T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PAZARLAMA BİLGİ SİSTEMLERİ: TÜRKİYE VE ÜRDÜN'DEKİ HASTANELERDE BİR UYGULAMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

OTHMAN ABDULWAHID

GAZİANTEP
Nisan 2015

OTHMAN ABDULWAHİDYÜKSEK LİSANS TEZİ GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ İŞLETME ANA BİLİM DALI 2015

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PAZARLAMA BİLGİ SİSTEMLERİ: TÜRKİYE VE ÜRDÜN'DEKİ HASTANELERDE BİR UYGULAMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

OTHMAN ABDULWAHID

Tez Danışmanı: Yrd.Doç. Dr. Turan PEKMEZCİ
İkinci Tez Danışmanı: Ph. D. Hassan TAWFİQ

GAZİANTEP
NİSAN 2015

i

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI

Sağlık Sektöründe Pazarlama Bilgi Sistemleri: Türkiye ve Ürdün'deki Hastanelerde Bir Uygulama

Othman ABDULWAHID

Tez Savunma Tarihi: 30.04.2015

Sosyal Bilimler Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Hilmi BAYRAKTAR
SBE Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları sağladığını onaylarım.

Prof. Dr. Cengiz TORAMAN
Enstitü ABD Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd.Doç. Dr. Turan PEKMEZCİ
Tez Danışmanı

Ph. D. Hassan TAWFİQ
İkinci Tez Danışmanı

Bu tez tarafımızca okunmuş, kapsam ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri: İmzası

Yrd.Doç. Dr. Turan PEKMEZCİ (Tez Danışmanı) _____

Yrd.Doç.Dr.Mehmet AYTEKİN _____

Yrd.Doç.Dr.Yakup DURMAZ _____

ÖZET

Sağlık Sektöründe Pazarlama Bilgi Sistemleri: Türkiye ve Ürdün'deki Hastanelerde Bir Uygulama

Othman ABDULWAHID
Yüksek Lisans Tezi, İşletme Ana Bilim Dalı
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Turan PEKMEZCİ
İkinci Tez Danışmanı: Ph. D. Hassan TAWFİQ
Nisan 2015, 118 Sayfa

Sağlık turizmi son yirmi yıldır dünyada gelişme göstererek, alternatif bir turizm olarak ortaya çıkmıştır. Alternatif turizm seçenekleri içinde çok hızlı şekilde gelişen sağlık turizmi, bu alanda hizmet veren işletmelerin sayısını artırdığı için önemli bir kazanç aracı olmaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinde belirlenen pazarlama hedefleri çok çeşitlidir. Sağlık hizmetinin en temel hedefi ise hedef alıcılarının taleplerini tam ve doğru olarak belirlemek ve talebin altında yatan istek ve ihtiyaçları en üst düzeyde karşılayarak müşterileri / hastaları hoşnut etmektir.

Bu araştırmada Türkiye (Gaziantep) ve Ürdün (Amman)'de sağlık hizmeti sunan kamu ve özel hastanelerdeki yöneticilerin pazarlama bilgi sistemlerine ilişkin algıları ve bu ülkelerde sağlık hizmeti alan hastaların, hastanelere ilişkin algıları anket tekniği kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen verilere göre iki ülke arasında yöneticilerin pazarlama bilgi sistemine ilişkin algılarında bir farklılık bulunmamaktadır. Fakat bu ülkelerdeki hastaların; hastanelere ilişkin genel hizmetler, sağlık hizmetmeleri ve hasta memnuniyeti açısından farklı algılarının olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Pazarlama Bilgi Sistemi, Sağlık Turizmi, Sağlık Hizmetleri ve Müşteri Hoşnutluğu

ABSTRACT

MARKETING INFORMATION SYSTEMS IN HEALTH SECTOR: AN APPLICATION IN HOSPITALS OF TURKEY AND JORDAN

Othman ABDULWAHID
Master Thesis, Department of Business Administration
Supervisor: Assist. Assoc. Dr. Turan PEKMEZCI
Second Supervisor: Ph. D. Hassan TAWFIQ
April 2015, 118 Pages

Health tourism development in the world, showing the last twenty years, has emerged as an alternative to tourism. Alternative tourism in very quickly developing health tourism is an important tool to increase the number of enterprises gain serving in this field. In this sense, marketing objectives set out in the health services is very diverse. Health care is the main objective of determining the demands of the target receiver fully and accurately and underlying needs and demands at the highest level to meet the demand by customers / patients to please.

In this research, Turkey (Gaziantep) and Jordan (Amman), health services, offering public and private hospitals in executive marketing information systems for perception and in this country health care area of the patients' perceptions about the hospital were examined using the survey technique. According to the data of managers between the two countries, there is no difference in the perception of marketing information system. However, patients in these countries; general services related to hospitals, health care and they have been found to have different perceptions in terms of patient satisfaction.

Keywords: Marketing Information Systems, Health Tourism, Health Services and customer satisfaction.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamı gerçekleştirmem için özveri ile yardımlarını benden esirgemeyen, kaynaklarını paylaşan, bana imkân ve destek veren tez danışmanlarım Yrd.Doç. Dr. Turan PEKMEZCİ ve Ph. D. Hassan TAWFİQ hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Yüksek lisans lisans tez çalışmama başladığımdan itibaren beni her zaman destekleyen diğer tüm öğretmenlerim,arkadaşlarım ve tüm emeği geçen insanlara çok teşekkür ederim.

Bu araştırmanın gerçekleşmesinde ailemin bana çok büyük desteği olmuştur. İhtiyaç duyduğum her anda maddi, manevi destek lerini esirgemeyen sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

Nisan 2015

Othman ABDULWAHID

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **İİ**
ABSTRACT ..... **İİİ**
TEŞEKKÜR ..... **İV**
İÇİNDEKİLER ..... **V**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **Vİİ**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **Vİİİ**
BİRİNCİ BÖLÜM **1**
GİRİŞ **1**
İKİNCİ BÖLÜM **3**
LİTERATÜR ÖZETLERİ **3**
2.1. PAZARLAMA BİLGİ SİSTEMLERİ **3**
2.1.1. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Tanımı ve Önemi 3
2.1.1.1. İşletme Kayıtları - İç bilgi kaynakları 4
2.1.1.2. İzleme Bilgileri 4
2.1.1.3. Pazarlama Araştırmaları - Dış bilgi kaynakları 4
2.1.2. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Kapsamı 5
2.1.3. Pazarlama Bilgi Sisteminin Elemanları 7
2.1.4. Pazarlama Bilgi Sistemlerine Duyulan İhtiyaç 9
2.1.5. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Yararları 9
2.1.5.1. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin İşleyiş Yararları 11
2.1.5.2. Planlama Çalışmalarına Yönelik Yararlar 11
2.1.5.3. Kontrol Çalışmalarına Yönelik Yararlar 11
2.1.5.4. Karar Modellerinin Geliştirilmesine Yönelik Yararlar 11
2.1.6. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Yönetsel Tasarımı 11
2.1.7. Pazarlama Bilgi Alt Sistemleri 13
2.2. SAĞLIK TURİZMİ ve SAĞLIK HİZMETLERİ **16**
2.2.1. Sağlık TurizmiTanımı ve Önemi 18
2.2.2. Sağlık Turizmi Nedenleri 22
2.2.3. Sağlık Turizmi Bileşenleri 25
2.2.4. Sağlık Turizmi Hedef Kitlesi 27
2.2.5. Sağlık Turizminde Algı, Tanınırlık ve Markalaşma 30
2.2.6. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi 32
2.2.7. Sağlık Turizminde Sağlık Hizmetlerinin Tercih Sıralaması 37

2.2.8. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Özellikleri 38
2.2.9. Sağlık Hizmetlerinde Marka Kavramı ve Önemi 48
2.2.9.1. Sağlık Hizmetlerinde Markalaşma Süreci 50
2.2.9.2. Sağlık İşletmelerinde Marka Stratejileri 52
2.2.10. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 54
2.2.10.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 56
2.2.10.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 57
2.2.10.3. Rehabilite Edici Hizmetler 61
2.2.10.4. Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Sağlık Hizmetleri 61
2.2.11. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunulması 62
2.2.11.1. Kamu Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri 62
2.2.11.2. Özel Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri 63
2.2.11.3. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri 64
2.2.11.4. Yerel Yönetimler Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri 64
2.3. MÜŞTERİ/HASTA KAVRAMI VE MÜŞTERİ HOŞNUTLUĞU 64
2.3.1. Müşteri Hoşnutluğunun Kavramı ve Kapsamı 65
2.3.2. Müşteri Hoşnutluğunun Ölçülmesi 67
2.3.2.1. İç Müşteri Hoşnutluğunun Ölçümü 68
2.3.2.2. Dış Müşteri Hoşnutluğunun Ölçümü 69
2.3.3. Müşteri Hoşnutluğunu Etkileyen Faktörler 71
2.3.4. Müşteri/Hasta Hoşnutluğunun Önemi 73
2.3.5. Müşteri/Hasta Tatmininin Boyutları 74
2.3.6. Müşteri/Hasta Tatmininin Önemi 75
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 78
METERYAL VE YÖNTEM 78
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI 78
3.2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI 78
3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ 78
3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 79
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM 80
4.1.BULGULAR ve TARTIŞMA 80
4.2.SONUÇ VE ÖNERİLER 90
KAYNAKÇA 106
EK 1: HASTALAR İÇİN ANKET 113
EK 2: HASTANE YÖNETİMİ İÇİN ANKET 115
ÖZGEÇMİŞ 118

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1.1.3. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Kaynakları 5
Şekil 2.1.2. Pazarlama Bilgi Sistemi ve Pazarlama Araştırması İlişkisi 6
Şekil 2.1.3. Pazarlama Bilgi Sistemi Elemanlar 8
Şekil 2.1.7.Pazarlama Bilgi Sistemleri'nin Temel Alt Sistemleri 15
Şekil 2.2.1. Sağlık Turizmini Kimler Yapıyor 21
Şekil 2.2.2. Medikal Turist/Hasta 23
Şekil 2.2.3. Sağlık Turizm Bileşenleri 26
Şekil 2.2.5. Sağlık Turizmi Çeşitleri 32
Şekil 2.2.6. Dünyada Sağlık Turizmi ile Uğraşan Ülkeler Haritası 32
Şekil 2.2.8. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi 40
Şekil 2.2.9. Sağlık Hizmetleri Markalaşma Süreci 51
Şekil 2.2.10. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması 55
Şekil 2.2.10.2. Tedavi Hizmetleri 60
Şekil 2.3.2. Sağlık Kurumlarında İç Ve Dış Müşteriler 67
Şekil 2.3.3. Müşteri Kararları 73
Şekil 4.1. Her İki Ülkede Pazarlama Bilgi Sistemleri Kullanımı 92
Şekil 4.2. Her İki Ülkede Genel Hizmet Alanların Oranı 95
Şekil 4.3. Her İki Ülkede Sağlık Hizmeti Alanların Oranı 98
Şekil 4.4. Her İki Ülkede Hasta Memnuniyeti Oranı 101

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.2.2. Bireylerin Sağlık Turizmine Yönelmelerinin Birkaç Temel Nedeni 25
Tablo 2.2.4. Sağlık turizminde sunulan sağlık hizmet kategorilerinin ve faydalananların özellikleri 27
Tablo 2.2.8. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları 47
Tablo 2.2.9. Marka Değerinin Artmasının 49
Tablo 2.2.9.1. Stratejik Marka Yönetimi 50
Tablo 2.2.9.2. Sağlık Kuruluşlarında Marka Konumlandırması ile İlgili Sorular 54
Tablo 4.1. Ülkelere Göre Araştırmanın Yapıldığı Özel ve Kamu Hastanelerinin Sayısı 80
Tablo 4.2. Özel ve Kamu hastanelerinde tedavi görenlerin demografik verileri 81
Tablo 4.3. Özel ve Kamu Hastanelerinde Tedavi Görenlerin Yaş Ortalaması Verileri.. 81
Tablo 4.4. Ülkelere Göre Özel ve Kamu Hastanelerinde Tedavi Alanların Sayısı..... 81
Tablo 4.5. Özel ve Kamu Hastanelerde Hastaların Hastanede Kalış Süresi Verileri 82
Tablo 4.6. Sağlık Turizminde, Genel Müşteri Memnuniyetini Sağlamak için Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Rolü 84
Tablo 4.7. Genel Hizmetler Noktası 84
Tablo 4.8. Genel Hizmetler Noktası Aritmetik Ortalama Verileri..... 85
Tablo 4.9. Sağlık Hizmetleri Noktası..... 85
Tablo 4.10. Sağlık Hizmetleri Noktası Aritmetik Ortalama Verileri..... 86
Tablo 4.11. Müşteri(Hasta) Memnuniyeti Noktası 86
Tablo 4.12. Müşteri(hasta) Memnuniyeti Noktası Aritmetik Ortalama Verileri 87
Tablo 4.13. Hastanede Pazarlama Bilgi Sistemi Aritmetik Ortalama Verileri 88
Tablo 4.14. İki Ülke Hastane Yöneticileri Arasındaki Bakış Farkı 90
Tablo 4.15.Genel Hizmetler..... 93
Tablo 4.15.Sağlık Hizmetleri 95
Tablo 4.15. Hasta Memnuniyeti..... 98

BİRİNCİ BÖLÜM
GİRİŞ

Kurumların ve üst yönetimin başarısı; alınan kararlar, kullanılan bilgilerin doğruluk ve güncelliğine bağlıdır. Bu nedenle örgütlerin iyi bir haber alma, bilgi derleme sistemlerine sahip olması gerekir. Tüm işletmelerde araştırma ve haber almayla, bilgi akışları sağlanır. Sağlanan bilgiler, pazarlama yöneticilerinin pazar dinamiklerini anlamalarını hızlandırır, kolaylaştırır.

Günümüzde işletme yöneticilerinin tüketicilerle doğrudan haberleşerek, onların ihtiyaç ve isteklerini saptayıp, pazardaki değişmeleri izleme imkânları artmıştır. Ancak üreticilerle tüketiciler arasındaki mesafenin artması ve aracı kurumların çoğalması, sürekli olarak doğru karar almak zorunda olan yöneticiler için belirsizliği artırmaktadır.

Pazarlama araştırması ve pazarlama bilgi sistemleri ise, iş hayatının dinamik ve rekabetçi ortamında, üreticilerle tüketiciler arasındaki mesafeyi kapatmaya yarayacak bilgileri sağlar.

İşletmeler iyi yönetilmek, doğru kararlar alabilmek, bunları başarıyla uygulayabilmek için pazarlama çevresini iyi tanıyarak, örgütün güçlü ve zayıf yönleriyle birlikte pazarda mevcut fırsat ve tehlikeleri sağlıklı olarak değerlendirecek yeterli pazarlama bilgisine sahip olmalıdır. İşletmenin iyi bir performans gösterebilmesi, pazarlama yönetimi kararlarının dayandığı bilgilerin sağlıklı olmasına bağlıdır (Mucuk, 2001).

Pazarlama stratejisinin geliştirilmesi, işletmenin iç ve dış çevresinin derinlemesine analiz edilerek, faydalı bilgilerin sentezini gerektirmektedir. İşletme çevresinin analizi sonucunda elde edilen bilgiler, pazarlama kararlarının temelini oluşturacak biçimde toplanıp, yapılandırılmalıdır. Bu nedenle ham verinin, faydalı bilgiye dönüştürülmesi, bilgisayarlar ve bilgi sisteminin pazarlama alanındaki uygulaması olan pazarlama bilgi sistemleri giderek önem arz etmektedir.

Yeni rekabetçi piyasaların oluşumu, hızlı değişim ve karar verme süresinin kısalması, finansman ve pazarlama yöntemlerinin daha karmaşık ve daha kapsamlı hale gelmesi, tüketici alışkanlıkları ve standarlarındaki değişim, bilgi toplumuna geçiş ile birlikte ortaya çıkan küreselleşme, bilgi işleme - analiz ve kullanımı kolaylaştıran

teknolojilerin gelişmesi ve pazarlama uzman ve yöneticilerinin niteliğindeki gelişme PBS'lerini kaçınılmaz hale getirmiştir. Ancak hayatta kalmakta anahtar rol oynayabilecek böyle bir sistemin gerekliliği her zaman yöneticiler tarafından kabul edilmemektedir. Yöneticiler, ileriyi görememeleri veya mevcut durumdan memnun olmaları nedeni ile gelişmiş bir PBS'ne olan ihtiyaçlarının farkında olmayabilirler. Karar vermede zorlukların ortaya çıkması, hatalı kararların artması, piyasada ani ve hızlı değişim karşısında yetersizleşme, krizin baş göstermesi ve benzeri sorunların gündeme gelmesi ile bilgi sisteminin yetersizliğinin farkına varılmaktadır(Yeşilada, Yeşilada ve Tanyeri, 2003).

Yüksek maliyetler, hızla değişen işletme çevresi, örgütsel yapıda hızlı değişikliğe yol açmaktadır. Bir yandan pazarlamanın daha etkin ve önemli hale gelmesi, diğer yandan hızla değişen çevre koşulları, işletmeleri müşterileri hakkında daha fazla bilgi almaya yöneltmiştir.

Ancak başarı, tüketicilere ait bilgilerin elde edilmesinin yanısıra işletmeye akan bilgilerin güncel olması ve pazarlama yönetimine iletilmesi ile mümkündür. Özellikle kurumlar büyüdükçe bilgi toplama, kayıt tutma, bu bilgileri yeniden bulma ve etkin bilgi paylaşımı sorunları artmaktadır. Dolayısıyla tüm çalışanlar ve bölümler birlikte bilgi sağlama çalısmasına katılmalıdır.

İKİNCİ BÖLÜM
LİTERATÜR ÖZETLERİ

2.1. PAZARLAMA BİLGİ SİSTEMLERİ

2.1.1. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Tanımı ve Önemi

Pazarlama bilgi sistemine (PBS) sahip işletmelerin yöneticileri kısa sürede aldıkları doğru kararlarla ve uyguladıkları stratejik hamlelerle işletmelerini rekabet ortamında, takipçi olmaktan kurtarıp, eğilimlere yön veren bir işletmeye dönüştürebilmektedirler (Karayormuk ve Köseoğlu, 2005).

Pazarlama bilgi sistemi araştırmacılara göre çeşitli şekillerde tanımlanabilir:
"Pazarlama karar alıcıları veya yöneticileri tarafından pazarlama planlaması, yürütülmesi ve kontrollerini geliştirmede kullanılmak üzere, zamanında ve doğru bilgilerin toplanması, saklanması, ayıklanması, istendiğinde hazır edilmesi, çözümlenmesi, ilgili yerlere dağıtımı ve değerlendirilmesi için insan, aygıt ve prosedürlerin sürekli ve etkileşimli olarak uyumlaştırılmasıdır" (Kurtuluş, 1998).
İdeal bir PBS muntazam raporlar yaratır, gerektikçe tekrarlanan çalışmalar yapar. Eski ve yeni verileri birleştirerek bilgileri güncelleştirir. Ortaya çıkan trendleri belirler ve gerçekçi dünyayı temsil eden matematiksel modeller kullanarak verileri analiz edebilir (Kurtuluş, 1998).

PBS, pazarlama ile ilgili doğru ve sağlıklı kararların alınabilmesi için, sürekli ve rutin bilgi akışının gerçekleştirilmesini sağlayacak bilgilerin toplanması, analiz edilmesi, değerlendirilmesi, depolanması ve dağıtımının yapılmasını sağlayacak metotlar dizisidir (Nakip, 2003, s.31).

Philip Kotler, "tüketici taleplerindeki değişikliği, rakiplerin yeni atılımlarını, yeni dağıtım yöntemlerini öğrenebilmek için yönetim, pazarlama bilgi sistemini geliştirip korumalı ve pazarlama araştırmalarını mükemmel bir şekilde götürecek yeteneğe sahip olmalıdır" der (Kotler, 2003).
Pazarlama bilgi sistemi, "pazarlama kararları için gerekli bilgileri düzenli ve sürekli bir biçimde toplamak, korumak ve analiz ederek yaymak üzere geliştirilmiş bir prosedür ve yöntemler dizisidir" (Mucuk, 2007, s.50-51).

Pazarlama bilgi sisteminin rolü; karar vericilere gerekli olan bilgiyi tanımlamak, istenen bilgiyi elde etmek ve karar vericilerin karar verecekleri zamanda ve istedikleri şekilde bu bilgiyi dağıtmaktır (Burns, 2000).

Özetle pazarlama bilgi sistemi: "Bir işletmenin pazarlama ile ilgili kararlarının alınmasına yardımcı olacak bilgilerin toplanması, işlenmesi, saklanması, gerekli araştırmaların yapılması, analizi ve değerlendirilmesini kapsayan bir sistemdir."

2.1.1.1. İşletme Kayıtları - İç bilgi kaynakları

İç bilgi kaynağı, müşteri şikâyetleri, değerleme raporları, sipariş-satış-maliyet raporları gibi birçok pazarlama yöneticisi günlük pazarlama faaliyetlerini planlayıp uygularken, işletme içi kayıtlar ve raporlardan yararlanmaktadırlar. Pazarlama performans değerleme raporları, pazarlama sorunlarına ilişkin yapılmış olan incelemeler, sipariş, satış, maliyet, nakit akış kayıtları, satış, pazar değerlendirme raporları, bilançolar ve tablolar sayılabilir.

2.1.1.2. İzleme Bilgileri

Pazarlama yöneticilerine, pazarlama planları hazırlama ve güncelleme konularında pazardaki günlük gelişmelere ilişkin izlenimler, yazılı, görsel, işitsel basın reklâmları, rakiplerin pazarlama faaliyetleri gibi pazar izleme bilgileri yardımcı olmaktadır.

2.1.1.3. Pazarlama Araştırmaları - Dış bilgi kaynakları

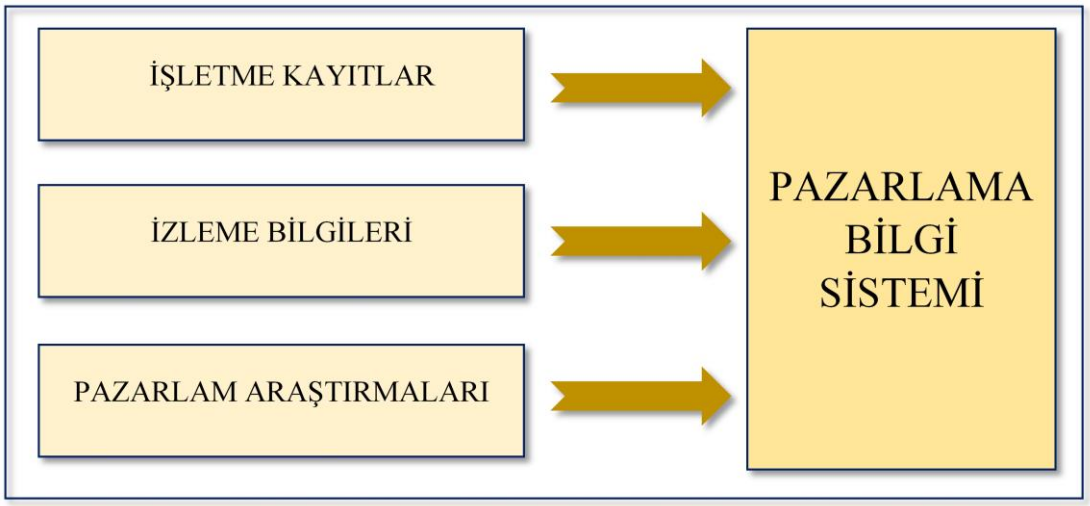
Pazar payı, müşteri tatmini, tüketici davranışı araştırmaları da pazarlama bilgi sisteminin bir diğer dış bilgi kaynağıdır. Pazar izleme bilgilerinin aksine pazarlama araştırmaları belirli bir konu üzerinde derinlemesine araştırmayı gerektirmektedir.

Pazar araştırmacıları, aşağıda belirtildiği üzere çok çeşitli konularda araştırmalar yapabilmektedir (Yükselen, 2011)

- Pazar potansiyeli belirleme,
- Pazar payı belirleme çalışmaları,
- Müşteri tatmini araştırmaları,
- Müşteri şikâyetleri,
- Tüketici satın alma eğilimleri,
- Pazar özelliklerini belirleme,
- Ürün, işletme, marka, imajı,
- Satış analiz ve tahminleri,
- Tutundurma araştırmaları,

- Dağıtım araştırmaları,
- Fiyatlama araştırması,
- Pazarlama problemleri tanımlama araştırmaları vb. sayılabilir.

Şekil 2.1.1.3. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Kaynakları



Kaynak:http://notoku.com/pazarlama-bilgi-sistemi-ve-pazarlama-araştirmasi/

2.1.2. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Kapsamı

Günümüz işletmelerinde pazarlama yöneticilerinin etkin kararlar alabilmesi zorunludur. Zamanında doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmasını gerekli kılan ve Pazarlama Bilgi Sistemlerinin oluşturulmasını kaçınılmaz kılan etkenler olarak:

- Ürün hayat seyrindeki kısalmalar,
- Karar alma ve hızlı tepki verme zorunluluğu,
- Karmaşıklaşan ve kapsamı genişleyen pazarlama faaliyetleri,
- Hammadde kaynaklarının etkin kullanım zorunluluğu,
- Artan beklentiler,
- Tüketici hoşnutsuzlukları vb. sayılabilir.

Pazarlama Bilgi Sistemi'nin temelde üç görevi vardır: (Altunışık vd. , 2004).

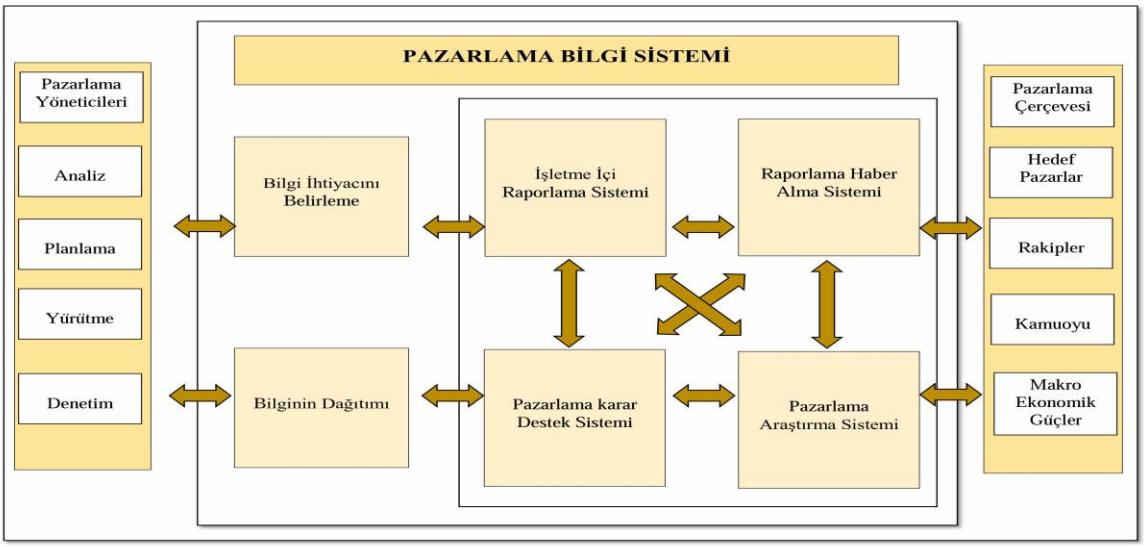
- Pazarlama yöneticilerinin bilgi ihtiyacının tespit edilmesi,
- İhtiyaç duyulan bilgilerin, bilgi kaynakları yardımıyla üretilmesi,
- Üretilen bilgilerin istenen zaman ve arzu edilen formda karar alma sürecinde sunulması.

Pazarlama bilgi sistemi, pazarlama yöneticisiyle pazar çevresi arasında bir köprü görevi gördüğünden, yöneticinin pazarı doğru okuyarak iyi anlamasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca yönetim ile pazar çevresi arasındaki bilgi akışını düzenlemektedir.

Pazarlama yönetimi pazarlama karmasını ve ilgili stratejileri belirlerken, pazar çevresi hakkında kapsamlı bilgiler ister. Bu bilgileri sağlama, işletmelerde pazarlama bilgi sisteminin görevidir. Pazarlama çevresindeki eğilimler pazarlama bilgi sistemini oluşturur. Bu bağlamda Pazarlama Bilgi Sistemlerini, pazarlama araştırmasından ayırmak gerekir. Pazarlama yöneticileri organizasyonlarının çok küçük olduğunu düşünerek karar vermek ve bilgi toplamak için PBS yerine Pazarlama Araştırması'nı kullanırlar. Ancak Pazarlama Araştırması özel bir problem veya proje üzerinde yoğunlaşır. Belirli bir periyodu kapsar. Pazarlama Bilgi Sistemi ise pazarlama araştırmasından daha geniş ölçeklidir. Sürekli olarak bilgi toplayarak analiz etme amacını güder (Bone, 1992).

Başka bir deyişle pazarlama araştırması Pazarlama Bilgi Sistemi içinde yer alan bilgi kaynaklarından yalnızca bir tanesi olmaktadır.İşletmelerin ihtiyaç duydukları bilgilerin pazarlama araştırmaları ve diğer pek çok kaynaktan sağlanması mümkündür. Bu yüzden pazarlama bilgi sistemleri ile pazarlama araştırması arasındaki fark, pazarlama bilgi sistemlerinde sürekliliğin olmasıdır. Yani burada gerekli olan bilgiler, veriler, gerek işletme içindeki kaynaklardan gerekse işletme dışındaki kaynaklardan sürekli toplanabilmektedir. Çünkü pazarlama bilgi sistemleri için sürekli bilgi akışı söz konusudur.

Şekil 2.1.2. Pazarlama Bilgi Sistemi ve Pazarlama Araştırması İlişkisi



Kaynak: Yükselen, 2007: s.117.

2.1.3. Pazarlama Bilgi Sisteminin Elemanları

İşletmenin çevresi, işletme yönetimi için gerekli olan bilgilerin en önemli kaynağıdır. Burada önemli olan, olayı ve etkilerini olay oluşmadan görebilmektir. Bu nedenle problemin ortaya çıkmasını önlemeye yönelik olan pazarlama bilgi sisteminde, gelecek yani ileriyi görme ve süreklilik her zaman söz konusu olmaktadır. Pazarlama bilgi sistemi işletme içi ve dışı kaynaklardan gelen bilgilere dayanırken, genel olarak pazarlama araştırması karar vericilere daha önce bilinmeyen bilgileri sunmaya çalışır.

Pazarlama bilgi sisteminde temelde içsel kaynaklar kullanılır; içsel bilgi kaynaklarına ulaşmak kolaydır. Fakat araştırmalar göstermiştir ki, yöneticiler temelde uzun dönemli kararlarda dışsal kaynaklara gereksinim duymaktadırlar. İçsel verilerin genellikle operasyonel önemi büyüktür. Oysa stratejik kararlar pazar trendleri,rakip stratejileri ve ekonomik ve politik dalgalanmalar hakkındaki bilgileri gerektirmektedir. (Wood, 2001, 283, Wood, Emma, 2001)

Bilgi toplama faaliyetlerini geliştirmek için üç adım öne sürülmüştür: (Kurtuluş, 1998)

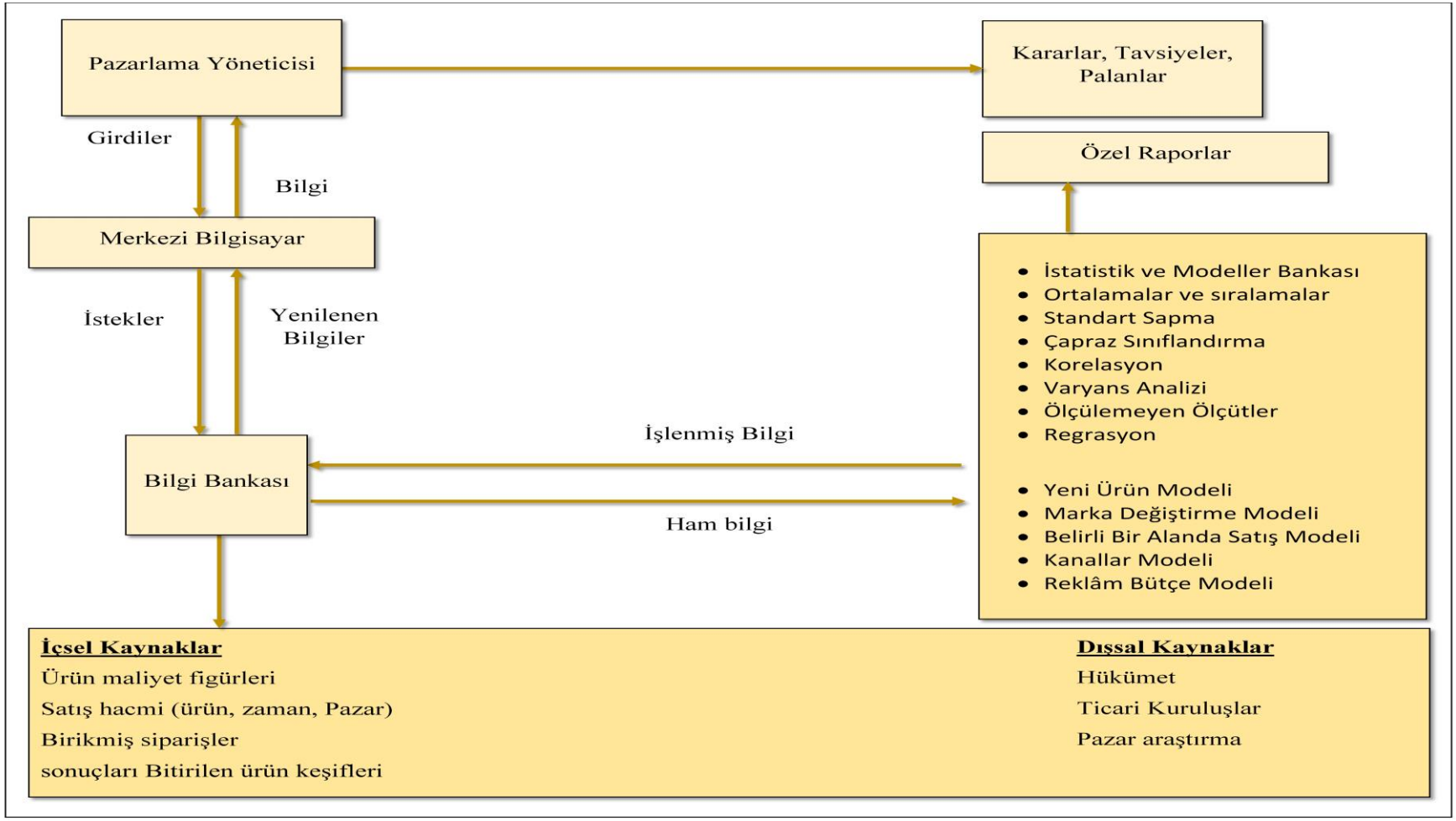
- Satış elemanlarının piyasadan haber alma faaliyetlerini geliştirme,
- Ek haber alma kaynaklarından yararlanma,
- Özel pazarlama araştırması hizmetleri sunanlardan bilgi satın alma,

Dolayısıyla varlıklarını sürdürmeye çalışan işletmeler hem iç pazarda hem de dış pazarda rakipleri karşısında bazı avantajlar elde etmek istemektedirler. Kısacası rekabet gücü olarak tanımlayabileceğimiz bu avantajların elde edilmesini etkileyebilecek bazı faktörlerin varlığından söz etmek mümkündür.

Özet olarak pazarlama istihbarat sistemi, pazarlama karar destek sistemi, içsel pazarlama raporlama sistemi ve pazarlama araştırması sistemi gibi iç ve dış pazarlara yönelik uygulamalarda yapılabilmektedir.

Pazarlama bilgi sistemlerinin satış aktivitelerinin yönlendirildiği bir operasyonel sistemler olduğunu söylemek mümkündür. Şekil 2.1.3.'te görüldüğü üzere pazarlama yöneticisinin PBS Elemanları ile etkileşimde bulunduğu ve sistemin temel elemanlarının veri bankası, analitik işlemler seti ve bir iletişim ağı olduğu görülmektedir.

Şekil 2.1.3. Pazarlama Bilgi Sistemi Elemanlar



Kaynak: Douglas, J. Dalrymple, Leonard, J. Parsons, Marketing ManagementStrategy and Cases, John Wiley and Sons Inc., New York, 1986

2.1.4. Pazarlama Bilgi Sistemlerine Duyulan İhtiyaç

Her geçen gün işletmeler daha karmaşık bir yapıda olmaktadır. Bu durum daha çok verinin daha iyi işlenmesini gerektirmektedir. İşletmeler büyümek için yoğun ve özel bir çaba göstermediği takdirde, mevcut pazarlama bilgilerini etkin kullanamayacağı gibi, piyasaya ve müşterilerine yabancılaşma tehlikesiyle karşılaşabilirler.

Özellikle aşağıda belirtilen üç eğilim, günümüzde pazarlama bilgisine daha çok gereksinim duyulacağını göstermektedir (Tokol, 1998).

- **Birinci eğilim:**Yerel pazarlamadan ulusal ve uluslararası pazarlamaya geçiş,
- **İkinci eğilim:**Alıcı gereksinimlerinden alıcı isteklerine geçiş süreci,
- **Üçüncü eğilim:**Fiyat rekabetinden fiyat dışındaki rekabete geçiş sürecidir.

Pazarlama bilgi sistemi işletme içindeki entegrasyonu işletmedeki etkinliği ve verimliliği artırmaktadır. Esnek bilgi akışı siparişlerin, ürünlerin, süreçlerin ve ekipmanların doğruluğunu ve erişilebilirliğini sağlamaktadır. Böylece işletmenin ve müşterilerin ihtiyaçlarına daha çabuk cevap verilebilmektedir. (Bhatt, Ganesh D. 2000, "An Empirical Examination of the Effects of Information Systems Integration on Business Process Improvement", International Journal of Operations & Production Management,vol. 20, no.11, pp. 1331-1359.,s.133)

Pazarlama bilgi sisteminin üç temel amacı bulunmaktadır:

- Süreçleri etkili yapmak- arzulanan sonuçların alınması
- Süreçleri verimli yapmak- kullanılan kaynakların minimize edilmesi
- Süreçleri uyumlu yapabilmek- değişen iş ve müşteri ihtiyaçlarını karşılanması

2.1.5. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Yararları

Pazarlama bilgi sistemi pazarlama kararlarını etkinleştirir ve işletmenin zaman ufkunu günlük sorunlardan çıkarıp engin görüşlülük sağlar. Bilgilerin yeterli ölçüde süzülerek yönetimin moral ve verimliliğinin artırılması, yöneticilerin bakış açılarının genişletilmesi, daha stratejik bir bakışaçısı kazandıracak şekilde sentezlerin kolaylaştırılması, çabalardaki gereksiz tekrarlamaların azaltılması, şaşırtıcı durumlara karşı tepkilerin yumuşatılması mümkün olabilir (Mucuk, 2004).

Pazarlama bilgi sisteminin sağlayabileceği yararlar (Tek, 1991);

- İşletme yöneticilerinin günlük sorunlar arasında kaybolmaları yerine, zaman ufuklarının genişlemesine yardımcı olur.
- Yöneticilerin moralini ve verimliliklerini artırır.
- Çabalardaki anlamsız tekrarı azaltır.
- Beklenmedik olaylar karşısında daha hazırlıklı olmaya yardımcı olur.

- Pazarlama çalışma ve uygulamalarını kolaylaştırır.
- Pazarlama faaliyetleri kontrollerindeki etkinliği artırır.
- Yöneticiler ve diğer personel için eğitim işlevi görür.

Pazarlama bilgi sistemlerinin işleyiş yararlarını bilgiye sistematik yaklaşımdan ve bilgi alma, verme, işleme, değerleme işlemlerinin bir sistem anlayışı içinde ele alınmasında görürüz. Bu anlamda pazarlama bilgi sistemi ile firmalarda dağınık durumdaki bilgilerin kullanılması ve anlamlı görüşaçısı içinde bütünleştirilmesi mümkündür.

