten hastane idaresi, DKK sayesinde sağlanan hizmet kalitesi ve sürekliliğinin ve daha geniş hizmet yelpazesine sahip olunmasının, bu artışta büyük rol oynadığını düşünmektedir. Bulunduğu şehirde bir üniversite hastanesi olması ve tıbbi kadro ve donanımı nedeniyle en çok talep gösterilen hastane olduğu belirtilen hastanede, bu sayede eğitim faaliyetleri daha verimli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilmekte, hasta ve yakınları çevre şehirlere gitmek zorunda kalmamakta, gerekli tüm teşhis, tetkik ve tedavi imkanlarının sağlanması ile hasta memnuniyeti ve bağlılığı sağlanmakta, sunulan hizmet tam, güvenilir, hızlı ve kaliteli olmaktadır.

İleri teknoloji ve çağdaş bilgi ile donatılmış olan Bayındır Hastanesi, tıbbın tüm dallarında hizmet vermeyi amaçlamaktadır. Yönetim, sadece hizmet sunulan ortam ve teknolojinin iyi olmasının yeterli olmadığını ve hizmeti üreten insanların mutluluğunun ön plana çıkarılması gerektiğini düşünerek, insana değer veren yönetim tarzı olan toplam kalite yönetimini benimsemiştir. Bu doğrultuda, hizmet kalitesinin en üst seviyede verilmesini sağlamak üzere kurulmuş olan Bayındır Hastanesi Eğitim Merkezi, hemşiresinden şoförüne tüm kadrosunun eğitimi için eğitim programları düzenlemiştir. Hastane, insanların çalışmak için tercih ettikleri ilk yer olmayı hedeflemektedir. Hasta ve hasta yakınının her şeyden önce geldiği hastane, insanların sağlık bakım ihtiyacı doğduğunda gitmek istedikleri ilk yer olma amacı ile mükemmeliyet, etkinlik ve yeterliliğe önem vererek, en üst düzeyde bakım sağlamayı ilke olarak edinmiştir. Bunun için hastane idaresi sağlık hizmeti sunmayı bir sanat icra etmek gibi görmektedir ve bu doğrultuda yönetim, bakımın kalitesine odaklanmıştır. En üst düzeyde hizmeti sağlayabilmek amacı ile hastanede yalnızca hastaların değil, hasta yakını, refakatçi ve ziyaretçilerin her türlü istek, şikayet ve önerilerinin değerlendirilmesi amacı ile Hasta İstek/Şikayet Değerlendirme Komitesi kurulmuştur. Hasta ve hasta yakınına hizmeti en üst düzeyde verebilmek amacı ile 2001 yılında evde bakım hizmeti vermeye başlanmıştır. Ütü, çamaşır yıkama, kuaför, oda servisi, tercüman, oda konforu gibi hasta ve yakınının memnuniyeti için en ince ayrıntının düşünüldüğü hastanede idare, sadece otelcilik hizmetlerinde DKK'nın verimli olduğunu ve bu hizmetlerin hastane hizmetlerinin pazarlanmasında %100 katkısının bulunduğunu belirtmektedir. Bu hizmetlerin hasta memnuniyetine de %100 katkısının bulunduğu düşünülmeyle birlikte, hasta sayısındaki artışın ne kadarının DKK sayesinde sağlanan hasta memnuniyetinden kaynaklandığı tam olarak belirlenememektedir. Bununla birlikte, hastanenin genel hizmet kalitesinin yükseltilmesi amacı ile hastane idaresi bütçesinin yaklaşık %4'lük kısmını bu hizmetlerin temini için kullanmaktadır.

Medikal teknolojinin en son örneklerinin kullanıldığı Kent Hastanesi'nde uzman kadro tarafından tüm branşlarda poliklinik hizmetinin verilmesi hedeflenmektedir. Kent sağlık kültürünün özünü dürüstlük, güven ve güler yüzlülük oluşturmaktadır. Hastanenin öncelikleri kaliteyi en üst düzeyde tutmak, doğruluk,

dürüstlük, etik çalışma ortamı, hasta haklarına saygı, sağlık alanında öncü olmak, lider ekibiyle yeni liderler yetiştirmek, sürekli eğitimi sağlamak olarak sıralanmaktadır. Bunları sağlamak üzere hastane, uzmanlık gerektiren destek hizmetleri konusunda DKK'ndan faydalanmaktadır. DKK sayesinde kalite artışı ve sürekliliği, hasta memnuniyeti, hizmetler konusunda esneklik, değişen piyasa koşullarına kolay adapte olabilme yeteneği, uzmanlaşmanın sağladığı verimlilik artışı yakalanmaktadır. DKK, kalitenin yüksek olması, hasta memnuniyetini daimi kılması, pazarlama açısından işlenmesi kolay ve geri dönüşü yüksek bir alan olması ile dikkati çekmektedir. Bu sayede hizmet yelpazesini geniş tutabilme ve hizmetlerde esneklik sağlanması pazarlama avantajı kazandırmaktadır. Uygulamada DKK'ndaki en kritik nokta doğru dış kaynak sağlayıcısının seçilmesi ve doğru anlaşmanın yapılabilmesidir. Burada dikkat edilmesi gereken en önemli konu, bu beraberliğin iki taraflı bir beraberlik olduğunun unutulmayarak, her iki tarafın da bu beraberlikten memnuniyetinin sürekli olmasının sağlanmasıdır. Doğru dış kaynak sağlayıcısının seçilmiş olması ve yapılan sözleşmelerin açık, net ve her iki tarafı da koruyan sözleşmeler olması nedeni ile yaşanan problem ve aksaklıklar minimum seviyededir. DKK sayesinde sağlanan hasta memnuniyeti ve yüksek hizmet kalitesinin doğal bir sonucu olarak hasta sayısında her geçen gün bir artış olduğu düşünülmektedir.

Sevgi Hastanesi olarak faaliyete başlayan, 2003 yılında politika gereği küçülerek Sevgi Tıp Merkezi adı altında halen psikiyatri, göz hastalıkları, nöroloji, diş, çocuk hastalıkları, kadın hastalıkları, endokrin ve dahiliye alanlarında poliklinik hizmeti veren tıp merkezinin hasta sayısında 2006 yılı itibari ile %45 oranında bir azalma mevcuttur. Hasta sayısındaki bu azalmayı engellemek amacı ile merkez, Mayıs 2006'dan itibaren pazarlama bölümü kurarak işletmenin tanıtımına ağırlık vermeyi planlamaktadır. Pazarlama faaliyetleri ve SSK, Bağ-Kur ile 2007 yılından itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe girecek olan anlaşmalar ile mevcut krizin aşılması beklenmektedir. Aksi takdirde işletmenin yeniden küçülme yoluna başvurması düşünülmektedir. Tıp merkezinde diğer iki özel hastanenin aksine, sadece yardımcı tıbbi hizmetlerde DKK'ndan yararlanılmaktadır. Bunun en önemli nedeni ise hasta sayısında görülen %45'lik azalmadır. DKK ile işletmenin kendi bünyesinde veremediği bir takım yardımcı tıbbi hizmetlerin verilmesinin rekabet avantajı

sağlamada büyük faydalarının olduğu, bu hizmetlerin hasta memnuniyeti ve halihazırda verilmekte olan poliklinik hizmetlerinin kesin, doğru ve güvenilir olması için zorunlu olduğu, bu hizmetlerin verilmemesi durumunda hasta sayısının daha da azalacağı, bu hizmetlerin işletme bünyesinde gerçekleştirilmesinin ise çok maliyetli olduğu belirtilmektedir.