Pazarlama planlamaları ise, istenen geleceğin nasıl olması gerektiğinin tayinini ve böyle bir geleceğin gerçekleştirilmesi için gerekli önlemleri kapsar. Kısacası planlamanın işletmenin amaçları ve fırsatları ile kaynaklarını uzlaştıran bir süreç olduğu görülür. Çünkü pazarlama bilgi sistemleri, pazarlama planlamasında ihtiyaç duyulan geçmişe, geleceğe, fırsatlara ve kaynaklara ilişkin verileri sağlayabilmektedir.

Kontrol çalışmaları; pazarlama eylemlerinin kontrolü, verimsiz harcamaların önlenmesi ve fırsatların değerlendirilmesi içinmutlaka yerine getirilmesi gereken işleri kapsar. Bu nedenle pazarlama bilgi sistemleri ile sağlanan kontrol amaçlı bilgiler, pazarlama eylemlerinin sürekli gözlenmesini, eğilimlerin, sorunların ve pazarlama fırsatlarının hızla tespit edilmesini sağlamak üzere kullanırlar.

Karar modellerinin geliştirilmesi; pazarlama bilgi sistemlerinin bu tür katkıları sistemin sürekli kontrollü deneyler yapılmasına uygunluğu ile ilgili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle pazarlama bilgi sistemleri çeşitli yollardan, pazarlama yöneticisine, karar almada kullandığı karar modellinin oluşturulmasında ve parametre değerinin tayininde yardımcı olurlar.

Eğitim işlevi ise; yeni bilgiler, yeni analitik teknikler ve yeni kavramlarla yöneticinin gerçek pratik ihtiyaçları arasında bir ilişki ve denge kurulması ve yönetim kalitesinin iyileştirilmesi bakımından eğitilmesidir.

Öte yandan, bilgi sistemine hakim pazarlama yöneticisinin, modelleme anlayışına daha yatkın duruma gelmesi ve cesaretlenmesi mümkündür. Kuşkusuz bu yararın gerçekleşebilmesi, pazarlama yöneticisinin uyguladığı yeni yöntemlerin, gerçekten işe yaradığını, kendisine ve işletmeye önemli kazanımları görmesi ile mümkündür.

2.1.5.1. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin İşleyiş Yararları

Pazarlama bilgi sistemleri ile işletmelerde farklı durumda olan bilgilerin daha etkin kullanılması ve anlamlı görüş açısı içinde bütünleştirilebilmesi mümkündür.

2.1.5.2. Planlama Çalışmalarına Yönelik Yararlar

Planlama istenen geleceğin nasıl olması gerektiğinin belirlenmesini ve böyle bir geleceğin gerçekleştirilebilmesi için gerekli olan aşamaları kapsamaktadır. Başka bir deyişle planlama, işletmenin amaçları ve fırsatları ile, kaynaklarını uzlaştıran bir süreç olarak tanımlanmaktadır. PBS, pazarlama planlamasında ihtiyaç duyulan geçmişe, geleceğe, fırsatlara ve kaynaklara yönelik verileri sağlayabilmektedir.

2.1.5.3. Kontrol Çalışmalarına Yönelik Yararlar

Pazarlama faaliyetlerinin kontrolü, boşa harcamaların engellenerek, fırsatların değerlendirilmesi için kesinlikle yerine getirilmesi gereken işlemlerdir. PBS ile sağlanan bu kontroller, pazarlama faaliyetlerini devamlı gözleyerek eğilimlerin, sorunların ve pazarlama fırsatlarının hızla tespit edilmesini sağlamak üzere kullanılırlar.

2.1.5.4. Karar Modellerinin Geliştirilmesine Yönelik Yararlar

PBS'nin faydaları, sistemin genellikle kontrollü deneyler yapılmasına uygun olup olmamasıyla ilgilidir. PBS, farklı yollardan, pazarlama yöneticisine, karar almada kullandığı karar modelinin oluşturulmasında yardımcı olduğu gibi parametre değerinin tayininde yardımcı olabilmektedir.

2.1.6. Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Yönetsel Tasarımı

Yönetsel tasarımdan sorumlu olan ve PBS müdürü veya benzeri bir unvana sahip olan yöneticinin asıl görevi, sistem geliştirme çalışanlarına öteki yöneticilerin katılımını sağlayabilmektir. Bu durumda yönetsel tasarımcı, bilgi sistemiyle ilgili tüm konularda tepe yöneticisine yardımcı olmaktadır. Çünkü yöneticiler, bilgi elde etme yöntemleri yönünden çok büyük bir değişiklik gösterebilmektedirler. Bir yöneticinin bilgi yönetimi, onun bilgi derlemeye yönelik davranışını, bilgiyi toplayış biçimini ve gereksinim duyduğunu sandığı bilgi niceliğini kapsamaktadır.

PBS, genellikle çevresel verilerin derlenmesi, işlenmesi ve kullanılmasında dört alt sistemden oluşmaktadır (Türkmen, 1996):

- **İç Muhasebe Sistemi:** Yönetimde bulunan kişilere satışlar, maliyetler, stoklar, nakit akımları, alacaklar ve borçlar vs. o güne ait faaliyet ve çalışmalara yönelik bilgiler sunmaktadır.Pazarlama yöneticileri her mal satış bölgesi ve satıcılara göre, geçmişve o günkü satışlar ile maliyetler konusundaki bilgilere özel gereksinim duymaktadırlar.

- **Pazarlama Haber Alma Sistemi:** Ortakların çevredeki gelişmelerden haberdar olması ve bunu uygun olan yöneticilere yayması için yararlandığı işlemleri kapsamaktadır. Bunlar genellikle sayım verileri, ticaret odalarınca yayınlanan istatistik ve pazar incelemeleri gibi birkaç bilgi kaynağı olmaktadır.
- **Pazarlama Araştırma Sistemi:** Yöneticilerin karar verme ve sorun çözme durumunda gereksinim duydukları özel bilgileri, değerlendirmek ve bunu bildirmek için gerekli olan sistemdir. Yöneticiler böyle bir durumda şubeye, pazar araştırmaları, tüketici tercih deneyleri, satış gücü incelemeleri, reklamın değerlendirilmesi ve benzeri konularda başvurmaktadırlar.
- **Pazarlama Yönetim-Bilim Sistemi:**Bu sistem pazarlama yöneticilerine genellikle çözümsel modeller kanalıyla karmaşık pazarlama sorunlarının çözümlenmesi, faaliyetlerin geliştirilmesi ve daha etkili biçimde yürütülmesi konusunda yardım etmektedir.

Bilgi sistemlerinde otomasyona geçmek özellikle gerekli olan bir durum değildir.

Önemli olan öncelikle yönetim bilgi sisteminin firmaya tam uygunluğunu sağlamaktır. Sistemin otomatikleştirilmesi sonradan düşünülebilir. Bilgisayar kullanımı, yönetime ulaşan bilgiyi mutlaka geliştirmeyebileceği gibi, bilgisayarın ürettiği bilgilerin tümünün yönetim bilgi sistemi kavramına uygun olması da garanti edilemez. Bilgisayar ancak yararlı olacağı ölçüde kullanılmalıdır. Belli bir örgütte otomasyona geçmek aşağıdaki şartlara bakılarak tayin edilebilir (Moriarty, 1989):

- Değişkenler arası etkileşimler çok ve karmaşık ise,
- Veriler oldukça sağlıklı olabiliyorsa,
- Çabukluk durumu önemli bir faktör ise,
- Aynı işlemler sık sık tekrarlanıyorsa,
- Bilgilerde doğruluk ve hassasiyet isteniyorsa,
- Bilgi hacmi çok fazla ise.

İşte bu şartlar göz önünde bulundurularak bilgisayara dayalı bilgi sistemi düşünülebilir. Pazarlama bilgi sistemi bir yandan firmanın ihtiyaçlarının uygun bir yapıda tasarımlanmasına yardımcı olurken, bir yandan da yöneticinin bu tasarımla uyumlaştırılmasını sağlar. Uyum içinde çalışması istenen bir bilgi sistemi tasarımında yöneticilerin yetenekleri de dikkate alınmalıdır. İleri ölçüde karmaşık sistemler geliştirmek ve bunları etkili olarak kullanmak için yöneticilerin (Kurtuluş, 1998).

- Kendi özgün bilgi ihtiyaçlarını tanıyabilmeleri,
- Analitik yaklaşımlar ve modeller geliştirebilmeleri,

- Kendi planlama, karar ve kontrol süreçlerini anlatılabilir ve anlaşılabilir bir biçimde kullanabilmeleri,
- Bilgileri yorumlayabilmeleri ve kullanabilmeleri gerekir.

Pazarlama bilgi sistemi bunu oluşturacak, geliştirecek ve işletecek örgütle bazen çok ileri boyutlara ulaşabilen değişiklikleri ve etkileri beraberinde getirir. Her zaman ileri düzeyde etkiler söz konusu olmasa bile her bilgi sisteminin örgütte belli değişimlere yol açacağı gerçeği, bu konudaki çalışma ve çabaların dikkatle planlanması ve yürütülmesini zorunlu kılar.

Bilgi sistemlerinin tasarımında önceden belirlenmiş belli bir sürecin izlenmesi ortaya çıkarılacak sisteminin eksiksiz olmasını sağlamada, çabaları yönlendirmede ve planlamada yararlı olacaktır. Böyle bir sürecin temel aşamaları aşağıdaki başlıklar altında verilebilir (Turban, 1990):

- Çalışma grubunun oluşturulması ve örgütlenmesi,
- Örgütün amaçlarının tanımlanması,
- Yönetim bilgi sisteminin ve pazarlama bilgi alt sisteminin amaçlarının ön görülen fayda ve yararlarının belirlenmesi,
- Pazarlama karar envanterinin geliştirilmesi,
- Bilgi gereklerinin analizi,
- Pazarlama bilgi sistemi için alternatif planlanma oluşturulması,
- Ayrıntılı tasarımının oluşturulması,
- Tasarlanan pazarlama bilgi sisteminin uygulanmasıdır.

Bilgi sistemi; geliştirici, pazarlayıcı ve satın alıcısı bu tür sistemlere kaynaklarını harcamadan önce, bunlardan ne ölçüde yaralanacağını kesinlikle göz önünde tutmalıdırlar. Sistemden tam yararlanmak için gerektiğinde yeni eğitim programlarıyla örgütsel değişiklikler gerçekleştirilmelidir.

2.1.7. Pazarlama Bilgi Alt Sistemleri

Herhangi bir işletme bir dizi alt sistemden oluşmaktadır. Alt sistemlerden her biri, bir girdisi, bir işlem ünitesi, bir de çıktısı olan kendi başına bir sistemdir.

Alt sistemlerden oluşan bir sistem olarak düşünüldüğünde, işletmeyi oluşturan bağımsız alt sistemlerin aslında tamamen bağımsız olmadıkları, birbirleriyle bağlantılı oldukları da görülür.

Pazarlama bilgi sisteminin alt sistemlerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Tek, 1991).

- **Sipariş İşletme ve Faturalama Alt Sistemi:** Tüketicilerden gelen siparişleri girdi olarak alır. İşlev ve sonuçta tüketiciye gönderilecek faturaları oluşturur ve satış analizleriyle stok kontrolü için gerekli veriler üretir.
- **Pazarlama Planlaması Alt Sistemi:** Satışları, kârları ve büyüme hedeflerini belirleyen kısa ve uzun vadeli planların geliştirilmesine yardımcı olur.
- **Satış Tahminleri Alt Sistemleri:** Firmanın ihtiyaç duyacağı her türlü satış öngörülerini yapmaya yardımcı olur.
- **Satış Yönetim Alt Sistemi:** Satış gücü yönetimi için satış örgütünün başarısını izlemek ve değerlendirme faaliyetlerini planlamak üzere gerekli bilgileri sağlar.
- **Mamul Yönetim Alt Sistemleri:** Yönetime, mamul hataları bilgilerini veya markaların başarı oranlarını kontrol ve değerlendirme bilgilerini planlar ve geliştirilmesine yardımcı olacak verileri sağlar.
- **Tutundurma ve Reklam Alt Sistemleri:**Yönetimin daha etkin kararlar almasına yardımcı olacak pazarlama bilgilerini sağlar. Pazarlama fonksiyonun birbirinden kopuk işlemler olarak değil de, yönetim bakış açısıyla bir sistem olarak görmek gerekir. Sistemin uygulanmasıyla hedeflenen pazarlara derinliğine girme, pazarını genişletme, mamul testlerini verimli bir biçimde çoğaltma, içinde bulunduğu rekabeti kısıtlama veya rekabet etme yeteneğini güçlendirme gibi yararlar elde edilir.

Pazarlama bilgi sisteminin alt sistemleri arasındaki ilişkiyi saptarken bazı aşamaları izlemek gerekir. Bu aşamalar şunlardır:(Assael,1985: 194-195):

- Çeşitli kaynaklardan verilerin toplanması
- Anlamlı kategorilere göre bu verilerin derlenmesi
- Verileri analiz etmek için bilgisayar ve istatistik olanakları geliştirilmesi
- Çevresel değişim, satış ve müşteri tahmini gibi konular için model geliştirilmesi
- Her gün akan bilgiler için düzen geliştirilmesi
- Tekrarı olmayan görevlerin özel raporlar şeklinde hazırlanması
- Bilgilerin doğruluğundan emin olduktan sonra sistemin çalıştırılması.

Şekil 2.1.7.Pazarlama Bilgi Sistemleri'nin Temel Alt Sistemleri

Alt Sistem	**Alt Sistemin Kullanım Alanı**	**Tanım**
Yönetim PBS Pazarlama İstihbarat Sistemleri	Analiz, Kontrol (dışsal)	Sorunların, dışsal pazarlama çevresindeki değişikliklerin ve fırsatların belirlenmesi
Pazarlama Araştırmaları Sistemleri	Analiz	Firmanın karşılaştığı belirli bir pazarlama sorunu ile ilgili bilgi toplanması (örneğin pazar araştırması, reklam etkinliği araştırması, ürünün pazara sunum zamanlaması, fiyatlandırma)
Pazar KararDestek Sistemleri	Analiz, Karar Verme	Daha iyi pazarlama kararları verebilmeyi sağlamak üzere pazarlama ile ilgili bütün verilerin toplanarak kapsamlı istatistiksel ve modelleme araçları kullanılması ve buradan sağlanacak çıktıların uygun kullanıcı arabirimi yolu ile sunulması
Pazarlama Planlama Kontrol Sistemleri	Analiz, Planlama	Pazarlama fırsatlarının analizinden pazarlama taktiklerinin planlamasına bütün pazarlama planlama sürecinin yönetilmesi
Pazarlama Kontrol Sistemleri	Kontrol (içsel)	Personel, pazarlama faaliyetleri ve etkinliği ile planlanana göre performansın denetlenmesi
Pazarlama Raporlama Sistemleri	Kontrol (içsel)	Satış görüşmelerinin, harcamaların, siparişlerin, sipariş durumlarının, satış tahminlerinin, müşteri hesap durumlarının, vb. Raporlanması
<u>İşlevsel PBS</u> Pazarlama ve Satış Üretkenliği ve Destek Sistemleri	Veri toplanması, uygulama	Dağıtıcıların ve hesapların yönetilmesi, satışların izlenmesi, satış faaliyetlerinin koordine edilmesi, müşteri bilgilerinin güncellemesi, kişisel (doğrudan) posta ve tele-pazarlama faaliyetleri

Kaynak: Jari M. Talvinen, (1995), "İnformation systems in marketing", European Journal of Marketing, Vol.29 No. 1, s.18.

2.2. SAĞLIK TURİZMİ ve SAĞLIK HİZMETLERİ

İkamet edilen ülkeden başka bir ülkeye herhangi bir sebeple sağlık hizmeti (tanı, tedavi, bakım) almak amacıyla yapılan planlı seyahat olarak tanımlayabileceğimiz sağlık turizmi, günümüz Türkiye'sinde popüler bir sektör olarak dikkat çekmektedir.

Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü'ne (UNWTO) göre, 2017 yılına kadar sadece Amerika Birleşik Devletleri'nden 23 milyon potansiyel hastanın yaklaşık 79,5 milyar Amerikan Doları bir harcama yaparak denizaşırı ülkelere gideceği hesaplanmıştır. Medikal turizmi, termal ve SPA turizmi, ileri yaş turizmi ve engelli turizmi alanlarını da kapsayan dünyadaki sağlık turizmi potansiyeli içerisinde Türkiye, 2012-2013 yılları arasında 390.000 hasta ile 6. sıraya yerleşmiş kabul edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2013 verilerine göre sağlık hizmeti almak amacıyla Türkiye'ye gelen hastaların %83'ü özel hastaneleri tercih etmektedir. Sağlık turisti sayısı ve dünya sıralamasındaki yerimizin her geçen yıl dikkate değerbir gelişim göstereceği beklentisi bulunmaktadır. Zira Türkiye, profesyonel insan kaynakları, tarihi geçmişi, coğrafi konumu, kültürel zenginliği, tıbbi birikimi, yüksek teknoloji sağlık hizmetleri, Avrupa'ya nazaran uygun maliyeti ve 50'ye yakın akredite hastanesi ile son yıllarda hükümetin desteğini de almayı başarmıştır.

Sağlıkta 2023 Vizyonu kapsamına alınan sağlık turizmi, sağlıkta dönüşüm programında yer alan en önemli hedeflerden biri olarak gösterilmektedir. Bu hedefe ulaşmak için, sağlık turizmi politikalarını oluşturan çeşitli Bakanlıklar kendi aralarında işbirliği içerisindedir. Bu noktada Kültür ve Turizm Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Ekonomi Bakanlığı'nın stratejik planları sağlık turizmini de kapsamaktadır.

Kalkınma Bakanlığıda sağlık turizmi ile ilgili çeşitli projeleri desteklemekte ancak sektöre en çok destek Ekonomi Bakanlığı tarafından verilmektedir. 25.06.2012 Tarih ve 28334 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2012/4 sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ, hedef sektörleri arasında ihtiyaçlarına yönelik özgün destekler içerisinde sağlık turizmini de ön görmektedir.
Ekonomi Bakanlığı'nın sağlık turizmine ilişkin dokuz başlık altında toplayabileceğimiz desteği bulunmaktadır.

- Hasta yol desteği; sadece Bakanlıkla Protokol imzalayan sağlık kuruluşlarının yararlanabileceği bu desteğe göre, sağlık hizmeti almak amacıyla gelen hastaların %50 oranında uçuş giderleri Bakanlık tarafından karşılanacaktır.

- Rapor desteği; sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketlerinin faydalanabileceği bu destek uyarınca, ön onay almak koşuluyla pazar araştırması raporlarının satın alım giderleri desteklenecektir.
- Yurt dışı tanıtım desteği; sağlık kuruluşları/sağlık turizmi şirketleri/işbirliği kuruluşlarının yurt dışında düzenlenen fuar, kongre, konferans veya bağımsız tanıtım programları kapsamında yapılan organizasyonlara ilişkin sponsorluk, reklam, pazarlama, tanıtım, danışmanlık, katılım ve organizasyon giderleri desteklenmektedir.
- Organizasyon desteği; sağlık kuruluşu/sağlık turizmi şirketi/işbirliği kuruluşlarının yurtdışında düzenledikleri fuar, kongre veya konferanslara ilişkin katılım maliyetleri belirli oran ve miktarda karşılanmaktadır.
- Arama motoru desteği; sağlık kuruluşu/sağlık turizmi şirketleri/işbirliği kuruluşlarının google, yahoo, yandex, baidu arama motorlarına yapacakları reklam harcamaları Tebliğ'de belirtilen oranda ve meblağda desteklenir.
- Yurtdışı birim desteği; yurt dışında açılan ofis, irtibat ofisi, ön tanı merkezinin kira giderleri, Tebliğ'de belirtilen oran ve meblağda karşılanır.
- Belge desteği; sağlık kuruluşlarının Tebliğ'de belirtilen akreditasyon ve sertifikasyon giderleri desteklenir.
- Danışmanlık desteği; sağlık kuruluşları/sağlık turizmi şirketlerinin pazarlama stratejisi, akreditasyon ve yurt dışı pazar yapısı ile alacağı danışmanlık hizmetlerinin giderleri desteklenir.
- Ticaret heyeti ve alım heyeti desteği; işbirliği kuruluşlarının düzenleyeceği sektörel ticaret ve alım heyetlerinin ulaşım, konaklama ve organizasyon giderleri, heyet başına, ancak Tebliğ'de belirtilen oran ve meblağda desteklenir.

21.03.2011 Tarih ve 27881 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 21 Mart 2011 tarihli Pazar Araştırması ve Pazara Giriş Desteği Hakkında Tebliğ (No: 2011/1) ile 17.01.2015 Tarih ve 20239 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Pazar Araştırması ve Pazara Giriş Desteği Hakkında Tebliğ'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ (Tebliğ No: 2014/6) de önemli destekler sağlamaktadır.

Ayrıca 15.06.2012 Tarih ve 28324 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 6322 Sayılı Kanun uyarınca Kurumlar Vergisi Kanununun 10. Maddesine yapılan ekleme ğ bendi ile sağlık alanında faaliyet gösteren ve Türkiye'de yerleşmiş olmayan kişilere hizmet veren işletmelerin münhasıran bu faaliyetlerinden elde ettikleri kazancın %50'si

kurumlar vergisi beyannamesi üzerinde ayrıca gösterilmek şartıyla, kurum kazancından indirilebilecektir.

Özet olarak, adeta devlet politikası haline gelen sağlık turizmi ile ilgili Bakanlıkların destek ve teşviklerinin, etik davranış ilkelerine saygılı ve bağlı, hukuk değerleri ve ilkeleri olan kurum ve kuruluşlara kullandırılması çok önemlidir (www.literaturaktuel.com Doç. Dr. Ayfer Uyanık Çavuşoğlu; yıl: 22, sayı: 252, Şubat 2015).

2.2.1. Sağlık TurizmiTanımı ve Önemi

Sağlık turizmi kavramı, insanların devamlı olarak ikamet ettikleri yerlerden sağlık problemlerini çözmek ve tedavi olmak için sağlık hizmetleri sunan yerlere, yaptıkları seyahatler ile gittikleri yerlerdeki sağlık tesislerinden geçici olarak faydalanmalarının sonucundaki olaylar ve ilişkiler bütünü olarak ifade edilebilir.

Sağlık turizmi kavramı tıp turizmi veya medikal turizm kavramları ile de karşılanan bir turizm dalıdır. Tarihsel bakımdan çok eski bir geçmişi olmakla birlikte 1990'lardansonra tüm dünyada önemi artmıştır. Konu bilim dünyasının da dikkat ve ilgisini çekmiş ve alana ilişkin akademik çalışmalarda özellikle son on yılda önemli artışlar sağlanmıştır.

Etimolojik değerlendirmeler de sağlık turizminin odak noktasında tedavi amacının bulunduğunu ortaya koyar. Sağlık turizminin fiziksel tedaviye ve rehabilitasyona ihtiyacı olan kişilere yönelik olduğu açıktır. Sağlık turizmi niteliği gereği hem iç hem de dış turizm hareketliliği sağlar. Her iki hedef kitleyi birlikte gözeten projeksiyonlar gerçekleştirir (Aydın, 2009, s. 22).

Sağlık Turizmi, kısaca tedavi amacı ile yapılan seyahatlerdir. Başka bir ifadeyle, fiziksel tedavi ve rehabilitasyon gereksinimi olan hastaları ve uluslar arası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan turizm türüdür (Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Turizmi 2010 Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri**,** s. 52).

Sağlık turizmi, bir ucu doğal kaynaklara, diğer ucu beşeri ve mali kaynaklara dayanan önemli bir turizm koludur. Türkiye'de sağlık turizminin gelişmesi ve genel turizmin gelişmesine yapacağı katkılar bu kaynakların planlanmasına bağlıdır (Özkurt, 2007, s.121).

Sağlık Turizmi; diğer turistik faaliyetlerin yanında, sağlığa yönelik hizmet ve tesislerine, belli, önceden planlanmış promosyon faaliyetleri ile turist çekmek için oteller gibi turistik tesisler yapılması veya bölgelerdeki teşebbüsler ve faaliyetlerdir. Bir

başka tanıma göre sağlık turizmi "sağlığı koruma, iyileşme amaçlarıyla belirli bir süre için (genellikle 21 gün) yer değiştiren insanların doğal kaynaklara dayalı turistik bir tesise giderek kür uygulaması, konaklama, beslenme ve eğlence gereksinimlerini karşılaması sonucu doğan hareketlerdir." (M. Boz, Turizmin Gelişmesinde Alternatif Turizm Pazarlamasının Önemi, MÜSBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), İstanbul, 2004, s. 132).

Önceleri belki de bir ihtiyaçtan kaynaklı olarak tıp turizmi ile sağlık turizmi eşanlamlı olarak birbirine yakın kullanılmıştır. Ancak artık bunun böyle olmaması gerektiği, sağlık turizmi kavramını bir şemsiye kavram olarak kabul etmek gerektiği savunulmakla beraber sağlık turizmi kavramının altında çeşitli alt tanımların yapılmasının zorunlu olduğu ve bu alt tanımlarda titiz davranılması gerektiği sektör oyuncuları tarafından ifade edilmiştir.

Sağlık turizminde, sağlık turistinin kendi yaşadığı yerden başka bir yere sağlık amacı ile seyahat etmesi, genel tanımıyla sağlık turizmini kendi yaşadığı yerden başka bir yere sağlık amacı ile seyahat eden insanların oluşturduğu bir turizm türü olarak kabul edilmesidir (Ross, K. (2001): "Health Tourism: An Overview", HSMAI Marketing Review). Yani sağlık turizmini ve turist sağlığını iki ayrı kavram olarak ele almak gerekmektedir.

Turist sağlığı turistik yaşamla ilgili her türlü sağlık problemlerini içeren tedavi hizmetleri ile her çeşit kazave bulaşıcı hastalıklardan korunmak amaçlı önlemler ve turistin başına bir hal geldiğinde ona verilen tanıve tedavi hizmetleri olarak açıklanabilir. Sağlık turizmi ise birincil amacı sağlığı geliştirmek, korumak veya birsağlık sorununa çare bulmak maksadıyla yapılan her türlü seyahat faaliyetlerini kapsar.

Sağlık ve turizm ilişkisi pozitif ve negatif yönleri ile ortaya çıkmaktadır. Pozitif yönü ile bu ilişki turistlerin sağlık amaçlı seyahat etmeleri ve tedavileridir. Negatif yönü, turist sağlığı bakımından ortaya çıkan ilişkilerdir ki, bu durum turizme çok önemli zararlar verebilmektedir.

Sağlık turizmi konusunda daha önce yapılmış tüm tanımlar yukarıdaki metinde verilmiş ve şekilde (2.2.1) gösterilmiştir. Araştırmacıya göre iyi bir pazarlama bilgi sistemi ile tedavi alacak kişilerin hem yurt içinde hem de yurt dışında kolaylıkla hizmet alması, tedavi alcağı ülkeyi, hastaneyi, bölümü ve doktoru daha rahat seçmesi sağlanabilir.

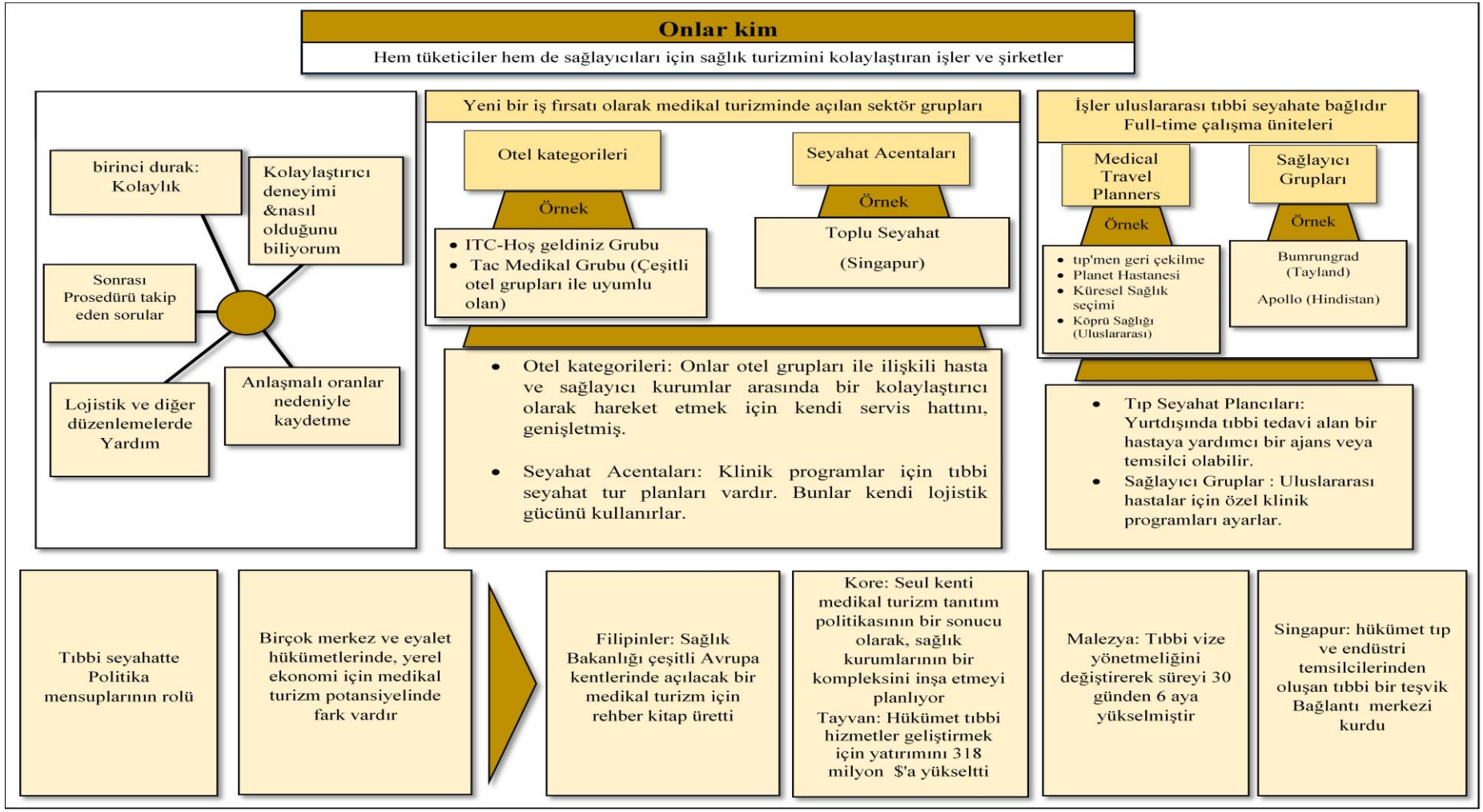
Sağlık turizminin ülkelere sağladığı faydalar, somut ve soyut olarak incelenebilir:

Somut faydalar arasında yabancı turistlerden kaynaklanan gelirlerin ülkelerin ekonomik refahına katkısı, ülkeler arasındaki bilgi paylaşımının artması ve stratejik ortaklıkların gelişmesi, ülkeler arasında teknoloji ve bilgi transferine katkı sağlaması, yabancı hastalara uluslararası rekabet nedeniyle sunulan fırsatların kendi ülkelerindeki hastalara da daha iyi hizmet sunulmasına yol açması sayılabilir. (Annette B, de Arellano R. 2007).

Soyut faydalar ise, sosyal ve kültürel deneyimlerin paylaşılması, uluslararası ilişkilerin gelişmesine katkı sağlaması, global pazarlama ve tıbbi ticaretin gelişmesi,sağlık bakım hizmeti sunduğu imajını kazandırması, rekabet avantajı sağlaması, sağlık alanında kamu ve özel sektör ortaklığını güçlendirmesi, birçok açıdan hasta memnuniyetini artırması olarak sıralanabilir. (Annette B, de Arellano R. 2007).

Sağlık turizminin faydaları yanında olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Bazı hükümetler ve sosyal güvenlik kurumları, yurt dışından alınan sağlık hizmet giderlerini ödemediğinden hastalar aldıkları hizmetin bedelini kendileri ödemektedir. Bu sebeble hasta genelde operasyondan birkaç gün sonra ülkesine döndüğünde ortaya çıkan yan etki, komplikasyon veya ameliyat sonrası bakım ihtiyacı, hastanın kendi ülkesinde giderilmektedir. Birçok ülkenin (malpractice) yani bir mesleğin hatalı icra edilmesi konusunda yeterli yasası olmadığından yanlış tedavi durumunda yerel mahkemelerden yeterince yardım alınamamaktadır. (Annette B, de Arellano R. 2007).

Şekil 2.2.1. Sağlık Turizmini Kimler Yapıyor



Kaynak:Report of Deloitte Center for Health Solution,Medical TourismConsumers in Search of Value, U.S.A, 2008, page 10

2.2.2. Sağlık Turizmi Nedenleri

Dünya nüfusunun artması, yaşam kalitesinin yükselmesi, çeşitli ülkelerde sağlık maliyetlerinin artması sebebiyle, tedavilerin daha kaliteli ve ekonomik yapıldığı ülkeler ortaya çıkmış ve sağlık turizmi sektörünün oluşmasına neden olmuştur. Dünya yaşının ve yaşlı nüfusunun artması da sektörü tetiklemiştir.

Yine sağlık turizminin ortaya çıkış sebepleri olarak; uzun süren hasta bekleme listelerinden kurtulmak, daha kaliteli ve daha kısa zamanda hizmet almak, yüksek sağlık teknolojilerine ulaşmak, sağlık hizmeti maliyetini düşürmek, kronik hastaların ve yaşlıların veya engellilerin başka ortamlara gitme ve tedavi olma isteklerinin oluşması, uyuşturucu ve farklı bağımlılıkları olan kişilerin farklı veya daha uygun ortamlarda olma istekleri, tedavi olmanın yanısıra gezme ve kültür ziyaretlerinde bulunma isteği, kişinin hayata tutunma ve yaşam isteği gösterilebilir (Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Turizmi 2010 Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri**,** s,12).

Gelişmiş ülkelerde bulunan insanları daha az gelişmiş ülkelere sevk eden en önemli unsurların başında kendi ülkelerinde bu sağlık hizmet ve imkânlarının bulunmayışı değil bunların pahalı olması, erişim ve bekleme sürelerinin bulunması, mahremiyet gibi konular gelmektedir.

Diğer yandan internet, e-posta, telefon ve benzeri modern teknolojiler potansiyel turistlerin oturdukları yerden dünyanın her yerine erişimini, sunulan hizmetlerin incelenmesini, fiyat karşılaştırmalarını ve tedavi ve hizmetlerin derhal ve doğrudan kullanılabilirliğini olası hale getirmektedir. Gelişmiş ülkelerden daha az gelişmiş ülkelere hasta akışının önemli bir başka itici unsuru da düşük maliyetlerin yanı sıra alıcı ülkede ilave turistik paketlerin sunulmasıdır.

Gelişmiş ülkelerdeki tıp camiası medikal turizmin meslek, uygulayıcı ve hastayı ilgilendiren gerçek bir fenomen olduğu konusunu kabul etmeye başladı. Tıb ve sağlık sektörü dergileri konuyu irdelemeye başladı. Nitekim Amerika Birleşik Devletleri Senatosu Yaşlanma Özel Komitesi 2006 yılında sağlık turizmi kapsamında yurtdışında sunulan tedavi ve sağlık hizmetlerinin güvenilirliği konusunun araştırılması için özel bir birimin kurulmasını istemiştir(MacReady N. Developing countries court medical tourists. Lancet.2007;369:1849-1850).

Sigorta sektörü medikal turizmin önemli bir paydaşı haline gelmiş bulunmaktadır. Van Dusen Amerika'da 500 büyük şirketin, çalışanlarının sağlık giderlerini azaltmak amacıyla ülke dışı sağlık hizmet alımının verimliliği konusunda araştırma yaptırdığını belirtmekte ve bazı sigorta şirketlerinin sundukları hizmet

kapsamını yurtdışında bazı hekimleri de içerecek şekilde genişlettiklerini belirtmektedir. Bu şekilde yurtdışında sağlık hizmeti almak isteyen üyelerini yurtdışına yönlendirmekte ve hatta bir aile üyesinin refakat ücretini de üstlenmektedir(Van Dusen A. Outsourcing your health. Forbes Web Site. 22 Mayıs 2007).

Milstein ve Smith yurtdışına tedavi amaçlı giden Amerikalı hastaların profilini çıkarırken bunların orta-direk Amerikan yurttaşları olduğunu, gelir düzeylerinin orta ve ortanın altı olduğunu, sigortalarının olmadığı ya da yeterli kapsamının bulunmaması nedeniyle tedavilerini Amerika'da yaptıracak maddi güçlerinin bulunmadığını belirtmektedirler. Yurtdışında tedavi gören diğer grubu ise kozmetik, diş rekonstrüksiyonu infertilite tedavileri, cinsiyet değişiklikleri gibi sigorta kapsamına girmeyen diğer tedavi ve ameliyatlar için seyahat edenler meydana getirmektedir. Her iki gurupta da ortak olan nokta maddi güçlerinin kendi ülkelerinde yerel pazardan tedavi ve sağlık hizmeti almaya yetmeyip bunları yurtdışında daha düşük maliyetle satın alabilmeleridir.

Şekil 2.2.2. Medikal Turist/Hasta

kaynak: http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-076612/en/

Bazı ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimin ücretsiz olması veya katkı payının düşük olması nedeniyle bu hizmetlerin kolay erişilebilir olmasına rağmen hastaların neden yurtdışında tedavi ve sağlık hizmeti almak istedikleri sorusunun cevabı ise bu ülkelerdeki uzun bekleme sürelerinde gizli bulunmaktadır. (Beat waiting lists with overseas operations. Daily Express (UK) July 3, 2005).

Ayrıca ulusal sağlık programları prensip olarak kozmetik cerrahi ve benzeri müdahaleleri karşılamamakta bu nedenle Kanada ve İngiltere gibi sağlık hizmetleri maliyet ve giderleri büyük oranda devlet tarafından karşılanan ülkelerdeki hastalar ulusal sağlık programına dâhil olmayan ve dolayısıyla sigorta tarafından karşılanmayan söz konusu tedavi ve sağlık hizmetlerini daha uygun fiyata yurtdışında aramaktadırlar.

Buna kök hücre tedavisi gibi kendi ülkelerinde bulunmayan ya da bazı etik ve benzeri düşüncelerle sınırlanan tedaviler de eklenebilir. (Hancock D. The Complete Medical Tourist – Your Guide to Inexpensive Cosmetic, Medical and Dental Surgery Abroad. London, UK: John Blake Publishing;2006.)

Bazı hastalar plastik cerrahi, uyuşturucu tedavisi, cinsiyet değişimi gibi mahremiyet gerektiren konular nedeniyle yurtdışında bilinmeyen bir ortamda gözlerden uzak bir tedaviyi tercih etmektedirler.

Bir başka grup ise egzotik bölgelerde tedaviyi tercih etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık kuruluşlarının bu denli kaliteli hizmeti ucuza verebilmeleri, bulundukları ülkenin ekonomik konumuyla doğrudan ilgilidir. Mesela bu tür ülkelerde tedavi için uygulanan ücret, ülkenin gelir düzeyine ve ekonomik gelişmişlik düzeyine bağlı olmaktadır.

Bu ülkelerdeki idari ve mesleki giderler bu nedenle diğerlerine göre düşük maliyetli olmaktadır. Örneğin Hindistan'da yaşayan bir cerrahın mesleki sorumluluk sigorta giderleri New York'ta yaşayan bir cerrahla mukayese edildiğinde arada korkunç uçurumların olduğu göze çarpmaktadır. Hindistanlı cerrahın mesleki sorumluluk gideri Amerikalı meslektaşının ancak % 4'ü gibibir orana tekabül etmektedir. Yani birisi aynı maliyet için 100 TL öderken diğer ancak 4 TLödemektedir (Lancaster J., Surgeries, side trips for medical tourists. S. A1. Washington Post, 21 Ekim 2004).

Medikal turizm aynı zamanda o ülkenin vatandaşlarının üzerinde potansiyel bir etki icra etmektedir. Mattoo ve Rathindran yabancı hastalara sunulan tedavi ve sağlık hizmetlerine karşılık, gelişmekte olan ülkeler tarafından elde edilen gelirlerin bu ülke yurttaşlarına sunulan sağlık hizmetlerinin gelişmesine ve bu hizmetlerin kendi yurttaşları için daha erişilebilir olmasına katkı sağladığını belirtmektedirler (Mattoo A, Rathindran R. How health insurance inhibits trade in health care. Health Affaires. 2006; 25:358-368 PubMed).

Bookman destinasyon ülkeleri hükümetlerinin, yerel sakinlerin medikal turizminin potansiyel yararlarını idrak etmeleri için uygun makro ekonomik yeniden paylaşım politikaları takip etmesi gerektiğini belirtmektedir. (Bookman MZ, Bookman

KR, Medical tourism in developing countries. New York, NY:Palgrave Macmillan Ltd; 2007. 169-185).

Cihani ve Goswami, medikal turizmin sağlık personeli ve işgücü dağılımı açısından yerli vatandaşlar için çok ciddi sonuçlar doğurabileceğine ve yerlilere sunulacak sağlık hizmetlerinin altını oyabilme riski doğurabileceğine dikkat çekmektedir (Cihnai R, Goswami R. Medical visas mark growth of Indian medical tourism. Bull World Health Organisation. 2007;85: 164-165).

Tablo 2.2.2. Bireylerin Sağlık Turizmine Yönelmelerinin Birkaç Temel Nedeni

1)	Kendi ülkesinde tedavi sırası beklemenin getirdiği riskleri bertaraf etmek
2)	Fiyat olarak daha avantajlı fırsatların varlığı
3)	Kendi ülkesine nazaran daha kaliteli hizmet alacağı beklentisi

Kaynak: Bu tablo **(**D. Aydın, Sağlık Turizmi, Turizm ve Sağlık, 2005;) esinlenerek oluşturulmuştur.

2.2.3. Sağlık Turizmi Bileşenleri

Günümüzde turizm türleri amaca, talebe ve insanların zevk ve hobilerine göre çok çeşitlilik göstererek değişken alanlardaki yeniliklerle giderek zenginleşirken, sağlık turizmi de zinde kalmayı bir yaşam biçimi haline getirmiş, ruh ve beden güzelliğine önem veren çağdaş insanlara da hizmet vermeye başlamıştır (Aydın, s.93).

Bu türlerden biri olan medikal turizmi, turizm endüstrisi içerisinde hızla büyümekte olup, insanların uzun mesafedeki ülkelere medikal tedavi olabilmek için seyahat etmesini ve aynı zamanda birer tatilci olabilmelerini ifade eden bir kavramdır. Yeni bir kavram değildir. Özellikle saç ekimi, göz operasyonları ve diş tedavilerinde medikal turizmin içinde kültürel amaçlı seyahatler de görülebilmektedir.

Medikal turizm,ev sahibi ülkede hastalar için özel olarak düzenlenen seyahat turları ile bütünleştirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde yüksek tedavi fiyatlarının dışında, diğer ülkelere göre hızla ilerleyen teknolojiyi ve yüksek standartlardaki medikal uygulamaları ve bu denklemde turizmi de içinde barındırmaktadır. (G. Garcia, M. Besinga, 2006).

Şekil 2.2.3. Sağlık Turizm Bileşenleri

Kaynak: http://www.slideshare.net/jagprem/review-of-medical-tourism-destinations-by-dr-prem-jagyasi

Sağlık turizmi türlerinden biri olarak termal turizmi ise, Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından, termal suların, çamurların, kaynağın çevresindeki iklim ve doğa şartlarının beraberinde getirdiği faktörlerin, uzman hekimler eşliğinde, fizik tedavi, rehabilitasyon ve egzersiz, psikoterapi, diyet gibi tedavilerle koordineli yapılan kür uygulamalarını kapsayan turizm hareketi olarak tanımlamıştır. Dinlenme, kendini daha rahat ve iyi hissetme ihtiyacı nedeniyle aynı zamanda otelcilik hizmetlerini de kapsayacak şekilde termal kaynaklardan yararlanmak adına sağlık turistinin bir başka ülkeye seyahatini ifade etmektedir.

2006 yılı verilerine göre sadece Almanya'da yılda 8 milyon insan termal kaynaklarda tedavi veya spa-wellness amaçlı olarak yurt içi veya yurt dışı seyahat etmektedir. Aynı dönemde Kültür ve Turizm Bakanlığı verilerine göre yurt dışından Türkiye'ye termal turizmi amacıyla gelenlerin sayısı 10. 000 sağlık turisti civarındadır. Termal kaynakların bulunduğu toplam 46 ilde yaklaşık 200 tesise sahip Türkiye için,

bu rakamların tatmin edici olması mümkün olmadığı gibi, önündeki potansiyeli göstermesi açısından da oldukça dikkat çekici bir durumdur. (Aydın, 2011).

İleri yaş ve engelli turizmi ise, özellikle 65 yaş ve üzeri insanların son 20-30 yılda artan yaş ortalamalarına paralel olarak bakım gerektiren tedavileri kapsayan bir sağlık turizm çeşididir. Batı Avrupa ülkelerinde artanyaşlı nüfusun toplam nüfusa oranındaki artış, ileri yaş ve engelli turizmi açısından önemlidir. Bu gelişme, ileri yaş insanlarının farklı sağlık harcamalarını ve farklı tedavi süreçlerini beraberinde getirmektedir. Özellikle hızla yaş ortalaması artan Avrupa ülkelerinde yaşlı bakımı maliyetleri ciddi boyutlara ulaşmaya başlamıştır.

İleri yaş turizmi içinde gezi turları, rehabilitasyon hizmetleri, çeşitli terapiler, bakım evlerinde yaşlıların bakımı ve engelliler için özel geziler ve bakıma dönük tedaviler bu sağlık turizmi çeşidinin alt başlıklarıdır. Engelli ve ileri yaşlı nüfusun sağlık amaçlı seyahatleri de daha önce ifade edildiği gibi bu başlık altında ayrıca inceleme gerektiren bir diğer konudur. (Aydın,2011).

Yaş ortalaması oldukça yüksek olan ve sağlık harcamalarında zorunlu harcamaların arttığı Avrupa ülkeleri, bu açıdan potansiyeli yüksek bir pazar olarak karşımızda durmaktadır. Bu potansiyelin kullanılması için klimatik avantajlarımızın da sürece dahil olmasıyla ciddi bir ilerleme kaçınılmaz olarak değerlendirilebilir. (Aydın,2011).

2.2.4. Sağlık Turizmi Hedef Kitlesi

Sağlık turizminin hedef kitlesi, sağlığı bozulmuş olan insanlar ile sağlığını korumaya duyarlı olan insanlar şeklinde tanımlanabilir. Bu kapsamda sağlık turizmi katılımcıları genellikle hastalarve hastanın ailesi ve yakınlarıyla, sağlığına önem veren ve sağlığını korumak için bu turizm faaliyetlerine katılan kişilerdir.

Tablo 2.2.4. Sağlık turizminde sunulan sağlık hizmet kategorilerinin ve faydalananların özellikleri

	Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Hizmetler	**Tedaviye Yönelik Hizmetler**	**Rehabilitasyon Hizmetleri**
Hizmetten Faydalananlar	• Orta ve üst düzey gelir grubu • Sağlıklı • Düşük sağlık riski • Bütün yaş grubu	• Orta ve üst düzey gelir grubu • Seyahat edebilecek kadar sağlıklı • Değişken sağlık riski • Orta ve üzeri	• Üst düzey gelir grubu • Özel ihtiyaçlar • Düşükten orta düzeye doğru sağlık riski

		yaş grubu	
Sağlık Hizmetlerinin Kapasite Gerekleri	• İyi bir temel sağlık hizmeti • Hastane hizmetleri için artan bir beklenti	• Uzman hekim • Müdahalelerden destek tedavilere kadar çok çeşitli ihtiyaçlar • Yüksek düzeyde teknoloji	• Yüksek düzeyde teknoloji • Uzman hekim • Temek sağlık hizmetleri • Tıbbi tedaviden ziyade terapötik müdahaleler
Süre	• Değişken (Hizmeti alana veya alınan hizmete göre değişiyor)	• Tahmin edilebilir • Daha kısa • Takip gerektirir	• Daha uzun • Değişken

Kaynak:(Yalçın P., 2006)

Dünya Sağlık Örgütü'nün **"İki Binli Yıllarda Herkese Sağlık"** prensibiyle sağlık turizmi, önemlibir ekonomik alan ve bazı ülkelerin ekonomisine ciddi katkı sağlayan bir sektör haline gelmiştir. Dünyada son yıllarda büyük gelişme kaydeden ve yıllık cirosu 100 milyar $'a ulaşan bir sektördür. Bunun 40 milyar doları sadece tıp turizminden elde edilmektedir. Türkiye'nin ise bu pazardaki payı %1 civarındadır. Türkiye'de 2010 yılında medikal turizm pazarının büyüklüğü 850 Milyon ABD Doları olarak tahmin edilmekte olup, bu rakamın önümüzdeki 5 yıl içerisinde 1 Milyar ABD Dolarına çıkarılması hedeflenmektedir. (Türkiye sağlık sektörü raporu, 2012).

Sağlık turizminin temel amacı, insanlığın daha iyi sağlık hizmeti alması ve sağlıklı yaşam süresini artırması ve sağlığa erişebilirliği kolaylaştırmasıdır. Özellikle Uzakdoğu (Malezya, Singapur, Tayland, Hindistan), Ortadoğu (Dubai, Ürdün, İsrail, Mısır), Doğu Avrupa (Türkiye, Macaristan, Polonya, Çek Cumhuriyeti), Batı Avrupa (Almanya, Avusturya, Belçika), Güney Afrika, Kuzey Amerika, Brezilya, Güney Kore ve Çin bu sektörde öne çıkmaktadır (Çukurova Kalkınma Ajansı Sağlık Turizmi Kümelenme Çalışması, 2012, s. 11.).

Ekonomi Bakanlığınca 2012 yılında en çok gelir getirici ve desteklenecek 4 alanı şu şekilde işaret etmektedir; Sağlık Turizmi, Bilişim/Yazılım, Dizi Film/Sinema ve Eğitim. Bu sıralamada sağlık turizminin başı çekmesinin sebebi, Türkiye'nin 4 saatlik uçuş mesafesinde 56 ülke, 1,5 milyarlık nüfus ve 31,5 milyon turist potansiyeline sahip olmasıdır (2012/4 Sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmetlerin Ticaretinin Desteklenmesi Hakkındaki Tebliğ).

Sağlık turizmi alanında Türkiye, özellikle geçtiğimiz 20 yıllık sürede önemli gelişmelere imza atmış, dünyanın sağlık turizmi alanındaki en başarılı ülkeleri ile rekabet etmeye başlamıştır. Amerika'nın güvenilir medikal turizm şirketlerinden

MedRetreat, 2010 yılında hem egzotik hem de kaliteli tıp hizmeti alınabilecek yerler olarak Hindistan, Tayland, Malezya, Brezilya, Arjantin, Türkiye, Kuzey Afrika'yı belirtmiştir. Bu ülkelerin seçimindeki en önemli faktörler uluslararası medikal turizm sektörü içerisinde en kurumsal, en deneyimli ve yüksek kalitede hizmet sağlayıcıları olarak gösterilmeleridir (Çukurova Kalkınma Ajansı Sağlık Turizmi Kümelenme Çalışması, 2012, s. 12).

Söz konusu bu hizmetlerin organize edilmesi, sunumu ve yapısı, her ülkenin sahip olduğu politik yapı, demografik özellikler, gelişmişlik düzeyi, nüfus artış hızı ve bilişimi, doğum oranları ve ortalama hayat beklentileri gibi faktörlerden etkilenmekte, dolayısıyla bu unsurlar finansman yöntemlerini şekillendirmektedir. (Aktan ve Işık,2006).

Yüksek oranda döviz girdisi sağlamasının da etkisiyle 2010 yılında turizm gelirlerinin ülke dış ticaret açığını kapatma oranı %34,4'tür. Bahsi geçen bu rakamlar ülke ekonomisi için azımsanmayacak düzeydedir ve turizmin Türkiye için önemini vurgulamaktadır.

GSYİH ve ihracattaki payının yanında sektörün önemini vurgulayan bir diğer nokta da istihdamdır. Turizm alanında çalışanların Türkiye istihdamındaki payı 2010 yılında %5,21 olarak belirlenmiştir. Sanayideki dışa bağımlılık (ithalat ihtiyacı) oranlarına kıyasla turizm yatırımlarında ihtiyaç duyulan teçhizatta dışa bağımlılık oranı oldukça düşük olup %10'un altında kalmaktadır. (Aksu ve Aktuğ,s.4).

Türkiye'ye son yıllarda gelen yabancı hasta sayısı 100 binin üzerinde olup sağlık için gelen turistin normal turiste göre yaklaşık 5 kat daha fazla harcama yaptığı tespit edilmiştir. Türkiye'ye gelen bir hastanın, seyahat ve hastane dışı masrafları hariç, sadece tıbbi müdahale için 3.500 ile 35.000 dolar arasında harcama yaptığı bilinmektedir. Kimi zaman bu rakam çok daha yukarılara çıkabilmektedir.

Tedavi dışındaki konaklama, ulaşım, refakatçi gibi diğer masraflar da düşünülürse, ülkemize ciddi rakamlarda turizm girdisi olduğu açıkça görülmektedir. Ayrıca, ödenen dolaylı ve dolaysız vergiler degöz önüne alınınca, sağlık turizminin ekonomik anlamda ne denli önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Hizmete olan talep artışı ve bu bağlamda sektörde yapılan iyileştirme ve geliştirme çalışmaları da, bir yan fayda olarak, Türk halkının daha iyi bir sağlık hizmetine kavuşmasına da vesile olmuştur. (Vardan, 2012, s.5).

Türkiye'yi sağlık turizminde öne çıkaran bazı özellikler bulunmaktadır. Türkiye, sağlık turizminde uygun fiyatlar sunan ülkelerden bir tanesidir. Tedavilerde Türkiye'nin

sağladığı fiyat avantajı zaman zaman yüzde 70'lere varmaktadır. 60'dan fazla ülkeye vizesiz ulaşım imkânı bulunmaktadır.

Türkiye en çok tüp bebek tedavisi yapılan 4 ülkeden biridir. Türkiye'ye en çok hasta gönderen ülkeler Almanya, Hollanda, Avusturya, Irak, Suriye, Sudan, Türk Cumhuriyetleri, Ortadoğu Ülkeleri ve Belçika'dır. Bu noktada Türkiye, bulunduğu coğrafik konumu, iklim, kültür, siyasi ve ekonomik istikrar özellikle de sağlıkta dönüşüm programı sonrasında gelişen sağlık hizmetlerinin kaliteli ve ekonomik sunumuyla çok büyük bir avantaja sahiptir (Çukurova Kalkınma Ajansı SağlıkTurizmi Kümelenme Çalışması, 2012, s. 21).

Üniversiteler, hastaneler ve sağlık kuruluşları, sigorta şirketleri, seyahat acenteleri, sivil toplum kuruluşları, turizm ve konaklama tesisleri ve diğer kamu kurumları arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesi ile oluşturulacak olan ortak hareket ve yapıcı rekabet gücü ile sağlık turizminin pazar payının artırılması hedeflenmektedir. (Çukurova Kalkınma Ajansı Sağlık Turizmi Kümelenme Çalışması, 2012, s. 24).

Hedef ülkelerdeki hastanelerin daha az maliyetli olmasının bazı nedenleri arasında; işçi maliyetinin az olması, gayrimenkul fiyatlarının düşük olması, yapı maliyetlerinin düşük olması, döviz kurlarının uygun olması, vergilerin düşük olması, medikal turizm hastaları için alacak toplama durumlarının olmaması, acil tedavilerde istismara yönelik tedavi giderlerinin oluşturulmaması, yönetimsel dökümanların az olması, daha az bürokratik işlem ve daha ucuz medikal araç–gereç/cihaz/ilaç temin edilebilmesi sayılabilir. (İbiş, 2012, s.14).

2.2.5. Sağlık Turizminde Algı, Tanınırlık ve Markalaşma

Bir yapının başarısı, büyük ölçüde, yurtdışı hastalar ve ödeyici kuruluşların o yapı hakkındaki algısına bağlıdır. Bu nedenle bir marka için yapıldığı gibi, kurumun ünü üzerinde çalışılmalı ve korunmalıdır.

"Sağlık için Türkiye'yi ziyaret et" ve "Türkiye'nin Lider Hastaneleri" gibi Sağlık Turizmi markaları kendilerini Sağlık Turizmi yapılan ülke ve/veya bölgelerle sınırlamazlar. Sağlık Turizmi çerçevesinde sunulan sağlık hizmetleri ve özellikle de medikal turizm şimdilerde kendilerini "markalar" gibi, geliştirme ve tanıtma içerisindedirler. (Hizmet Markaları).Uluslararası, köklü ve saldırgan ve aynı zamanda parası çok olan rekabet yüzünden, kurumlar kendilerini bir marka olmanın gerektirdiği gibi diğerlerinden ayrıştırmaya ihtiyaç duyacaklardır.

Sonuç olarak, tanıtım ve pazarlama yapılması için, kurum bir marka olmalı ve markalaşmış olarak görülmeli ve öyle hareket edilmelidir. Burada şu hiç

unutulmamalıdır ki, aynı zamanda kurum, bir marka ve bir Sağlık Turizmi ülkesi olarak Türkiye'yi tanıtacaktır. Bununla birlikte, kurum hatta Türkiye'deki diğer markalardan da kendisini ayrıştırmak zorundadır. Kurum ve Türkiye açısından, "Hizmet Markası" olarak "Sağlık için Türkiye'yi ziyaret et" sitesi önerilebilir. (www.visitturkeyforhealth.com)

Yapı içerisindeki Hastaneler de Marka ile ilişkilendirilecek ve "Türkiye'nin Lider Hastaneleri " web sitesinde sergilenecektir (www.turkishleadinghospitals.com).

Tıbbi sağlık turizmi dünyadaki insanların dikkatini çektiği ama buna rağmen bu turizme gerekli düzeyde ilgi olmadığı görülmektedir.

Sağlık turizmi konusunda tedavi yöntemlerinin beş ayrı türü vardır. Çoğu yolcuların amacı, yerinde tedavi sağlanması ve tıbbi tedavide kalite, maliyet azaltması ve hızlı hizmet sunulmasıdır.

Birinci Tür Sağlık Turizmi: Maliyet, dikkat eksikliği, modern teknolojiler ile üstün donanım ve yüksek kalitede hizmet almak için insanlar farklı yerler bulmaya çalışıyor. Yapılan araştırmada dünyada % 40, oranında insanlar tedavi amaçlı başka ülkeleri tercih ediyor.Tedavi için gelişmiş ülkelere seyahat bunlara bir örnektir.

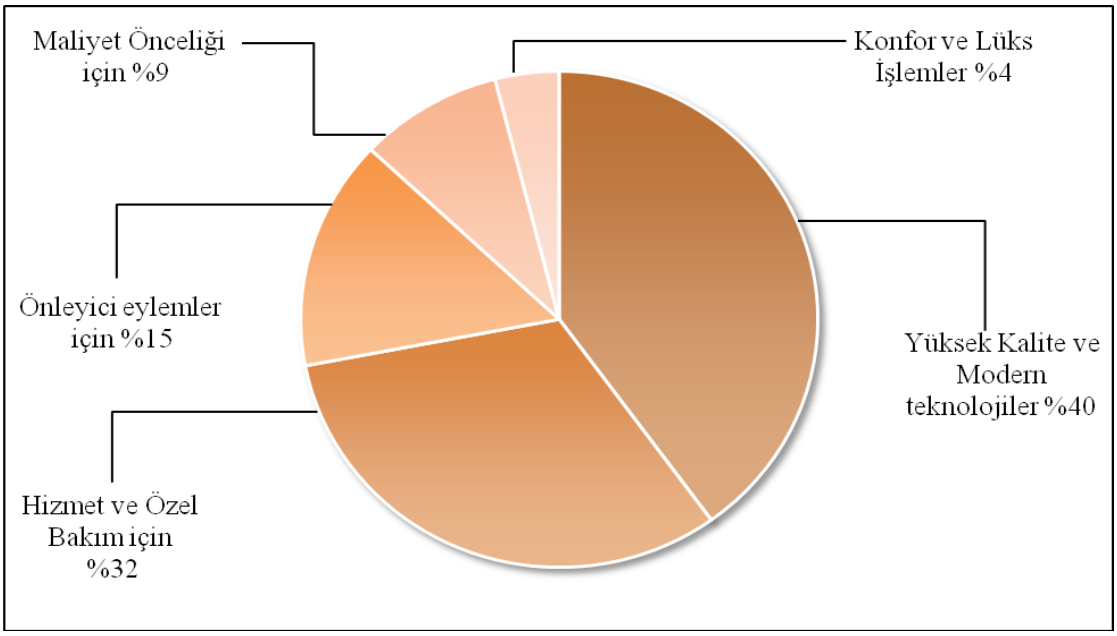
İkinci Tür Sağlık Turizmi: Kendi ülkelerinde hizmet ve özel bakım arayan hastaların sayısı %32 oranındadır. Gelişmekte olan bir devlet olarak Hindistan'ın kendi vatandaşları bu oranda hizmet almaktadır. ABD'li araştırmacılar tarafından Hindistan'da yapılan bir çalışmada, bu ülkede tıbbi seyahat konusunda karşılaşılan sorunlar ve zorluklar incelenmiş ve vatandaşların maliyet konusunu birinci seviyede tutakları gözlenmiştir.

Üçüncü Tür Sağlık Turizmi: Yapılan araştırmada önleyici eylemler ve erişim hızı gibi konular%15 oranında tercih sebebi olup en çok kalp ve kemik hastaları gibi komplikasyonları önlemek için tercih edildiği görülmüştür.

Dördüncü Tür Sağlık Turizmi: Maliyet konusunu öncelikli olarak düşünen ve alacağı hizmet karşılığı ödeyeceği maliyeti düşünerek seçim yapanların oranı %9 olarak belirlenmiştir.

Beşinci Sağlık Tür Turizmi: Durumuna göre tedavi alacak kişilerin ücretleri biraz pahalı ve gücünü aşmasına rağmen kabul edenlerin sayısı %4 olarak belirlenmiş ve bu hastaların bazılarının kozmetik işlemler içinde tercih ettiği görülmüştür (Indıa, 2011, page 6).

Şekil 2.2.5. Sağlık Turizmi Çeşitleri

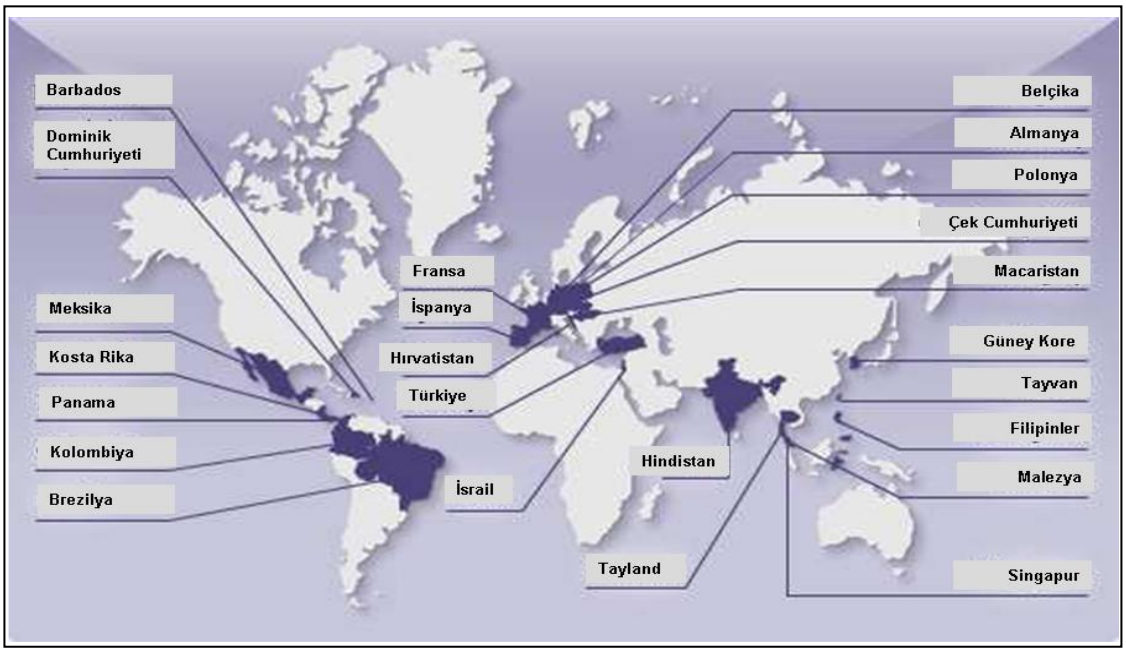


Kaynak:A study by Indian Institute of Tourism and Travel Management, A study of problems and challenges faced by medical tourists visiting India,Indıa, 2011, page 6

2.2.6. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi

Dünyada sağlık turizmi son on yılda hızlı bir gelişme göstermiştir. Sağlık turizmiyle ilgilenen devletlerin başında; Hindistan, Kosta Rika, Macaristan, Türkiye, Litvanya, İsrail, Ürdün, Tayland, Malezya, Güney Afrika ve Küba gelmektedir.

Şekil 2.2.6. Dünyada Sağlık Turizmi ile Uğraşan Ülkeler Haritası



Kaynak: Metin, Bekir: "Dünya'da Ve Türkiye'de Sağlık Turizmi- Durum Tespit Raporu Ve Çözüm Önerileri", 2010.

- Amerika kıtasında; A.B.D, Brezilya; Karayipler, Kolombiya, Kosta Rika, Kuba, Meksika, Panama.
- Avrupa ve Afrika kıtalarında; Hırvatistan, Macaristan, İspanya, Türkiye, Dubai, Urdun, Güney Afrika, Almanya, Fransa.
- Asya kıtasında; Hindistan, Güney Kore, Malezya, Filipinler, Singapur ve Tayland sağlık turizmi alanında yabancı hasta kabul eden bazı ülkelerdir (Metin,2010).

Asya kıtası medikal turizm açısından dünyadaki en önemli bölgedir. Bölge yılda 1,3 milyon medikal turisti çekmektedir. Tayland, Singapur, Hindistan, Güney Kore ve Malezya gibi ülkeler ile medikal turizmin kapsamı şaşırtıcı boyutlara ulaşmıştır. Bu ülkeler arasında özellikle Hindistan oldukça düşük fiyatları ile pazarda önemli bir yer edinmektedir. (Gümüş ve Büyük, 2008).

Nereden bakılırsa bakılsın sağlık turizmi önüne geçilemeyecek ve geçilmemesi de gereken bir olgudur. Ülkeler arasında çeşitli alanlarda iş, birlik ve ortaklıkların artması, bireyin sınır ötesi seyahat özgürlük ve imkânının çoğalması, vize ve ulaşım gibi engelleyici unsurların azalması, ülkelerin gelirlerinde ciddi artışları doğurmaktadır. Nitekim gezi ve tatil turizminin bıraktığı gelirlerin (ortalama 650 Dolar) kişi başına sağlık turizminden elde edilen gelirlere oranla çok düşük kalması gibi nedenlerden dolayı pek çok ülke sağlık turizmini ulusal bir turizm politikası olarak ele almaktadır.

Amerika'da yapılan bir araştırmada yurtdışında sağlık hizmetleri almak için en az 6.000 (altı bin) Dolar ve üstü harcamalarda tasarruf yapıldığı, bu miktarın altında kalan tedavilerde yurtdışına gitmenin bir tasarruf sağlamadığı belirtilmektedir. Diğer yandan, yapılan tedavi, sunulan hizmetlerin çeşitliliği ve bunlar arasında çok ciddi fiyat farkları olması nedeniyle sağlık turizminde turist başına ortalama bir fiyat vermek oldukça zordur. Bununla birlikte açık kalp ameliyatı, kök hücre nakli, diz ve kalça yenilemeleri gibi karmaşık ve ağır tıbbi müdahalelerde on binlerle ifade edilen miktarlar söz konusu olabilmektedir.

Bu nedenle Hindistan, Almanya, Malezya, Singapur, Amerika Birleşik Devletleri ve Tayland gibi ilk 10'a dâhil olan ülkelerde özellikle ciddi girdiler sağlayan tedavi türleri öne çıkmaktadır.

Ayrıca bu ülkeler kamu ve özel sektör paydaşları olarak birlikte işbirliğine yönelmiş, ülkeleri yararına artı değer oluşturarak politika ve alt yapılarını buna göre kurgulamışlardır. Örneğin Almanya, 11 Eylül saldırılarından sonra yeni bir hedef ülke arayan özellikle zengin körfez ülkelerinden gelen hastalara kucak açarak ABD'den

boşalan yeri doldurmayı başarmıştır. Sessiz sedasız yürüyen Almanya, Kuveyt başta olmak üzere diğer zengin Arapları ülkesine çekmekte ve bu guruba sağlık hizmetleri sunmakta epey yol almış bulunmaktadır.

Dünyanın şimdi sağlık turizmi bağlamında yeniden şekillendiği söylenebilir. Diğer bir ifadeyle dünya medikal turizm pazar bölgeleri ülkeler tarafından pay edilmeye başlandığı göz önüne alınarak Türkiye'nin nereye yoğunlaşacağı, hedef kitleleri kimlerin oluşturacağı, belirlenen hedeflere ulaşabilmek için tanıtım konusunda nasıl bir yöntem izleyeceği vb. gibi konularda tüm paydaşlar ivedilikle plan ve stratejiler yapılabilir.

Medikal turizm pazarında talep Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve Orta Doğu olarak üç bölgede yoğunlaşırken, bu bölgelerdeki talebin destinasyonlara dağılımı bakımından; Avrupalı medikal ziyaretçilerin favori ülkesi Hindistan, Malezya ve Tayland'dır. Malezya İslami referansı nedeni ile Ortadoğu pazarına hâkimdir. Singapur, daha önce belirtildiği üzere Japon pazarının temel destinasyonudur. Küba doğal olarak Orta Amerika pazarına yönelmiştir.

Tayland'da medikal turizm hareketleri 1970'lerde cinsiyet değişimi operasyonları ile başlayıp daha sonraları estetik cerrahiye yönelim göstermiştir.

Hindistan günümüzde medikal turizmin merkezi olarak kabul edilmektedir ve bu alanda en önemli küresel merkez haline gelebilmek için teknolojisini yenilemiş, batılı tıbbi yöntemleri uyarlamış, düşük maliyetler ve hızlı bakım sağlayabilmesini reklâmlarında vurgulamıştır. Bu ülkede 1990'ların ortasından itibaren ekonomik liberalleşme sayesinde özel hastaneler teknolojiyi ve diğer tıbbi malzemeyi daha kolay ithal edebilir hale gelmiş bu sayede de altyapılarını batılı hastanelerin düzeyine getirebilmişlerdir.

Hindistan'daki en büyük özel uluslararası sağlık servis grubu olan Apollo'nun 2004 yılında 37 tane hastanesi, Kuveyt, Sri Lanka ve Nijerya'daki hastaneler ile ortaklığı vardır ve Dubai, Bangladeş, Pakistan, Tanzanya, Gana, Filipinler, Londra ve Chicago'daki büyüyen özel Kuruluşlar ve uluslararası bağlantıları olan diğer kuruluşlar ile bunu planlamaktadır (Connel, 2006: 7).

Bununla birlikte, hastanelerin iyileşmesi ve maaşların artması sayesinde denizaşırı çalışan doktorlar da kendi ülkelerine geri dönmeye başlamışlardır. Geriye dönen doktorların çoğunun uluslararası deneyimlerinin olması, potansiyel turistleri kendilerini daha rahat hissedebilmeleri için reklâmlarda kullanılabilecek bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Hindistan'daki büyük hastane zincirleri yabancı hastalar

için özel tercümanlar istihdam ederken, büyük oranda İngilizce konuşabilen bir ülke olmasının avantajlarından da yararlanılmıştır.

Teknoloji batılı ülkeler düzeyinde olup, doktorlar deneyimli ve batılı prosedürlere aşina, iş gören ve sigorta maliyetleri çok düşüktür. Bu ülkede kalp ameliyatı gibi enfeksiyon riski yüksek ameliyatlarda bile başarı oranları dünyanın en iyi hastaneleri ile karşılaştırabilir durumdadır. (Gümüş, Fadime ve Özge Büyük (2008): "Sağlık Turizminde Yeni Açılımlar: Tıp Turizmi", III. Balıkesir Ulusal Turizm Kongresi, 17-19 Nisan 2008, Balıkesir. Kongre Bildiri Kitabı, 433-442).

Aksu (2001)'ya göre, ülkemizde sağlık turizmi denildiğinde üç kuruluş öne çıkmaktadır. Bunların görev dağılımına bakıldığında; turizm ve sağlığın planlanmasından ve teşvik edilmesinden Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı sorumludur. Turizm Bakanlığı konaklama, seyahat gibi bu sektöre doğrudan hizmet veren işletmeler için kuralları koyucu, yol gösterici ve denetleyici bir kuruluştur. Sağlık Bakanlığı'nın ise sağlık kurumlarının kurulması, sağlık personelinin yetiştirilmesi ve istihdamı, çeşitli kamu sağlığı hizmetleri veren ünitelerin denetimi gibi görevleri bulunmaktadır. Turizm sağlığı ve turistlere yönelik sağlık hizmetlerinin kaliteli ve etkin olarak verilmesi için her iki Bakanlığın koordineli bir şekilde çalışması gerekmektedir.

Bu alanda yapılan çalışmalar Devlet Planlama Teşkilatı tarafından sürdürülen kalkınma ve yatırım planlarında yer almaktadır (Yalçın,2006). Devlet Planlama Teşkilatı'nın son üç dönem çalışmaları (7.,8.,9. Beş Yıllık Kalkınma Planları) içinde sağlık turizmi ile ilgili planlar şöyledir:

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda "Turizmin mevsimlik ve coğrafi dağılımını iyileştirmek ve dış pazarda değişen tüketici tercihleri de dikkate alınarak yeni potansiyel alanlar yaratmak amacı ile golf, kış, dağ, yayla, termal, soğuk, yat, karavan, kruvaziyer, kongre ve eğlence turizmini geliştirme faaliyetlerine devam edilecektir. Yerli tur operatörlüğünün yaygınlaştırılmasına çalışılacak, tanıtma ve pazarlama faaliyetlerinin geliştirilmesi ve uygulanması için yeni finansman kaynaklarının oluşturulmasına kamu kesiminin yanı sıra özel sektörün katılımı da sağlanacaktır" ifadesi bulunmaktadır (DPT, 1995).

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise "Turizmin değişen tüketici tercihlerini dikkate alınarak geliştirilecek yeni alanlarla turizm mevsiminin yılın tamamına ve turizm potansiyeli olan ancak bu güne kadar yeterince ele alınmamış bölgelere yayılmasına yönelik tedbirler alınacaktır. Turizmin mevsimlik ve coğrafi

dağılımını iyileştirmek ve dış pazarlarda değişen tüketici tercihlerini de dikkate alarak yeni potansiyel alanlar yaratmak amacıyla golf, kış, dağ, termal, sağlık, yat, kongre turizmi ve ekoturizm ile ilgili yönlendirme faaliyetleri sürdürülecektir" denilmektedir. (DPT, 2000).

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise; "Ürünü çeşitlendirmek; kongre, dağ ve kış turizmi, sağlık ve deniz kürü ağırlıklı termal turizm, yat turizmi, doğa ve yayla turizmi gibi türlerde ek teşvikler sağlanması, üçüncü yaş ve gençlik turizminin ayrıca teşvik edilmesinin gerekliliğinden bahsedilmektedir. Sonuç olarak Türk turizminin çeşitlendirilmesi ve on iki aya yayılması kapsamında termal ve sağlık turizmi, kültür turizmi, kongre turizmi, dağ ve yayla turizmi, kış turizmi, üçüncü yaş ve gençlik turizmi, yat ve deniz turizmi yatırımlarına öncelik verilmesi" hususuna değinilmiştir. (DPT,2006).

Türkiye sağlık turizminde bölgesel gücü elinde bulundurmaktadır. Bu güce dayanarak da sağlık turizmi kapsamında, klinik konukevi, sağlıklı yaşam tesisleri ve geriatrik tedavi merkezleri gibi yatırımlar yapılarak sayıları artırılmaktadır. Sağlık Bakanlığı ayrıca Türkiye'ye gelen turistlere ve yabacı hastalara yönelik olarak acil çağrı merkezi 112 ve hasta şikayet hattı 184 de yabacı dilde gelen çağrılara cevap verecek tercümanlar başlatmıştır.

Sağlıkta dönüşüm programı ile Türkiye sektörde büyük bir ilerleme kat etmiştir. Bu durum sonucunda artık sağlık hizmeti için yurt dışına gidiş neredeyse sıfıra düşmüştür. Sonuçta sunulan kaliteli, uygun fiyatlı hizmetlerin bilincinde olan yabancı turistler Türkiye'ye gelmeye başlamıştır. (http://www.saglikturizmi.org.tr/makale.html)

Türkiye'de medikal turizm birçok bölgede termal turizmi ile birlikte yürütülebilmektedir. Bu durum ülkenin çok önemli bir avantajıdır. Özellikle kaplıcaların birçok rahatsızlığı tedaviedici etkisi bu birlikteliği kolaylaştırmaktadır. Termal turizm açısından önemli bir jeo-termalkuşak üzerinde yer alan Türkiye, bu alandaki kaynak zenginliği ve potansiyeli bakımından da dünyada ilk 7 ülke arasına girmektedir. (Soydan, 2007).

Sonuç olarak konu ile ilgili uzmanların değerlendirmelerine göre, Türkiye'ye gelen hastaların büyük birçoğunluğu Avrupa'dan gelmektedir. Bunlardan göz ameliyatı için Türkiye'yi tercih eden turistler ülkede ortalama 4-5 gün kalmaktadır. Sadece göz ameliyatı için gelen hastalar Türkiye'ye ortalama 2.500 Dolar döviz bırakmaktadır

(Connell, John (2006): “Medical tourism: sea, sun, sand and surgery”, Tourism Management, 27, 1093, 1100).

İkinci sırada da kısırlık tedavisi için gelmektedir. Türkiye açısından medikal turizmde kişi başına ortalama harcamanın 2.500-3.000 Dolar olduğu ve tatil turizmi ortalamasının da 650 Dolar olduğu düşünüldüğünde medikal pazarın ne kadar önemli olduğu kolayca anlaşılmaktadır.

2.2.7. Sağlık Turizminde Sağlık Hizmetlerinin Tercih Sıralaması

Günümüzde yurtdışındaki hastalar medikal turizm hareketine katılırken, önce gidilecek ülke veya bölge, daha sonra gidilecek sağlık kurumu ve ondan sonra da, tedaviyi gerçekleştirecek doktor veya ekibi seçmektedirler.

Bu nedenle ülke olarak gidilecek bir yer gibi görülme ve o şekilde hareket etmeye ihtiyaç vardır. Bu ise Türkiye’nin tanıtımı ile birlikte tanıtılmaya ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Maliyeti öncelikli tutan hastalar açısından, gidilecek olan yer seçimi genellikle bölge ile başlarsonra ülke, şehir, kurum (hastane) ve tedaviyi uygulayacak doktor tercihine kadar gider. Fakat gidilecek yer konusunda bir kere güven oluşmuşsa tedaviyi kimin yapacağının çoğuzaman çok önemi yoktur.

Hastanın maddi konuda bir sıkıntısı yoksa seçim işlemi tersine döner ve en iyi hastane ve ekip veya doktor ve sonra da gidilecek olan coğrafi bölge şeklinde olur. Bu nedenle maliyeti önceleyen hastalar için “hedef ülkeler” olarak görülen bazı ülkeler aynı zamanda, maliyet kendileri için ikinci planda olan hastaların da tercih ettiği ülkeler arasında yer alır. Buna örnek olarak USA, İngiltere ve Almanya gibi ülkeler gösterilebilir. Bu gözlemler tanıtım ve pazarlama stratejisi ve pazarın segmentasyonunun planlanması sırasında dikkate alınır.