### **3.4.5 Sağlık işletmelerinde dış kaynak kullanımı sırasında karşılaşılan sorunlar**

Uygulama için görüşülen kamu hastanelerinin üçünün de gösterdiği birincil sorun, Kamu İhale Kanunu'dur. İhale sürecinin çok uzun olması ve prosedürler nedeni ile ihalenin sonuçlanması ve sözleşmenin imzalanması gecikebilmektedir. Bu ise hizmetin aksamasına neden olabilmektedir. Ayrıca, hastane idaresinin satın alma talebinde geciktiği veya ilk defa satın alınacak hizmetler ortaya çıktığı durumlarda da zaman konusunda sıkıntılar yaşanabilmektedir. Bu gecikmeler hizmetin zamanında başlamasına engel teşkil edebilmektedir. Hizmetin başlaması için bir takım düzenlemelerin yapılmasının zorunlu olduğu yatırım gerektiren ihalelerde ise işe başlamadan önce dış kaynak sağlayıcısına verilmesi gereken süre nedeni ile talep edilen hizmet miktarı ile gerçekleşen hizmet miktarı arasında farklılıklar meydana gelebilmektedir.

Vakıf Gureba Hastanesi idaresinden görüşülen yetkili, kanundan kaynaklanan bir diğer sorunu ihaleyi sonuçlandırmak için fiyat dışı unsurlar da kullanılabilecekken, komisyonun riske girmek istememesinden dolayı en düşük fiyat esasına göre alımın gerçekleştirilmesi olarak göstermektedir. Oysa ki hizmet kalitesini yükseltmek adına fiyat dışı unsurlara baş vurulabilmektedir. Ancak, bu durumda fiyat dışı unsurların ne olacağı, hangi unsurun ağırlığının ne kadar olacağı gibi hususlarda sorun çıkabileceği, bu tür bir uygulamada itirazın fazla olabileceği ve kanundaki ağır yaptırımlar nedenleri ile komisyonun bu tür risklerden kaçındığı belirtilmektedir.

Yaşanan bir diğer sorun ise sözleşme süreleri ile ilgili olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle yardımcı tıbbi hizmetler gibi yatırım gerektiren bazı

hizmetlerin bir yıl süre ile ihale edilmesi halinde dış kaynak sağlayıcı işletmeler bu yatırımı yapmayı, ikinci sene ihalenin bir başkasında kalması ihtimali ve bir yıllık bir hizmetin maliyetleri karşılamayacağı nedenleri ile cazip bulmamaktadırlar. Bu nedenle Pamukkale Üniversitesi fototerapi hizmeti için üç kere, MR çekim hizmeti için iki kere, radyasyon onkolojisi hizmeti için bir kere, ESWL hizmeti için iki kere ihaleye çıkmış, ancak herhangi bir katılım olmadığı için söz konusu hizmetler ihale edilememiştir. Bunun sağlık işletmeleri için büyük sıkıntılara neden olduğunu fark eden Sağlık Bakanlığı, 27.05.2004 tarih ve 2004/75 sayılı yayımladığı genelgesinde “yıllara sari tıbbi cihaz hizmet alımı”nın gerçekleştirilebileceğini açıklamıştır. Ancak, bu genelge sadece bakanlığa bağlı sağlık kurumları için geçerli bir genelge olduğu için üniversite hastaneleri kapsam dışı tutulmuştur. 27/04/2005 tarih 25798 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5335 sayılı kanunun 5.maddesi ile döner sermayeli işletmelerin de gelecek yıllara yaygın yüklenmelere girebilmelerine imkan tanınması ile üniversite hastaneleri de bu imkandan yararlanabilme olanağı elde etmişlerdir. Buna rağmen Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi’nin sözleşmelerini bir yıl süre ile imzaladığı öğrenilmiştir. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi’nde ise bütçe hazırlanırken yıllara sari hizmet alımının gerçekleştirilmesinin göz ardı edilerek bir yıllık bütçe hazırlanmasından dolayı bu imkandan yararlanılamamaktadır. Vakıf Gureba Hastanesi’nde ise kit karşılığı cihaz alımları başta olmak üzere bazı hizmetlerin sözleşmeleri yıllara sari olarak, 2007 yılı sonuna kadar geçerli olmak üzere düzenlenmektedir.

İhaleler sırasında yeterli rekabetin oluşturulabilmesi ise yaşanan bir başka sorundur. İhalelere her ne kadar ilan edilerek çıkılsa da bazı ihalelerin sahipleri önceden bellidir. Birtakım hizmet ihaleleri için dış kaynak sağlayıcıları kendi aralarında piyasayı paylaşmıştır ve diğerlerinin bu ihalelere katılımı engellenmektedir. Aslında ihale, kapı önünde ihaleden hemen önce, dış kaynak sağlayıcıları arasında sonuçlanmaktadır. Bu durum bazı hizmetlerin tek bir işletmenin tekelinde kalmasına neden olmaktadır. Ancak, hastaneler ihale şartlarını belirlerken yeterli rekabet ortamının oluşmasına yönelik şartlar hazırlamaktadırlar ve bu durum sağlık kuruluşunun isteği dışında gerçekleşmektedir.

Rekabeti engelleyen bir diğ er durum ise bazı sektörlerde yeterli rekabet şartlarının henüz oluşmamış olması, bu tür hizmetleri sunan dış kaynak sağlayıcı işletmelerinin sayısının çok az olmasıdır. Nitekim, Bayındır Hastanesi hizmet alımları sırasında yeterli rekabet şartlarının oluştuğunu belirtirken, Kent Hastanesi dış kaynak sağlayıcının seçimi sırasında rekabetin kısmen oluşturulabildiğini belirtmektedir. Bazı sektörlerde rekabetin henüz yeterli seviyelere ulaşmadığı görü lse de bu durumun DKK uygulamalarının yaygınlaşması ile aşılacağı düşünölmektedir. Ancak, İzmir'in bu konuda biraz sıkıntı çektiğı, İstanbul'a oranla daha az rekabet olduğu belirtilmektedir.

Bazı durumlarda da dış kaynak sağlayıcı işletmenin felsefesinin ve kültürünün farklı olması, hastanenin kültürü ile çatışmasına neden olabilmektedir. Vakıf Gureba Hastanesi'nden görüşölen idareci, durumun vahametini anlatmak için izin verildiğı takdirde neredeyse çalı süpürgesi ile temizlik yapacak kadar gelişimden ve kaliteden uzak işletmelerle bile çalışmak zorunda kalınbildiğini dile getirmektedir. Bu gibi durumlarda özel sağlık kuruluşları büyük bir avantaja sahiptir. Çünkü, en düşük fiyatı teklif eden, yeterli kriterleri taşıyan herhangi bir dış kaynak sağlayıcısından hizmeti satın almak zorunda değildirler. Bu nedenle aynı dış kaynak sağlayıcısının kamu hastanesinde sunduğı hizmet ile özel hastanede sunduğı hizmet arasında bile büyük farklılıkların görö lmesi muhtemeldir.

Kamu hastanelerinin uygulamada karşılaştığı bir diğ er sorun ise vasıflı personel sıkıntısıdır. Destek hizmetlerini veren dış kaynak sağlayıcısı işletmelerde personel sirkülasyonu oldukça hızlıdır. Sözleşmelerde personel değışikliğı halinde uyulması gereken şartların tüm detaylar çok ayrıntılı bir şekilde düşünö lerek hazırlanması ile hastane idaresinin bilgisi haricinde personel değışikliğıne gidilemeyeceğı düzenlenmektedir. Ancak, bu durum personel devrinin yüksek olmasına engel olamamaktadır. Dış kaynak sağlayıcısı, sözleşmede belirtilen sayıda personeli çalıştırmış olmak adına deneyimsiz, eğitimsiz ve vasıfsız personellerin işe alımını gerçekleştirmektedir. Çoğı durumda bu personellerin işe alımından sonra da herhangi bir eğitimin verilmediğı gözlenmektedir. Bu durumda verilen hizmetin aksaması, verimliliğ in ve kalitenin düşmesi, hasta, hasta yakını ve hastanenin diğ er

Çalışanları açısından sıkıntıların yaşanması ve hasta memnuniyetinin olumsuz etkilenmesi söz konusu olabilmektedir. Bunun önüne geçilebilmesi için görev yine hastane idaresine düşmektedir. Dış kaynak sağlayıcısının sık sık denetlenmesi ve yaptırımını yüksek şartlar ile bu tür sorunların önüne geçilmesi gerekmektedir.

Hizmetleri destek hizmetleri ve yardımcı tıbbi hizmetler olarak değerlendirdiğimizde ortaya çıkan manzara daha farklıdır. Destek hizmetleri açısından bakıldığında satın alınan hizmetlerin çoğunun personel çalıştırmaya dayalı hizmetler olduğu grlmektedir. Bu hizmetlerden bakım-onarım hizmetlerinin yetkili servislerce verilmesi zorunluluk taşıtmaktadır. Elbette ki temizlik, yemekhane ve bilgi teknolojilerine dayalı alanlarda uzmanlaşmış işletmelerce bu işin yürütülmesi ve personelin denetlenmesi yerine yapılan işin ve dış kaynak sağlayıcısının denetlenmesi hem zamandan tasarruf sağlamakta, hem de işin daha kaliteli, verimli, düzenli gerçekleşmesini sağlamaktadır. Ancak, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi daha önce de değinildiği üzere, diğer iki kamu hastanesinden daha farklı bir çizgide yer almaktadır. Hastane, personel ihtiyacını gidermek amacı ile herhangi bir hizmet alımına yönelmemektedir. Personel ihtiyacını karşılamak üzere Vakıf Gureba Hastanesi'nde otomasyon hizmeti adı altında 150 kişi, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde ise bilgisayar operatrlğu hizmeti adı altında 90 kişi çalıştırılmaktadır. Bu hizmetler aracılığı ile alınan personeller ise kat sekreterliği, resmi işlemler, teknisyen, kreş ğretmeni gibi farklı farklı alanlarda görev yapmaktadırlar. Her iki hastanede de bu alanlarda istihdam edilen personeller hastane idaresi tarafından seçilmekte ve dış kaynak sağlayıcısına çalıştırılacak olan elemanlar söylenerek, bu kişilerin söz konusu dış kaynak sağlayıcısı işletmeye iş girişleri yaptırılmaktadır. Bu hizmetlerde çalıştırılan personellere verilecek olan maaş, yol, yiyecek ve giyecek yardımı, sigorta risk prim oranı gibi hususlar idari şartnamede açık bir şekilde ifade edilmektedir. Diğer bir ifade ile bu personeller için yapılacak olan harcama miktarı bellidir. En düşük işletme karı ile bu işi yapmayı taahhüt eden ve gerekli kriterleri taşıyan dış kaynak sağlayıcısından bu hizmetler satın alınmaktadır. Yani, bu elemanların işletmeye olan maliyeti bellidir ve bu maliyetin üzerine %10, %20 dış kaynak sağlayıcısının karı eklenerek iş ihale edilmektedir. Hastanelerin ekstra maliyet ödeyerek böyle bir uygulamaya baş vurmasının en



önemli nedeni ise çalışanların döner sermaye işletmesi üzerinden çalıştırılması durumunda sendikal faaliyetlerde bulunabilme riskleridir. İkinci önemli neden ise bu durumda çalışanların daha rahat davranacağı, memur zihniyeti ile verimliliğin düşeceği görüşüdür. Son neden olarak ise işin denetimi gösterilmektedir. Hastane idareleri çalışanların denetimi yerine, gerçekleştirilen hizmetin denetiminin daha kolay olduğunu belirtmelerine rağmen, uygulamalar göstermektedir ki idarecilerin kendi zaafaları nedeni ile denetlenen iş değil, çalışan olmaktadır. Kaldı ki bu tür hizmetlerde dış kaynak sağlayıcı işletme adeta bir paravan konumunda yer almaktadır. Etkinliğin ve verimliliğin daha fazla olacağı düşünülen bu uygulama, çalışanlar açısından bakıldığında ise tam tersi etki göstermektedir. Aynı işi yapmalarına rağmen memur kadrosundaki arkadaşlarından farklı giyinmek zorunda kalmalarının ve yaka kartı takmalarının bile motivasyonu düşürdüğü düşünülmektedir. İhale her sene aynı dış kaynak sağlayıcısının üzerinde dahi kalsa, çalışanlar her sene işe giriş çıkış yapmak zorunda kaldıklarından dolayı tazminat hakları, kullanılmamış izinler gibi sosyal hakları her sene sonunda ölmektedir. Ayrıca hiçbir yatırım yapılmadan sadece çalışanlara ödenecek ücret üzerinden belli bir karın elde edilmesi, çalışanlar açısından dış kaynak sağlayıcısının haksız kazanç elde etmesi olarak nitelendirilerek motivasyonlarının kırılmasına, verimliliklerinin düşmesine neden olmaktadır.

Yardımcı tıbbi hizmetlerin satın alınması açısından bakıldığında ise durum biraz daha karışıktır. Bu tür hizmetleri dışarıdan temin etmenin sözleşme şartları çok iyi düzenlendiği durumlarda faydaları açıktır. Cihazın çalışması için gerekli olan her türlü sarf, aksesuar, düzenleme ve bazı durumlarda bunları kullanacak teknik personelin ve cihazın her türlü bakım, onarımının dış kaynak sağlayıcısı tarafından tedarik edildiği durumlar ile bunları hastanenin kendi imkanları ile sağlamanın maliyetleri arasında fizibilite çalışmasının en iyi şekilde yapılması gereklidir. Bir hizmetin DKK yolu ile temini hastanenin biri açısından oldukça avantaj sağlayacakken, bir diğeri için aynı durum söz konusu olmayabilmektedir. Nitekim, radyasyon onkolojisi hizmeti ile ilgili olarak Vakıf Gureba Hastanesi'nin fizibilite çalışması sonucu bu alımdan vazgeçilmesine karşılık, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde bu alım 2006 yılı için gerçekleştirilmiş, ancak henüz gerekli

düzenlemeler tamamlanmadığından ve cihaz yurt dışından gelmediğinden dolayı hizmete başlanamamıştır.

Yardımcı tıbbi hizmetlerin yerine getirilmesinde bir diğer sorun da yapılan işlemlerin kayıt altına alınması hususunda yaşanmaktadır. Yardımcı tıbbi hizmetleri yoğun bir şekilde dışarıdan satın alan Pamukkale Üniversitesi Hastanesi idare yetkilisi, hastane idaresinin tuttuğu kayıtlar ile dış kaynak sağlayıcı işletmenin tuttuğu kayıtlar arasında zaman zaman farklılıkların ortaya çıktığını, dış kaynak sağlayıcısının gerçekleştirdiği işlemlere ilişkin hastane kayıtlarında resmi işlemlerin yapılmadığını belirtmektedir. Bu gibi durumlarda dış kaynak sağlayıcısına ödeme yapılmamakla birlikte, bu durum hem zaman hem de işletme maliyetleri açısından gerek hastaneyi gerekse dış kaynak sağlayıcısını zor duruma sokmaktadır.