Sağlık turizminin ülkeler ve illerin ekonomik durumlarına birçok olumlu etkisi vardır. Sağlık turizminden yararlanmak için ülkeye gelen turistlerden sağlanan gelirlerin ülke ve il ekonomilerini geliştirmesi, ülkeler arasında çeşitli kültürel ve sosyal paylaşımlar sağlaması, bilgi, beceri ve teknoloji alışverişi bunlardan bazılarıdır. Ayrıca sağlık turizmi, ülke ve ilin medikal sektör ve ticaretinin gelişmesi, sağlık hizmetlerinde kalitenin artması ve bu hizmetler doğrultusunda kamu ve sağlık teşekküllerinin bütün bir yapı sergilemesine olumlu yönlerden katkılar sağlayabilmektedir(Annette B ve deArellano,2007).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramıyla birlikte son yıllarda giderek daha çok gündeme gelen hasta memnuniyetinin ölçülmesine dayalı çalışmaların sayısı

artmaktadır. Hastaların hastane hizmetleri ve hizmet ekibinden beklentileri ile gereksinimlerinde önceliklerin belirlenmesi ile hastaların hizmet sunumuna ilişkin görüş ve geri bildirimleri, sağlık hizmetlerinde kalitenin tesisi ve iyileştirilmesi için son derece önem taşımaktadır. (Ersoy Füsun, Edirne Tamer, Yıldırım Cenap, 2005).

2.2.8. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Özellikleri

Sağlık hizmetleri kavramı (Öztürk 2000: 142) tarafından şöyle tanımlanmaktadır: "sağlık hizmetleri, bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar kapsamında bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı ya da hepsini gerçekleştirmek gayesi ile konularında uluslararası standartlara uygun yüksek öğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ulaşılan bilimsel bilgi birikimlerini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak suretiyle harekete geçiren ve sağlık konusunda başta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını kullanan kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer kuruluşlara ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır."

Sağlık hizmeti, insanların önceden deneyiminin olmadığı, bunedenle de kıyaslama ve sınama sınırlılığının olduğu, genellikle uzun araştırmaya fırsat olmadan hazırlıksız yakalandığı ancak alması zorunlu ve vazgeçilemez bir hizmettir. (Terakye Gülşen, (2004).

Temel sağlık hizmeti ise, sağlık sisteminin özü ve aynı zamanda toplumun sosyal ve ekonomik gelişmesinin önemli bir parçasıdır. Temel sağlık hizmeti, halkın yaşadığı ve çalıştığı bölgelere imkânlar ölçüsünde yakın yerlerde sunulan, sürekli sağlık hizmeti sürecinin ilk basamağı, toplumun, ailelerin ve bireylerin ulusal sağlık sistemi ile karşılaştıkları ilk noktadır. (Kızılçelik, 1996:124).

Son yüzyıl içinde gelişmiş batı ülkelerinde sağlık alanında çok büyük ilerlemeler kaydedilmiş, çok ileri teknolojiler geliştirilmiş ve ortaya gelişmiş sağlık kuruluşları içeren ulusal sağlık sistemleri çıkmıştır. Hatta küreselleşen dünya kavramı içerisindeiki binli yıllarda ulusal sağlık politikalarının yanında uluslararası ilişkileri daha da geliştirerek dünya sağlık politikaları ve dünya sağlık hizmetleri yönetimi gündeme gelmiştir. (Toker, 1999:12).

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur. Bu konuda geliştirilmiş bir gruplandırma Şekil 2.2.8'de gösterilmiştir.

Gruplandırmanın en sağında yeralan kesim sağlık ürünleri ve hizmetlerini talep eden ve sayıları oldukça farklı olan"sağlık hizmetleri tüketicileri"dir. Sağlık hizmetleri tüketicilerine -hasta ya dapotansiyel hastalar- en yakın diğer grup "sağlık hizmetlerini üstlenenlerdir." Bunlar;serbest çalışan doktorlar, hastaneler, klinik ve sağlık koruma kuruluşları, laboratuvarlar,bakım evleri ve eczanelerden oluşmaktadır. Bu iki gruba sağlık ürünlerini sunan grup"sağlık hizmetleri ve ürünlerini sağlayanlardır."

İlaç firmaları, tıbbi malzeme, cihaz vedonanım (tefrişat) sağlayan kuruluşlardan oluşan bu grubun en önemli özelliği kâr amaçlı çalışmaları ve ileri düzeyde pazarlama tekniklerini kullanmalarıdır. Son grup "sağlık sektörü oluşturucuları" dır ve sağlık kurumları, sigorta şirketleri, merkezi ve yerel sağlık birimlerinden oluşur. (Odabaşı, 1994: 26).

Sağlık hizmetleri denilince üreticilerinin ürettikleri mal ve hizmetler, hizmetlerin üreticisi durumunda olan doktorların teknik bilgi ve yetenekleri, sağlık kuruluşlarının teknolojik kapasiteleri, özel testler, ameliyat prosedürü gibi konular düşünülmektedir. Buna karşılık tüketicilerin bu terime bakış açıları daha farklıdır.

Sağlık hizmetleri konusunda tüketiciler için tıbbi bakım yanında sağlık personeliyle etkili iletişim, sağlık hizmetinin elde edilmesindeki kolaylık, fiziki imkânlar ve hizmeti üreten kişilerin kendilerine karşı tutumu önemli faktörlerdir. (Harcar, 1991: 38).

Sağlık hizmetleri sektörünün işleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde sağlık sektörünün kendine has kurallarının etkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri piyasalarının nitelik bakımından rekabet piyasalarına göre farklılaşması bazen kaçınılmaz olarak, bazen de sağlık hizmetleri veren özel ve kamu kurumlarının uyguladığı politikaların normal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

Sağlık piyasalarını diğer piyasalardan ayıran başlıca özellikler aşağıda olduğu gibi sıralanabilir. (Kurtulmuş,1998: 44-60):

a) Sağlık piyasalarında eksik rekabet şartları hâkimdir.
    - Arz ve talep arasında eşitsizlik vardır.
    - Sağlık hizmetlerini arzedenler kendi aralarında monopoller oluşturabilirler.

- Sağlık piyasasında talep belirsizdir.
- Sağlık piyasasına girişte bazı kısıtlamalar vardır.
- Alıcılar piyasa hakkında tam bilgi sahibi değillerdir.
- Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanamaz.

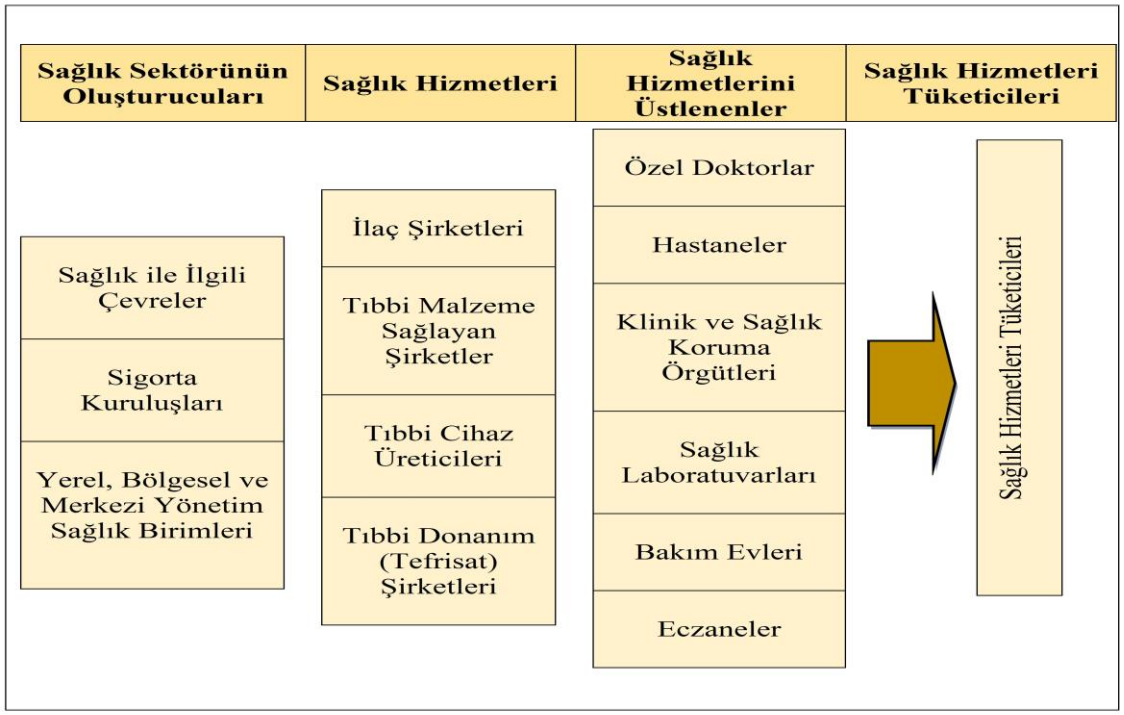
b) Sağlık piyasalarında dışsal faktörler mevcuttur.

c) Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez.

d) Fiyatlarla gerçek maliyetler arasındaki korelasyon zayıftır.

e) Sağlık piyasalarında (kâr amacı gütmeyen) karma bir yapı mevcuttur.

Şekil 2.2.8. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi



Kaynak: Odabaşı, Y. (1994): Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi YayınNo:799, Açıköğretim Fakültesi Yayın No:409, s. 26.

Sağlık kurumları hizmet üretmektedirler; dolayısıyla mal üreten sektörden farklı bazı özelliklere sahiptirler. Bu özellikler, sağlık işletmeciliğinin özel bir sektör olmasının nedenlerini de oluşturmaktadır. Mal üretim sektörü ile hizmet üretim sektörü ve dolayısıyla sağlık sektöründeki önemli farklılıklar şu şekilde sıralanabilir. (Yerebakan, 2000: 46-48):

a) Bir mal "bir nesne, bir araç, bir şey" iken; bir hizmet "bir eylem, bir performans,bir çaba" dır. Üretilen bir mal elle tutulmakta, gözle görülmektedir; ancak elle tutulmaz, gözle görülmez, duyulmaz, sergilenemez, bir ölçü birimiyle ifade edilemez özelliktedir.

b) Hizmette üretim ve tüketim eş zamanlı olandır**.** Yani, hizmet üretildiği zamanda tüketilmektedir. Bu nedenle de, hataların ve ihmallerin gözlenmesi vegiderilmesi daha zor olmaktadır. Hatta örneğin, yanlış bir tedavi sonucu bir hastanın sakat kalması ya da ölmesi halinde hatanın ya da ihmalin sonucunun düzeltilmesi mümkün olmamaktadır.

c) Bir malın üretiminde fabrikada-atölyede, çalışanlarla tüketiciler yüzyüze gelmemektedirler. Oysa hizmet sektöründe tüketici ile doğrudan temas söz konusudur; iletişim yüz yüze gerçekleşmektedir. Dolayısıyla, hizmeti sunanların giyimi, konuşması, davranışları vb. tüketiciyi etkilemektedir.

d) Üretim sektöründe, üretilen malların stoklanması mümkün iken, hizmetlerin stoklanması mümkün değildir. Kuşkusuz, bina, araç-gereç ve insangücü hizmet sunumu için hazır tutulabilir; ancak bunlar ürünün kendisini değil verimli kapasiteyi temsil ederler. Bir hizmet işletmesinde kullanılmayan kapasite, boşa akan musluk gibidir.

e) Sağlık sektörü yüksek düzeyde profesyonel yeterlik gerektirmektedir**.** Hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabilir; teknik olarak, hangi tetkikin ya da tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar veremeyebilir ve hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir.

f) Üretim sektöründe, tek tipte çok sayıda mal üretilmektedir. Sağlık sektöründeise, her biri ayrı bir birey olarak ele alınması gereken hastalara hizmet sunulduğundan, hizmet üretimi çok daha karmaşık bir süreçtir.

g) Mal üretim sektöründe daha ziyade sermaye yoğun teknoloji kullanılmaktadır. Sağlık sektöründe ise, yüksek teknoloji kullanılmakla birlikte, emek yoğun birüretim söz konusudur. Çeşitli araştırmalara göre, sağlık işletmelerinde toplam maliyetin yaklaşık üçte ikisini insan kaynakları oluşturmaktadır.

Mal üretim sektörü ile hizmet üretim sektörü arasındaki yukarıda sıralanan temel farklılıklara ek olarak; sağlık işletmelerinin ayırt edici özellikleri de şöyle özetlenebilir:

Bir çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur; sağlık hizmetlerinin sonuçlarını, diğer sektörlerde olduğu gibi, kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün olmamaktadır. (Yerebakan, 2000: 48).

Sağlık kuruluşlarının temel girdisi ve çıktısının ‘insan’ olması; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçlarını kısa birsüre içinde görme ve değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Bir otelde yenen yemeğin miktar ve niteliği konusunda karar vermek mümkün olduğu halde, hastanede bir ameliyatın sonuçlarını anında ve kolayca değerlendirmek mümkün değildir. (Kavuncubaşı, 2000: 56).

Çok sayıda meslek grubu birlikte hizmet vermektedir: Birbirinden çok farklı tıbbi hizmetler (poliklinikler, ameliyathane, acil servis, eczane vb.), otelcilik hizmetleri (banyo, tuvalet, çamaşır, ütü vb.), teknik hizmetler (bakım, onarım,aydınlatma, havalandırma vb.), otomasyon, danışmanlık, eğitim, araştırma,taşımacılık ve diğer bazı fonksiyonlar sınırlı mekânda bir arada bulunur. (Yerebakan, 2000: 48).

Yapılan işler karmaşık ve değişkendir: Sağlık kurumları, temel fonksiyonları olan tanı ve tedavi hizmetleri ile birlikte eğitim ve araştırma hizmetlerini de verebilmektedir. Verilen hizmetlerin sayısı arttıkça, karmaşıklık derecesi artar. Örneğin, bir üniversite hastanesi amaçları ve görevleri açısından bir devlet hastanesinden çok daha karmaşıktır. Çünkü, üniversite hastanesinde tanı ve tedavi hizmetleri dışında, eğitim, araştırma, çok daha kompleks vakaların tedavisi gibi hizmetler verilmektedir.

Yine aynı hastalığın tedavisinin kişiden kişiye yaş, cinsiyet, ırk, genetik özellikler gibi faktörler nedeniyle farklılık göstermesi tıbbi bakım hizmetlerinde standardizasyon sağlanamamasına yol açmaktadır (Kavuncubası, 2000: 54-55). Hastalıkların çok etkenli oluşu ve birey hastaların farklılıkları dolayısıyla, hizmetler kişiye özgü olmakta ve standardize edilememektedir. (Yerebakan, 2000:48).

Yapılan faaliyetlerin çoğu acil ve ertelenemeyecek özelliktedir: Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz hizmet verilir. Sağlık durumu bozulan kimseler diledikleri zaman sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvurabilir. Başvuruların geri çevrilmesi bilimsel, hukuksal ve etik açıdan mümkün değildir. Hastaların hizmetten yararlanmasının ertelenmesi de sözkonusu değildir.Örneğin kanaması olan bir hastanın tedavisinin ertelenmesi, ölüm tehlikesini beraberinde getireceğinden mümkün değildir. (Kavuncubaşı, 2000: 55).

Yüksek düzeyde uzmanlaşma vardır: Hastalıkların oluşmasında ve tedavisindeki değişiklikler, yeni hastalıkların ortaya çıkması, bilim ve teknolojideki hızlı gelişme uzmanlaşma derecesini arttırmaktadır. (Yerebakan,2000: 49).

Sağlık kuruluşlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir: Ayrı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.İşlevsel bağımlılık, bir bireyin veya birimin iş yapması için birbaşka birey ya da birimin hizmetlerine ihtiyaç duymasıdır. Bir sağlık kuruluşuna başvuran hastaya çok sayıda kişi ve birim hizmet verir. Hekimler tanı ve tedavi hizmetleri, hemşireler tedavi hizmetleri, eczacılar ilaç hizmetleri sunarlar.

Sağlık kurumlarında bireyin çeşitli nedenlerle işlerinin aksaması, sağlık kurumunu tümüyle olumsuz şekilde etkileyecektir. İşlevsel bağımlılığın çok olduğu

sağlık kurumlarında yönetimin temel görevlerinden biri eş güdümleme sağlamaktır. Yöneticiler eş güdümleme fonksiyonu aracılığı ile farklı birey ve birimlerin faaliyetlerini uyumlaştırarak onları ortak hedefe yönlendirirler. (Kavuncubası, 2000: 52-53).

Birçok farklı meslek grubunun bir arada hizmet verdiği hastanelerde, bir noktadaki aksama kurumun/hizmetin tümünü olumsuz etkiler. Bu nedenle farklı birimlerin koordinasyon içinde çalışması çok önemlidir. (Yerebakan, 2000: 49).

Çatışmaya yol açan ikili otorite yapısı vardır: Hastanelerde görev yapan insan kaynaklarının büyük ölçüde profesyonel kimselerden oluşması, bazı kimselerin alanlarındaki bilgi ve deneyimlerinden kaynaklanan otoriteye sahip olmalarını da beraberinde getirir. (Kavuncubası, 2000: 54). Yani meslek açısından kazanılmış bilgi ve deneyimler profesyonellere yönetime karşı otorite kazandırmaktadır.

İnsan kaynakları ağırlıklı olarak, kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflerine öncelik veren profesyonellerden oluşur: Profesyonelleşme yani meslekleşme, kurum çalışanlarının eğitim düzeylerine karşılık gelir. Sağlık kurumlarında görev yapan insan kaynakları, gerek hekim ve gerekse hekim dışında kalan hemşire, eczacı, psikolog, fizyoterapist gibi profesyoneller üniversite mezunudur.

Profesyonel kişiler mesleki hedefler üzerine odaklaşırlar ve onlar için mesleki amaçlar, kurumsal amaçların önündedir. Bir doktorun temel hedefi, maliyetini düşünmeden hastanın en iyi şekilde tedavi edilmesi olması iken sağlık kuruluşları yöneticisinin temel amacı, kalite ve verimliliğin eş zamanlı gerçekleştirilmesidir. Zaman zaman yönetimin kalite ve verimliliği yükseltmek amacıyla koyduğu kurallar profesyonel olan kişiler ve yönetim arasında çatışmalara neden olabilmektedir. (Kavuncubası, 2000: 53-54).

Çok uzun süreli ve zorlu eğitimden geçen profesyoneller, mesleki hedeflere yoğunlaşmaktadırlar ve mesleksel etik çerçevesinde çalışmaktadırlar. Profesyonel hedefler ile yöneticilerin odaklandığı kurumsal hedefler çatışabilmektedir. (Yerebakan, 2000: 49-50).

Hizmetin ve dolayısıyla gelirin belirleyici bölümünü oluşturan hekimlik fonksiyonları, tümüyle denetlenebilir özellikte değildir: Sağlık kurumlarında hizmet miktarı doktorların iş talebine (order) göre gerçekleşmektedir. Mesela doktor istemeden röntgen teknisyeni film çekemez veya laboratuar teknisyeni kananalizi yapamaz. Yapılan bazı çalışmalarda sağlık harcamalarının %75'inin doktorların kararlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Sağlık kurumlarında kaynakların etkin ve verimli

kullanımını sağlamak için doktorların karar ve davranışlarını denetleyen yönetsel ve kurumsal organlara ihtiyaç duyulmaktadır.(Kavuncubası, 2000: 54).

Yapılan işlemlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır: Teşhis ve tedavi sürecine ilişkin yapılan hatalar ya da yaşanan gecikmeler doğrudan insanın yaşamını etkilemekte; geri dönüşü olmayan sorunlara neden olabilmektedir. Deneme şansı yoktur; yapılan her işlem "ilk seferde ve her zamandoğru" yapılmalıdır. (Yerebakan, 2000: 50).

Sağlık hizmetleri yönetimi direkt olarak insan sağlığı ve hayatı ile ilgilidir: Herhangi bir sanayi kuruluşunda yönetsel kararların yanlışlığı en fazla üretim kaybına ya da parasal zarara nedenolur. Sağlık yönetiminde ise yanlış kararlar, insan hayatının kalitesinde düşme hatta insan hayatına mal olma ve toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır. (Toker, 1999:14).

Sağlık hizmetlerinin birincil amacı kâr etmek değildir**:** Diğer tüm sektörlerden farklı olarak kar amacı gütmez veya birinci amacı kar etmek değildir. Ancak birincil amacı kar etmek olan sağlık kuruluşları sayılarının azlığına rağmen gerek ülkemizde gerekse dünyanın diğer ülkelerinde mevcuttur. (Toker, 1999:14).

Sağlık hizmetleri üretim faktörleri kıt kaynaklardandır: Sağlık hizmetlerinin sunulduğu profesyonel sektörde gerek bilimsel tıbbın uygun gördüğü koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, hizmetin sunumunda kullanılan sağlık hizmetleri yöneticisi, hekim, çalışan hemşire, ebe, teknik personel vb.profesyonel insan kaynakları, gerekse bina, araç gereç ve tıbbi malzeme son derece yüksek maliyetli olup kıt kaynaklardır (Toker, 1999:14).

Sağlık sektörü diğer sektörlere oranla çok hızlı değişip gelişen bir sektördür: Sektörlerin gelişim ve değişim sürecine bakıldığında sağlık sektörü diğer başka sektörden hızlı gelişmekte ve gelişen diğer sektörlerden hızlı veyoğun biçimde etkilenmektedir. Mesela uçak sanayinin son 50 yılına bakıldığında uçakların model, konfor ve hız özelliklerinde gelişim ve değişmenin yaşandığı gözlenir.

Sağlık sektöründe ise son 50 yılda devrimle nitelendirilebilecek düzeyde gelişmeler sağlanmış; özellikle bilgisayar teknolojisindeki gelişmeler sağlık sektörünü çok yakından etkilemiştir (Toker,1999:14-15).

Sağlık hizmetleri endüstrisinde tüketicilerin, pazarda sunulan hizmetleri satın almak konusunda seçenekleri kısıtlıdır**:** Bunun en önemli nedeni tüm tüketicilerin satın alma arzusunda bulundukları hizmetlerin niceliği ve niteliği konusunda verecekleri kararlarda, satıcılara -tıbbi otoriteye- bağımlı bulunmalarıdır. Bazı durumlarda

tüketiciler istenilen fiyatı ödemeye hazır olmalarına karşın, hizmetlerden yararlanılması hizmet sunucusunun iznine bağlı bulunur. Mesela; hastanın doktor uygun görmeden hastaneye yatırılamaması veya ameliyat edilememesi gibi (Toker, 1999:15).

Tüketicinin bilgi yetersizliği ve uzmanın gücü: Tüketicinin, ürünler ve hizmetler hakkında geniş ve yeterli bilgiye sahip olması pazarın etkin biçimde çalışabilmesi için gereklidir. Sağlık hizmetlerinde, tüketicilerin talep edecekleri hizmet ve ürünler konusunda bilgisiz olmaları önemli bir özelliktir.

Sağlık konusu ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin bilebileceği karmaşıklıktadır. Bu durum, ileri teknolojinin getirdiği olanaklarla üretilen sağlık ürünlerinin hizmete sunulması ile daha da karmaşık bir yapı yaratmaktadır. Asıl sorun, ürün ve hizmetin özelliklerini bilmek değil, hizmetin getirebileceği faydanın bilinmemesidir. Böylece, satın almanın getireceği riskin büyük olması hizmetlerinin kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı gerektirmektedir.

Doktor, hangi ilacın ve tahlilin yapılması gerektiğine ve ameliyatın zorunlu olup olmadığına karar verir. Tüketici açısından sağlık hizmetlerinde yapılabilecek seçim hatası, istenmeyen kötü sonuçları beraberinde getirecektir. Oysa ki satın alınan bir deterjandan memnun kalınmadığında, bir daha o marka satın alınmaz (Odabaşı, 1994: 28).

Tüketicilerin akılcı olmayan davranışları: Genellikle, ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendi için en iyi olanı seçeceği varsayılmıştır. Sağlık hizmetleri uygulamalarında ise üç önemli konuda akılcı olmayan önemli davranışlara rastlanmaktadır:

Birçok tüketici, hasta olmalarına karşın tedavi talebinde bulunmamakta, hatta hastalıklarının farkında bile olmamaktadırlar. Bu davranış, pazar mekanizmasının çalışmamasına neden olurken, hastalıkların belirlenmesine yönelik tarama hizmetlerine büyük harcamalar yapmayı zorunlu kılmaktadır.

Akıl hastaları gibi gruplar, serbest iradeleri ile seçim yapabilme yeteneğine sahip olmadıklarından, “tüketici üstünlüğü” kavramına uymamaktadır. Seçimi bunların yerine başkaları yapar ve sağlık hizmetini talep ederler. Acil sağlık hizmeti talebinde bulunan hastalar tercihlerini belirtemeyecek durumdadır. Bu akılcı olmayan davranışlarda, diğer ürünlerin ve hizmetlerin tersine, talep ve tercih belirlenmesi dış faktörlerin etkisinde kalacaktır (Odabaşı, 1994: 28).

Tıp mesleğinin kuralları**:** Tıp mesleğini yerine getirenler için uyulmasızorunlu olan ahlaki ve sosyal standartlar mevcuttur. Sağlık hizmetini önceden alıp denemek ve

test etmek olanaksız olduğundan, hizmet veren-hizmet alanilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır. Ancak, tıp hizmetini sunanlar üzerindeki kontrol süreci hastanın memnun kalmasını sağlayacak davranış biçimini geliştirmektedir.

Toplumun kültür ve eğitim düzeyinin artması, sigorta şirketlerinin denetimi, rekabet gibi konular ahlaki sosyal standartların yanında hizmet sektöründeki tüketici doyumunu olumlu yönde etkileyen unsurlardır(Odabaşı, 1994: 29).

Ürün ve kalite belirsizliği: Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sonuçta hastanınelde edeceği doyumu önceden belirlemek son derece zordur. Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumu etkileyen birçok kontrol edilemeyen faktöre de bağlıdır. Sağlık hizmetini talep edenler, hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, riski azaltıp yanılgılarını en aza indirgemek için başta doktor olmak üzere sağlık personeline güven duymak durumundadır (Odabaşı,1994: 29).

Dış etkenler: Salgın hastalık durumlarında, hasta ya da hastaların tedavisi bütüntoplumun yararına olmaktadır. Salgın hastalıklarda olduğu gibi diğer çevreye zararlı etkiler fiziksel dış etkenler grubuna girer. Eğer salgın hastalık bireysel olarak tedavi edilmezse toplumun riski artmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri,kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her ferdi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarından da yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için, kapasite arttırma çabalarına devam etmek gerekmektedir. Bazı durumlarda, zorlayıcı seçim ile sağlanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir(Odabaşı, 1994: 29).

Sağlık kurumlarının bu özelliklerinin bir kısmı üretim-imalat ve hizmet işletmelerinde de bulunabilir ancak bu özelliklerin derecesi, diğer işletmelere oranla sağlık kurumlarında çok daha yüksektir.

Ayrıca bir toplumdaki sağlık göstergeleri, özellikle insan mutluluğunun ana kaynağını teşkileden sağlıklı olma halini yansıtan temel göstergelerdir. Bu yönü ile bireylerin sağlıklarını korumak ve toplumların sağlık statülerini geliştirmek önemli bir devletgörevi olarak hükümetleri ilgilendirdiği gibi, fertlerin sağlık hizmetlerine olan taleplerinin giderek artması tüm dünyada sağlık piyasalarının gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 13-14).

Bu durumda sağlık hizmetlerinde amaç; hastaya mümkün olan en kısa sürede, ulaşılabilecek uygun bir fiyat seviyesinde, güler yüzlü ve şefkatli, alternatif tedavi yöntemlerini de kendisine sunarak bilgilendirici tarzda, tıbbi etik ve deontoloji ilkeleri

çerçevesinde, eldeki olanaklar ölçüsünde medikal anlamda en iyi hizmeti sunmaktır (Özgirin ve Taş,1996: 34).

Tablo 2.2.8. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Sağlık Hizmetlerinin Temel Amaçları	
1)	Kaliteli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerinin en düşük maliyetle üretilmesini sağlayabilmek ve bunu gereksinim duyanlara sunmak.
2)	Makro düzeyde istihdam politikasını, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metotlarının kullanılması, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirlerin alınması.
3)	Ulusal gelir ve hastalardan sağladıkları geliri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok hastaya bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması.

Kaynak: Bu tablo (Soysal, Kenanoğlu, Emre, Hamesoğlu, 1993: 71) esinlenerek oluşturulmuştur.

Hizmetlerin oluşturulmasında temel etken beşeri faktörlerdir. Sağlık hizmetinin kalitesi, hizmet sunanın tavır ve davranışlarından etkilenmekte, bu nedenle bir hizmeti sunan kişinin, aynı hizmeti daha sonra tekrar sunması sırasında farklılıklar olabilmektedir. Bu hizmetin içeriğinin, kalite, kapasite ve kapsam açısından farklılıklar gösterebileceği anlamına gelmektedir (Gülmez Mustafa, 2005).

Sağlık Bakanlığı ise sağlıkta servis hizmetlerini; “uzman,uzmanlık eğitimi görenler, hemşire ile eczacı, diyetisyen, fiziktedavi uzmanı, psikolog gibi diğer meslek mensupları tarafından birlikte yürütülen bir ekip çalışması olup, hastaya en iyi koşullarda, güvenilir araçlarla isabetli teşhisi koyarak, bakımının ve en kısa zamanda tedavisinin sağlanmasını, eğitim hastanelerinde ayrıca servis içi hasta başı eğitimlerini de gerçekleştirmenin amaçlandığı yataklı tedavi hizmetleri” olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, SB, 2005).

2.2.9. Sağlık Hizmetlerinde Marka Kavramı ve Önemi

Markalaşma, sağlık hizmetlerinde kendi rekabet üstünlüklerini korumak ve sürdürmek için kullanılan bir kavramdır. Sürekli olarak gelişen teknoloji, müşteri seçimini desteklerken, hastanelerin bulunduğu yüksek düzeydeki rekabetçi çevre başarılarını devamlı kılmak için kendi markalaşmalarını mecbur kılmaktadırlar. Mesela verilen hizmetlerin görünmez nitelikte olması, müşterilerin hizmetle ilgili değerlendirme yapamayacağı boyutlarda teknik bilginin bulunması, güven unsurunun önemi ve hizmet kalitesinin ancak deneyim kazandıktan sonra anlaşılması sağlık sektöründeki hizmetlerin başlıca özellikleri arasında olmaktadır.

Sağlık sektöründe teknik bilgi yoğun olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle tüketicilerin işletmeler arası karşılaştırma yapması da zordur. Bu bağlamda markalaşma ile tüketicilerde sağlık kuruluşlarının kaliteli hizmet verdiği algılamasının oluşturulması gerekmektedir. Özellikle önemli rahatsızlık ve tedavilerde hastaların kaliteli hizmet arayışı daha da yüksek olmaktadır. Marka tüketicilere güven verdiği ve belirli kalite düzeyini temsil ettiği için sağlık sektörünün markalaşması tüketici tatmininin sağlanması ve işletme gelirlerinin artması için gerekmektedir (Apaydın, 2009:123).

Sağlık işletmelerinde markalaşmayı sağlayacak çeşitli eylemler ve kararlar bulunmaktadır. Bu eylem ve kararların sistematik ve bilinçli olarak yapılması markalaşmanın başarısını arttırmaktadır. Bu eylem ve kararlar güçlü marka kişiliği oluşturmayı, rakiplerinden farklı olmayı, belirli alan ya da alanlarda ünlü olmayı, çalışanlarca ve yöneticilerce markanın içselleştirilmesini, insan kaynakları eylemlerini, işletme içi ve dışı iletişimi ve marka liderliğini içermektedir. Bu eylem ve kararlar birbirlerini desteklemekte ve birinin eksik ya da yetersiz yapılması diğer eylem ve kararların da etkinliğini azaltmaktadır (Apaydın, 2009: 123).

Yaygın inanışın aksine pek çok sağlık kuruluşu marka varlığını büyük reklâm bütçeleri ile inşa etmez. Bunu sürekli kaliteli ürünler ve hizmetler sağlayarak, hasta ilişkilerine önem vererek ve sürekli tutarlı, anlamlı mesajlar vererek yaparlar. Bir sağlık hizmeti sunumunda marka oluşturmak demek; müşterilere kalitenin ilk ve en önemli şey olduğunu vaat etmek anlamına gelmektedir (Greenawalt, 2001: 28).

Sağlık hizmetlerinin somut ürünlerinin az olması, ürün geliştirilmesi ve kavramsallaştırılması çok zor olan bir hizmet olması bu gerçeği değiştirmemelidir. Dolayısıyla hizmet markası; fiziksel tesis, konfor, fiyat, yerleşim ve avantajlar gibi unsurları da kapsamaktadır. Bu nedenle hizmet markasının özdeşliklerinden biri de

müşterilerle konuşmak, örgütün faaliyetleri hakkında bilgi vermek, kendine özgü değerlerini ve pozisyonunu güçlendirmektir (Işık, 2011: 79).

Marka olmayı hedefleyen bir sağlık kuruluşu öncelikli olarak; kalite politikaları, sağlık kuruluşunun vizyonunu, amaçlarını, hedef kitlesini ve sağlık kuruluşunun vermek istediği mesajlarını belirlemek zorundadır. Kalite politikalarını belirlerken kurum içi hizmet kalitesini en üst düzeye çıkartacak kriterler oluşturmalıdır. Misyon ve vizyonuna uygun hareket etmelidir. İç ve dış müşteri memnuniyetine önem vermeli, tüm personelin motivasyonunu en üst seviyede tutacak uygulamalara yer vermelidir. Bilimsel çalışmalara önem vermeli ve teşvik etmelidir.

Başarılı bir markalaşma, sağlık hizmetleri ürün ve hizmet sunucularına aşağıdaki faydaları sağlayabilir (Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 299):

- Sipariş sürecini satıcı ve alıcılar için daha kolay hale getirir.
- Benzersiz ürün özelliklerini yasal olarak korur.
- Bağlılığı çekici hale getirmek için satıcılara izin verir, müşterilere fayda sağlayabilir.
- Örgüte daha yüksek fiyat için izin verir; çünkü marka yüksek düzeyde algılanan kaliteye sahiptir.
- Yüksek marka farkındalığı ve bağlılığı sayesinde pazarlama maliyetlerinin azalmasına yardım eder.
- Organizasyonların kanal üyeleri ile yaptıkları görüşmelerde daha fazla kaldıraç etkisi yapmasını sağlar.
- Fiyat rekabetlerine karşı azı savunma imkânları sunar.
- Müşterilerin kalite farklılıklarını ve daha verimli işleri ayırt etmesine yardımcı olur.

Tablo 2.2.9. Marka Değerinin Artmasının

1)	Tüm pazarlama maliyetini azaltır. Farkındalığı artırmak için planlar oluşturulurken bazı maliyetler olmasına karşın, zaman içerisinde müşterilerin markaya bağlılığının artmasıyla ve satın alma davranışını tekrarlamalarıyla birlikte, reklâm gibi pazarlama eylemlerinin maliyetleri düşer.
2)	Markanın büyütülmesi girişimini kolaylaştırır. Marka değeri arttıkça, marka adıyla ilave ürünler yapmak daha kolaylaşır.
3)	Marka değeri, rakiplere karşı hastaneyi savunma pozisyonuna getirmek için bir metot sunarken büyük giriş engellerine yol açar.
4)	Hastanenin pazar değerini artırır. Yüksek marka tanınırlığı olan bir hastane, olmayan ile kıyaslandığında daha değerlidir.

Kaynak: Bu tablo (Bohrer, 2007: 30-31) esinlenerek oluşturulmuştur.

2.2.9.1. Sağlık Hizmetlerinde Markalaşma Süreci

Markalaşma kararının verilmesinden, marka adının seçimine, ambalaja, etikete, belirlenen marka stratejisine kadar firma tarafından markayla ilgili alınan birçok karar ve ürünle ilgili geçmiş kullanım tecrübelerinden satış sonrası hizmetlere uzanan tüketici ile ilgili birçok faktör, tüketicinin markayla ilgili bir değerlendirme yapmasına ve bunları zihinde depolamak sureti ile markaya belli değer atfetmesine sebep olur.

İşte 'Güçlü Marka', ancak tüketicinin zihinde yüksek derecede konumlanmak, bunu sürdürmek sonra da hedef pazarı kapsayacak şekilde bu değeri hedef kitle için genelleştirmeyi başarmakla yaratılabilir (Sevindik, 2007:7).

Güçlü bir hizmet markası birincil olarak hizmet sağlayıcılar ile müşterilerin etkileşimiyle oluşturulur ve sürdürülür. Bir hizmette markalaşma modeli marka yaratmanın dinamiklerini betimlemektedir (Berry ve Seltman, 2007: 109).

Tablo 2.2.9.1. Stratejik Marka Yönetimi

MARKA GELİŞTİRME	**MARKA DEĞERİ ÖLÇÜMÜ**	**MARKAYI YENİDEN KONUMLANDIRMA**

Kaynak : Bu tablo,Kotler, Lowitz ve Stevens, 2008: 299 esinlenerek oluşturulmuştur.

Başarılı bir marka oluşturmak isteyen sağlık işletmeleri de ürünlerini, onların sağladığı ek değerleri ve rakiplerinden ayırt eden kimliklerini yukarıda belirtilen stratejik marka yönetim sürecinde yer alan aşamaları gerçekleştirerek sağlayabilirler.

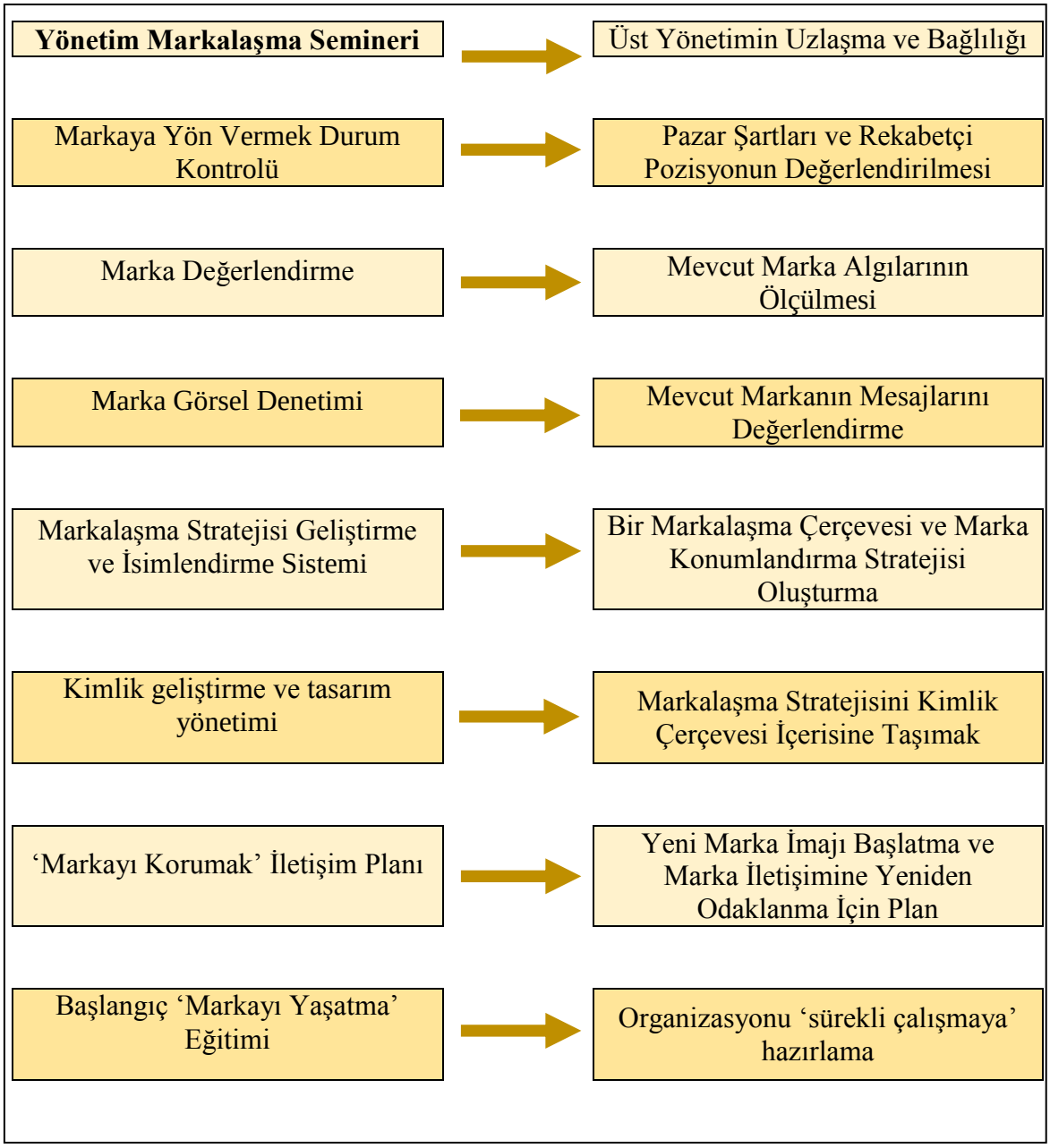
Tüm başarılı markalaşma stratejileri, yönetim ekibinin bağlılık ve katılımı ile başlar ve iyi anlaşılır, kullanışlı çerçevede başlayan markalaşma sisteminin belgelenmesi sıkı bir çalışmayı gerektirir. Şekil 2.2.9.1'de sağlık hizmetleri organizasyonları için adapte edilmiş ve çok farklı tip ve büyüklükte sağlık hizmetleri organizasyonlarında kullanılan bir markalaşma süreci diyagramı görülmektedir (Speak, 1996: 41).