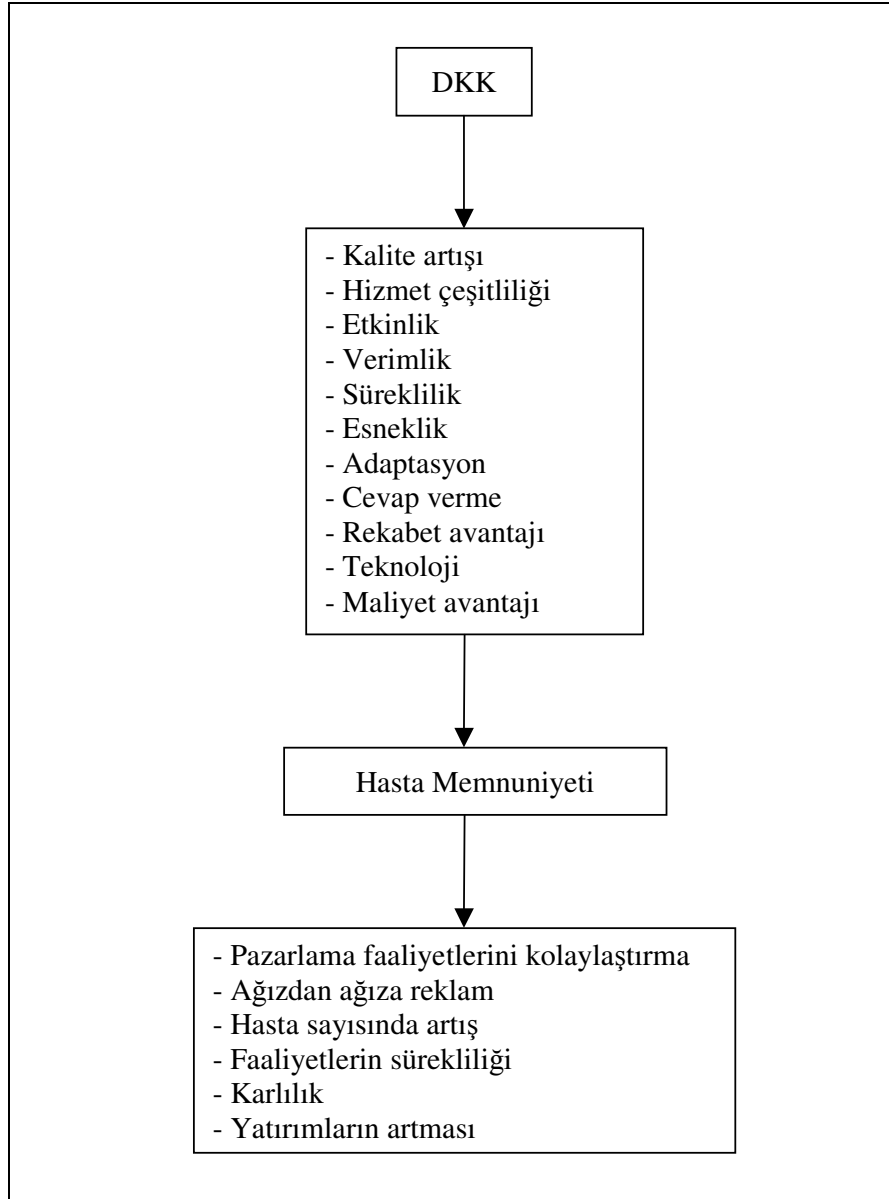
Hastanelerin uygulamada karşılaştıkları bu sorunlara karşılık, sözleşme şartlarının her iki tarafın çıkarlarını taahhüt altına almak üzere açık ve net bir şekilde düzenlenmesi ve DKK'na birtakım işlerden kurtulmak yerine, doğru hizmetin doğru dış kaynak sağlayıcısından satın alınması olarak bakılması durumunda, DKK'nın sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin pazarlanmasına katkısının büyük olduğu açıktır. Bu amaçla çalışmanın son bölümünde birinci, ikinci ve üçüncü bölümlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda DKK uygulaması sırasında sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri pazarlaması açısından gerçekleştirilebilecek önerilere yer verilmiştir.

## DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Gerek pazar koşullarındaki gelişmeler, gerekse hükümetlerin yaklaşımı ile sağlık sektörü yeniden bir yapılanma içerisindedir. Bu yapılanma ile birlikte tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de yoğun bir rekabet ortamı oluşmuştur. Böyle hassas bir konuda yoğun bir rekabet ortamının oluşması oldukça sevindirici bir gelişme olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ortam, hastanelerin daha modern yaklaşımlarla yönetilmelerini ve hizmet vermelerini zorunlu hale getirmektedir. Son yıllara kadar hep ihmal edilen hasta hakları, hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetleri pazarlaması gibi kavramlar güncellik kazanmakta ve hastane işletmeleri bu kavramlara odaklanmaya başlamaktadırlar. Bu sayede hastaneler daha fazla hasta çekebilmek amacı ile hizmet kalitelerini artırma, esneklik ve hız kazanma, hasta ve yakınlarından gelen taleplere cevap verme arayışlarına girmektedirler. Bu arayışlar içinde hastaneler, uzun bir süredir özellikle yemekhane ve temizlik gibi otelcilik hizmetleri ve bilgi teknolojilerine dayalı hizmetler başta olmak üzere destek hizmetlerinde DKK'ndan yararlanmakta iken, son yıllarda teşhis, tetkik ve tedaviyi tamamlamaya yönelik yardımcı tıbbi hizmetlerde de DKK'ndan faydalanmaya başlamışlardır.

Bütçeden sağlığa ayrılan kısıtlı imkanlar çerçevesinde hastanede gerçekleşen işlemlerin her birine hastane işletmelerinin gerek mali, gerek idari, gerek teknoloji, gerekse insan kaynakları açısından kendi imkanları ile cevap verebilmeleri hem kaynakların israfı açısından, hem de yönetsel açıdan oldukça güçtür. Bu nedenlerle hastaneler, özellikle destek hizmetlerinde DKK uygulamasına yönelerek asıl işleri olan sağlık hizmetlerinin sunumuna ağırlık vermektedirler. Ancak, ihtisas hastaneleri dışındaki hastaneler, sağlık hizmeti sunumu fonksiyonlarını tam ve güvenilir olarak gerçekleştirebilmek için kendilerinde bulunmayan test, tetkik, tahlil veya çekimler için hastalarını diğer sağlık kuruluşlarına yönlendirmek zorunda kalmaktadırlar. Oysa sağlık hizmetinin üretimi ve bu hizmetin satın alınması eşanlı olarak gerçekleşmektedir. Bu açıdan bakıldığında hastaların diğer sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi, talebin karşılanamaması ve hasta memnuniyetsizliğine yol açması nedeniyle rekabet ortamında baştan kaybedilmesi anlamına gelmektedir. Yüzlerce

tetkik, tahlil, çekim veya test gerçekleştirilen hastanelerde büyümeyi sağlamak, kapasiteyi artırmak, talebe cevap vermek, esneklik kazanmak ve rakiplerden önde olmak için bu işlemlere yenilerinin eklenmesi, mevcut işlemlerin ise teknolojiyi izlemesi, kalite ve standartların yükselmesi zorunludur. Bu hizmetleri DKK yolu ile temin eden sağlık işletmeleri, ihtiyaçları olan esnekliği kazanırken, aynı zamanda hasta memnuniyetinin oluşmasını da sağlamaktadırlar.



Şekil 3.2: Detaylandırılmış Araştırma Modeli

Çalışmanın uygulama kısmına başlarken Şekil 3.1.'de geliştirilen araştırma modelini araştırmak üzere yola çıkılmışken, yapılan gözlem ve görüşmelerden elde edilen bilgiler sonucu araştırma modeli gelişerek Şekil 3.2.'deki gibi sonuçlanmıştır. Şekil 3.2.'de de gösterildiği gibi, görüşülen hastane idarelerinin yetkilileri DKK'nın sağlık hizmetlerinde daha fazla kalite, esneklik, etkinlik, değişen piyasa ve teknolojik koşullara kolay adapte olabilme yeteneği, uzmanlaşmanın sağladığı verimlilik artışı, hizmet yelpazesini geniş tutabilme yeteneği, rekabet avantajı ve maliyet etkinliği sağlaması konusunda hemfikirdirler. Bu avantajları ile DKK'ndan yararlanılması hasta memnuniyetine yol açmaktadır. Hastaların memnun bir şekilde hastaneden ayrılmaları, hastaların yapacakları ağızdan ağıza reklam sayesinde o hastane için pazarlama faaliyetlerini kolaylaştırmaktadır. bu sayede mevcut hastaların hastaneye bağlılıkları oluşturulduğu gibi, yeni hastaların da o hastaneyi tercih etmeleri sağlanmış olmaktadır. Hasta sayısındaki artış ise faaliyetlerin sürekliliği sağlayarak, karlılığı arttırmakta ve bu sayede yeni yatırımlar gerçekleştirebilmektedir. Bu sonuçlardan alınan geri beslemelerle hastaneler sürekli bir değişim ve gelişim içinde yer alma imkanı elde etmektedirler.

Görüşme yapılan hastane idaresi yetkililerinin, DKK'ndan yararlanılmasının hasta memnuniyetini sağlayarak, sağlık hizmetleri pazarlaması açısından tüm bu olumlu sonuçların gerçekleştiğini belirtmelerine karşılık, uygulamaya katılan hastanelerden daha köklü ve profesyonel hizmet verenlerinin kit karşılığı cihaz hizmeti hariç olmak üzere DKK'ndan sadece destek hizmetlerinde yararlanma yönünde eğilimli oldukları görülmektedir. Bununla birlikte söz konusu idare yetkilileri tıbbi cihazlardan sağlanan fayda ve hizmetlerin de hastanenin kendi imkanları ile verilememesi durumunda DKK yolu ile teminin hasta memnuniyeti açısından büyük önemi olduğunu düşünmekte, ancak kendi pazarlama çevreleri açısından bu uygulamanın doğru olmadığını belirtmektedirler. Hastane yetkilileri DKK'nda önemli olanın bu uygulamanın doğru alanda, doğru şekilde ve doğru zamanda gerçekleştirilmesi ve sözleşmelerin açık, net ve her iki tarafın da memnuniyetini sağlayacak şekilde düzenlenmesi gerektiğini belirtmektedirler.

Gerçekten de diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de DKK'ndan doğru bir şekilde yararlanıldığı takdirde uygulamaya başlamadaki hedeflerin tutturulması kaçınılmazdır. Ancak, uygulamanın giderek artan bir şekilde artması, üçüncü bölümde değinilen uygulamada karşılaşılan sorunların çözülmesini bu uygulamanın başarısı için zorunluluk haline getirmektedir.

Uygulamada kamu hastanelerinin karşılaştığı en büyük sorun Kamu İhale Kanunu ile ilgili olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanunda ihaleye çıkılmasından sözleşmenin imzalanmasına kadar olan sürecin uzun olması hizmetlerde aksamalara neden olabilmektedir. Bu nedenle ilan süreleri ve ihalenin gerçekleşmesinden sözleşmenin yapılmasına kadar olan sürelerde yeniden düzenlemelere gidilmelidir.

İhalelerde dış kaynak sağlayıcı işletmenin en düşük fiyat esasına göre belirlenmesi yönünde bir eğilim mevcuttur. Ancak, bu esasa göre belirlenen dış kaynak sağlayıcı işletmenin bazı durumlarda hastanenin yakaladığı kalitenin çok daha altında hizmet veriyor olabilmesine karşılık, fiyat dışı unsurların uygulanmasındaki zorluklar ve komisyonun risk altına girmek istememesi nedeni ile daha düşük kalite ve verimlilik riskine rağmen en düşük fiyat esası uygulanmaktadır. Kanunda ve yönetmelikte fiyat dışı unsurlarla ilgili düzenlemeler yapılarak, dış kaynak sağlayıcısı ile hastane kültürü arasındaki farklılıkların giderilmesi sağlanabilir.

İhalelere katılımı etkileyen en önemli sorunlardan biri olarak karşımıza çıkan sözleşme sürelerine çözüm olarak Sağlık Bakanlığı tarafından daha önce de değinildiği gibi yıllara sari ihalelere çıkılabileceğine ilişkin genelge yayımlanmıştır. Ancak, bu genelgede yer alan herhangi bir taahhüt altına girilmemesi şartı, yapılan her sözleşmenin doğal olarak bir taahhüt doğuracağı gerçeğinden yola çıkılarak fiilen uygulama imkanını ortadan kaldırmaktadır. Bununla birlikte hastane idareleri söz konusu genelgeye istinaden yıllara sari hizmet alımları gerçekleştirmektedirler. Uygulamada daha sonra bir sorun yaşanmaması için Kamu İhale Kurumu ve Sağlık Bakanlığı bu konuya ortaklaşa bir çözüm bulmalıdırlar.

Tıbbi cihazlardan sağlanan fayda ve hizmetlere dayalı ihale şartları ise gerek teknik, gerekse idari açıdan çok daha dikkatli değerlendirilerek belirlenmelidir. Şartnamelerde hizmetin en iyi şekilde gerçekleştirilmesini ve en kesin sonucun elde edilmesini sağlamak üzere kullanılacak cihaz, sarf malzeme ve aksesuarlar en ince ayrıntıya kadar açıklanmalı ve hizmet alımı sırasında da şartnamede belirtilen özellikteki malzemelerin kullanılıp kullanılmadığı denetlenmelidir. Bu tür hizmet alımlarında idarelere yol göstermek üzere bakanlık tarafından şartnameler hazırlanmalı, şartnamesi olanların şartnameleri güncellenmelidir. Ayrıca bu tür hizmetlerde kayıtların tam tutulmasını sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Daha önce de belirtildiği üzere bu tür alımlara çıkılırken pazarlama çevresi çok iyi analiz edilmeli ve fizibilite çalışmaları dikkatlice gerçekleştirilmelidir. Nitekim, uygulamaya katılan hastaneler içinde bu tür hizmetlerden en fazla yararlandığı görülen Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilen ihalelerin bir kısmına katılımın olmaması ve bir kısmının da iptal edilmesi göstermektedir ki, ya doğru alanlarda ihalelere çıkılmamaktadır ya da şartlar doğru belirlenmemektedir.

Uygulamada karşılaşılan sorunlardan bir diğeri ise satın alma talebindeki plansızlıktır. Hizmet alımlarında süre sonu 31/12/..... şeklinde belirlenmektedir. Ancak, özellikle kit karşılığı cihaz ihalelerinde bazı idarelerin “cihaz, kitler bitinceye kadar hastanede kurulu olarak bulundurulacaktır” veya “kitlerin kullanımı süresince teknisyen çalıştırılacaktır” gibi süreye ilişkin esnek tanımlamalarda buldukları görülmektedir. Buna karşılık sözleşme süresi yıl sonu itibarı ile sona erdiği için dış kaynak sağlayıcısının iyi niyet çerçevesinde hizmetin devamını gerçekleştirmemesi durumunda idarenin hiçbir yaptırımının bulunmaması yaşanan sıkıntılar arasında yer almaktadır. Bu nedenle hizmet alımlarında işe başlama ve işin bitiş tarihlerinin dikkate alınarak satın alma talebinde bulunulması gerekmektedir.

Personel çalıştırma esasına dayanan hizmet alımlarında ise daha çok bilgisayar operatörlüğü, donanım hizmeti gibi hizmet ihaleleri adı altında ihalelere çıkılmakta ve ihale üzerinde kalan dış kaynak sağlayıcı işletme, hastanenin kendisine vermiş olduğu listedeki elemanların girişini yaparak, belli bir oranda kar karşılığı işi

yerine getirmektedir. Bu sayede hastane, personel açığını hiçbir yasal yükümlülüğe girmeden ve sendikal faaliyetlere karşı risk almadan, belli bir kar marjını ödeyerek gidermektedir. Hastane idaresinin maddi çıkarları ve sendikal faaliyetler düşünüldüğünde çok iyi bir çözüm olarak görünmekle birlikte, bu uygulamanın çalışanlar arasında yarattığı huzursuzluk ve motivasyon eksikliğinden kaynaklanan düşük verimliliğe dış kaynak sağlayıcısına ödenen kar marjı eklendiğinde bulunan çözümün pek de parlak olmadığı düşünülebilir. Bu tür bir uygulama yapılacaksa en azından dış kaynak sağlayıcı işletmenin hizmet içi eğitim vermesi, kendisine bağlı olarak çalıştıracağı personellerin kullanacağı bilgisayarları temin etmesi gibi bir takım katkılarının olması sağlanmalıdır. Ancak, idarelerin kurum yararına olduğunu savundukları bu tür hizmet alımlarında çalışanların her sene sonunda işlerine son verilip, tekrar işe alınmaları ile sosyal haklarının korunmamasının ve hiçbir uzmanlık gerektirmeyen bir konuda DKK yoluna gidilmesinin etik olmadığı söylenebilir. Bu nedenle maliye vizesi alınarak gerekli personel istihdamının döner sermayeler üzerinden yapılması daha yararlı olacaktır.