Sağlık hizmetlerinde markalaşma henüz yeni bir fikir olup müşteri isteklerinin karşılanarak memnuniyetin artması, işletmenin popüleritesini de artıracaktır. Ayrıca,

farklı sağlık hizmeti kuruluşları, yakında tüketici değeri ve güvenli pazar payı oluşturmak için hizmeti özelleştirerek ve tutarlılığı sağlayarak karlılıklarını arttırmaya çaba göstereceklerdir. Bu girişimlerin başarısı genel olarak tüketici istekleri, güven ve hasta memnuniyeti için önemli bir unsur olan markalaşmayı zorunlu kılmaktadır (Corbin, Kelley ve Schwartz, 2001: 4).

Tüketici tatmini ve marka bağlılığı kavramları pazarlama bilgileri kapsamında çok ilgi çeken kavramlardır. Pazarlama bilgileri çerçevesinde, marka bağlılığının önemli bir öncülüğünün tüketici tatmini olduğu bilinmektedir (Armutlu ve Üner, 2009: 8).

Şekil 2.2.9. Sağlık Hizmetleri Markalaşma Süreci



Kaynak: Bu şekil,(Speak, 1996: 41) esinlenerek oluşturulmuştur.

Markaya bağlı olmanın temel etkenlerinden birisi müşterinin tatmin olması ve tüketicilerin bağlılık düzeyleri arasında yer almasıdır. Çünkü bağlılık, tüketicide bir ürünü ya da hizmeti tekrar satın alma davranışına yönlendirmektedir. Bu durum marka değerini dolayısıyla da işletmede uzun dönem kârlılığı artıracaktır.

Ayrıca sağlık personeline olan güven sağlık kuruluşu seçiminde ve hasta bağlılığında önemli bir faktördür (Tengilimoğlu., 2011: 270).

Sağlık kuruluşlarının markalaşma sürecinde elde edilen tecrübeler ve tavsiyeler şunlardır; (Speak, 1996: 41-42)

- Fikir Birliği Oluşturulmalı.
- Yavaş İlerlenmeli
- Esnek Olunmalı
- Rakipler Dikkate Alınmalı
- Bağlılık Sağlanmalı
- Değerler Açıklanmalı

2.2.9.2. Sağlık İşletmelerinde Marka Stratejileri

Marka yaratma kararı verildikten sonra önemli diğer bir karar ise, markalaşma stratejisinin nasıl oluşturulacağıdır. Sağlık işletmeleri için başarılı bir markalaştırma stratejisi aşağıdaki kriterleri içermelidir (Speak, 1996: 40-42):

a) Hastaların sağlık kuruluşları algısını yeni bir gelecek odaklı stratejinin işaretini vererek yeniden şekillendirmek,
b) Mevcut kimlikleri pekiştirip yeniden koordine etmek,
c) Anahtar sağlık hizmetlerini kimliklendirmek ve yeni kimlikte güven, eşitlik inşa etmek için bu varlıkları dengelemek ve bunları korumak,
d) Sağlık kuruluşunun değerlerini markayı yaşatmayı güçlendirmek için kullanmak.

Marka varlığı kısaca şöyle ifade edilebilmektedir; bir sağlık kuruluşu ile bir hasta arasındaki güvenilirliğin yani sadakatin değeridir. Bu anlamda marka varlığı sağlık kuruluşuna katılanların (hastalar, doktorlar, ödeme yapanlar) zihinlerinde yer alır ve organizasyonla ilgili iyi veya kötü görüşlerin toplamı olduğunu söylemek mümkündür.

Sağlık kuruluşları marka varlığını büyük reklâm bütçeleri ile inşa etmek yerine sürekli kaliteli ürünler ve hizmetler sağlayarak, hasta ilişkilerini besleyerek ve sürekli tutarlı, anlamlı mesajlar vererek yapmaktadırlar. Çünkü değer inşa etmek için, sağlık kuruluşlarının sağlam bir markalaşma stratejisi ile başlaması ve marka dediğimiz

kavramın arkasındaki sözü güçlendirmesi gerekmektedir. Dolayısıyla bunun marka varlığını inşa etmekte ilk adım olduğunu söylemek mümkündür.

Kimlik ve imaj kavramları bilindiğinde, ayırt edici olduğunda ve piyasaya değer gösterdiğinde değer kazanmaktadır. Bu nedenle marka için bir vizyon ve tutarlı bir marka yönetim uygulaması olmadan kalıcı etkilerin olması mümkün değildir.

Sağlık kuruluşlarında güçlü bir marka oluşturmanın beş önemli kuralı; (Fache, 2001:41)

a) Marka konumlandırması açıkça tanımlanmalıdır. En üst yöneticiler marka konumunu açık bir ifadeyle tanımlamış olmalıdırlar, aksi halde sağlık kuruluşunun güçlü yönleri halk tarafından büyük bir olasılıkla anlaşılmayacaktır.

b) Markanın tanımlama cümlesi kritik bir önem taşır; çünkü bu ifade kuruluşun hedeflerini yansıtmaktadır. Bu tanımlama pazarlama çabaları ve tanıtım çalışmaları için de yol gösterici olacaktır. Uygun mesajlarla halka tekrar anlatılmalıdır.

c) Marka, ürünleri ve hizmetleri farklılaştırmalıdır.

d) Mesaj basit tutulmalıdır. Karmaşık mesajlar, özellikle de sağlık gibi kompleks endüstrilerde hastalar tarafından anlaşılması zordur. Mesajlar anlaşılır değil ise, güçlü bir marka yaratımına katkıda bulunamayacaktır.

e) Marka, organizasyonun görev ve değerlerini yansıtmalıdır. Aksi halde, doğru olarak marka algılanır olmayacak ve yanlış hatırlanacaktır.

Markalaşma stratejisinde marka kimliği yaratma, hastaların ne istediklerini veya algıladıklarını söylemelerinden daha boyutlu bir çerçeveyi içermektedir. Marka kimliği markanın vizyonunu ve ne başarmayı umduğunu yansıtmaktadır. Bu yönüyle marka kimliği, taktik bir anlayıştan çok, stratejik bir yapı içinde yer almaktadır (Aaker, 1992:8).

Hasta, markanın boyutlarını görebildiğinde o marka derin, aksi takdirde yüzeysel olarak kabul edilir. Marka kimliği oluşturmak için bu özelliklerin hangisine veya hangilerine odaklanmak gerektiğine karar verilmelidir (Kotler, 1999: 180.

Hastalar markalar arasında tercih yaparken markanın fonksiyonel kapasitesinin yanında markanın kimliğini ve imajını da değerlendirirler. Bu anlamda iki ayrı boyut göze çarpmaktadır (Chernatony, 1999: 4-5);

- Markadan beklenen ürünün işlevsel faydasını ifade eden fonksiyonel boyut
- Markanın tüketicilerin zihninde yarattığı anlamı ifade eden duygusal boyut

Ayrıca sağlık kuruluşlarında marka konumlandırmasında aşağıdaki şu sorular dikkate alınmalıdır (Fache, 2001: 37).

Tablo 2.2.9.2. Sağlık Kuruluşlarında Marka Konumlandırması ile İlgili Sorular

1)	Hastaların gözünde nasıl algılanılmak istiyoruz?
2)	Rakiplerimizden markamızın konumlandırması farklılık yaratıyor mu?
3)	Hastalar bizim markamızdan nasıl haberdar olabilirler?
4)	Hastalar için marka konumu basit ve anlaşılır mı?
5)	Markamızın rakipler tarafından taklit edilebilirliği söz konusu mu?
6)	Marka sağlık kuruluşunun görev ve değerlerini yansıtabiliyor mu?
7)	Sağlık kuruluşunun marka oluşumunu ve bu markayı destekleyecek kaynaklarını uygun şekilde tahsis edebiliyor mu?
8)	Marka sağlık kuruluşunun faaliyet ve kimlik güçlerini yansıtabiliyor mu?
9)	Pazarlama ve reklâm mesajlarımız 3 yılı aşkın bir sürede tutarlılığını koruyabilecek mi?
10)	Mesajlar marka konumunu tutarlıkla anlatabilecek mi?
11)	Marka konumumuz ile ilgili olarak pazarlama, promosyon, halkla ilişkiler, diğer marka inşa aktivitelerinin etkinliğini ölçebilir miyiz?

Kaynak: Bu tablo,(Fache, 2001: 37) esinlenerek oluşturulmuştur.

2.2.10. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

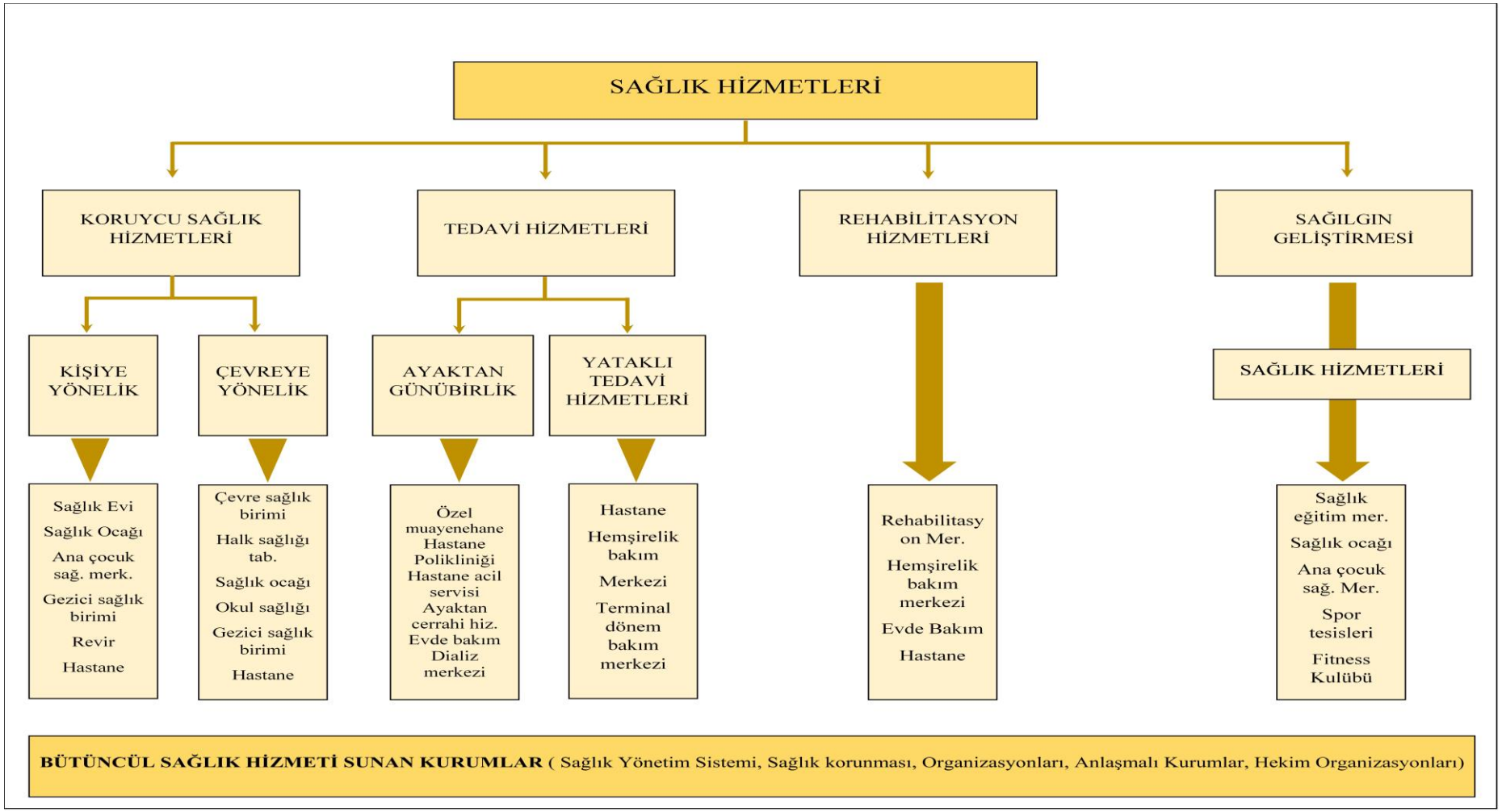
Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlıkhizmetleri, rehabilite edici hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört temelde sınıflandırılabilir.

Sağlık kuruluşları, hizmet sunumunda kalite ve verimliliği yükseltmek, rekabetin olumsuz etkilerinden kaçınmak, rekabette üstünlük sağlamak, daha iyi hizmet sunmak, dış çevre ve politik çevreyi etkileme potansiyelini arttırmak için diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içerisine girebilmektedirler.

Sağlık kurumları arasındaki bu işbirliği ve bütünleşme, bütüncül (entegre) sağlık hizmeti veren kuruluşların ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Örneğin bir hastane, hasta potansiyelini yükseltmek, yatak kapasitesi ve teknik olanaklarının daha verimli kullanılması için özel hekimlerle, sağlık ocaklarıyla veya hemşirelik bakım merkezleriyle işbirliği yapabilmektedir.

Bu işbirliği, yatay ve dikey bütünleşme şeklinde olabilir. Yatay bütünleşmede, iki hastanenin işbirliği yapması gibi benzer sağlık kurumları işbirliği yapar. Dikey bütünleşmede ise, bir hastane ve laboratuarın işbirliği yapması gibi farklı sağlık kurumlarının işbirliğine girmesidir (Kavuncubaşı, 2000:34).

Şekil 2.2.10. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması



Kaynak: Kavuncubası, S. (2000): Hastane ve Saglık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi: Ankara,s.35.

2.2.10.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu tıp hizmetleri diye de isimlendirilen bu çeşit sağlık hizmetleri, günümüzde hızla gelişen bir hizmet alanıdır. Sağlık hizmetinin amacı hastalığın önlenmesi olduğundan, koruyucu sağlık hizmetleri, çevre sağlık koşullarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme koşullarının geliştirilmesi ve aile planlaması gibi konuları içermektedir.

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bu hizmetlere, 1963 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Yasa'yla yürürlüğe giren sosyalleştirme programında büyük önem verilmiştir (Soysal vd., 1993:57-74).

Sosyal devlet olma vasfı sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılmaktadır. Bu niteliği dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm bireyleri hizmetlerden önemli ölçüde yararlanmaktadırlar. Koruyucu sağlık hizmetleri, çoğu zaman kişiselfayda bölünemediği ve tüm toplumun yararı söz konusu olduğu için gelir dağılımını azaltıcı bir rol de oynamaktadır (Kurtulmuş, 1998: 86).

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi hedef alınarak verilen hizmetler ve yapılan düzenlemeler bu gruba girmektedir (Hayran ve Sur, 1998: 17). Devlet koruyucu sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak topluma ulaştırır. Koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlara sağlık evi, işyeri reviri, sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, laboratuarlar ve çevre sağlığı birimleri örnek gösterilebilir (Kavuncubaşı, 2000:36).

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye özel ve çevreye özel koruyucu hizmetler olmak üzere iki grupta incelenmektedir (Yerebakan, 2000: 19-20;Öztürk, 2000a: 144; Hayran ve Sur, 1998: 18;).

Kişiye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ilaçla koruma, kişisel temizlik ve bakım, yeterli ve dengeli beslenme, aşırı doğurganlığın kontrolü, sağlık eğitimi, ana çocuk sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerdir.Doğrudan bireylere yönelik olarak yapılan sağlık hizmetleri büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet birimlerinde hekim, hemşire gibi sağlık görevlilerince yürütülür (Kızılçelik, 1996:128).

Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü, konut sağlığı, iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü, haşere gibi zararlı canlılarlamücadele, gürültü kirliliğinin kontrolü, radyolojik zararlıların kontrolü gibi hizmetlerdir.

Bu hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz yönde etkileyen biyolojik,fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini engelleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir.

Bu hizmetler çevre sağlığı hizmetleri adını alır ve bu konuda eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlık teknisyeni gibi meslek mensupları tarafından verilir (Kavuncubaşı, 2000: 36;Fişek, 1983:5).

- **Primer Koruma:** Kişi ya da toplum düzeyinde sağlığın geliştirilmesi amacıyla,aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi halde olmak amacıyla gerekli önlemlerin alınmasıdır (Yerebakan, 2000: 19;Öztürk, 2000a: 144; Hayran ve Sur, 1998: 17).
- **Sekonder Koruma:** Sağlığın bozulma ihtimali karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişi ve toplum düzeyinde alınmasıdır (Yerebakan, 2000: 19; Öztürk,2000a: 144 Hayran ve Sur; 1998: 17).
- **Tersiyer Koruma:** Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın bu duruma uyumunun sağlanması ve yaşam kalitesinin arttırılması için önlemlerin alınmasıdır. Rehabilite edici hizmetlerin alanına da girdiği söylenebilir (Yerebakan, 2000: 19; Öztürk, 2000a: 144; Hayran ve Sur, 1998: 17).

2.2.10.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarını kapsamaktadır. Ülkemizde devlet adına tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek, 9 Haziran 1936 yılında 3017 sayılı Yasa'yla kurulan Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasındadır. Fakat tedavi edici sağlık hizmetlerine diğer bakanlıklar, iktisadi kamu kuruluşları, tıp fakülteleri ve diğer özel kuruluşlar da katılmaktadır (Soysal vd., 1993:63).

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel gayeler ön plandadır. Bu tip hizmetlerde, hizmeti kullanan kişi hizmetten doğrudan yararlanmaktadır. Ancak, hastanın yatırılıp tedavi altına alınması hastalığın toplumun diğer fertlerine bulaşma ihtimalini azalttığı ölçüde dışsal fayda sağlar. Ağır ruh

hastalarının gözlem ve tedavi altına alınması da aynı şekilde dışsal fayda sağlar. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden birisi de, serbest piyasa şartları bakımından cazip oluşudur ve bu özelliği dolayısıyla sadece kamu kurumu tarafından değil özel müteşebbisler tarafından da sunulmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 90-91).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta olmaları önlenemeyen bireylerin eski sağlık düzeylerine ulaşmaları amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler hekim sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla verilir (Kavuncubaşı, 2000:39).

Devlet bu tedavi hizmetini ülke insanının ulaşabileceği her yere götürmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında, sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik durumu kötü olan kişilere doğrudan veya sosyal yardım kuruluşları desteği ile ücretsiz tedavi hizmeti sunulmaktadır (Kızılçelik, 1996:130).

Tedavi hizmetlerinin bir diğer özelliği de, hizmet üretiminin fiziki olarak hastanın vücudu üzerinde yapılmasıdır. Bu yüzden hastanın tedaviye ihtiyacı olduğunu bilmesive bunu istemesi gerekmektedir. Bazı tedavilerin acı vermesi, uzun sürmesi ve sonucunun belirsiz sayılması tedavi hizmetlerinin eksik talep edilmesine sebep olabilir (Kurtulmuş, 1998: 91).

Tedavi edici sağlık hizmeti sunan kurumlar, günü birlik (ayakta) tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki grupta toplanabilir. Ayakta tedavi yada günübirlik tedavi hizmetleri, hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsar (Kavuncubası, 2000: 39).

Tedavi edici sağlık hizmetleri hizmet kapsamı ve yoğunluğu iki basamakta esas alınarak sınıflandırılabilir.

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 20; Öztürk, 2000a: 145;Hayran ve Sur, 1998: 18).Türkiye sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Sosyalizasyon sistemi kırsal kesimlerde daha etkin olmak üzere bütün ülkeyi kapsamaktadır.

Sağlık hizmet sunumu, sağlık evinde çalışan bir ebeden başlayarak doktorun çalıştığı sağlık ocakları (1.basamak sağlık hizmetleri) ve yataklı tedavi hizmetleri (2. basamak sağlık hizmetleri) şeklinde örgütlenmiştir. Başta Çalışma ve Sosyal Yardım

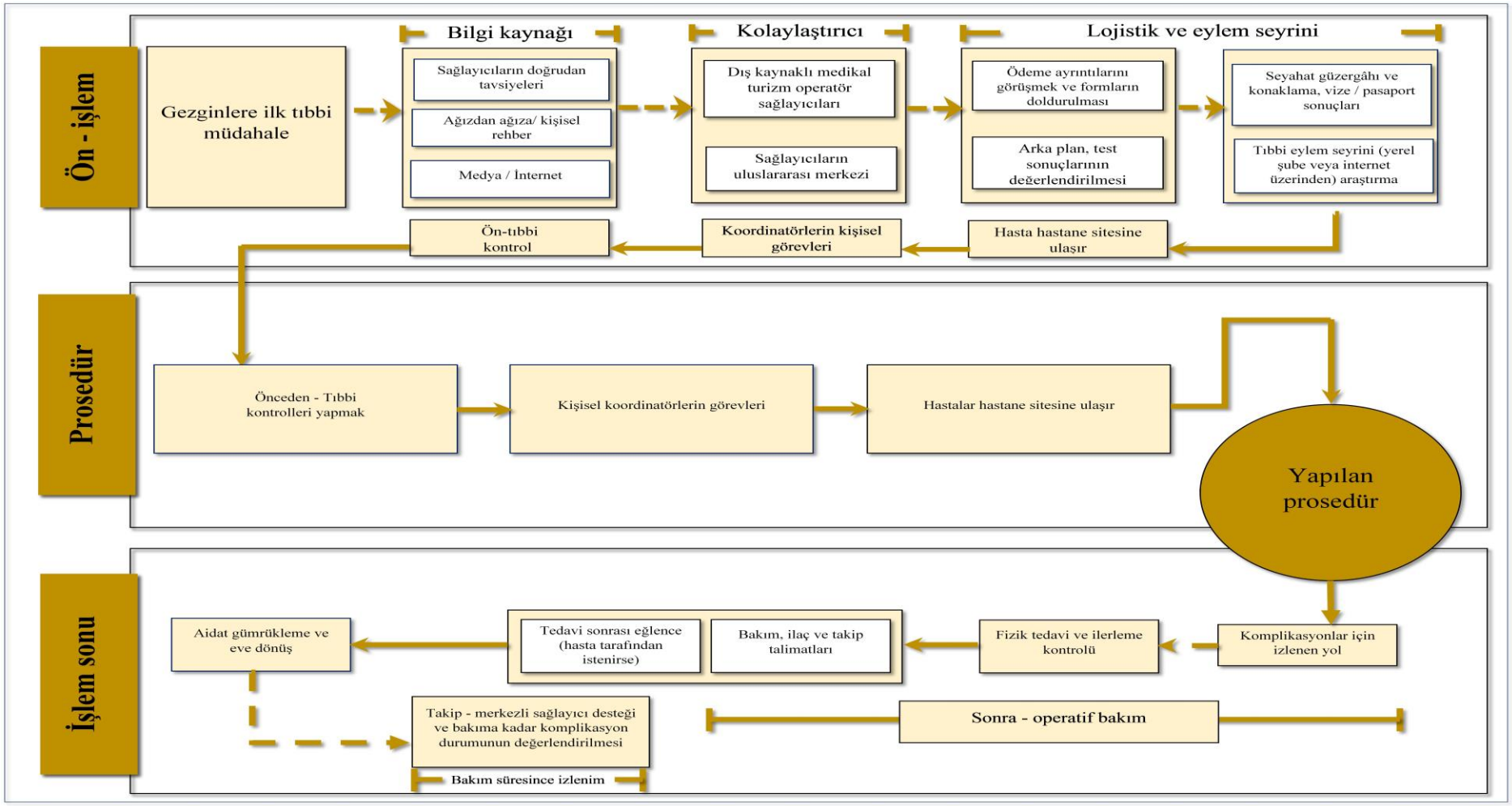
Bakanlığı olmak üzere birçok Bakanlık, 1. ve 2. basamak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara sahiptir. Özel kuruluşlar olarak doktor muayenehaneleri, doktor grupları ve özel hastaneler, sağlık hizmeti vermektedirler. Devlet memurları, işçiler, serbest çalışanlar, emekliler, Savunma Bakanlığı görevlileri ve silah altında olanlar, sağlık güvence şemsiyesi altında bulunurken, çoğunluğu tarım sektöründe çalışanlar ve yakınlarından oluşan diğer bir grub da sağlık güvencesinden yoksundur.

Tüm ülke nüfusunun sağlık güvencesi altına alınması için bir sağlık reformu kanunlaştırma çalışması günümüzde mevcuttur . Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetiveren poliklinik, dispanser, sağlık evi ve ocakları halktan beklenen ilgiyi görmemektedirler. Her türlü sağlık ihtiyaçları için hastaneler tercih edilmektedir. Bunun düzeltilmesi için çalışmalar yapılmalıdır (Çoruh, 1995: 24).

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların teşhis edilmesi ve yatılı tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnek gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 20-21; Öztürk, 2000a: 145; Hayran ve Sur, 1998:18).

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: İleri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri,kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 21; Öztürk, 2000: 145;Hayran ve Sur, 1998: 18).

Şekil 2.2.10.2. Tedavi Hizmetleri



Kaynak:http://www.kulturelbellek.com/tedavi-hizmetleri-nelerdir/

2.2.10.3. Rehabilite Edici Hizmetler

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük yaşamı etkilemesini önlemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak için düzenlenen sağlık hizmetleridir (Yerebakan, 2000: 21; Öztürk, 2000: 145; Hayran ve Sur, 1998: 19).Rehabilite edici hizmetlerde temel amaç fertleri hem ihtiyaç içine düşmekten korumak hem de sakat kişilerin işte, okulda, evde, toplum içinde uyum içinde yaşamalarını sağlamaktır (Kurtulmuş, 1998: 92).

Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremite protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların enaza indirgenmesi çalışmaları örnek gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 21; Hayran ve Sur,1998: 19).

Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlık ya da özrü olan kişilerin, günlük yaşama aktif olarak katılımının sağlanması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi için, ise uyum sağlama, yeni iş bulma ve öğretme çalışmalarını içerir (Yerebakan, 2000: 22; Hayran ve Sur, 1998: 19).

2.2.10.4. Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Sağlık Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesive yaşam süresinin yükseltilmesini hedef alır. Günümüzde birçok hastalığın kaynağında kişilerin yaşam tarzları, alışkanlıkları vardır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri geniş kapsamlıdır ve sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi, dar kapsamlıdır, birey ve grupları hedef alarak; halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinç düzeyinin yükseltilmesine yöneliktir.

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise, bireylerin ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeyi, çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedefler. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda olmayıp, ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarının da görevleri vardır (Kavuncubaşı, 2000: 46).

Sağlık hizmetlerinin gelişimini ve gelecekteki durumunu öngörebilmek için “koruyucu sağlık hizmetleri”kavramı ile “tedavi edici sağlık hizmetleri” kavramı arasındaki farkın iyi vurgulanması gerekir.

Tedavi edici hizmetler, genelde koruyucu hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçları düzeltmek amacıyla düzenlenen hizmetlerdir. Yani, eğer

toplumdaki bireylerin sağlıkları temiz içme suyu sağlanması, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık kazanma,beslenme durumunun düzeltilmesi, sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi gibi önlemlerle korunamıyor ise ortaya sağlık sorunları ve hastalıklar çıkacak, sağlık kuruluşları bunların tedavisi ile uğraşacaktır. Genellikle tüm toplumlarda sağlık hizmetleri kavramının tedavi edici hizmetler kavramı ile eş anlamda kullanılmasının altında yatan anlayış budur (Hayran ve Sur, 1998: 19).

Temel sağlık hizmetleri kentsel ve kırsal kesimlere eşit şekilde sunulamamaktadır. Kırsal kesimlerde temel sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz yönde etkileyen mesafe, sağlık kuruluşlarının ve sağlık insan gücünün yetersizliği gibi birtakım faktörlerin yanı sıra devlet tarafından kırsal kesimlere sunulan temel sağlık hizmetlerinin çeşitliliğinin kentsel kesimlere göre az olması da önemli bir etkendir.

Toplumumuzun kırsal kesimlerine sunulan temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri iken kentsel kesimlere yönelik temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin dışında tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir (Kızılçelik,1996:131).

2.2.11. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunulması

Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu hastaneleri, özel hastaneler, yerel yönetimlere ait hastaneler, bazı sivil toplum kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlar, farklı bakanlıkların değişik kuruluşları ve azınlıklara ait bazı sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır(Öztürk, 2000a:151).

2.2.11.1. Kamu Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek, Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasındadır. Bu sebeple devlete direkt bağlı hastaneler, Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı bünyelerinde kurulan hastanelerdir (Sosysal vd., 1993:70).

Sağlık hizmetlerini sunan başlıca kamu kurum ve kuruluşları şöyledir (Öztürk, 2000a:151):

- Sağlık Bakanlığı'na ait hastane, poliklinik, sağlık ocakları ve sağlık evleri,
- Sosyal sigorta kurumuna ait hastane ve poliklinikler,
- Diğer bazı bakanlıklara ait hastaneler sayılabilir.

Türkiye sağlık hizmetlerinin %95'i kamu kurumları (Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Savunma Bakanlığı, Üniversite Tıp Fakülteleri, Belediyeler ve diğerbazı bakanlıklar) tarafından karşılanmaktadır. Hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu üst yöneticiler mesleki uygulamalarının yanında ek bir görev olarak yer alan

idari faaliyetleri de yürüten baş hekimlerdir. İdari hiyerarşi tepeden tabana dikey bir otorite kullanımı yapısındadır.

Yürürlükte olan sağlıkla ilgili kanun ve yönetmeliklerin büyük bir kısmı yarım asır geriye dayanmaktadır. Denetim mekanizmaları değişik kaynaklardan gelen şikâyetlerin incelemeye alınması ve teftişlerle yürütülmektedir. İstatistiksel veriler kurum karar organının talebi doğrultusunda bilgiye dönüştürülmeden üst yönetime aktarılmaktadır. Kırsal kesimde yer alan sağlık kuruluşunun kadrolaşmaya da donanım yenilikleri merkezi karar organının tercihine göre yapılmaktadır.

Personel hizmeti için eğitim programları genelde statik yapısını korumaktadır. Yapılan bilimsel araştırmalar sağlık kurumlarında görevli personelde-iç müşteri iş tatminsizliğinin yaygın olduğunu göstermektedir.

Sağlık harcamalarında maliyet/etkililik çerçevesi detaylı olarak ele alınmamaktadır. Çok defa kaliteli sağlık hizmet sunumu, en son teknolojik teşhis, tetkik, tedavi araçlarına sahip olmakla eşdeğer görülmektedir. Sağlık sisteminin iyileştirilmesi planları sağlığı ilgilendiren reform kanunlarının çıkarılmasına bağlanmıştır (Çoruh, 1997:5).

2.2.11.2. Özel Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin tedavi edici basamağının değişik bölümleri, finansmanı özel kişiya da kuruluşlar tarafından sağlanmış olan kuruluşlar tarafından gerçekleştirilir. Sağlık hizmetleri tanımının genişliği sebebiyle bu kuruluşlar da kendi aralarında şöyle sınıflandırılabilir (Öztürk, 2000a: 151-152):

a) Hastaneler
   - Genel Amaçlı Hastaneler
   - Özel Amaçlı Hastaneler
b) Poliklinikler
c) Laboratuarlar
   - Biokimya Laboratuarları
   - Patoloji Laboratuarları
   - Nükleer Tıp Laboratuarları
d) Görüntüleme Merkezleri
   - 1. Kuşak Görüntüleme Merkezleri
   - 2. Kuşak Görüntüleme Merkezleri
   - 3. Kuşak Görüntüleme Merkezleri
e) Muayenehaneler

2.2.11.3. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Günümüzde bilinçlenen toplumlar devlet ve özel sektörün dışında bazı organizasyonlar oluşturmuştur (Öztürk, 2000a:152).

Vakıfların Sunduğu Sağlık Hizmetleri: Sivil toplum örgütlerinin en eski biçimleri vakıflardır. Bazı vakıfların kuruluş sözleşmelerinde sağlık hizmetleri sunmaları yeralmıştır. Vakıflar genelde sağlık hizmetlerini hastane ve poliklinik kurarak gerçekleştirirler. Türkiye'de bunlara Bezm-i Alem Vakıf Gureba Hastanesi ve Balıklı Vakıf Hastanesi gibi hastaneler örnek olarak verilebilir (Öztürk, 2000a:152).

Derneklerin Sunduğu Sağlık Hizmetleri: Dernekler de sivil toplum kuruluşları olarak sağlık hizmetleri sunabilirler. Buna ülkemizdeki en güzel örnek Kızılay Derneğidir (Öztürk, 2000a:152).

2.2.11.4. Yerel Yönetimler Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Yerel yönetimler, il, belediye veya köy halkının ortak ihtiyaçlarını karşılamak üzere, kuruluş yasaları kanunla belirtilen ve karar organları kanunda gösterilen seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan kamu tüzel kişileridir. Belediyelerin sundukları hizmetler arasında imar hizmetleri, sosyal yardım hizmetleri, eğitim hizmetleri, beldenin düzeni ile ilgili hizmetlerin yanı sıra sağlık hizmetleri de yer almaktadır (Öztürk, 2000a: 152-156).

2.3. MÜŞTERİ/HASTA KAVRAMI VE MÜŞTERİ HOŞNUTLUĞU

Bilgi çağına geçiş işletme içerisinde her süreçte farklılık ve değişim anlamına gelmektedir. Bilgi kimilerine göre organizasyon için bir tehdit oluştururken, kimileri için ise organizasyonun öğrenmesi, misyonu üzerinde yeniden düşünmesi, bilgi ve enformasyonu içte ve dışta paylaşması için fırsatveren bir unsur olarak algılanır (Alabay, 2008: 3).

Bilgi ve iletişim teknolojileri sayesinde dünyada mesafeler kısalmakta ve ihtiyaçların karşılanmasında tüketim evrenselleşmektedir. Günümüzde hem ulusal hem de uluslar arası işletmelerin, rekabet üstünlüğü yaratmak için farklılıklar oluşturmaları gerekmektedir (Yarar, 2008:1)

2000'li yıllarla tanışan dünyamızda sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve sunumunda baş döndürücü değişiklikler yaşanmaktadır. Her geçen gün yeni aygıtlar ve yöntemler geliştirilmektedir. Her beş yılda, mevcut bilgilerin yarısı eskimektedir. Üçüncü binyılın yıldızı yükselen meslekleri arasında sağlık işletmeciliği ayrı bir yere konmaktadır. Çünkü olağanüstü karmaşık sistemlerin iç içe geçtiği sağlık kurumlarının kurulması ve işletilmesi de başlı başına bir sorun teşkil etmektedir. ABD'den yapılan

yayınlar da belirtildiğine göre; uzay teknolojisinden sonra yüksek teknolojiyi en yoğun kullanan sektör sağlık sektörüdür. Bu durum sağlık hizmetlerinde yatırımların yüksek maliyetli olduğunun cevabını da içermektedir (Yerebakan, 2000: 9).

Hasta memnuniyeti konusunda yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında dolaylı ve dolaysız olmak üzere ikitemel yöntem kullanılmaktadır. Dolaysız yöntemler, tatmin düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu yazılı anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi gibi yöntemleri içermektedir.

Dolaylı yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, ancak gerek hasta şikâyetve teşekkürleri gibi hastanın kendiliğinden verdiği geribildirimler, gerekse hasta başına düşen hemşire sayısı gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemleri ifade etmektedir (Kızılcan Fatih, 2005).

Yaşamın insanlara sunabileceği en değerli nimetin sağlık, sağlığı korumak ve iyileştirmekle ilgili faaliyetlerinde insan emeğinin en kutsalı olduğuna kuşku yoktur. Bunun bilincine varan ve insana değer veren bütün uygar ülkelerde en büyük yatırımın sağlık sektörüne yapılması ve sağlık hizmetlerine ulusal gelirden çok önemli bir payın ayrılması bu nedenledir (Tulacı, 1993: 1).

İnsanların eğitim düzeyi yükseldikçe; gelişen teknoloji aracılığıyla değişen dünya ve kendileri hakkında bilinçlendikçe her alanda hizmetin en iyisini alma üretme ve yaşam şartlarını iyileştirme çabaları da artmaktadır (Şahbudak, 1992: 5).

Kamu ya da özel her örgüt müşteriye vatandaşa mal ve/veya hizmet üretmek için kurulur. Her türlü ürün, sorun, süreç ve sonucun küresel düzeyde düşünülmesi gereken bir dünya düzeni içindeyiz. Küreselleşen dünya pazarlarında, artan yoğun rekabet koşulları, kuruluşların önüne, hayatta kalabilmek için en temel kriter olan müşteri (vatandaş) memnuniyetini ortaya çıkarmıştır (Peker ve Aytürk,2002: 297).

Günümüzde özel sağlık kuruluşlarının rekabet edebilmeleri, pazar odaklı olmalarına bağlıdır. Pazar odaklı olmak, müşteri memnuniyeti ile ilişkili bir kavramdır (Arslan vd, 2008: 24).

2.3.1. Müşteri Hoşnutluğunun Kavramı ve Kapsamı

Günümüzde teknolojik alanda yaşanan hızlı gelişim ve değişimler, hizmet sektörünün önemini giderek artırmaya başlamıştır. İşte bu gelişmeler doğrultusunda, gelişmiş batı ülkelerinde gerek hammadde, yarı mamul ve gerekse nihai ürün üretiminde, endüstriyel anlayış yerini hızla hizmet anlayışına bırakmıştır. Bu yeni ve

çağdaş anlayış işletmelerin faaliyetlerini müşteri odaklı hizmet alanlarına ve kaliteli ürünlere yönlendirmiştir (Şimşek,2007: 272).

İşletmelerin bu değişime ayak uydurabilmesi için, doğru zamanda, doğru yerde, doğru müşteriyle, doğru iletişim kurması için kaliteli müşteri ilişkilerinin yönetimi ve organizasyonunu bilmesi gerekiyor. Çünkü yaşadığımız iletişim çağında tüketiciler arasında ortak evrensel değerler oluşuyor. Müşteri ilişkileri konusuna çağdaş işletmelerin gösterdiği duyarlılık da aynı paralelde artıyor. Bir yöneticinin gücü sahip olduğu bilgi ile değil, ulaşabildiği bilgi ile ölçülüyor (Taşkın, 2000: 259)

Değerleri sürekli değişen bugünün ekonomisinde bir şirketin başarılı olmasında müşteriye kusursuz hizmet vermek çok önemli bir rol oynar (Gerson,1997: 9).

Artık müşteri istek ve beklentilerine istenilen yerde, istenilen zamanda veistenilen kalitede cevap verebilen örgütler müşteri memnuniyetini sağlamada daha başarılı olmaktadırlar (Koçak ve Yalçın, 2009:20).

Halk kavramı bir kuruluşun ürünlerinden etkilenen ve onu etkileyen insanların toplamıdır. Halkın, bugünkü deyişle müşterinin memnun olması o kuruluşun vazgeçilmezliğinin en önemli işaretidir (Peker veAytürk, 2002: 297).

Pazarlamanın müşterilerle uzun süreli ilişkiler kurma hedefi, müşterilerin nasıl tatmin edileceği sorusunu öne çıkarmaktadır. Hatta son zamanlarda müşterileri tatmin etmenin de ötesinde “mest etmenin - delighting” ilkeleri ve işletmelere getirileri konuşulmaktadır (Barış, 2008: 21).“Müşteri odaklı pazarlama”, “İlişkisel Pazarlama” gibi kavramlar pazarlamanın bugün geldiği boyutu açıklamaktadır. Bu boyut ise müşteriler ileiletişimin önemini artırmaktadır. Günümüz uygulamalarında hedeflenen, müşterilerin istek ve ihtiyaçlarına uygun ürünler üretmek ve onlarla uzun süren ilişkiler kurabilmektir. Her ilişkide olduğu gibi, pazarlamada da uzun süreli ilişkiler kurabilmek tatmin duygusu ile mümkündür (Barış, 2008: 21).