Yaşanan bir diğer sorun ise hizmetlerin denetlenmesi konusundadır. Hastane idarecileri ile yapılan görüşmeler göstermektedir ki, özellikle kamu hastanelerinde dış kaynak sağlayıcısının yaptığı iş, dış kaynak sağlayıcı işletme bazında değil, personeller bazında denetlenmektedir. Bu durum çalışanlar arasında huzursuzluklara neden olabilmektedir. Bu nedenle hastane idareleri öncelikle dış kaynak sağlayıcı işletmelerin kalite kontrolünü yapabilecek, kuruma uygun standartları oluşturabilecek bir komite veya komisyon kurmalıdırlar. Bu komite veya komisyon dış kaynak sağlayıcısının yaptığı işleri kişi bazında değil, hizmet bazında değerlendirerek, gerekli uyarıları yapmak ve önlemleri almak üzere dış kaynak sağlayıcısının hastanede bulundurduğu koordinatörler ile iletişimde bulunmalıdır.

DKK'ndan doğru alanda ve doğru şekilde yararlanılmasının sağlık hizmetlerine ve bu hizmetlerin pazarlanmasına önemli katkıları vardır. DKK ile sağlık hizmetleri kalitesinde önemli iyileşmeler beklenmektedir. DKK'nı doğru yöneten hastaneler büyük yararlar elde etmekte, ancak bütün faaliyetlerini kendileri yerine getirmekte direnen veya tam tersine DKK uygulamasını anlamadan geliş



güzel tüm hizmetlerde bunu uygulamaya kalkan hastaneler ise rekabetin gerisinde kalmaktadırlar.

DKK sayesinde destek hizmetleri ve yardımcı tıbbi hizmetleri DKK yolu ile temin ederek, küçülerek büyüme yoluna giden hastaneler, hastalarından ve çalışanlarından gelen taleplere daha çabuk cevap verebilen, esnek bir yapıya sahip olmaktadır. Bu da hastanenin pazar koşullarına uyum sağlamasını, rekabetçi pozisyonunu güçlendirmesini ve hasta memnuniyetinin sürekliliğini sağlamaktadır. Memnun olan hasta dışarıda ağızdan ağıza hastanenin reklamını yaparak sağlık hizmetleri pazarlamasına katkıda bulunmakta, hastanenin varlığını karlı bir şekilde sürdürmesine yardımcı olmaktadır. Sonuç olarak, DKK'nın sağlık hizmetleri pazarlamasına en önemli etkisi, sağlık hizmetleri kalitesini arttırarak, hasta memnuniyetini sağlaması şeklinde gerçekleşmektedir.

## KAYNAKÇA

- Adalı O., (1994), Hastanelerde Halkla İlişkilerin Önemi, *Dokuz Eylül Üniversitesi 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Doğan M., vd., (der.), (4-7 Mayıs 1994), Kuşadası Aydın, s.255-263.
- Ak, B. (1987). Hastane Yöneticiliği (Basılmamış Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Programı, Ankara.
- Akman M. (2003). Hastanelerde Lojistik Yönetim, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Aksakaloğlu, O. (2004). Hastanelerde Tedarik Zinciri Kavramı ve Tedarik Zinciri Yönetimi, *Hastane Dergisi*, Sayı:30, s.28
- Aksaraylı, M., Devebakan, N. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı Ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 5, Sayı:1, s.38-49.
- Aktaş, M. (2002) Hastane İşletmelerinde Örgütsel Çatışmanın Boyutları, Örgütsel Yapı ve Başarıda Etkinliğin Sağlanmasına Yönelik Bir Model Önerisi (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Alpugan O., (1995). Hastanelerde Verimlilik Sorunu ve Kimi Öneriler, *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, Seçim H. (der.), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, s.137-156
- Andreasen A.R., Kotler P. (1987). Strategic Marketing for Nonprofit Organizations, Prentice Hall, Inc., 3rd Edition.
- Argan, M., Tokay Argan, M. (2004) Bursa İlindeki Özel Hastanelerde Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Kalite Algılamaları Ve Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, Temmuz- Ağustos- Eylül 2004, s.46-57.
- Arslantaş, C.C. (1999). Yeni Bir Yönetim Stratejisi Olarak Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) Ve İlaç Sanayiinde Faaliyet Gösteren Firmaların Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamaları (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aydınlı, F. (2001). Stratejik İnsan Kaynakları Yönetiminde Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Bankacılık Sektöründeki Uygulamalara İlişkin Bir Araştırma (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Ban Ü. vd., (2002). İşletme Yönetiminde Yeni Bir Yaklaşım: Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) ve Hastane İşletmeleri İçin Önemi, 5.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Sempozyumu Kitabı, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Yayınları, s.433
- Belgin Ö. vd., (2005, Ağustos). Lojistik Dış Kaynak Kullanımında Firma Seçimi, Anahtar Dergisi, Yıl:17, Sayı:200, s.6-7
- Berkowitz E.N., Hillestad S.G. (2004). Health Care Market Strategy (From Planning to Action), Jones and Barlett Publishers, 3rd Edition.
- Büyükmirza, K., Uçak Erden, H.(2004). Türkiye’de Yeniden Yapılanma Sürecinde Kamuya Ait Sağlık Kuruluşlarının Stratejik Politika Alternatifleri: Bir Üniversite Hastanesi Uygulaması, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Temmuz, Ağustos, Eylül, 2004, s.6-21.
- Chase, A.R. (2004, December). Positives Of Outsourcing, Best’s Review
- Ciotti, V., Pagnotta B. (2005). The Other Side of Outsourcing, Healthcare Financial Management, February 2005, pp.38-41.
- Clarke R.N., (1995). Marketing Health Care Services, *Health Care Administration Principles, Practices, Structure, and Delivery*, Wolper L.F. (ed), An Apsen Publication, Apsen Publishers, Inc, 2nd Edition, pp.473-485.
- Cooper P.D., (1994), What is Health Care Marketing?, *Health Care Marketing A Foundation For Managed Quality*, Cooper P.D. (ed), An Aspen Publication, Aspen Publishers, Inc., 3rd Edition
- Çakırer, M.A. (2002) Devlet Hastanelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) Yönteminin Uygulanabilirliği Ve Bir Uygulama (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Çelik, G., (09/12/2004). *Lojistik Outsourcing, Faydaları Ve Sıkıntıları*, <http://www.danismend.com/konular/lojistikyon/LOJ-OUTSOURCING.htm>. (09/12/2004)
- Çiçek, R. (2003). Rekabet Stratejileri ve Michael Porter’ın Jenerik Rekabet Stratejilerinin Pazarlama Karması (4P) Elemanlarında Kullanılması, Verimlilik Dergisi 2003/1, s.115-138.
- Derinöz, Ç. (2002, Eylül). Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Türk Telekom’da Bir Uygulama (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.

- Devebakan N. (17/08/2005). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Ölçümü*,  
<http://www.kalder.org/genel/SAGLIK%20ISLETMELERINDEAHKVEOLCUMU.pdf>, 17/08/2005, İzmir 2005,
- Engelke, W.D. (1996a), Outsourcing Perspectives – Part 1,  
<http://www.hsv.com/writers/engel/sou1.html>. (08/06/2005)
- Engelke, W.D. (1996b), Managing Outsourcing, 1996,  
<http://www.hsv.com/writers/engel/sou2.html>. (08/06/2005).
- Engelke, W.D. (1997), Writing an Outsourcing Contract, Part 3 Of Outsourcing Perspectives, <http://www.hsv.com/writers/engel/outsou3.html>. (08/06/2005)
- Engin, O., Sevinç, A. (2005). Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Konya’da Hizmet Veren Hastanelerde Bir Uygulama, *Verimlilik Dergisi* 2005/3, s.145-159.
- Erdem, M., Taşcı N. (2002). Verem Savaş Dispanserinden Hizmet Alan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, Cilt 6, Sayı:1, Ocak – Şubat – Mart 2002, s.53-60.
- Ergin, C., vd., (2002). Türkiye’deki Bazı Özel Hastanelerin Pazar Analizi Çalışmalarına Yönelik Bir Saha Araştırması, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, Cilt 6, Sayı:1 Ocak – Şubat – Mart 2002, s.28-33.
- Eriş, E.D., İpekgil Doğan, Ö. (2000). Stratejik Toplam Kalite Yönetimi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 2, Sayı:2, İzmir, <http://www.sbe.deu.edu.tr/Yayinlar/dergi/dergi05/dogan.htm>. (08/06/2005)
- Fırat, A. (2004). Rekabet Sürecinde DKK (Outsourcing) Yoluyla Dağıtım Kanalı Etkinliğinin Arttırılması ve Türkiye’deki Otomotiv Sanayicilerine Yönelik Bir Uygulama (Basılmamış Doktora Tezi), *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İzmir.
- Fill, C., Visser, E. (2000). The Outsourcing Dilemma: A Composite Approach To The Make Or Buy Decision, *Management Decision*, Vol.38, No:1, pp.43-50.
- Foreman S. E., Roberts R. D. (1991). The Power of Health Care Value-Adding Partnerships: Meeting Competition Through Cooperation, *Best of Health Care Marketing 1991*, Meyerson S. (ed), (1992), pp.74-83.
- Ganey R.F., vd. (1991). Satisfied Patients Can Spell Financial Well-being, *Best of Health Care Marketing 1991*, Meyerson S. (ed), (1992). pp.59-65.
- Gel, O.C. (14/09/2004). Outsource Edin... Edin de Görün,  
<http://www.bilgiyonetimi.org/cm>. (10/06/2005)

- Gençyılmaz, G., Zaim, S. (2000). Şirketlerin Stratejik Üretim Planlamasında Dış Kaynak Kullanımının (Outsourcing) Rolü, İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, C:29, S:1/Nisan 2000, s.119-138.
- Griffith J.R.. (1995). The Well-Managed Health Care Organization, Aupha Press / Health Administration Press, 3rd Edition
- Gül, C. (2002). Kamuda 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Mümkün Mü?, Modern Hastane Yönetimi, Cilt 6, Sayı:1 Ocak – Şubat – Mart 2002, s.24-27.
- Hamamcıoğlu, E. (2003, Nisan). Out-sourcing: In, Anahtar Dergisi, Yıl:15 Sayı:172, s.2
- Hamel G., Prahalad C. K. (1996). Geleceği Kazanmak, İstanbul: İnkılap Yayınları
- Han, M.X.J., Lam, T. (2005). A Study Of Outsourcing Strategy: A Case Involving The Hotel Industry In Shangai, China, Science Direct, International Journal Of Hospitality Management 24, pp.41-56.
- Hutter G. M. (1991). Creating a Market Strategy for “Brand Loyalty, *Best of Health Care Marketing 1991*, Meyerson S. (ed), (1992), pp.34-44.
- İstiroti M., (1994), Türkiye’de Yeni Gelişmekte Olan Bir Kavram: Hastane Yönetiminde Pazarlamanın Önemi, *Dokuz Eylül Üniversitesi 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Doğan M., vd., (der.), (4-7 Mayıs 1994), Kuşadası Aydın, s.207-218.
- Johnson M. (2000). Outsourcing ... in Brief, Planta Tree, Butterworth Heinemann.
- Karafakıoğlu M. (1998). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi, İşletme Fak.Yayın No:271, 1.Baskı
- Karahan K. (2000, Ekim). Hizmet Pazarlaması, Kayseri: Beta Basım A.Ş.
- Karaman, M. S. (2003). İşletmelerde Pazarlama Örgütlenmesi ve Hastanelere İlişkin Bir Öneri, Verimlilik Dergisi 2003/2, Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, s.113-130.
- Kardeş S., (1994), Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini, *Dokuz Eylül Üniversitesi 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Doğan M., vd., (der.), (4-7 Mayıs 1994), Kuşadası Aydın, s.231-253.
- Kardeş S., (1995). Hastanelerde Sağlık Hizmeti Pazarlaması ve Verimliliğin Arttırılması, *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, Seçim H. (der.), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, s.297-309,

- Kavas A., (1994), Güdüm G., Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması, *Dokuz Eylül Üniversitesi 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Doğan M., vd., (der.), (4-7 Mayıs 1994), Kuşadası Aydın, s.219-230.
- Kavuncubaşı Ő. (2000, Mart). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaygusuz, S.Y. (2003, Eylül-Ekim). *Stratejik Maliyet Yönetim Aracı: Hedef Maliyetleme*, Active Dergisi, No:32, [http://www.makalem.com/Search/ArticleDetails.asp?nARTICLE\\_id=2680](http://www.makalem.com/Search/ArticleDetails.asp?nARTICLE_id=2680), (27/02/2006)
- Koçel T. (2001). İşletme Yöneticiliği, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım, 8.Baskı
- Kotler P.(2000). Kotler & Pazarlama, İstanbul: Sistem Yayıncılık
- Kotler P., Mindak W., (1994), Marketing and Public Relations, *Health Care Marketing A Foundation For Managed Quality*, Cooper P.D. (ed), An Aspen Publication, Aspen Publishers, Inc., 3rd Edition, pp.375-387.
- Levine, S. S., Manko D. A. (2004). Hospital Outsourcing Continues To Expand, [www.teamhealth.com](http://www.teamhealth.com). (14/12/2004)
- Lindholm, A., Suomala, P. (2004). The Possibilities of Life Cycle Costing in Outsourcing Desion Making, *Frontiers of E-Business Research 2004*, pp.226-241.
- Lorence, D. P., Spink, A. (2004). Healthcare Information Systems Outsourcing, *Science Direct*, pp.131-145.
- May A.S. (1998). Business Process Outsourcing: A New Test Of Management Competence, *Career Development International*, Bradford: Vol.3, Iss.4
- Mersin, D.N. (09/06/2005). Lojistik, <http://www.igeme.org.tr/tur/pratik/lojistik.pdf>. (09/06/2005).
- Mersin, D.N. (June 30 –July 01 2003). Lojistikte Dış Kaynak Kullanımı, Yararları ve Dikkat Edilmesi Gerekli Noktalar, *International Logistics Congress, Proceedings*, İstanbul, s.92-95.
- Mucuk, İ. (2001). Pazarlama İlkeleri (ve rnek Olaylar), İstanbul: Türkmen Kitabevi, 13.Baskı
- Odabaşı, Y. (1994). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Basımevi

- Öğüt, A., Sevinç, İ. (09/06/2005). Küreselleşme ve Bilgi Toplumu Bağlamında Şebeke ve Sanal Organizasyon Yapılar ve Elektronik Ticaret, <http://www.bilgiyönetimi.org.cm>. (09/06/2005)
- Özgen H., (1995). Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye'deki Uygulamalar, *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, Seçim H. (der.), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, s.73-76.
- Özgen H., (1995). Öztürk A., Türkiye'deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma, *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, Seçim H. (der.), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, s.29-42.
- Özkan, M. (10/06/2005). Dış Kaynak Kullanımı, <http://www.bilgiyönetimi.org.cm>. (10/06/2005)
- Öztürk S.A. (2003). Hizmet Pazarlaması, Eskişehir: Ekin Kitabevi, 4.Baskı.
- Özutku H. (2002). İnsan Kaynakları Yönetiminde Yeni Eğilimler: Dış Kaynaklardan Yararlanma, *Verimlilik Dergisi* 2002/2, s.117-130.
- Pagnoncelli D. (1993). Managed Outsourcing: A Strategy For A Competitive Company In The 1990s, *Management Decision*, Vol.31, Iss.7, pp.15-22.
- Sargutan A.E. (1993, Temmuz). Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Ankara: H.Ü.Sağlık İdaresi Y.O., Sağlık-İş Yayınları.
- Sözen C. (2003). Sağlık Yönetimi, Ankara: Palme Yayıncılık.
- Sur, H., Yıldırımkaya, G. (2005, Mart-Nisan). Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerindeki Gelişmeler, *Hastane*, Yıl:6, Sayı:33, s.82-83.
- Şahin, Ü. (2002). Pazarlama Denetimi, Sağlık Hizmetleri Organizasyonları İçin Bir Araç, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, Cilt 6, Sayı:1 Ocak – Şubat – Mart 2002, s.19-23.
- Şahin Ü. (19/08/2005). Hastane Yönetimi, <http://www.sitetky.com/frameset/ot/otdocs/ot18.doc>. (19/08/2005).
- Şimşek H., Yıldırım A. (2004). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Ankara: Seçkin Yayıncılık San.ve Tic.A.Ş., 4.Baskı.
- Tampoe, M. (1994, August). Exploiting the Core Competences of Your Organization, *Long Range Planning*, Vol.27, No.4, pp.66-77.
- Tek Ö.B. (1999, Ocak). Pazarlama İlkeleri Global Yönetimsel Yaklaşım Ve Türkiye Uygulamaları, Ocak 99, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 8.Baskı.