Özet olarak müşteri tatmini “istenen kalitede mal veya hizmeti, daha ucuza ve istenen zamanda müşteriye ulaştırmak” şeklinde tanımlanabilir (Kaya,1997:1). Müşterilerinden korkmayan, onlar ile iletişim kurmanın önemine inanmış, başarısızlıklardan utanmak yerine, onları yeni şeyler öğrenme fırsatı olarak algılayan işletmeler için müşteri tatminini kavramak çok önemlidir (Barış,2008: 22).

2.3.2. Müşteri Hoşnutluğunun Ölçülmesi

Hasta memnuniyeti, kaliteli hizmetin önemli bir parçasıdır. Hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin artırılması vehastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir. (Söylemez, 2009: 110)

Hasta tatmini ile ilgili araştırmalar ikiye ayılmaktadır. Odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları, "baymüşteri" teknikleri kantitatif araştırmalarda kullanılan başlıca ölçme-veri toplama tekniklerdir. Yüz yüze yapılan -evde ve hastanede- anketler, posta ile gönderilen anketler, anket kullanılarak yapılan telefon görüşmeleri ise kantitatif araştırmalarda kullanılan temel tekniklerdir (Kavuncubaşı, 2007b:285).

Sağlık kurumlarının tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir. Eskiden sağlık kurumlarının müşterisi denildiği zaman sadece hastalar akla gelirken, günümüzde "sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar" müşteri olarak kabul edilmektedir (Kısa, 2007: 277).

Sağlık kurumlarının müşterileri iki ana grupta toplanabilir: İç müşteriler ve dış müşteriler. İç müşteri, sağlık kuruluşunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi ve grupları ifade etmektedir. Dış müşteri kavramı ise sağlık kurumunun temel çıktılarından-hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır (Kavuncubaşı,2000a: 292).

Şekil 2.3.2. Sağlık Kurumlarında İç Ve Dış Müşteriler

DIŞ MÜŞTERİLER	İÇ MÜŞTERİLER
• Hastalar, hasta ailesi ve çevresi • Refakatçiler ve ziyaretçiler • Devlet ve diğer sağlık kurumları • Anlaşmalı kuruluşlar • Eczaneler-Dernekler • Medya • Sigorta şirketleri • Tıbbi malzemeler ve ilaç firmaları	• Kurum personeli (hekim, hemşire) • Pay sahipleri • Danışmanlar

Kaynak: Kısa, A., ve TOKGÖZ, N.. (Ed), 2007. Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Yayınları, Eskişehir, 277 s.

Hastaneler bir işletme olarak geleceklerini garanti altına almak istiyorlarsa müşteri (iç ve dış müşteri) memnuniyetini ön planda tutmalıdır. Bunun içinde bütün yapı ve süreçlerini müşteri istekleri doğrultusunda belirlemelidirler. Ancak bu şekilde

kelime olarak ‘müşteri’ kavramı hastanelerdeki gerçek anlamını bulabilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 31)

Müşteri memnuniyetini ölçmenin en basit ve en güçlü yolu, beklenti-tutarlılık yaklaşımıdır. Bu yaklaşım beklentileri ve algılamaları kıyaslayarak müşteri memnuniyeti ölçmeyi içerir. Eğer algılanan hizmet, beklenen hizmetle eşit veya daha iyi ise, müşteriler tatmin olur. Müşteri tatmini beklentilerin azaltılması ya da algılamanın yükseltilmesi yolu ile artırılabilir. Beklenti ve algılama sürecinin tamamının müşterinin kafasında gerçekleştiğini işaret etmek önemlidir.

2.3.2.1. İç Müşteri Hoşnutluğunun Ölçümü

İşletme içindeki tüm çalışanların amacı, nihai müşterilerin beklentilerini karşılayacak mal ya da hizmeti üretebilmektir. En üst düzeydeki yönetim kurulu başkanından, en alt düzeyde işe yeni başlayan bir işçi dahil herkes, bu amacı gerçekleştirmek için çalışmakta ve birbirleri ile ilgili işve görevleri paylaşmaktadırlar. İşletme içinde birbirleriyle bağlantılı olan iş ve görevleri yerine getiren bu kişilere iç müşteri denilmektedir (Taşkın, 2000:23).

Öyleyse iç müşteriler “işletme için çalışan herkestir” denilebilir. İç müşteri kavramının işletmeler için yeni bir kavram olduğunu söylemek mümkündür. Daha önceleri işletme çalışanları sadece üretim faktörü olarak ele alınıyordu. Günümüzde sosyal, ekonomik ve teknolojik etmenlerin gelişmesiyle yaşanan yoğun rekabet ortamı, işletmelerin kalite ve verimliliğin sağlanmasına büyük katkı sağlayacak olan çalışanlarına yönelmesine sebep olmuştur. Bu da beraberinde iç müşteri kavramını getirmiştir (Çınar, 2007: 4).

İç müşteri, söz konusu mal ve hizmetlerin üretilmesinde ve dış müşteriye ulaştırılmasında doğrudan ya da dolaylı olarak katkı sağlayan tüm işletme çalışanları olarak ifade edilmektedir. Herhangi bir işletmenin vermiş olduğu dış müşteri hizmet kalitesinin iç müşterilerin birbirine vermiş olduğu hizmet kalitesinden geçeceğinden hareketle, iç ve dış müşteri kavramlarını birbirlerinden bağımsız olarak düşünmek mümkün olmamaktadır (Çoban, 2004: 89).

Ancak işletme içindeki müşterilerin (iç müşterilerin) birbirlerine sundukları çıktıların kalitesi yükseldiğinde, dış müşterilere sunulan nihai çıktının kalitesi yükselmekte ve iç müşterilerin birbirlerine karşı olan davranış biçimleri, dış müşterilere verilen hizmetin kalitesini olumlu etkilemektedir. Özetle işletme içinde çalışanların birbirine sundukları hizmetin kalitesi işletmenin dış müşterilere verdiği hizmet kadar önemli olmaktadır (Taşkın,2000:24).

Zaten günümüzün yoğun rekabet ortamında, üstün rekabet gücüne sahip işletmeler, hem dış hem de iç müşteri memnuniyetinin stratejik öneminin bilincinde iç ve dış ayrımı yapmaksızın, müşterilerinin istek ihtiyaç ve arzularını tam olarak belirleyip karşılayan işletmelerdir (Değirmen, 2006:71).

İşletmelerin hizmet sağlayıcıları ve son tüketici konumundaki müşterilerine yönelik ürün ve hizmetle ilgili projelere başlamadan önce kendi yapılarını incelemeleri gerekmektedir. Öncelikle çalışanlarla olan ilişkilerin geliştirilmesi, onların da birer müşteri olarak görülmesi ve bu konu dikkate alınarak eğitim verilmesi gerekir. Çünkü çalışanlar müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamada müşteriyle bire bir etkileşimde bulunmaktadır, İşletmede, başarıya ulaşılması için müşterilerin olduğu kadar çalışanlarında ihtiyaçlarını tatmin etmek zorunludur (Odabaşı, 2005: 31).

İşletme içerisinde, birbirine mal veya hizmet sunanlar iç müşteri olarak adlandırılır. İç müşteri kavramı, Toplam Kalite Yönetimi ile İnsan Kaynakları yönetiminde sıklıkla kullanılmaya başlanmasına rağmen, ardındaki düşünce eski yönetim anlayışlarına dayanmaktadır. Her çalışan kendisi için tanımlanmış bir görev sahası içinde yer alır (İş organizasyonu), tanımlanmış işleri yapar (İş bölümü), bu işleri yaparken diğerleri ile birlikte (İşbirliği) ve uyum içinde çalışır (Koordinasyon). Bu uyumun sağlanabilmesi için çalışanların birbirlerini anlamaları ve bilgilendirmeleri gereklidir (iletişim) (Erkut, Aksu, 1996:800).

İç müşterilerin hoşnutluğunu ölçmeden önce, süreçler gözden geçirilerek, iç müşterilerin genel isteklere ek olarak, neler isteyebileceği belirlenmeli, süreçte bu isteklere uygun gerekli değişiklikler yapılmalıdır. Bunlara uygun metrikler belirlenmeli, sürekli ölçüm sağlanarak, gelişmeler izlenmelidir (Akkaya, 2002:7). İç müşteri memnuniyeti belirli periyotlarla ölçülmelidir.

2.3.2.2. Dış Müşteri Hoşnutluğunun Ölçümü

Müşteri memnuniyeti, işletmenin kârının ve Pazar payının artmasında ya da özel hedefler ulaşmasında en önemli, stratejik unsurdur. Müşteri memnuniyeti bir program değil, sunulan hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çabalar olarak kabul edilebilir. Müşteri gereksinim ve beklentilerinin karşılanmasıyla başlayan müşteri memnuniyeti kavramının anlaşılmasında yararı olacak beş ana ilke şöyle sıralanabilir (Mcnally, 1994:23);

- Yönetim, müşteri memnuniyetinin sağlanmasında önemli roller üstlenmektedir. Rekabette kullanılan en etkili strateji olan müşteri memnuniyeti, üst yönetimin

benimsemesiyle başlamaktadır. Bu nedenle organizasyon lideri tarafından müşteri memnuniyetinin tanımlanması gerekmektedir.

- Müşteri memnuniyeti için üst yönetimin, stratejik odaklanmayı belirlemesi ve tüm personele benimsetmesi en önemli unsurdur. Bu açıdan, işletme misyonunun, vizyonunun, hedeflerinin, değerlerinin belirlenmesi ve örgüt kültürünün oluşturulması hep bu amaca yönelik olarak dizayn edilmek durumundadır.
- Üst yönetimin müşteri memnuniyetinde oynadığı diğer rol, müşteri isteklerine duyarlı organizasyon yapısını oluşturmasıdır. Müşterilerin memnuniyetini artırmak için, müşterilerle doğrudan temas halindeki çalışanların insiyatif sahibi olmaları, yetenek ve yetkilerinin artırılması yönünde çalışmaların yapılması yönetimin sorumluluğundadır. Bu nedenle çalışanları engellemeyecek organizasyon yapısı oluşturulması sağlanmalıdır.
- Müşteri memnuniyeti tüm örgütü kapsamaktadır; tüm çalışanların katılımı ile başarı sağlanabilmektedir. Memnuniyeti sağlamak amacıyla, hizmet sunulan müşterilerin tanınması, gereksinim ve beklentilerinin belirlenmesi, müşterilerin organizasyonu nasıl gördüğünün tespiti ve bunlara uygun faaliyetler gerçekleştirilmelidir. Ancak bu faaliyetler tüm çalışanların sorumluluğundadır. Örneğin; bir bilgisayar şirketinde müşterinin gereksinim ve beklentisine uygun donanım ve yazılımın zamanında teslimi yeterli olmayabilir. Müşteri, hizmet satın aldığı firmayı aradığında santral memurunun ilgisini, aradığı kişiye kolay ulaşımı, problem ve istemlerinin çözüm hızı ya da tahsilâta gelen kişinin tavırlarının genel olarak değerlendirmektedir.
- Müşteri memnuniyetinin tüm çalışanlarca sahiplenilmesi ve paylaşma isteği yeterli olmamaktadır. Gerekirse organizasyon yeniden yapılandırılmalıdır. Müşteriye en hızlı, en etkili hizmet sunmaya yönelik organizasyon geçilmesi bu amaçla yapılan çalışmalardandır. Ayrıca süreç yönetimine geçiş müşteri memnuniyeti için zor ancak etkili olmaktadır.
- Müşteri memnuniyeti tanımlanabilmeli, ölçülebilmeli ve izlenebilir olmalıdır. Müşteri memnuniyeti; tanımlanabilirse ölçülebilir, ölçülebilirse analiz edilebilir, analiz edilebilirse kontrol edilebilir, kontrol edilebilirse pekiştirilebilir. Bu nedenle müşteri memnuniyetinin sağlanmasında etkili unsurların gözden

geçirilmesinde yarar vardır. Örneğin; müşterilerin kararlarını etkileyen faktörlerin bilinmesi memnuniyet açısından önemlidir.

2.3.3. Müşteri Hoşnutluğunu Etkileyen Faktörler

Hastaya İlişkin Özellikler: Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (Forbes ve Brown 1995, Lin 1996, Sitzia ve Wood 1998).

Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaya ait sosyo-demografik değişkenler arasında tutarlı olmayan sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, bazıçalışmalarda yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun oldukları ifade edilirken (Carr-Hill 1992, Jakobsson ve ark. 1994), bazılarında ise yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (Hart ve ark. 1996, Uz ve ark. 1997).

Cinsiyet konusunda da araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı araştırmalarda kadınların (Lookinland ve Pool 1998), bazılarında da erkeklerin daha memnun oldukları belirlenirken (Gray 1997), bazılarında, cinsiyet ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (Larsson 1999, Okumuşve ark. 1993, Özmen 1990,Tengilimoğlu 1996).

Literatürde memnuniyet ve eğitim düzeyi konusunda da tutarlıolmayan sonuçlar bulunmaktadır. Carr-Hill (1992), eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha yüksek standart beklediklerinden dolayı daha az memnun olabileceklerini belirtmektedir.Esatoğlu (1996) ve Özmen (1990)'in eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha az memnun olduklarını belirledikleri çalışmaları bu düşünceyi desteklemektedir. Ancak Yılmaz (2000) tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla memnun olduğu, buna karşılık Okumuş (1993) ve Akyol (1993) tarafından yapılan çalışmada ise, eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediği belirlenmiştir.

Hizmet Verenlere İlişkin Özellikler: Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir (Avis 1995b, Meredith 1993, Sitzia ve Wood 1998, Walker 1998). Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile

iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır.

Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca birey olarak değer verildiğini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık personeli hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda durumu ve yapılacak işlemlere yönelik yeterince bilgilendirilen hastaların, sağlık personeline güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır (Uz ve ark. 1997, Williams 1993, Yılmaz 2000)

Bilgi verme hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir ancak, kendisine birey olarak değer verildiğini hissetmek yalnızca bilgi vermeyi içermemektedir, ek olarak personelin hastalara gerçekten ilgi göstermesi, ne hissettiklerine odaklanması ve onlara zaman ayırması konularınıda içermektedir (Walker ve ark. 1998). Yapılan çalışmaların sonuçları bilgi vermenin önemini ortaya koymakla birlikte (Evans 1998, Fidrochi 1973, Jakobson ve ark. 1994, Yılmaz 2000) özellikle sağlık personeli açısından bu alanda daha fazla ilerleme kaydedilmesi gerekmektedir.Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi önemlidir. Hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktördür (Evans ve ark. 1998, Sitzia ve Wood 1998).

Bu konuda yapılan çalışmalarda, hastaların hastane deneyimleri ile ilgili memnuniyet ve memnuniyetsizliklerinde hemşirelik hizmetinin çok önemli bir faktör olduğu ve bu nedenle hemşirelik personelinin hasta ile etkileşimleri ve davranışlarının hasta memnuniyetinde temel unsurlar olduğu belirtilmektedir (Evans 1998, Forbes ve Brown 1995, Merkouris ve ark. 1999a).

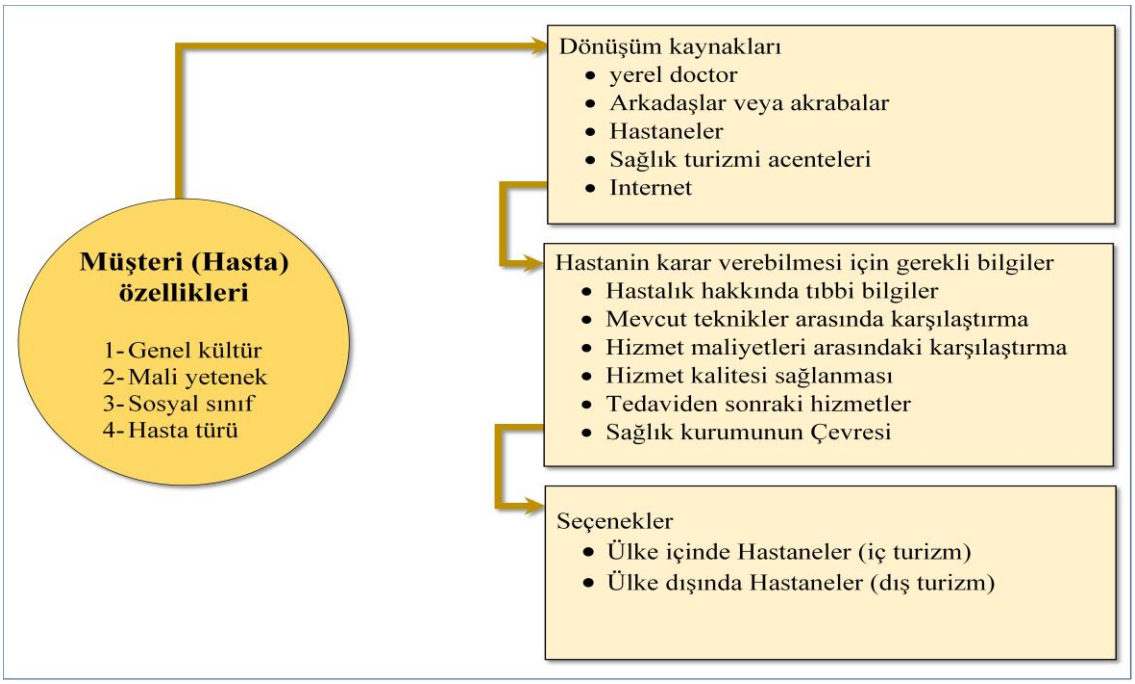
Hemşirelik hizmetlerinin hasta memnuniyetinde önemli olmasının nedenleri arasında; sağlık personeli içinde hemşire sayısının çok olması, hemşirelerin hastaların gereksinimlerini karşılamak için sürekli yanlarında bulunması ve bireylerin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunun hemşirelerin öncelikli sorumluluklarından olmasıdır (Merkouris ve ark. 1999a).

Kurumsal Özellikler: Hastanenin ulaşabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin

kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir. Yeterince bilgilendiren, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibi-ne daha çok güven duymaktadır (Walker ve ark. 1998).

Sonuç olarak yukarıda görüldüğü gibi hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Avis 1995b, Fakhoury 1998, Forbes ve Brown 1995, Greeneich 1993, Larsson 1999, Lin 1996, Okumuş ve ark.1993, Williams 1994, Yılmaz 2000). Aynı zamanda hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ve kalitenin belirlenmesinde bir geri bildirim (feed-back) sağlamaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin ölçülmesi yararlı ve gereklidir.

Şekil 2.3.3. Müşteri Kararları



Not: Şekiller Müşteri Kararları tarafımca hazırlanmıştır.

2.3.4. Müşteri/Hasta Hoşnutluğunun Önemi

Sağlık hizmet sunumunda hoşnutluk kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Eskiden sağlık kurumlarının müşterisi denildiği zaman sadece hastalar akla gelirken, günümüzde sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar müşteri olarak kabul edilmektedir (Çakıl, 2007: 141).

Nasıl ki birer tüketici olarak satın alma kararlarımızda tatmin önemli bir belirleyiciyse, bizleri tatmin eden ürünleri kullanma eğilimi sergiliyorsak, hasta olarak da bir sağlık hizmetinden tekrar yararlanma kararımızı daha önceki deneyimimizin yaratacağı tatmin duygusu yönlendirebilecektir. Ancak hizmetlerin ürünlere göre farklı özellikleri vardır.

Örneğin; bir giysiyi giyip deneyerek, hazır kahvede bir kullanımlık bir poşetini alıp tadarak, beklentilere uyup uymadığına ilişkin karar verebilir. Söz konusu olan sağlık hizmetleriyse böyle bir deneme ve değerlendirme olanağı yoktur. Deneyim ancak alınıp tüketildikten sonra kazanılacaktır. Üstelik sağlık hizmetlerinde hastaların teknik anlamda uzmanlıklarının olmaması da kalite değerlendirmelerini daha çok teknik olmayan unsurlarla (bekleme süresi, temiz bir ortam, çalışanların iletişim yaklaşımı gibi) yapmalarına neden olur (Odabaşı, 2004: 141).

Hasta tatmini; sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biridir (Uzkesici, 2002; 303)

2.3.5. Müşteri/Hasta Tatmininin Boyutları

Hasta tatminini etkileyen kriterler; hijyen, ilgi, teknoloji altyapı gibi hizmetlerin fiziksel özelliklerinin yanı sıra, ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilen, uygun fiyatta ve uygun kalitede olma kriterleri de göz önünde bulundurulmaktadır; ayrıca, hastanın hastane hizmetlerinden beklentisini etkileyen faktörlerle arasında hastanın medikal ihtiyaçları, diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri tecrübeler, sosyo kültürel ve psikolojik durumları ile kendi tanımları da yer almaktadır. Hasta tatmininde etkili olan faktörlerden önemlileri aşağıda kısaca açıklanmıştır.

Hasta-doktor, hemşire, diğer hastane personeli ilişkisi: Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok dinlenme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket ve saygı gösterme gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadır.

Bilgilendirme: Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından; sade, teknik olmayan, anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi, onların hastalık durumunu başından daha anlayışla karşılayabilmelerini sağlamaktadır. Hasta durumunu başından neler geçtiğini, ne kadar süre bu şekilde kalacağını, ne tür tedavi sürecinden geçeceğini merak etmektedir.

Beslenme hizmetleri: Yapılan birçok araştırmaya göre; sağlık kurumundan taburcu olan hastaların, hastanede kaldıkları süre ile ilgili açıklamalarında, yiyecekler hakkında çok şey hatırladıkları belirlenmiştir. Hastalar yemeğin yalnızca kalitesinden değil, yemeği sunan kişilerden, sunuluş biçiminden ve görüntüsünden de

etkilenmektedirler. Hastaya sunulan yemek, diyet yemeği de olsa sunum biçimi iyi olduğunda, hastalar hizmetleri kaliteli olarak değerlendirmektedirler.

Fiziksel-çevresel koşullar: Sağlık kurumlarının aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları vb. fiziksel özellikler de hasta tatmini konusunda direkt bir etkiye sahiptir.

Bürokrasi: Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları formalitelerin sayısı ve bu formalitelerin (resmi işlemler) tamamlanması için geçen süre, hasta tatminini etkilemektedir.

Güven: Hastalar aldıkları hizmetin yeterli miktarda olmasını istemektedirler. Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır.

Ücret: Ücret, özellikle sosyal güvencesi olmayan hastalar için önem arz etmektedir. Hastalar kaliteli hizmetleri, en düşük ücretle almak isterler.

Hasta memnuniyetini etkileyen yukarıdaki faktörlere ilave olarak birçok faktör bulunmaktadır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığın tanısı, tedavisi ve yatış süresi hasta memnuniyeti, kişiler arası iletişim, personel davranışı, hastalığı ile ilgili bilgilendirme gibi birçok faktörden etkilenmektedir.

Aydınlatma, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm gibi fiziksel ve çevresel koşullar ile bürokrasi; bekleme süresi, ziyaretçi politikası ve beslenme hizmetlerinin hasta memnuniyetini etkilediği yapılan araştırmalar sonucu bulunmuştur (Özer, 2007:140)

2.3.6. Müşteri/Hasta Tatmininin Önemi

Müşteri tatmini işletmeler için çok önemlidir. Tatmin olmuş bir müşteri daima hizmet alımlarını aynı işletmeden yapacak demektir. Böylece müşteri sadakati sağlanmış olur. Ayrıca çevresinde işletme hakkında olumlu tanıtım yaparak pazar payının artırmasına da yardımcı olur.

Tatmin olmayan müşteri ise; sadece pazar kaybına değil, işletmenin büyümesine de engel olur. Yapılan araştırmalar tatmin olmayan hastaların çok sayıda hastayı olumsuz yönde etkileyerek potansiyel müşteri kaybına neden olduğunu göstermiştir.

Hastanelerde hasta/müşteri tatmini şu nedenlerden dolayı önemlidir.

- Tatmin, sağlık hizmetlerinin temel çıktısıdır,
- Tatmin, sağlık hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgi sağlar,

- Tatmin edilen ve edilmeyen hastalar farklı şekilde davranırlar
- Maliyetleri azaltır,
- Hasta sadakatini sağlar,
- Yarattığı güven duygusu ile hastaneye başvuruyu arttırır,
- Hasta memnuniyeti; sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir. Hasta tatmini ölçüm sonuçları, kuruma bir ayna görevi yaparak kendilerini değerlendirme olanağı sağlar (Esatoğlu 1997: 61-72)
- Hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşlarının üstünlük veya zayıflığını ortaya koymalarına yardımcı olur (Aslan, 2005:554-565)
- Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet avantajı elde edilmesi açısından önemlidir (Devebakan, 2005:543-553).
- Hizmetlerden memnun olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uyar (Kavuncubaşı, 2000:291-304).
- Sağlık hizmetlerinden memnun kalan hastalar gereksinim duyduklarında yine aynı sağlık kurumunu tercih eder (Özgen; 1995:47-53),
- Aldığı bakımdan tatmin olmayan hasta, hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini tatmin olanlara göre daha çok başkalarıyla paylaşırlar (Esatoğlu, 1997:61-72).

Toplam Kalite Yönetimi'nin temel prensibi müşteri tatminidir. Müşteriyi tatmin edebilmek için ne istediğini iyi bilmek gerekir. Her müşterinin beklentisi farklıdır. Bu farklı beklentileri tatmin etme yolları da farklı olacaktır. Bu bakımdan özellikle iki konu üzerinde durulması yararlı olacaktır.

- Müşterinin gereksinimlerini belirlemesi
- Müşterinin gereksinimlerini en az maliyetle karşılayacak sürecin belirlenmesi.

1994 yılında Juran Enstitüsü tarafından yapılan bir araştırmada; Amerika'daki 200'den fazla büyük şirketin tepe yöneticisinin % 90'ının, müşteri tatminini en üst düzeye çıkarmanın kârlılığı ve pazar payını da en üst düzeye çıkaracağını düşündükleri belirtilmiştir. Bu şirketlerin yöneticilerinin %90'ı da böyle düşündüklerini müşteri tatmini göstergelerini sistematik biçimde izlemeye ve iyileştirmeye yönelik çalışmalara finansman sağlayarak kanıtlamışlardır (Vavra, 1999:21).

ABD genelindeki perakendeciler mağazalarının duvarlarında bulunan ve sık sık alıntı yapılan şu cümleleri ile müşteri tatmininin önemini hatırlamaktadır.

1.Kural: Müşteri her zaman haklıdır

2.Kural: Müşterinin haksız olduğu durumda 1. kural geçerlidir.

Müşteri sadakatindeki %5'lik bir artışın söz konusu hizmet alanının özelliklerine bağlı olarak kârlılık rakamlarında %25 ile %80 arasında değişen bir kârlılık artışı oluşturabileceği tahmin edilmektedir (Öztürk, 2003:182). Yani; bir müşteri kazanmanın maliyeti, var olan bir müşteriyi elde tutmaktan beş kat daha fazladır.

Bir satın alma çevriminde dört müşteri kaynağı vardır; şirkete bağlı müşteriler, rakiplerden vazgeçip gelen müşteriler, o kategori için yeni olan müşteriler ve rakip firma müşterileri. Bu dört grup müşterinin her biri için başarı olasılıklarını getirmekte olduklarından, kendilerine şu anda gösterilenden daha fazla ilgiyi ve özeni hak etmektedirler. Diğer yandan yeni müşteriler ile rakip şirketlerden vazgeçip gelenlerin yeni bir iş getirmeleri daha düşük bir olasılıktır. Dolayısıyla daha az ilgi ve özeni hak ederler (Vavra, 1999:32).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
METERYAL ve YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, kapsamı, yöntemi ve oluşturulan hipotezler yer almaktadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın iki temel amacı vardır. Bunlardan birincisi; Türkiye (Gaziantep) ve Ürdün (Amman)'deki hastanelerdeki yöneticilerin, pazarlama bilgi sistemlerine ilişkin algılarını analiz etmek ve iki ülkedeki hastane yöneticilerinin pazarlama bilgi sistemlerine ilişkin algılarında bir farklılık olup olmadığını ortaya çıkarmaktır. Çalışmanın ikinci amacı ise bu ülkelerde sağlık hizmeti alan hastaların, hizmet aldığı hastanelere ilişkin algılarını analiz etmektir.

3.2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI

Bu araştırma 2015 yılının Ocak ve Şubat aylarında yapılmıştır. Bu araştırma Türkiye (Gaziantep) ve Ürdün (Amman)'deki hastanelerdeki yöneticileri ve bu hastanelerde sağlık hizmeti alan hastaları kapsamaktadır. Araştırmanın konusunun kapsamı araştırma konusuyla sınırlıdır. Bu araştırmanın kısıtı, araştırmaya katılanların kendi ifadelerine doğru olduğunun ön kabul edilmesidir.

3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Yapılan anket hastalar ve hastaneler için olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda hastalarla ilgili olarak katılımcılara genel hizmetler konusunda 6 soru, sağlık hizmetleri konusunda 5 soru ve müşteri memnuniyeti üzerine 9 soru sorulmuş ve toplamda 20 soru yöneltilmiştir.

İkinci kısımda ise katılımcılara "hastanede pazarlama bilgi sistemleri" ile ilgili 22 soru sorulmuştur. Toplamda katılımcılara 42 soru sorulmuştur.

Sağlık turizminde pazarlama bilgi sistemi ve müşteri hoşnutluğu ilişkisi üzerine yapılan bu araştırmada sosyal medya üzerinden (e-mail, facebook, twitter vb.)veya doğrudan anket uygulaması yapılmıştır. Araştırmada, GOOGLE FORMS programı kullanılarak anket soruları oluşturulmuş ve elektronik olarak dağıtılmış, elde edilen aritmetik ortalama, standart sapma, yüzdelik nisbetleri ve tekrar sayısı verilerinin SPSS

programı kullanılarak istatiksel analizi yapılmış ve EXCEL programı kullanılarak da ortaya atılan hipotezlerin değerlendirilme süreci gösterilmiştir. Araştırma sonuçları ise örneklemden hareketle, kıyaslamalar yapılarak grafikler ile gösterilmektedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Sağlık turizminde pazarlama bilgi sistemi ve müşteri hoşnutluğunu incelemek amacı ile oluşturulan hipotezler aşağıda gösterilmiştir.

H1: Türkiye ve Ürdün'deki hastane yöneticilerinin pazarlama bilgi sistemlerine yönelik algıları farklıdır

H2: Türkiye ve Ürdün'deki hastanelerde hizmet alan hastaların hastanelere ilişkin algıları farklıdır

H2a: Türkiye ve Ürdün'deki hastanelerde hizmet alan hastaların hastanelerdeki genel hizmetlere ilişkin algıları farklıdır

H2b: Türkiye ve Ürdün'deki hastanelerde hizmet alan hastaların hastanelerdeki sağlık hizmetlerine ilişkin algıları farklıdır

H2c: Türkiye ve Ürdün'deki hastanelerde hizmet alan hastaların mmenuniyetleri farklıdır

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.1.BULGULAR ve TARTIŞMA

Bu araştırmada bulguların ortaya konması, karşılaştırmalı anket metodu kullanılarak analitik karşılaştırma yaklaşımına dayalı olarak yapılmıştır. Araştırmacı çalışmanın alan uygulamasından – örneklemden elde edilen bilgi ve veriler ışığında ortaya atılan hipotezleri analiz ederek, birincil bilgiye ulaşmak amacıyla çalışmayı yürütmüştür.

Çalışma topluluğu ve örneklem;

300 anket sorusu sosyal iletişim araçları yoluyla dağıtılmış (facebook, twitter, e-posta) ve bazı hastalarla da yüz yüze görüşülmüştür. Hastalardan (285) kişi anket sorularını yanıtlamıştır. Bu nedenle, analizi yapılan ankete katılım sayısı (285) olup, ankete toplam katılım oranı (%95) olmuştur. Bu ankete katılan (285) hasta rastgele olarak seçilmiştir. Araştırmanın örneklemi farklı ülkelerdeki (Irak - Suriye - Ürdün - Mısır - Suudi Arabistan - Türkiye) hastalardan oluşmaktadır. Analizler farklı ülkelerden gelip Türkiye ve Ürdün'de kamu ve özel sektör hastanelerinde tedavi alan hastaları kapsamaktadır.

Ankete katılan hastaların tümü Türkiye ve Ürdün'deki kamu ve özel hastanelerden hizmet aldığını belirtmiştir. Tablo 4.1'de gösterildiği gibi Ürdün ve Türkiye'de bulunan kamu ve özel sektör hastanelerinden, her iki ülkede de sadece 3 hastane seçilmiş ve anketler rastgele dağıtılmıştır.

Tablo 4.1. Ülkelere Göre Araştırmanın Yapıldığı Özel ve Kamu Hastanelerinin Sayısı

S	Ülke	Hastane	Yüzdelik nisbeti
1	Türkiye	3	50
2	Ürdün	3	50
Toplam		6	100

Çalışma örnek ve üyelerinin demografik özellikleri; aşağıdaki tablolarda çalışma örnek ve üyelerinin demografik özellikleri; cinsiyet, yaş, hastanın hangi ülkede tedavi gördüğü ile hastanede kalış süresi gösterilmiştir. Aşağıdaki değişken cinsiyet tablosunda gösterildiği gibi sonuçlara bakıldığında;

- Sağlık Turizminde Erkek Hastaların Oranı (%76)
- Sağlık Turizminde Kadın Hastaların Oranı ise (%23)'tür.

Tablo 4.2. Özel ve Kamu hastanelerinde tedavi görenlerin demografik verileri

S	Cinsiyet	Katılımcılar	Yüzdelik nisbeti
1	Erkek	219	76,8
2	Kadın	66	23,2
Toplam		285	100

Özel ve kamu hastanelerinde tedavi gören hastaların yaş ortalaması tabloda gösterilmiştir. Oranlara bakıldığında;

- 18'den küçük olanların oranı (%1.1),
- 18-25 yaş arası olanların oranı (%28.4),
- 25-35 yaş arasında olanların oranı (%41.1),
- 35-45 yaş arasındaki olanların oranı (%12.6)
- 45 yaş üzeri olanların oranı ise (%16.8)'dir.

Tablo 4.3. Özel ve Kamu Hastanelerinde Tedavi Görenlerin Yaş Ortalaması Verileri

S	Yaş	Katılım sayısı	Yüzdelik nisbeti
1	18 yaş altı	3	1,1
2	18-25 yaş	81	28,4
3	25-35 yaş	117	41,1
4	35-45 yaş	36	12,6
5	45 yaş üstü	48	16,8
Toplam		285	100

Aşağıdaki tabloda değişik ülkelerden tedavi alanların oranı belirtilmiş olup;

- Türkiye'de tedavi alanların oranı (%72.6),
- Ürdün'de tedavi alanların oranı ise, (%27.6) olarak ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.4. Ülkelere Göre Özel ve Kamu Hastanelerinde Tedavi Alanların Sayısı

S	Hangi ülkede tedavi gördünüz	Katılım sayısı	Yüzdelik nisbeti
1	Türkiye	207	72,6
2	Ürdün	78	27,6
Toplam		285	100

Aşağıdaki tabloda hastaların hastanede tedavi amaçlı kaldığı süre gösterilmiştir.

- Hastanede 1 haftadan az kalanların oranı (%52.6),

- 1 hafta kalanların oranı (%17.9),
- 2 hafta kalanların oranı (%8.4),
- 1 ay kalanların oranı (%14.7)
- 1 aydan fazla süre kalanların oranı (%6.4) dür.

Tablo 4.5. Özel ve Kamu Hastanelerde Hastaların Hastanede Kalış Süresi Verileri

S	Hastanede kaldığı süre	Katılım sayısı	Yüzdelik nisbeti
1	1 haftadan az	150	52,6
2	1 hafta	51	17,9
3	2 hafta	24	8,4
4	1 ay	42	14,7
5	1 aydan fazla	18	6,4
Toplam		285	100

Çalışma araçları ve bilgi edinme kaynakları; bu çalışmanın yapılmasında güvenli veri ve karşılaştırılabilir analiz bilgilerinden faydalanılmıştır.

1-) Teorik bilgiler için araştırmalar, makaleler, tezler ile çalışma kapsamında İngilizce, Türkçe ve Arapça bilim ve uzmanlık kitaplarından yararlanılmıştır.

2-) Anket çalışması için veri sağlamak amacıyla elektronik tasarımlardan faydalanılmış ve bu tasarımlarla anket soruları çeşitli ülkelerdeki hasta ve hastanelere dağıtılmıştır. Anket iki bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölüm: Hastaların demografik özellikleri olan "cinsiyet, yaş, hastanede kalış süresi ve hangi ülkede tedavi aldığı" gibi konular araştırılmıştır. Bu araştırma ile sağlık turizmi hastalarının amacı, demografik özellikleri, hastaların değişken özellikleri ve tepkileri karşılaştırılarak inceleme yapılmıştır. Bu anket ise bir kaç noktaya bölünmüştür.

Genel hizmetlerle ilgili 6 soru, sağlık hizmetleri ile ilgili 5 soru ve müşteri (hasta) memnuniyeti ile ilgili 9 soru olmak üzere bu bölümde toplam 20 soru sorulmuştur. Yanıt aralıkları (1-5) arası olup, Likert ölçeğine göre ölçülmüştür.

Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	2	3	4	5

İkinci bölüm: Bu bölümde ise, kamu ve özel hastanelerle ilgili bir araştırma yapılarak (ülke - hastane sektörü - hastane yönetimi) olmak üzere 3 çeşit konuda soru

yöneltilmiştir. Çalışmada ülke, hastane yönetimi ve hastane sektörünün demografik özellikleri araştırılmış ve bu konuda sağlık turizmi açısından karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu anket bir kaç noktaya bölünmüştür:

Hastanede pazarlama bilgi sistemi kullanımı ile ilgili konular hakkında 22 soru olmak üzere bu bölümde sorulmuştur. Yanıt aralıkları (1-5) arası olup, Likert ölçeğine göre ölçülmüştür.

Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	2	3	4	5

Kullanılan istatistiksel çözümleme:

Araştırma hipotezlerinin testinde SPSS(Statistical Package for Social Sciences)-Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi kullanılmıştır. Araştırmacı ayrıca aşağıdaki istatistiksel yöntemlerden yararlanmıştır:

- Frekanslar ve yüzdeler,
- Aritmetik ortalama, standart sapma (çalışmanın boyutlarına göre her paragrafın önemini açıklamak ve soruları yanıtlamak için),
- Çalışmada değişkenler arasındaki irtibat ve alaka yoğunluğunu ölçmek için bir çeşit ilişki matrisi (metodu),
- Önem orantısı aşağıdaki ölçeğine uygun olarak tespit edilmiştir:

En çok tekrarlanan rakamların hesaplanma formulü

$$\text{Önemlilik derecesi} = \frac{\text{(En büyük value hesabı)}}{\text{Rakam}}$$

Böylece önemlilik derecesi araştırmada ortaya çıkan sıralamaya göre oluşturulmuştur.

Üçüncü Bölüm: Bu bölümde anket sorularına verilen cevaplara ait ön istatistik göstergeler aracılığıyla katılımcıların tepki değişiklikleri istatistiksel olarak analiz edilmiş ve aritmetik ortalama ile standart sapma kullanılarak değişkenlerin her birinin önem derecesi hipotez olarak sunulmuştur.

Araştırmada örneklem sonucunda karşımıza çıkan cevapların analizinde izlenen süreç; Türkiye ve Ürdün'de özel sektör ve kamu hastanelerinde pazarlama bilgi sistemi kullanımı ile ilgili olarak, sağlık turizmi açısından genel hizmetler noktası, sağlık hizmetleri noktası ve müşteri (hasta) memnuniyeti noktası konularında katılımcıların görüşleri kapsamında, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzdeler ve önemlilik

derecesi formülleri ve metodları kullanılarak sonuçların çıkarılması olarak belirtilebilir.Araştırmada, hasta ve sağlık turizmi müşterilerinin görüşlerine göre elde edilen sonuçlar, Tablo (4.6) da gösterilmiştir:

Tablo 4.6. Sağlık Turizminde, Genel Müşteri Memnuniyetini Sağlamak için Pazarlama Bilgi Sistemlerinin Rolü

S	Memnuniyet derecesi	Sayısı	Yüzdelik nisbeti	Aritmetik ortalama	Standart sapma
1	42-60 (düşük)	6	2,105	77,989	9,679
2	61-79 (orta)	123	56,842		
3	80 ve üzeri (yüksek)	117	41,053		
Toplam		285	100		

Önemlilik derecesi, özel ve kamu hastanelerinde pazarlama bilgi sisteminin kullanımı ile ilgili yapılan araştırmaya katılan bütün katılımcıların görüşleri kapsamında, yüzdelik nisbetleri (56.842) olarak, genel aritmetik ortalama (77.989) olarak, genel standart sapma ise (9.679) olarak ortaya çıkmıştır.

Aritmetik ortalama ve standart sapma verileri arasında gözlenen orantılı düşüş, sağlık turizminde pazarlama bilgi sistemi kullanımına yönelik araştırmaya katılan bireylerin görüşlerinin, genel olarak sağlık turizmi müşterileri tarafından da benimsendiği sonucunu destekler ve genel olarak katılımcıların görüşlerinin tutarlılığını gösterir.

1- Hastalarla İlgili Değişkenlerin Açıklaması

Tablo 4.7. Genel Hizmetler Noktası

S	Memnuniyet derecesi	Katılım sayısı	Yüzdelik nisbeti	Aritmetik ortalama	Standart sapma
1	18-26 (düşük)	18	6,316	34,536	5,385
2	27-35 (orta)	141	49,474		
3	36 ve üzeri (yüksek)	126	44,211		
Toplam		285	100		

a-)Yukarıdaki tabloda, Ürdün ve Türkiye'deki kamu ve özel sektör hastanelerinde yapılan araştırmada hastaların, genel hizmetler noktasında memnuniyet derecesi ortalaması gösterilmiştir. Çalışma kapsamında memnuniyet derecesi oranı (%49.385) olarak ortaya çıkmıştır. Bu oran sağlık turizminde hastaların bariz bir şekilde memnun olduğunu göstermektedir. Araştırmada, aritmetik ortalamanın (34.536), standart sapmanın ise (5.385) olduğu görülmüştür.

Tablo 4.8. Genel Hizmetler Noktası Aritmetik Ortalama Verileri

S	Memnuniyet derecesi	1		2		3		4		5		Aritmetik ortalama
A	Genel hizmetler noktası	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	
1	G1	110	38,6	124	43,5	39	13,7	9	3,2	3	1,1	4,154
2	G2	105	36,8	114	40	51	17,9	15	5,3	-------	-----	4,084
3	G3	90	31,6	153	53,7	36	12,6	6	21	-------	-----	4,147
4	G4	105	36,8	141	49,5	24	8,4	15	5,3	-------	-----	4,178
5	G5	156	54,7	93	32,6	24	8,4	12	4,2	-------	-----	4,378
6	G6	48	16,8	12	42,1	81	24,4	36	12,6	-------	-----	3,631

b-) Araştırma kapsamında katılımcıların anket sorularından herbirine verdikleri cevaplar farklılık göstermektedir. Anket sorularının önemlilik derecesine göre sıralanışında da görüldüğü gibi; 6.soru, (Hastanenin internet sitesinden verdiği hizmetlere kolayca ulaşılmaktadır) aritmetik ortalamada (3.631) birinci sırada, 2.soru (Hastalar için hastanenin yakınlığı ve kolayca ulaşım çok önemlidir) aritmetik ortalamada (4.084) ikinci sırada, 5.soru (hastanenin içerisinde ve çevresinde günlük temizlik yeterli ve belirli aralıklarla yapılmaktadır) ise aritmetik ortalamada (4.378) son sırada gelmiştir .

c-) Standart sapma verileri arasındaki orantılı yakınlık, ankete katılan bireylerin yukarıda zikredilen paragraflarla ilgili görüşlerinin, genel olarak sağlık turizmi müşterileri tarafından da benimsendiği sonucunu destekler ve genel olarak katılımcıların görüşlerinin tutarlılığını gösterir.

Tablo 4.9. Sağlık Hizmetleri Noktası

S	Memnuniyet derecesi	Sayısı	Yüzdelik nisbeti	Aritmetik ortalama	Standart sapma
1	8-13(düşük)	12	4,211	18,877	2,932
2	14-19(orta)	156	54,737		
3	20ve üzeri (yüksek)	117	41,054		
Toplam		285	100		

a-)Yukarıdaki tabloda, Ürdün ve Türkiye'deki kamu ve özel sektör hastanelerinde yapılan araştırmada hastaların, sağlık hizmetleri noktasında memnuniyet

derecesi ortalaması gösterilmiştir. Çalışma kapsamında memnuniyet derecesi oranı (%54.737) olarak ortaya çıkmıştır. Bu oran sağlık turizminde hastaların bariz bir şekilde memnun olduğunu göstermektedir. Araştırmada, aritmetik ortalamanın (18.877), standart sapmanın ise (2.932) olduğu görülmüştür.

Tablo 4.10. Sağlık Hizmetleri Noktası Aritmetik Ortalama Verileri

S	Memnuniyet derecesi	1		2		3		4		5		Aritmetik ortalama
B	Sağlık hizmetleri noktası	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	
1	S1	78	30,5	138	48,4	48	16,8	6	21	6	21	4,031
2	S2	57	20	168	58,9	51	17,9	6	21	3	1,1	3,947
3	S3	37	13	62	21,8	66	23,2	81	28,4	39	13,7	2,919
4	S4	102	35,8	135	47,4	30	10,5	9	3,2	9	3,2	4,094
5	S5	63	22,1	156	54,7	45	15,8	12	4,2	9	3,2	3,884

b-) Araştırma kapsamında katılımcıların anket sorularından herbirine verdikleri cevaplar farklılık göstermektedir. Anket sorularının önemlilik derecesine göre sıralanışında da görüldüğü gibi; 3.soru, (Hastalar tedavi görebilmek için uzun süre bekletilmemelidir) aritmetik ortalamada (2.919) birinci sırada, 5.soru (Hastane hizmetleri hastaların ihtiyacını karşılama ve sorunları çözme kapasitesinde olmalıdır) aritmetik ortalamada (3.884) ikinci sırada, 4.soru (Hastanenin yeterli çeşitte ve kapasitede laboratuarları olmalıdır) ise aritmetik ortalamada (4,094) son sırada gelmiştir.

c-) Standart sapma verileri arasındaki orantılı yakınlık, ankete katılan bireylerin yukarıda zikredilen paragraflarla ilgili görüşlerinin, genel olarak sağlık turizmi müşterileri tarafından da benimsendiği sonucunu desteklerve genel olarak katılımcıların görüşlerinin tutarlılığını gösterir.

Tablo 4.11. Müşteri (Hasta) Memnuniyeti Noktası

S	Memnuniyet derecesi	Katılım sayısı	Yüzdelik nisbeti	Aritmetik ortalama	Standart sapma
1	19-15 (düşük)	24	8,421	24,575	3,297
2	20-24 (orta)	117	41,053		
3	25 ve üzeri (yüksek)	144	50,526		
Toplam		285	100		

a-)Yukarıdaki tabloda, Ürdün ve Türkiye'deki kamu ve özel sektör hastanelerinde yapılan araştırmada hastaların, müşteri (hasta) memnuniyeti noktasında memnuniyet derecesi ortalaması gösterilmiştir. Çalışma kapsamında memnuniyet derecesi oranı (%50.526) olarak ortaya çıkmıştır. Bu oran sağlık turizmi hastalarının memnuniyetini göstermektedir. Araştırmada, aritmetik ortalamanın (24.575), standart sapmanın ise (3.297) olduğu görülmüştür.

Tablo 4.12. Müşteri (hasta) Memnuniyeti Noktası Aritmetik Ortalama Verileri

S	**Memnuniyet derecesi**	**1**		**2**		**3**		**4**		**5**		**Aritmetik ortalama**
C	Müşteri memnuniyeti noktası	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	
1	M1	75	26,3	156	54,7	36	12,6	12	4,2	6	21	3,989
2	M2	45	15,8	159	55,8	57	20	18	6,3	6	21	3,768
3	M3	90	31,6	156	54,7	27	9,5	3	1,1	9	3,2	4,105
4	M4	75	26,3	117	41,1	63	22,1	30	0,51	-------	-----	3,831
5	M5	72	25,3	156	54,7	24	8,4	24	8,4	9	3,2	3,905
6	M6	75	26,3	138	48,4	57	20	15	5,3	-------	-----	3,957
7	M7	66	23,2	90	31,6	78	30,5	36	12,6	6	2,1	3,610
8	M8	48	16,8	93	32,6	75	26,3	60	21,11	9	3,2	3,389
9	M9	87	27,4	144	50,5	51	17,9	3	1,1	9	3,2	3,978

b-) Araştırma kapsamında katılımcıların anket sorularından herbirine verdikleri cevaplar farklılık göstermektedir. Anket sorularının önemlilik derecesine göre sıralanışında da görüldüğü gibi; 7.soru, (Hastanede, hastaların iyileşmesini sağlayacak yeterli yeşil alan bulunmaktadır) aritmetik ortalamada (3.610) birinci sırada, 2.soru (Hastane çalışanları hızlı ve etkili şekilde hastaya müdahale ediyor ve gereken hizmeti sunuyor) aritmetik ortalamada (3.768) ikinci sırada, 3.soru (Doktorlar hastaların sorduğu soruları önemseyerek cevaplamaktadır) ise aritmetik ortalamada (4,094) son sırada gelmiştir.

c-) Standart sapma verileri arasındaki orantılı yakınlık, ankete katılan bireylerin yukarıda zikredilen paragraflarla ilgili görüşlerinin, genel olarak sağlık turizmi müşterileri tarafından da benimsendiği sonucunu destekler ve genel olarak katılımcıların görüşlerinin tutarlılığını gösterir.

2- HastaneYönetimi İle İlgili Değişkenlerin Açıklaması

Bu bölüm birinci bölümün aksine farklı kategorilerde katılımcılar olmadığı için, standart sapma verileri içermemektedir.

Tablo 4.13. Hastanede Pazarlama Bilgi Sistemi Aritmetik Ortalama Verileri

S	**Memnuniyet derecesi**	**1**		**2**		**3**		**4**		**5**		**Aritmetik ortalama**
Hastanede pazarlama bilgi sistemi ile ilgili sorular		Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	
1	**P1**	2	33,3	4	66,7	---	---	---	---	---	---	4.333
2	**P2**	3	50	1	16,7	2	33,3	----	----	---	---	4,166
3	**P3**	2	33,3	2	33,3	1	16,7	1	16,7	---	---	3,833
4	**P4**	4	66.7	2	33,3	---	---	----	----	---	----	4,666
5	**P5**	2	33,3	4	66,7	----	----	----	----	---	---	4,333
6	**P6**	3	50	2	33,3	1	16,7	---	---	---	---	4,333
7	**P7**	2	33,3	3	50	1	16,7	----	----	---	---	4,166
8	**P8**	3	50	3	50	----	---	---	---	---	----	4,500
9	**P9**	2	33,3	4	66,7	----	----	----	----	----	---	4,333
10	**P10**	1	66,7	2	33,3	3	50	----	----	----	----	3,666
11	**P11**	2	33,3	2	33,3	2	33,3	----	----	---	---	4,000
12	**P12**	3	50	3	50	----	----	---	---	----	----	4,500
13	**P13**	5	83,3	-----	----	---	---	1	16,7	----	---	4,666
14	**P14**	4	66,7	2	33,3	----	-----	----	----	---	---	4,666
15	**P15**	2	33,3	4	66,7	---	---	----	---	---	---	4,333
16	**P16**	4	66,7	1	16,7	1	16,7	---	---	---	----	4,500
17	**P17**	2	33,3	3	50	----	---	---	-----	1	16,7	4,333
18	**P18**	3	50	2	33,3	1	16,7	---	----	---	---	4,333
19	**P19**	4	66,7	1	16,7	1	16,7	---	---	---	---	4,500
20	**P20**	2	33,3	4	66,7	---	---	----	---	----	---	4,333
21	**P21**	1	16,7	3	50	2	33,3	----	----	---	----	3,833
22	**P22**	1	16,7	5	83,3	----	---	---	----	----	---	4,166

a- Araştırma kapsamında katılımcıların anket sorularından herbirine verdikleri cevaplar farklılık göstermektedir. Anket sorularının önemlilik derecesine göre sıralanışında da görüldüğü gibi; 3. ve 2.sorular, (Hastanede pazarlama bilgi sistemleri uygulaması, hızlı hizmet üretimi ve zamandan tasarruf sağlar) aritmetik ortalama (3.833).(Pazarlama bilgi sistemi hastane rezervasyon işlemlerine önemli katkılar sağlar) aritmetik ortalama (3.833) birinci sırada, 11. ve 23.sorular (Pazarlama bilgi sistemi; ilgili kurumsal departmanların

ihtiyaç duyduğu uzmanların belirlenmesine ve hastaneye kazandırılmasına katkı sağlar) aritmetik ortalama (4.000). ikinci sırada, 4.soru (Pazarlama bilgi sistemi hastane yönetimine zamanında veri ve bilgi sağlamak amacıyla, sürekli güncellenmelidir) aritmetik ortalama (4.666). 13.soru (Pazarlama bilgi sistemi kurumun kısa orta ve uzun vadeli hedeflerine ulaşmasına önemli katkılar sağlar) aritmetik ortalama (4.666). 14.Soru (Pazarlama bilgi sistemi kurumun mevcut ihtiyaçlarının "tıbbı malzeme ve araçlar" doğru tespiti sonucu, müşteri beklentilerini karşılayarak, hizmet kalitesine katkı sağlar) aritmetik ortalama (4.666) son sırada gelmiştir.

b-) Standart sapma verileri arasındaki orantılı yakınlık, ankete katılan bireylerin yukarıda zikredilen paragraflarla ilgili görüşlerinin, genel olarak sağlık turizmi müşterileri tarafından da benimsendiği sonucunu destekler ve genel olarak katılımcıların görüşlerinin tutarlılığını gösterir.

4.2.SONUÇ VE ÖNERİLER

H1: Türkiye ve Ürdün'deki hastane yöneticilerinin pazarlama bilgi sistemlerine yönelik algıları farklıdır.

Tablo 4.14. İki Ülke Hastane Yöneticileri Arasındaki Bakış Farkı

Sorular	Ülke	Mean	Std. Deviation	t	Sig. (2-tailed)
P1	1.00	1.667	0.577	0.000	1.000
	2.00	1.667	0.577		
P2	1.00	2.333	1.155	1.342	0.251
	2.00	1.333	0.577		
P3	1.00	2.000	1.732	-0.316	0.768
	2.00	2.333	0.577		
P4	1.00	1.333	0.577	0.000	1.000
	2.00	1.333	0.577		
P5	1.00	1.333	0.577	-2.000	0.116
	2.00	2.000	0.000		
P6	1.00	1.667	1.155	0.000	1.000
	2.00	1.667	0.577		
P7	1.00	1.667	1.155	-0.500	0.643
	2.00	2.000	0.000		
P8	1.00	1.333	0.577	-0.707	0.519
	2.00	1.667	0.577		
P9	1.00	1.667	0.577	0.000	1.000
	2.00	1.667	0.577		
P10	1.00	2.333	1.155	0.000	1.000
	2.00	2.333	0.577		
P11	1.00	2.333	1.155	0.894	0.422
	2.00	1.667	0.577		
P12	1.00	1.667	0.577	0.707	0.519
	2.00	1.333	0.577		
P13	1.00	1.667	1.155	1.000	0.374
	2.00	1.000	0.000		
P14	1.00	1.667	0.577	2.000	0.116
	2.00	1.000	0.000		
P15	1.00	1.667	0.577	0.000	1.000
	2.00	1.667	0.577		
P16	1.00	2.000	1.000	1.732	0.158
	2.00	1.000	0.000		

P17	1.00	2.333	1.528	0.707	0.519
	2.00	1.667	0.577		
P18	1.00	1.667	1.155	0.000	1.000
	2.00	1.667	0.577		
P19	1.00	2.000	1.000	1.732	0.158
	2.00	1.000	0.000		
P20	1.00	1.667	0.577	0.000	1.000
	2.00	1.667	0.577		
P21	1.00	1.667	0.577	-2.121	0.101
	2.00	2.667	0.577		
P22	1.00	1.667	0.577	-1.000	0.374
	2.00	2.000	0.000		

Birinci hipotezin analizinde, Türkiye ve Ürdün'de üçer tane olmak üzere, ilgili hastanelere dağıtılan anketlerden elde edilen verilerin karşılaştırılmasında ve her iki ülkedeki hastane yönetimlerinin, pazarlama bilgi sistemleriyle ilgili farklı algılarının ortaya koyulmasında, t-test yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4.14.'de Türkiye ve Ürdün'deki kamu ve özel sektör hastanelerinde pazarlama bilgi sistemleri kullanımının etkisi gösterilmiştir. Elde edilen verilere göre, genelde bilgi sistemleri özelde ise pazarlama bilgi sistemleri konusunda hastane yönetimleri arasında bir görüş farkı olmadığı gözlemlenmiştir. Hastane yönetimlerinin soruların büyük bir çoğunluğuna verdikleri cevaplarda görüldüğü gibi, sonuçlara etki etmeyecek derecede küçük bir fark olması, pazarlama bilgi sistemlerinin dünya düzeyinde bu alanda işlevsel ve bilimsel gelişime ayak uydurabilmek için tedavi hizmetleri ve hastalarla ilgili veri tabanının oluşturulması konularında taşıdığı önemden kaynaklanmaktadır.

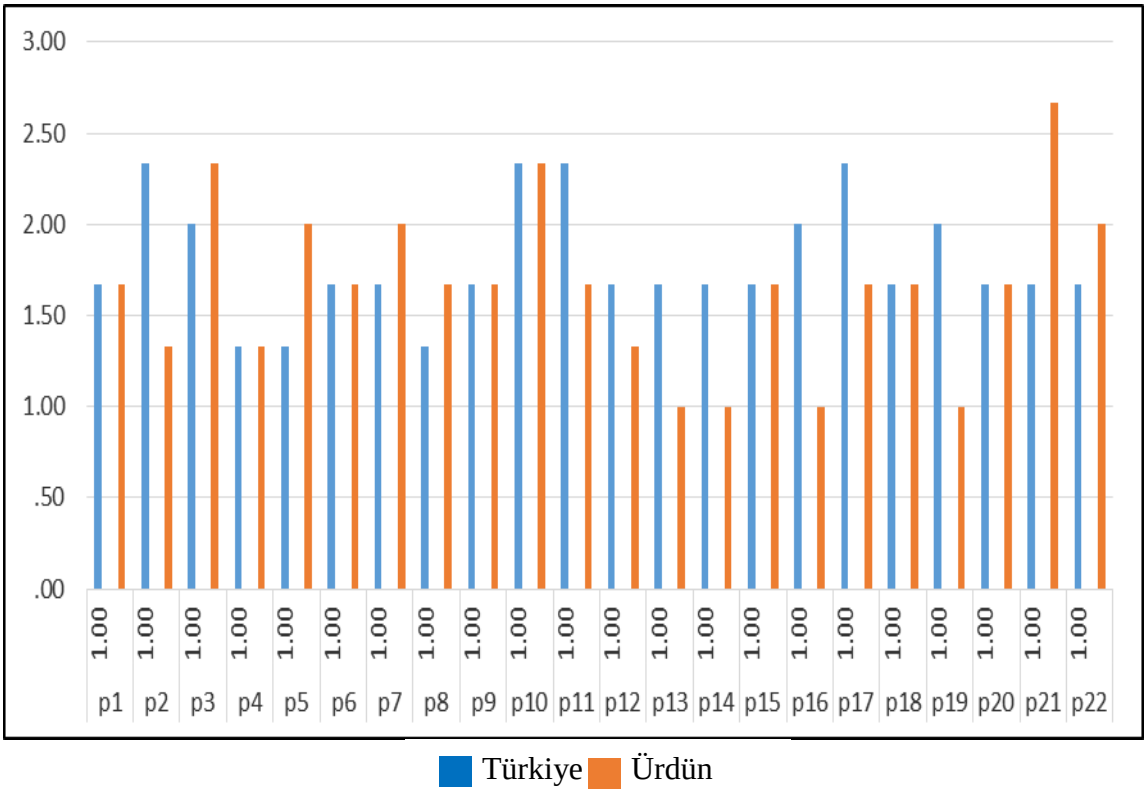
Araştırmacı, aritmetik ortalama verilerine göre, iki soruya verilen cevaplarda hastane yönetimleri arasında basit bir görüş ayrılığı olduğunu gözlemlemiştir.

Soru 16 "Hastanede pazarlama bilgi sistemleri uygulaması, hızlı hizmet üretimi ve zamandan tasarruf sağlar" ile ilgili olarak, araştırmacı genel olarak bilgi sistemleri ve teknikleri kullanımı konusunda Türkiye hastaneleri yönetimlerinin daha büyük bir yönelime sahip olduğunu gözlemlemiştir. Bunun sebebi Suriye, İran ve diğer Arap ülkeleri hastaneleri gibi seçeneklerin gelişen siyasi olaylar sonucu ortadan kalkmasıyla, komşu ülkeler ve çeşitli arap ülkelerindeki hastaların önünde, bölgede sağlık turizmi alanında Türkiye piyasalarına olan ihtiyacın artmasının yanı sıra, ülkemizde yaşayan

yabancıları dahi kapsayan sosyal sağlık sigortası sisteminin yaygınlığı sebebiyle, gerek sağlık turizmi piyasası gerekse hastalarla ilgili verilerin yoğunluğunun bir gereği olarak yurt genelinde bir sisteme olan ihtiyaç olarak belirtilebilir. Bunun yanında sağlık turizmi veya normal turizm için gelen turistlerin Türkiye'deki rahat turizm atmosferiyle karşılaştıklarını da unutmamak gerekir. İşte tüm bu sebeplerden dolayı Türkiye'deki hastane yönetimlerinin sağlık hizmetleri ile ilgili gelecekteki beklentileri tahmin etme ve değişen talepleri karşılama konusunda pazarlama bilgi sistemleri kullanımına daha fazla önem verdikleri görülmüştür.

Soru 19 "Pazarlama bilgi sistemi hastanenin gelecekteki koşullarının doğru tahmini için kullanılır" ile ilgili olarak, araştırmacı satın alma faaliyetleri ve girdi maliyetlerini kontrol altına alma konusunda da pazarlama bilgi sistemleri kullanımı ile ilgili, göreceli de olsa Türkiye hastanelerinin Ürdün hastanelerinden daha fazla bir eğilime sahip olduğunu gözlemlemiştir. Satın alma maliyetlerinin düşürülmesi, bir taraftan hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin azalması, diğer taraftan da çağdaş eğilimler karşısında dayanma kabiliyeti kazanmak suretiyle daha fazla sağlık turizmi müşterisi çekerek hastanenin karını artırma konusunda etkilidir.

Şekil 4.1. Her İki Ülkede Pazarlama Bilgi Sistemleri Kullanımı



H2: Türkiye ve Ürdün'deki hastanelerde hizmet alan hastaların hastanelere ilişkin algıları farklıdır.

A. Genel hizmetler noktası

Tablo 4.15.Genel Hizmetler

Sorular	Ülke	Mean	Std. Deviation	T	Sig. (2-tailed)
G1	1	2.114	1.050	2.919	0.004
	2	1.738	0.739		
G2	1	2.380	0.924	5.476	0.000
	2	1.738	0.777		
G3	1	1.962	0.587	1.796	0.074
	2	1.811	0.751		
G4	1	2.063	0.740	3.347	0.001
	2	1.728	0.799		
G5	1	1.987	1.006	4.133	0.000
	2	1.481	0.675		
G6	1	2.658	0.918	3.336	0.001
	2	2.257	0.882		
SUM 1	1	2.1941	.56389	5.551	.000
	2	1.7921	.50154		

- (Hastanede park, bekleme salonu ve gerekli ihtiyaçları karşılayacak birimler bulunmalıdır) sorusuyla ilgili t-test değeri 2.919 iken, t-test anlam değeri 0.04 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 1. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise, 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür. Yani bu hizmetlerin bulunması konusuna, Türkiye'deki sağlık turizmi hastalarının Ürdün hastanelerindeki hastalardan daha fazla önem verdikleri görülmektedir. Bu durum hastaların verdikleri cevaplardan da anlaşıldığı gibi Türkiye hastanelerinin, genel hizmetler ve hizmetlerle ilgili olarak hastalara, iyi bir izlenim verme konularına, büyük önem verdikleri görülmektedir. Nitekim Türkiye'de (2.114) olan aritmetik ortalama Ürdün'de (1.738) olarak ortaya çıkmıştır.
- (Hastalar için hastanenin yakınlığı ve kolayca ulaşım çok önemlidir) sorusuyla ilgili, t-test değeri 5.476 iken, t-test anlam değeri 0.000 olarak ortaya çıkmıştır.

Dolayısıyla 2. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür.

Aynı şekilde bu soruya verilen cevaplarda da Türkiye'deki hastane yönetimlerinin, ulaşım kolaylılığı konusuna daha fazla önem verdikleri gözlemlenmiştir. Ancak bu, Ürdün hastanelerinin bu konuya önem vermedikleri anlamına gelmemektedir. Çünkü her iki ülkede de hastaneye kolay ve sağlıklı ulaşım için çeşitli bilgi sistemleri ve iletişim araçları kullanılmaktadır.

- (Hastanenin çalışanları, hastalarla doğru ve etkin iletişim kurmalıdır) sorusuyla ilgili t-test değeri 1.769 iken, t-test anlam değeri 0.074 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 3. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür.

Her iki ülkede ortaya çıkan sayısal veriler (1.811, 1.962) karşılaştırıldığında hastane yönetimlerinin, hastalara iyi bir ilk izlenim ve rahatlık kazandırma konularında personel ilişkilerine önem verdikleri anlaşılmaktadır. Bu anlamda, Ürdün hastanelerinde böyle bir ihtiyaç olmamakla birlikte, Türkiye hastanelerinde Arap ülkelerinden gelen hastalarla iletişimi kolaylaştırmak amacıyla tercümanlar bulundurulmaktadır.

- (Hastanenin içerisinde ve dışında yeterince yön gösteren levhalar bulunmalıdır) sorusuyla ilgili t-test değeri 3.347 iken, t-test anlam değeri 0.001 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 4. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür.

Bu konu özellikle de ilk defa gelen hastalar için, hastanede çeşitli departmanlara yönlendirilmesi amacıyla kullanılması açısından önemlidir. Araştırmacı aritmetik ortalama verilerinde (1.728, 2.063) de görüldüğü gibi hastalar tarafından anlaşılan bir dilde yönlendirici levhaların bulundurulması konusunda, Türkiye hastanelerinin olumlu yönde Ürdün hastanelerinden büyük bir farka sahip olduğunu gözlemlemiştir.

- (Hastanenin içerisinde ve çevresinde günlük temizlik yeterli “belirli aralıklarla" yapılmaktadır) sorusuyla ilgili t-test değeri 4.133 iken, t-test anlam değeri 0.000 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 5. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür.

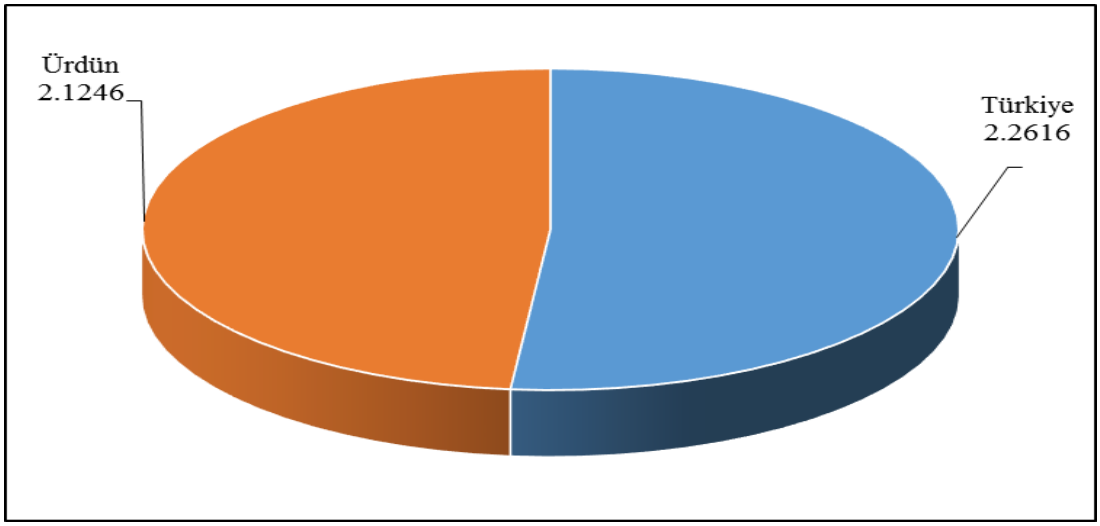
Her iki ülkede de günlük temizliğe gösterilen önemin, hastaların psikolojilerine olumlu yönde etki ettiği söylenebilir. Standart sapma ve aritmetik ortamala verileri arasındaki karşılaştırmaya (1.481, 1.987) göre, günlük temizlik konusuna, Türkiye hastanelerinin Ürdün hastanelerinden daha fazla önem verdikleri görülmüştür.

- (Hastanenin internet sitesinden verdiği hizmetlere kolayca ulaşmaktadır) sorusuyla ilgili t-test değeri 3.336 iken, t-test anlam değeri 0.001 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 6. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür.

Günümüzde yaygın rekabet araçlarından birisi sayılan internet aracılığıyla hastenenin sunduğu hizmetlere çeşitli dillerde ulaşılabilmesi, hastaların tedavi için tercih sebeblerini etkilemektedir. Bu, her iki ülke ile ilgili aritmetik ortalama verileri (2.658, 2.257) arasındaki farktan da anlaşılmaktadır.

Genel olarak t-test değeri 5.551 iken, t-test anlam değeri 0.000 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla sonuçta genel hizmetler noktasında hissedilir farklar bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür. Aritmetik ortalama verilerinde (2.194, 1.792) görüldüğü gibi sonuçta genel hizmetler noktasında Türkiye ve Ürdün hastaneleri arasında büyük bir fark ortaya çıkmış ve hastaların Türkiye hastanelerini daha fazla tercih ettikleri görülmüştür.

Şekil 4.2. Her İki Ülkede Genel Hizmet Alanların Oranı



B. Sağlık hizmetleri noktasında

Tablo 4.15.Sağlık Hizmetleri

Sorular	Ulke	Mean	Std. Deviation	t	Sig. (2-tailed)
S1	1	1.734	0.593	-3.475	0.001
	2	2.058	0.935		
S2	1	2.342	0.875	3.680	0.000
	2	1.942	0.660		
S3	1	2.861	1.106	-2.014	0.046

	2	3.170	1.290		
S4	1	2.152	1.063	2.550	0.012
	2	1.811	0.860		
S5	1	2.266	0.943	1.690	0.093
	2	2.058	0.887		
SUM2	1	2.271	0.571	0.827	0.410
	2	2.208	0.592		

- (Hastane personeli tarafından gösterilen ilgi ve anlayış yüksek derecede olmalıdır) sorusuyla ilgili t-test değeri 3.475 iken, t-test anlam değeri 0.001 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 1. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür. Bu, hastane personelinin hastaların ihtiyaçlarıyla daha fazla ilgilenmesiyle bağlantılıdır. Fakat burada durum tersinedir. Çünkü Ürdün'deki sağlık turizmi hastalarının Türkiye hastanelerinden daha fazla gözlemleri olmuştur. Bunun sebebi olarak çeşitli düzeylerde, Ürdün hastanelerindeki tıbbi personel ile hastalar arasında iletişimin daha kolay olduğu söylenebilir. Aritmetik ortalama verilerinde (2.058, 1.734) de görüldüğü gibi bu konuda Ürdün hastaneleri daha fazla tercih edimiştir.
- (Hastaların ve hasta yakınlarının, hastane çalışanlarından gördüğü yardım ve destek mükemmel olmalıdır) sorusuyla ilgili t-test değeri 3.680 iken, t-test anlam değeri 0.000 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 2. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür.

Türkiye hastanelerinde hastalara ve hasta yakınlarına sunulan yardım ve bakımın daha fazla olduğu görülmüştür. Sağlık turizmi hastası refakatçilerinden önce, kendi sağlığına önem vermektedir. Fakat hastanın sağlığını kendi sağlığından önce tutan ve genelde yakın akrabalardan oluşan refakatçilere, hastane personeli tarafından gösterilen ilginin, hastanın fiziksel ve psikolojik sağlığına olumlu yönde etki ettiği görülmüştür. Bunun aritmetik ortalama verileri (1.942, 2.342) arasındaki farkta görülmesi mümkündür.

- (Hastalar tedavi görebilmek için uzun süre bekletilmemelidir) sorusuyla ilgili t-test değeri 2.014 iken, t-test anlam değeri 0.046 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 3. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür.

Sağlık turizmi hastaları, sağlık hizmeti talebi ile bu hizmeti alıp hastaneden ayrılma vaktine kadar geçen sürenin kısa olması gerektiğini düşünmekte ve tedavi

olabilmek için uzun süre beklemekten sıkıntı duymaktadırlar. Aritmetik ortalama verileri (3.170, 2.861) arasındaki farkta da görüldüğü gibi hastalar, Türkiye hastanelerinde daha fazla bekletilmekte ve dolayısıyla tercihler bu konuda Ürdün hastanelerine yönelmektedir.

- (Hastanenin yeterli çeşitte ve kapasitede laboratuvarları olmalıdır) sorusuyla ilgili t-test değeri 2.550 iken, t-test anlam değeri 0.012 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 4. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür.

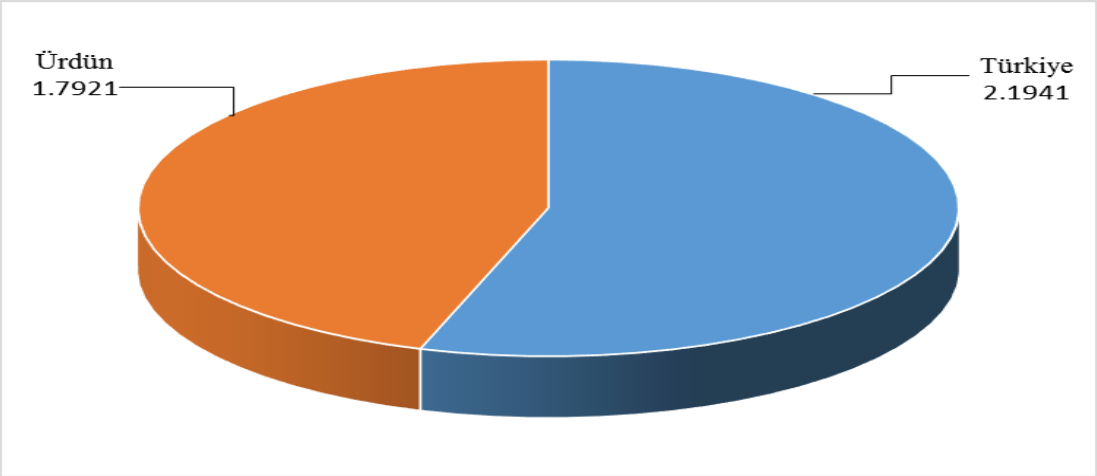
Hastanelerin çoğu hastalığa doğru teşhis koyabilmek ve kendi bünyelerinde hastalara, laboratuar hizmetleri gibi ek hizmetler sunabilmek için gayret göstermektedirler. Bu tür hizmetlerin hastanede içinde sunulması, hastaneye yeterlilik niteliği kazandırmasının yanı sıra çeşitli hizmetler alabilmek için yapılacak ulaşım masrafları konusunda da tasarruf sağlamaktadır. Aritmetik ortalama (1.811, 2.152) ve standart sapma (0.860, 1.063) verilerinde de görüldüğü gibi, bu tür ek hizmetlerin hastane içerisinde sunulması konusuna, Türkiye hastanelerinin daha fazla önem verdikleri ortaya çıkmıştır.

- (Hastane hizmetleri hastaların ihtiyacını karşılama ve sorunları çözme kapasitesinde olmalıdır) sorusuyla ilgili t-test değeri 1.690 iken, t-test anlam değeri 0.093 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 5. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür.

Hastanelerin, tedavi için hastanede kaldıkları süre zarfında hastalar ve yakınlarının karşılaştıkları sorunları çözme kapasitesi, hastaların tercihlerine olumlu yönde etki etmektedir. Aritmetik ortalama (2.266, 2.058) ve standart sapma (0.887, 0.943) verileri arasında küçük bir fark olduğundan da anlaşılacağı gibi her iki ülkedeki hastanelerin bu konuya önem verdikleri görülmektedir.

Genel olarak t-test değeri 0.827 iken, t-test anlam değeri 0.410 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla sonuçta sağlık hizmetleri noktasında hissedilir farklar bulunmamaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden yüksektir. Genel olarak sağlık hizmetleri yönünden hastaların tecihleri, Türkiye hastanelerine yönelmektedir. Bu sonuç, standart sapma (0.592, 0.571) ve aritmetik ortalama (2.208, 2.271) verileri arasındaki karşılaştırma ve ortaya çıkan genel farktan da anlaşılmaktadır.

Şekil 4.3. Her İki Ülkede Sağlık Hizmeti Alanların Oranı



C. Hasta memnuniyeti noktasında

Tablo 4.15. Hasta Memnuniyeti

Sorular	Ulke	Mean	Std. Deviation	t	Sig. (2-tailed)
M1	1	1.975	0.660	-0.502	0.616
	2	2.024	0.934		
M2	1	2.304	0.911	0.845	0.400
	2	2.204	0.848		
M3	1	1.924	0.675	0.409	0.683
	2	1.883	0.914		
M4	1	2.278	0.986	1.189	0.237
	2	2.126	0.918		
M5	1	2.253	1.068	1.604	0.111
	2	2.034	0.934		
M6	1	2.152	0.864	1.355	0.178
	2	2.000	0.802		
M7	1	2.810	1.075	4.186	0.000
	2	2.228	0.983		
M8	1	2.684	1.104	0.694	0.489
	2	2.583	1.087		
M9	1	1.975	0.768	-0.595	0.553
	2	2.039	0.926		
SUM3	1	2.2616	.51383	1.893	.060
	2	2.1246	.62479		

- (Hastane personelinin tutum ve davranışı, verimliliği ve becerisi hastalar açısından çok önemlidir) sorusuyla ilgili t-test değeri 0.502 iken, t-test anlam değeri 0.616

olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 1. soruda hissedilir bir fark bulunmamaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden yüksektir.

Aritmetik ortalama (2.024, 1.975) ve standart sapma (0.934, 0.660) verileri arasındaki karşılaştırmada ortaya çıkan büyük farktan da anlaşıldığı gibi, bu konuda Ürdün hastanelerinde tedavi gören hastaların memnuniyetleri daha fazladır. Daha önce de zikredildiği gibi hastaların ve yakınlarının sorun ve sorularını hastane personeline kolay bir şekilde aktarması açısından dil, önemli bir etkendir. Türkiye hastanelerinde, dil ve iletişim sorunu tercümanlar bulundurulmasıyla aşılabilir.

- (Hastane çalışanları hızlı ve etkili şekilde hastaya müdahale ediyor ve gereken hizmeti sunuyor) sorusuyla ilgili t-test değeri 0.845 iken, t-test anlam değeri 0.400 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 2. soruda hissedilir bir fark bulunmamaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden yüksektir.

Ortaya çıkan aritmetik ortalama (2.204, 2.304) ve standart sapma (0.911, 0.848) verilerinde de görüldüğü gibi, Ürdün hastaneleri bu konuda daha fazla memnuniyet sağlamıştır. Bu da yine, Arap ülkelerinden gelen hastalarla tıbbi personel ve bakımcıların kolay iletişim kurmasını sağlayan dil problemi ile ilgilidir.

- (Doktorlar hastaların sorduğu soruları önemseyerek cevaplamaktadır) sorusuyla ilgili t-test değeri 0.409 iken, t-test anlam değeri 0.683 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 3. soruda hissedilir bir fark bulunmamaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden yüksektir.