- Uluiş, A. (2001, Mayıs). İnşaat İşletmelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma – “Outsourcing” ve Türk İnşaat İşletmelerinde Bir Araştırma (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Urban C. D. (1991). “Market-driven Communication Strategy”, *Best of Health Care Marketing 1991*, Meyerson S. (ed), (1992). pp.124-131.
- Varol, K. (2004, Nisan). Kurumsal Çeviklik İçin “Dış Kaynak” Kullanım, *Activeline Dergisi*, No:49, [http://www.makalem.com/Search/ArticleDetails.asp?nARTICLE\\_id=2937](http://www.makalem.com/Search/ArticleDetails.asp?nARTICLE_id=2937), (09/06/2005)
- Winston W.J., (1989), *Basic Health Care Marketing Principles, Cases & Select Readings In Health Care Marketing*, Berl R.L., vd. (ed), New York-London: The Haworth Press, pp.3-14.
- Winston W.J., (1989), Positioning The Health Organization Into The Minds Of The Health Consumers And Providers, *Cases & Select Readings In Health Care Marketing*, Berl R.L., vd. (ed), New York-London: The Haworth Press, pp. 241-252.
- Yeniçeri Ö. (2002). *Örgütsel Değişimin Yönetimi*, Ankara: Nobel Yayım.
- Yesulatitis, J.A. (1997). Outsourcing For New Technology Adoption, *Information Systems Management*, Vol.14, Spring
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, (05/05/2005). 25806 sayılı Resmi Gazete
- İnsan Kaynakları'nda Outsourcing, [www.ntvmsnbc.com/news/253330.asp](http://www.ntvmsnbc.com/news/253330.asp). (27/12/2004)
- Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing), [www.hititcs.com/TRSouts.htm](http://www.hititcs.com/TRSouts.htm). (27/12/2004)
- Dış Kaynak Kullanımı'nın Finansal Yorumu, [www.outsourcingtr.com/makale.asp?makale=6](http://www.outsourcingtr.com/makale.asp?makale=6). (27/12/2004)
- E-Ticarete Verimliliğin Yeni Adı: Dış Kaynak Kullanımı. (2002). <http://inet-tr.org.tr/inetconf8/bildiri/134.doc>. (20/12/2004)
- [http://www.teamhealth.com/for\\_hospitals/outsourcing.htm](http://www.teamhealth.com/for_hospitals/outsourcing.htm), (09/12/2004)
- [www.verim.com](http://www.verim.com), (09/12/2004)
- 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu



4735 Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu

Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliği

27/04/2005 tarih 25798 sayılı Resmi Gazete

27/05/2004 tarih 2004/75 sayılı Sağlık Bakanlığı genelgesi

03/12/2003 tarih 2003/139 sayılı Sağlık Bakanlığı genelgesi

Chapter Operations Manuel, (2005), American College of Healthcare Executives,  
<http://www.ache.org/chapters.cfm>. s.40-45, (09/03/2005)

<http://www.ache.org/PUBS/jhm464.cfm>, (09/03/2005)

<http://www.tse.org.tr/Turkish/KaliteYonetimi/9000bilgi.asp>, (07/03/2006)

<http://www.ttb.org.tr/www/>, (09/03/2005)

Değişim İçin stratejik Bir Araç (18 Ekim 2003), Moneyfesto Active Academy,  
[http://www.makalem.com/Search/ArticleDetails.asp?nARTICLE\\_id=2712](http://www.makalem.com/Search/ArticleDetails.asp?nARTICLE_id=2712),  
(09/06/2005)

Temel Yetkinlikleri Belirlemek Ne Kadar Zor?, Outsourcing Dergisi – 8, Aralık-  
Ocak 2005, s.8-24.

Sizin İşletmenizde Outsourcing'in Rolü Nedir?, Outsourcing Dergisi, Ekim-Kasım  
2004, s.24-26.

**EK**

## **GÖRÜŞME FORMU**

- Hastanenizin yatak sayısı kaçtır?
- Hastanenizde hangi alanlarda poliklinik ve servis hizmetleri verilmektedir?
- Hastanenizde pazarlama faaliyetlerini yürütmek üzere pazarlama bölümünüz var mıdır?
- Hastanenizde DKK'ndan yararlanan alanlar nelerdir? Yıllara göre bu hizmetlerin isimleri nelerdir?
- DKK'na bütçeden ayrılan miktar yıllara göre ne kadardır?
- DKK sözleşmelerinizin süreleri ne kadardır?
- Hastanenizde DKK'na gidilmesi kararı nasıl ve kimler tarafından alınmaktadır?
- DKK uygulamasına başvurma sebeplerinizi aşağıda sayılan nedenler çerçevesinde önem sıralarına göre sıralayabilir misiniz?
  - Organizasyonel nedenler
  - Maliyet kaynaklı nedenler
  - Finansal kaynaklı nedenler
  - İnsan kaynaklarına dayalı nedenler
  - Kalite ile ilgili nedenler
  - Teknolojik nedenler
  - Pazarlama ile ilgili nedenler
  - Yasal zorunluluklara dayalı nedenler
  - Diğer
- DKK, uygulamaya başlama amacınıza ulaşmanızı sağlamakta mıdır?
- DKK sayesinde hastane hizmetlerinin genelinde sağlanan faydalar nelerdir?
- DKK'nın hastane hizmetlerinin pazarlamasına katkısı var mıdır? Varsa nasıl ve ne ölçüdedir?
- DKK uygulaması sırasında yaşanan sıkıntılar nelerdir?

- Dış kaynak sağlayıcısının seçiminde yeterli rekabet ortamının oluşturulduğuna inanıyor musunuz?
- Gelecek dönemlerde DKK'ndan faydalanılması düşünülen hizmetler var mıdır?
- Geçmişte uygulanan veya halen uygulanmakta olan DKK alanlarından kullanımı terk edilen veya edilecek olan alanlar var mıdır? Varsa nedenleri nelerdir?
- DKK'nın satın alma sürecinde seçilen yöntem nedir?
- DKK'nın hastane hizmetlerinin kalitesine katkıları nelerdir?
- DKK'nın hasta memnuniyetine katkıları nelerdir?
- DKK sayesinde hastanenizdeki hasta sayısında artış olmuş mudur?
- Hastanenizde DKK'nın sağlık hizmetleri pazarlamasını ve hasta memnuniyetini nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?
- Dış kaynak sağlayıcısı ile ilişkiler gerek hastane hizmetlerinin işleyişi, gerek hastalar açısından nasıldır? Ne sıklıkta sorun yaşanmaktadır?
- Uygulama ve iyileştirmelere yönelik eklemek istedikleriniz ve önerileriniz nelerdir? sorularından oluşmaktadır.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Ayşe KARACA  
**Anne adı** : Fatma Aynur  
**Baba adı** : Turgut  
**Doğum yeri ve Tarihi** : Acıpayam - DENİZLİ / 1975  
**Lisans Eğitimi** : Hacettepe Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  
İktisat (İngilizce) Bölümü  
**Mezuniyet Tarihi** : 1997  
**Çalıştığı Yer ve Adresi** : Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve  
Araştırma Hastanesi,  
Döner Sermaye İşletmesi,  
Satınalma Müdürlüğü, DENİZLİ  
**Yabancı Dil** : İngilizce (Çok iyi)  
Almanca (Az)