Doktorun sahip olduğu deneyimlerle, bu deneyimleri hastalara ulaştırması arasında açık bir ilişki bulunmamaktadır. Fakat arzu edilen hedefe ulaşılmada istenilen fikrin kolay iletilmesi önemlidir. İşte Ürdün ve Türkiye'de tedavi gören hastaların gözlemleri bu yöndedir. Bu, sağlık turizminin gelişmesi ve ilerlemesi için önem gösterilmesi gereken sebeblerdendir. Çünkü hastalar kendi ülkelerinde bu ihtimamı görmüş olsalardı, tedavi olabilmek için bu tür masraflara katlanmazlardı. Bu durum aritmetik ortalama verilerinde ortaya çıkmaktadır (1.883, 1.924).

- (Hastanenin çalışanları hastaya manevi ve psikolojik açıdan yardım etmektedir) sorusuyla ilgili t-test değeri 1.189 iken, t-test anlam değeri 0.237 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 4. soruda hissedilir bir fark bulunmamaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden yüksektir.

Sağlık turizminin teşvik edilmesi, hastanede sağlık personeli ve doktorlar tarafından gösterilen ilgi ve bakımın yanı sıra, zayıf durumda olduklarından dolayı hastaların psikolojik ihtiyaçlarına önem gösterilmesi ile de ortaya çıkmaktadır.

Aritmetik ortalama verilerinde de görüldüğü gibi hastalar, her iki ülke hastane yönetimlerinin de bu konuya önem verdiklerini gözlemlemişlerdir.

- (Hastane doktor ve hizmetli kadrosu tedavide hastayı bilgilendiriyor ve onu ilgili kararlara dahil ediyor) sorusuyla ilgili t-test değeri 1.604 iken, t-test anlam değeri 0.111 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 5. soruda hissedilir bir fark bulunmamaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden yüksektir.

Hastaneler, hastaların ilgisini çekmeye ve tedavi hizmetlerinin sunulmasında onları kararlara ortak etmeye çalışmaktadırlar. Sağlık turizminin sahip olduğu önem ve yaygınlık sebebiyle sunulan hizmetleri uluslararası seviyeye ulaştırabilmek için bu kaçınılmazdır. Bu durum her iki ülke ile ilgili aritmetik ortalama verilerinde görülebilmektedir.(2.253, 2.034)

- (Hastaların tedavisi ve taburcu olma işlemleri hızlı ve etkilidir) sorusuyla ilgili t-test değeri 1.355 iken, t-test anlam değeri 0.178 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 6. soruda hissedilir bir fark bulunmamaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden yüksektir.

Aritmetik ortalama (2.152, 2.000) verilerinde görüldüğü gibi sağlık turizmi hastalarının kendi ülkelerinde sunulan sağlık hizmetlerini bırakıp yolculuğun zorluğuna katlanarak, bu ülkelere tedavi almak üzere gelmelerine etki eden, hissedilir ve aynı zamanda müşterilerin memnuniyetini sağlayan bir gelişmişliğin olduğu ortaya çıkmaktadır.

- (Hastanede, hastaların iyileşmesini sağlayacak yeterli yeşil alan bulunmaktadır) sorusuyla ilgili t-test değeri 4.186 iken, t-test anlam değeri 0.000 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 7. soruda hissedilir bir fark bulunmaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden düşüktür.

Ürdün'de özellikle de yaz mevsiminde şiddetli bir sıcak hava hakim olurken, Türkiye'de ise kanunların da korunması için büyük önem verdiği yeşil doğa şartları, yıl boyunca devam etmektedir. Bu durum aritmetik ortalama verileri (2.228, 2.810) arasındaki büyük farkta da görüldüğü gibi müşteri memnuniyetini etkilemektedir.

- (Hastanenin masrafları hastanın aldığı hizmetle uygundur) sorusuyla ilgili t-test değeri 0.694 iken, t-test anlam değeri 0.489 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 8. soruda hissedilir bir fark bulunmamaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden yüksektir.

Her iki ülkedeki sağlık turizmi hastaları, kendi ülkelerinde alacakları sağlık hizmetleri masraflarından daha yüksek olmasına rağmen, hizmetlerle ilgili müşteri

memnuniyetini sağlayacak bir takım sebeplerden dolayı, bu ülkelerde tedavi görmeyi tercih etmişler ve bu iki ülkedeki tedavi masraflarının birbirine yakın olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durumun aritmetik ortalama verilerinde görülmesi mümkündür. (2.583, 2.684)

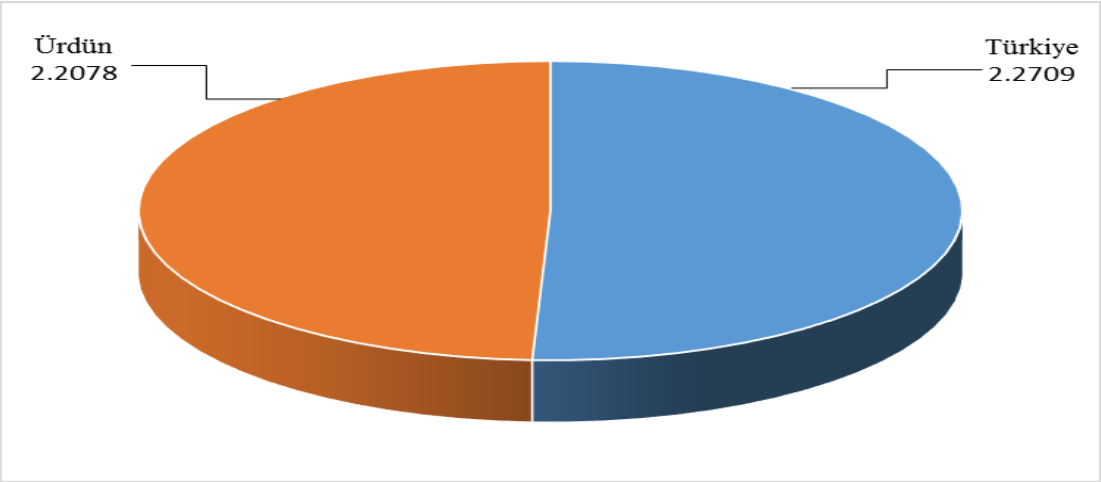
- (Hizmet alınan bu hastane yakınlara ve çevreye önerilebilir) sorusuyla ilgili t-test değeri 0.595 iken, t-test anlam değeri 0.553 olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla 9. soruda hissedilir bir fark bulunmamaktadır. Bu ise 0.05 olan olasılık düzeyinden yüksektir.

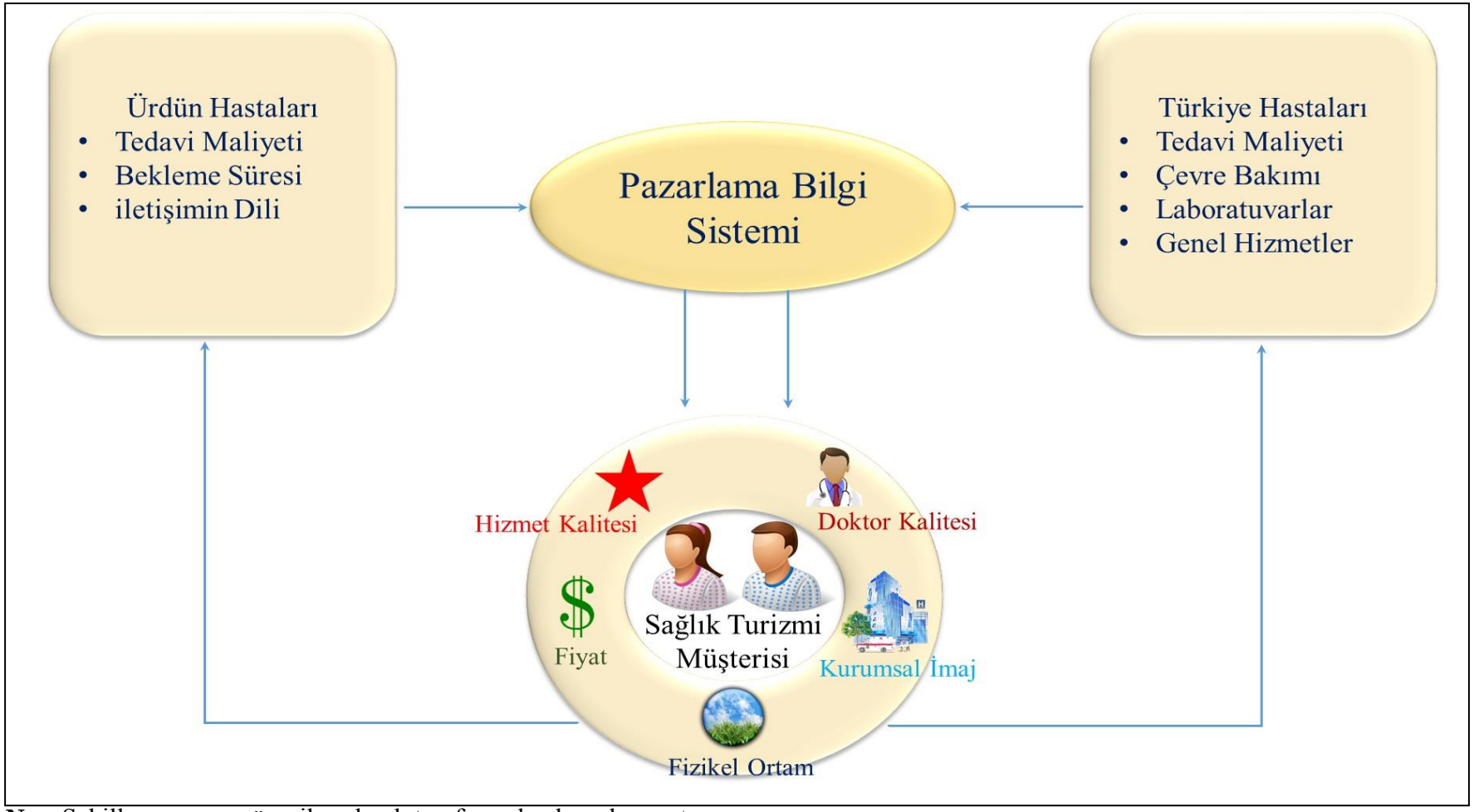
Sağlık turizmi hastalarının tedavi için Türkiye'den çok Ürdün hastanelerini tercih ettikleri görülmektedir. Bunun sebebi her iki ülkede sunulan sağlık hizmetleri arasında büyük bir benzerlik olmakla birlikte sağlık turizmi müşterileri için dil ve iletişim kolaylığı önemli bir faktör olarak belirtilebilir. Bunun aritmetik ortalama verilerinde görülmesi mümkündür (2.039, 1.975).

Her iki ülkede de tıbbi tedavi gören hastalar, aldıkları hizmetten memnun kalmışlar ve bu memnuniyet, tıbbi hizmet aldıkları yerleri başka hastalara tavsiye etmelerine yansımıştır. Ancak, Türkiye hastanelerindeki aritmetik ortalama değerlerinin Ürdün hastanelerinden daha yüksek olduğu görülmektedir.(2.124, 2.2616) Standart sapma verileri arasında ise fazla bir fark görülmemektedir.(0.62479, 0.51383) Yani T-test anlam değeri 0.05'ten yüksek olmasına rağmen, Türkiye ve Ürdün arasında müşteri memnuniyeti konusunda önemli farklar bulunmamaktadır.

Sonuç olarak her iki ülke için müşteri memnuniyeti ve sağlık hizmetleri noktalarında bir uzlaşmanın olduğu, genel hizmetler noktasında ise, sağlık turizmi müşterileri arasında farklı bir algının bulunması sebebiyle 2. hipotezin doğruluğunu çıkarabiliriz.

Şekil 4.4. Her İki Ülkede Hasta Memnuniyeti Oranı





Not: Şekiller sonuç ve öneriler olarak tarafımızdan hazırlanmıştır.

ÖNERİLER

- Pazarlama bilgi sistemleri, hastanelerin performans düzeylerini artırmak ve verimli hizmet sunmalarına yardımcı olmak için kullanılabilir.
- Sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ilişkin kararlar almada, pazarlama bilgi sistemlerinden yararlanmak gerekmektedir.
- Pazarlama bilgi sistemleri, hastane yönetiminin karar alma ve sorunları çözme çalışmalarında faydalı olmak için kullanılabilir.
- Pazarlama bilgi sistemlerinin kullanımı kolay olduğu için hastane yönetiminde işlerin rahat ilerleyebilmesi, sorunların çözülmesi ve müşteri memnuniyeti sağlanmasına yönelik kullanılması faydalı olabilir.
- Karşılıklı elektronik ödeme yöntemlerinin geliştirilmesi, sağlık turizmi açısından hastaların memnuniyetini artırmak için kaçınılmazdır.
- Pazarlama bilgi sistemleri tüm hastane personelini elektronik ağlarla birbirine bağlayarak kendi aralarındaki iletişimi kolaylaştırmak üzere kullanılmalıdır.
- Perspektif çalışmalar sağlayan pazarlama bilgi sistemlerinin, kullanımı yaygınlaştırılarak hizmet kalite düzeyinin artırılması vearalarındaki farklılıklar da tesbit edilmek suretiyle hastane ve hasta ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olabilir.
- Pazarlama bilgi sistemlerinin iyi bir şekilde kullanımı, hizmetler açısından yerli ve yabancı hastaların beklentilerini tespit etmeye ve müşteri memnuniyeti sağlamaya katkıda bulunabilir.
- Hastanelerin komşu ülkelerdeki hastanelerle arasındaki iş rezervini kolaylaştırarak, iletişim ağını güçlendirmeye yardımcı olabilir.
- Tedavi sonrası hizmetler için özellikle yabancı hastaların başka ülke hastanelerine gitmesine ilişkin, hastaneler arasındaki iletişimi sağlamak üzere kullanılabilir.
- Hastaneye yabancı hastaların daha kolay ulaşabilmesi için mümkünse bir web sitesi üzerinden harita oluşturulması Googlemap programı ile bağlantı kurulması sağlanmalıdır.
- Hastanelerde farklı yabancı dilleri bilen resepsiyon görevlilerinin bulunması, başka ülkelerden gelen hastalarla diyalog kurulmasını ve taleplerinin karşılanmasını kolaylaştırır.
- Hastaneye olan güveni artırmak amacıyla web sitesi aracılığıyla hasta ile online iletişim kurulması müşteri memnuniyetini artırabilir.

- Hastane içinde çeşitli laboratuvarların bulunması ve tüm hizmetlerin hastane içinde sunulması bir tarafatan hastaların yüksek maliyet ödememesine ve diğer taraftan da hastanenin bütçesine katkıda bulunabilir.
- Hastanın teşhis ve tedavi için bekleme süresinin azaltılması, zamanında ve doğru tedavi edilmesi hastanın hem maddi hem de manevi açıdan memnun olmasını sağlayabilir. Örneğin: Honkouk'da Patya Hastanesinde hastaların bekleme süresi "15 dakikayı" geçerse hastalar hastane yönetimini arayarak şikâyetini belirtiyor ve yönetim derhâl müdahale ederek hastanın sorununu gideriyor. Bu durum hastaların güven ve memnuniyetini artırıyor.
- Sağlık turizminde pazarlama bilgi sistemleri için iki önemli konunun netleştirilmesi gerekir. Birincisi hastanede doktor ve personelin hasta ve hasta yakınlarına ilgisi, ikincisi ise hasta ve hasta yakınlarına hastanenin özellikleri,tıbbi cihazları ve laboratuvarları hakkında detaylı bilgi verilmesidir.
- Ücret belirleme konusunda hastanenin hasta ve hasta yakınlarına yaklaşımı açık olmalı ve ücretlendirmeler şok edici olmamalıdır.
- Hastane yönetimi hastaların kendilerini tercih etme nedenlerini sormalı, araştırmalı ve o konuda bilgi edinmelidir.
- Pazarlama bilgi sistemlerinde hastane deneyimleri hakkında açık ve pratik bilimsel bilgiler bulunmalıdır.
- Pazarlama bilgi sistemleri, yerli ve yabancı hastaları tedavi için etkilemek ve modern cihaz kullanımları hakkında bilgi vermek gibi konularlaetkin bir müşteri memnuniyeti sağlayacak durumda olmalıdır.
- Hastane, hastanın psikolojik durumunu önemsemeli, özellikle yabancılar için farklı kültür ve çevrelerden olumsuz etkilenmemeleri konusunda personele gereken desteği sağlamalıdır.
- Hastane, sağlık hizmeti maliyetleri ve fiyatlandırma arasındaki dengeyi hasta memnuniyetini sağlayacak biçimde ayarlamalıdır.
- Hastane, hastanın hekim seçme ve tedavi konusunda yasal haklara sahip olduğunu bilerek hareket etmeli buna mukabil hasta da olumsuz bir durum karşısında ne yapması gerektiğini bilmelidir.
- Hastanenin sağlık hizmetlerinin yanında müşteriye,para transferini kolaylaştıracak bankacılık hizmetleri(ATM), sağlık sigortası temini, vize ve ikamet

yenileme gibi ikincil hizmetler de sunması hem zamandan tasarruf sağlar, hem maliyeti düşürerek müşteri memnuniyeti artırır.

- Hastaneler,çeşitli dünya ülkelerindeki sağlık hizmet standartlarını ve yeni açılan sağlık bölümlerini sürekli takip etmeli ve müşteri memnuniyetini sağlamak için en iyi hizmeti sunmanın yolarını araştırmalıdır.

KAYNAKÇA

Aaker, David, A. (1992). “Strategic Marketing Managment”, Third Edition, Jhon Wiley and Sons Inc., Canada.

Aksu, C. Aktuğ. (2011). Güney Ege Bölgesi Kalkınma Turizm Araştırması, E. Güney Ege kalkınma Ajansı.

Aktan, Ç.C. (2006). Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönteminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi, http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisimcaginda/ pdf-aktan/ durum analizi. pdf, (Giriş Tarihi: 15.06.2013).

Akyol D.A. (1993). Hemodialize giren hastaların verilen bakımdan memnun olmalarının değerlendirilmesi, Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, s. 80-91.

Alabay, M.N. (2008). CRM Rekabet Stratejisi olarak Müşteri ilişkileri Yönetimi”, İlke Yayınevi, Ankara 285 s.

Alcan Z. (1997). Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü hasta memnuniyet anket sonuçları, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ankara, Haberal Eğitim Vakfı, s. 133-138.

Alter, S. (1996). Information systems: A management perspective (2nd Ed.) The Benjamin/Cummings Pub. Co., s.2-49

Annette B, de Arellano R. Patients without borders: the emergence of medical tourism International Journal of Health Services 2007;37(1): 193-8. [CrossRef]

Apaydın, F. (2009). “Sağlık İşletmelerinde Marka Yönetimi”, Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi, Seçkin Yayınevi.

Armutlu, Can, Üner, Mithat M., (2009). “Benlik İmajı Uyumu, Tüketici Tatmini ve Marka Sadakati İlişkisi Üzerine Görgül Bir Araştırma”, Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt 11, Sayı 3.

Assael Henry, Marketing Management Strategy and Action, (1985).de

Arellano, Annette R., (2007). “Patients without borders: the emergence of medical tourism”, International Journal of Health Services, sayı.37, (193-8).

Avis M (1995a) Satifying solutions? a review of same unresolved issues in the measu ement of patient satisfaction, Journal of Advanced Nursing 22, s. 316-322.

Avis M., Bond M., Arthur A. (1995b). Exploring patient satis-faction with out-patient services, Journal of Nursing Manage-ment, 3 (2): 59- 65.

Aydın, D., Aypek, N., Aktepe, C., Şahbaz, R.P. ve Arslan, S., (2011). Türkiye'de Medikal Turizmin Geleceği, Ankara

Aydın, O. Türkiye'de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 14 (23), 91-96.

Barrett C., Myrick F., (1998). Job Satisfaction in preceptorship and its effect on the Clinical performance of the preceptee, Journal of Advanced Nursing 27(2): 364-371.

Bensghir, T.K., (1996). "Bilgi Teknolojileri ve Örgütsel Değişim", Todaie Yayınları, Ankara, 340s.

Berkowitz, E.N. (1996). Essentials of Health Care Marketing, Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication.

Berry, Leonard L., Seltman, Kent D., (2007). "Building a strong services brand: Lesson from Mayo Clinic", Kelley School of Business.

Bohrer, Monty F., (2007). "Discriminant Analysis of Aaker's Brand Equity Model on Top-Of-Mind Awareness/Brand Preference Congruence In Propective Hospital Patients", Anderson University, Doctor of Business Administration.

Boone, Louis E., Kurtz, David K. (1992). Contemporary Marketing, 7th Edition, The Dryden Press.

Burns, Alvin C., Bush, Ronald F. (2000). Marketing Research, 3rdEd., Prentice-Hall, N.J.

Buttery, E., Alan, B., Ewa M. (1991). "Design of a Marketing Informating System Useful Paradigms", European Journal of Marketing, Vol. 25, No.1, MCB University Pres, 0309-0566, s.26.

Carr-Hill A.R. (1992). The measurement of patient satisfaction, Journal of Public Health Medicine 14(3). 236-249.

Corbin, C.L., Kelley, S.W., Schwartz, R.W. (2001). "Concepts in Service Marketing for Healthcare Professionals", The American Journal of Surgery, 181.

Çakıl, Ö.E. (2007)."Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler" TıpAraştırmaları Dergisi, 5(3), ss. 140-143.

Çaykuş G.Ö. (2000). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Servislerinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımına

Yönelik Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.

Çukurova Kalkınma Ajansı Sağlık Turizmi Kümelenme Çalışması (11.12.2012).

Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Turizmi 2010 Durum Tespit Raporu ve Çözüm.

Erebakan, M. (2000). "Özel Hastaneler Araştırması" İstanbul Ticaret Odası, Yayın no:2000- 26

Ergin, C., Tengilimoğlu, D., Kısa, A. (1999). "Sağlık Hizmetlerinde Pazar Bölümleme Stratejileri ve Bir Alan Uygulaması", II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ankara, 15-16 Mayıs, s.13-24.

Ersoy F., Edirne T., Yıldırım C. (2005). Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti, s:1

Evans L.M., Martin L.M., Winslow H.E. (1998). Nursing careand patient satisfaction, American Journal of Nursing, 98(12): 57-59.

Fache, D.M. (2001). "A Core Strategy Developing A. Branding", Health Form Journal, January-February.

Forbes L.M., Brown N.H. (1995). Developing a instrument for measuring patient satisfaction, AORN Journal, 61 (4):737-743.

Garcia, A.G., and Besinga C.A.M. (2006). Chalanges and Oppurtinities in Philippine Medikal Tourism Industry. The SVG Review, June, 41-55.

Gerson, R.F. (1997). "Müşteri Tatmininde Süreklilik" Rota Yayınları 1. Basım, Çev.Tülay.

Greenawalt, B.J., (2001). "Can branding curb burnout?", Nursing Management, 32(9).

Gülmez M. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 6, Sayı 2, s:147.

Harcar, T. (1991). "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", Pazarlama Dünyası Dergisi, Yıl:5, Sayı:25, Ocak-Şubat, s.38-40.

Hicks, A. (1993). Stratejik Enformasyon Sistemleri, Cev.: Belkıs Çorakçı, İnkılap Kitabevi, İstanbul.

Işık, O. (2011). "Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi: tüketici Değerlendirmesi", Ankara, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora tezi, Ankara.

İçöz, O. "Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin olanakları" Journal Of Yaşar University.

Karafakioğlu, M. (1998). "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", İstanbul Üniversitesi İşletme

Fakültesi Yayın No:271. İstanbul

Kavuncubaşı, Ş., (2000a). "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi", Siyasal Kitapevi, Ankara 399s.

Kennett, P.A., Henson, S.W., Crow, S.M., Hartman, S.J. (2005). "Key Tasks in Healthcare Marketing: Assessing Importance and Current Level of Knowledge", Journal of Health and Human Services Administration, Cilt: 27, Sayı: 3/4, Winter 2004/Spring 2005, s. 414-424.

Kılınç, N., Tutar, F. (2007). "Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleri İle Mukayesesi", Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi,11(1).

Kısa, A., Tokgöz, N. (Ed), (2007). "Sağlık Kurumları Yönetimi", Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Yayınları, Eskişehir, 323 s.

Kızılcan F. (2005). Bayındır Hastanesi Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları, s: 4.

Kızılçelik, S. (1996). Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi, Saray Kitabevleri, İzmir.

Kurtulmuş, S. (1998). "Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi", İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.

Koçak, İ., Yalçın, S., (2009)."Niğde Devlet Hastanesinde Müşteri memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma", Niğde Üniversitesi İİBF dergisi, 2(2), ss. 19-41.

Kotler P. (2000). "Marketing Management-Pazarlama Yönetimi", Çeviren: Nejat Muallim oğlu, Beta Basım, İstanbul.

Kotler, P. (2003). Marketing Management, Information, Prentice-Hall International Editions.

Kotler, P., Lowitz, J., Stevens, A.J. (2008). "Strategic Marketing For Health Care Organizations: Building a Customer-Driven Health System", Published by Jossey-Bass, San Francisco.

Kroenke, D. (1992). Management Information Systems, McGraw-Hill Watsonville, E.2.

Kurtuluş, K. (1998). Pazarlama Araştırması, Sermet Arkadaş Yayınevi, İstanbul.

Laudon, K.C., Jane, P. (1996). Yönetim Bilişim Sistemleri, Çev.: B. Çorakçı, İnkılap Kitabevi.

Laudon, K.C., Laudon J.P. (2002). Management information systems: Managing the digital firm (7th Ed.). Prentice-Hall Inc., s.2-65).

Laudon, K.C., Laudon, J.P. (1996). Management Information Systems, Organization, and Technology, B.4, Prentice-Hall, Inc, New Jersey.

Malhan, S., Özgülbaş, N. (1999). “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması:Bir Örnek Hastane”, II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ankara, 15-16 Mayıs, s.115-124.

Merkouris, A., Yfantopoulus, B., Lanara, V., Lemomdou, C. (1999b). Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece, Journal of Nursing Management, 7(2): 91-100.

Mucuk, İ. (2000). Pazarlama İlkeleri, 12. Basım, Türkmen Kitabevi, İstanbul.

Mucuk, İ. (2004). Pazarlama İlkeleri, 14. Basım, Türkmen Kitabevi, İstanbul.

Mutlu, A. Işık, A.K. (2006). Sağlık Ekonomisine Giriş, Bursa: Ekin Yayınları.

Odabaşı, Y. (1994). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:799, Açıkögretim Fakültesi Yayın No:409.

Odabaşı., Y. (2006a). Perakendecikte Müşteri İlişkileri Yönetimi, Anadolu Üniversitesi yayınlar, Eskişehir, 264 s.

Özergin, A. (1999). Bilimsel Çalışma ve Başarı Teknikleri. İstanbul; Hayat.

Özgirin, K., Tas, Y. (1996). “Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması”, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ankara, 1-2 Kasım, s.33-39..

Özkurt, H. (2007). Sağlık Turizmi Tahvilleri, Maliye Dergisi,152.

Öztürk, M. (2000a). Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar, İstanbul. MTM Yayın No:6.

Öztürk, M. (2000b). Modern Hastane Yönetimi - Araştırmalar Temel ve Modern Yönetim Yaklaşımları, İstanbul: MTM Yayın No:4.

Öztürk, Y., Yazıcıoğlu, İ. (2002). Gelişmekte olan ülkeler için alternatif turizm faaliyetleri üzerine teorik bir çalışma. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi;5(2):183 95.

Peker, Ö., Aytürk, N. (2002). Yönetim Becerileri, Yargı yayın evi, Ankara, 315s.

Pekmezci T. 2011; "Pazrlama Araştırması" Lisans Yayıncılık Bayrampaşa İstanbul 1. Bsakı.

Raymond, L., Brsoux, J., Azamı, A. (2001). “Marketing Information Systems Practices In Small Manufacturing Firms: Antecedents and Consequences, The Journal of Computer Information Systems”, ProQuest Computing, Vol.41, No.3.

Ross, K. (2001). “Health Tourism: An Overview”, HSMAI Marketing Review Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). Türkiye’nin Sağlık Turizmi Potansiyeli, Antalya.Savaşer, İstanbul, 110 s.

Sevindik, E. (2007). “Marka Değeri Ölçümleme Metotları ve Lastik Endüstrisinde Bir Uygulama”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Soysal, M., Kenanoğlu, G.T., Emre, A., Hamesoğlu, S. (1993). “Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı”, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Ankara, 486s.

Söylemez, H., Vd. (2009). “Üroloji Poliklinik Hastalarında Üriner Sistem Ultrasonografisinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi”, Dicle Tıp Dergisi 36(2), ss. 110-116.

Speak, K.D., (1996). “The Challenge of Health Care Branding”, Journal of Health Care Marketing, 16(4).

Sağlık Bakanlığı, S.B., (2005). Yataklı Tedavi Kurumları İşletmeYönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik,Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih05.05.2005, Sayı: 25806.

Şahbudak, Ö. (1992). ”Hastanede yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Görüşleri”, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Şahin, Ü. (2002): “Pazarlama Denetimi Sağlık Hizmetleri Organizasyonları için Bir Araç”, Modern Hastane Yönetimi, Cilt 6, Sayı 1, Ocak-Şubat-Mart, s.19-23.

Şimşek, M.Ş. (2007). İşletme Bilimlerine Giriş, Yelken Basım Yayın Dağıtım, Konya.

Taşkın, E. (2000). Müşteri İlişkileri Eğitimi, Papatya Yayıncılık, 304 s.

Tavmergen, I.P. (1998). “Pazarlama Bilgi Sistemleri”, İktisat İşletme ve Finans Dergisi, Yıl:13, Sayı:146, Ankara.

Tek, Ömer Baybars (1991). Pazarlama: İlkeler ve Uygulamalar, Memleket Matbaacılık, İzmir.

Tengilimlioğlu, D. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 496 s.

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

Tengilimolu, D. (1997). “2000’li Yıllarda Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, Modern Hastane Yönetimi, Yıl:1, Sayı:3, Kasım, s. 22-25.

Terakye, G. (2004). “Sağlıkta Kalitede Beklentimiz Nedir?” Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 26 Kasım 2004, Sözlü Sunum.

Toker, F. (1999). “Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Ayıran Temel Özellikler”, Modern Hastane Yönetimi, Cilt: 3, Sayı: 6, Ağustos-Eylül, s. 10-15.

Tokol, T. (1998). Pazarlama Yönetimi, Örnek Kitapevi, Bursa.

Turban, E. (1990). Decision Support and Expert Systems, Management Support Systems, MacMillan Publishing Co., New York.

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSADİ İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ
İŞLETME ANA BİLİM DALI

SAĞLIK TURİZMİNDE PAZARLAMA BİLGİ SİSTEMİ ve MÜŞTERİ HOŞNUTLUĞU İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

EK 1: HASTALAR İÇİN ANKET

Değerli katılımcılar;

Bu anket sağlık turizmindeki "Pazarlama Bilgi Sistemleri" ve "Müşteri Memnuniyeti" üzerine hazırlanmıştır. Bu ankete katılım gösterip özenle cevap vermeniz benim için büyük önem arz etmektedir. Vereceğiniz cevaplar kesinlikle saklı tutulacaktır, bu cevaplar sadece tezimin sorununun çözümü için kullanılacaktır. Katılım gösterdiğiniz için teşekkür ederim.

Adı ve Soyadı: Othman Abdulwahid

İletişim: +90 535 074 37 65**e-mail :** othman2000_2000@yahoo.com

Not: Lütfen görüşlerinize uygun kareleri işaretleyin

- **Kesinlikle katılıyorum (1)**
- **Katılıyorum (2)**
- **Kararsızım (3)**
- **Katılmıyorum (4)**
- **Kesinlikle katılmıyorum (5)**

Kişisel bilgiler	
Cinsiyet	
Yaş	
Hangi devletten tedavi aldınız	
Hastanede kaldığı süre	

A- Genel hizmet noktası

S	**Genel hizmet noktası**	1	2	3	4	5
1	Hastanede park, bekleme salonu ve gerekli ihtiyaçları karşılayacak birimler bulunmalıdır					
2	Hastalar için hastanenin yakınlığı ve kolayca ulaşım çok önemlidir					
3	Hastanenin çalışanları, hastalarla doğru ve etkin iletişim kurmalıdır					
4	Hastanenin içerisinde ve dışında yeterince yön gösteren levhalar bulunmalıdır					
5	Hastanenin içerisinde ve çevresinde günlük temizlik yeterli (belirli aralıklarla) yapılmaktadır					
6	Hastanenin internet sitesinden verdiği hizmetlere kolayca ulaşmaktadır					

B- Sağlık hizmetleri noktası

S	**Sağlık hizmetleri noktası**	1	2	3	4	5
1	Hastane personeli tarafından gösterilen ilgi ve anlayış yüksek derecede olmalıdır					
2	Hastaların ve hasta yakınlarının, hastane çalışanlarından gördüğü yardım ve destek mükemmel olmalıdır					
3	Hastalar tedavi görebilmek için uzun süre bekletilmemelidir					
4	Hastanenin yeterli çeşitte ve kapasitede laboratuvarları olmalıdır					
5	Hastane hizmetleri hastaların ihtiyacını karşılama ve sorunları çözme kapasitesinde olmalıdır					

C- Müşteri(hasta) memnuniyeti noktası

S	**Müşteri(hasta) memnuniyeti noktası**	1	2	3	4	5
1	Hastane personelinin tutum ve davranışı, verimliliği ve becerisi hastalar açısından çok önemlidir					
2	Hastane çalışanları hızlı ve etkili şekilde hastaya müdahale ediyor ve gereken hizmeti sunuyor					
3	Doktorlar hastaların sorduğu soruları önemseyerek cevaplamaktadır					
4	Hastanenin çalışanları hastaya manevi ve psikolojik açıdan yardım etmektedir					
5	Hastane doktor ve hizmetli kadrosu tedavide hastayı bilgilendiriyor ve onu ilgili kararlara dahil ediyor					
6	Hastaların tedavisi ve taburcu olma işlemleri hızlı ve etkilidir					
7	Hastanede, hastaların iyileşmesini sağlayacak yeterli yeşil alan bulunmaktadır					
8	Hastanenin masrafları hastanın aldığı hizmetle uygundur					
9	Hizmet alınan bu hastane yakınlara ve çevreye önerilebilir					

Düğmesine tıklayın "Submit" Cevabınızı onaylamak için

Onay cevaplar

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSADİ İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ
İŞLETME ANA BİLİM DALI

SAĞLIK TURİZMİNDE PAZARLAMA BİLGİ SİSTEMİ ve MÜŞTERİ HOŞNUTLUĞU İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

EK 2: HASTANE YÖNETİMİ İÇİN ANKET

Değerli katılımcılar

Bu anket sağlık turizmindeki pazarlama bilgi sistemleri ve müşteri memnuniyeti üzerine hazırlanmıştır. Bu ankete katılım gösterip özenle cevap vermeniz benim için büyük önem arz etmektedir. Vereceğiniz cevaplar kesinlikle saklı tutulacaktır, bu cevaplar sadece tezimin sorununun çözümü için kullanılacaktır. Katılım gösterdiğiniz için teşekkür ederim.

Adı ve Soyadı: Othman Abdulwahid

İletişim: +90 535 074 37 65**e-mail :** othman2000_2000@yahoo.com

Not: Lütfen görüşlerinize uygun kareleri işaretleyin

- **Kesinlikle katılıyorum (1)**
- **Katılıyorum (2)**
- **Kararsızım (3)**
- **Katılmıyorum (4)**
- **Kesinlikle katılmıyorum (5)**

Kişisel bilgiler	
Ülke	
Sağlık Sektörü	
Hastane Yetkilisi	

A- Hastave Hastane İle İlgili Genel Sorular

1- Hastaların kurumunuzu tercih sebepleri nelerdir?(Bir kaç seçenek tercih edebilirsiniz)

- Fiziksel ortam
- Fiyat
- Hizmet kalitesi
- Doktor kalitesi
- Kurumsal imaj

2- Hastaların hastaneye erişimi (kurum hakkında bilgi) nasıl gerçekleşmektedir: (Bir kaç seçenek tercih edebilirsiniz)

- İnternet araştırması sonucu
- Yakınların tavsiyesi
- Başka doktor/hastane önerisi
- Kampanyalar sonucu
- Ulaşım kolaylığı

B-Hastanede pazarlama bilgi sistemi ile ilgili sorular

S	**Hastanede pazarlama bilgi sistemi ile ilgili sorular**	1	2	3	4	5
1	Hastanede pazarlama bilgi sistemleri uygulaması hizmet kalitesini yükseltir.					
2	Hastanede pazarlama bilgi sistemleri uygulaması kurumsal başarıyı artırır.					
3	Hastanede pazarlama bilgi sistemleri uygulaması, hızlı hizmet üretimi ve zamandan tasarruf sağlar.					
4	Pazarlama bilgi sistemi hastane yönetimine zamanında veri ve bilgi sağlamak amacıyla, sürekli güncellenmelidir.					
5	Pazarlama bilgi sistemi "yerel ve uluslararası" ortamlardan kurumsal veri elde edilmesine katkı sağlar.					
6	Pazarlama bilgi sistemi hastanenin gelecekteki koşullarının doğru tahmini için kullanılır.					
7	Pazarlama bilgi sistemi, pazarlama kararlarının rasyonalizasyonuna katkıda bulunur.					
8	Pazarlama bilgi sistemi kurumun gelecekte ihtiyaç duyacağı kaynakların (finansal, teknoloji, uzman kadro, laboratuvar vb.) belirlenmesini kolaylaştırır.					
9	Hastaneler arası artan rekabet, pazarlama bilgi sistemi kullanımını zorunlu kılmaktadır.					
10	Hastaların gelir düzeyinin yükselişi, hastanelerde pazarlama bilgi sistemi kullanımını zorunlu kılmaktadır.					
11	Pazarlama bilgi sistemi; ilgili kurumsal departmanların ihtiyaç duyduğu uzmanların belirlenmesine ve hastaneye kazandırılmasına katkı sağlar.					
12	Pazarlama bilgi sistemi üst yönetimin ihtiyaç duyduğu bilgileri					

	sağlayarak, sonuçta örgütsel faydayı artırır.					
13	Pazarlama bilgi sistemi kurumun kısa orta ve uzun vadeli hedeflerine ulaşmasına önemli katkılar sağlar.					
14	Pazarlama bilgi sistemi kurumun mevcut ihtiyaçlarının (tıbbı malzeme ve araçlar) doğru tespiti sonucu, müşteri beklentilerini karşılayarak, hizmet kalitesine katkı sağlar.					
15	Pazarlama bilgi sistemi pazardaki alternatif fırsatları görmeyi ve bu fırsatlara uygun kararlar almayı sağlar.					
16	Pazarlama bilgi sistemi piyasadaki gelişmeleri sürekli takip ederek, yöneticilere önemli ön uyarılar verir.					
17	Pazarlama bilgi sistemi ile pazardaki gelişmelere uygun kararlar, kurumsal verimliliği artırır.					
18	Pazarlama bilgi sistemi kurumun teknolojik gelişimini sağlar. Yenilikçi (inovatif) bir yapı oluşturur.					
19	Pazarlama bilgi sistemi doğru tedarik, satın alma sağlayarak, girdi maliyetlerini düşürmede önemli bir rol oynar.					
20	İyi tasarlarmış bir pazarlama bilgi sistemi, hastane problemlerinin çözümde yardımcı olur.					
21	Pazarlama bilgi sistemi hastane rezervasyon işlemlerine önemli katkılar sağlar.					
22	Pazarlama bilgi sistemi fiyat politikalarının belirlenmesinde yardımcı olur.					

Düğmesine tıklayın "Submit" Cevabınızı onaylamak için

Onay cevaplar

ÖZGEÇMİŞ

Othman Abdulwahid 1984 yılında Musul-Irak'ta doğdu. İlkokulu, Ortaöğrenimi, Liseyi Mosul'da tamamladı. Musul üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim Bilgi Sistemi Bölümü'nden 2010 yılında mezun oldu. 2012 yılında Gaziantep'e geldi. burada Türkçe dil eğitimi aldı. 2013yılında Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda Sağlık Turizminde Pazarlama Bilgi Sistemleri üzerine yüksek lisans yapmaya başladı.

Vitae

Othman Abdul Wahid is an Iraqi citizenship born and raised in Mosul-IRAQ, He took his studies of the primary and secondary school at Mosul city. In 2010 he graduated from Mosul University/College of Administration and Economic/Management Information System, In 2012 He came to Turkey/Gaziantep learn Turkish Language and in 2013 started postgraduate studies in Marketing Information System in health tourism.