

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

SAĞLIK SEKTÖRÜNDEN HİZMET ALANLARIN
MEMNUNİYETLERİNİN ÖLÇÜLMESİNDE
FİYAT DEĞİŞKENİNİN ROLÜ VE BİR UYGULAMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
İLKAY ATALAY

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. SEFER GÜMÜŞ

Eylül 2006
İSTANBUL

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

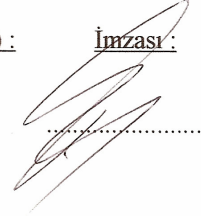
İlkay ATALAY tarafından hazırlanan “Sağlık Sektöründen Hizmet Alanların Memnuniyetlerinin Ölçülmesinde Fiyat Değişkeninin Rolü ve Bir Uygulama” adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Kabul (Sınav) Tarihi: 29.09.2006

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Sefer GÜMÜŞ
(Danışman)



Jüri Üyesi: Prof. Dr. Nihat YAVUZ
(İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak.)



Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Mehmet KAHVECİ



ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinde kalite, sadece sağlık hizmetleri sunucuları ve hastalar açısından değil, hükümetler açısından da önemli bir konudur. Kaliteli sağlık hizmetleri, insanların daha sağlıklı ve daha mutlu olmalarına katkıda bulunacaktır. Sağlık hizmetleri alanında pazarlama faaliyetlerinin uygulanmaya başlaması ile birlikte bu hizmetleri tüketen hastaların istek ve ihtiyaçları ön plana çıkabilecek ve bunun bir sonucu olarak daha kaliteli bir sağlık hizmeti verilmesi mümkün olabilecektir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kalitesi, hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetleri tüketicilerinin hizmetleri nasıl algıladıklarının incelenmesi önemli bir konu olarak görülmektedir.

Bu çalışma ile sağlık sektöründen hizmet alanların memnuniyetlerinin ölçülmesinde fiyat değişkeninin bir rolü olup olmadığı araştırılmıştır.

Çalışmanın hazırlanmasında ilgi ve desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Sefer GÜMÜŞ'e, içtenlikle teşekkür ederim. Ayrıca anket çalışması sırasında bana yardımcı olan Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalında görev yapan hemşire arkadaşlarıma, yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin yazım aşamasında, her an beni destekleyen, uzakta dahi olsa, başaracağıma olan inancıyla beni cesaretlendiren ve değerli bilgilerini esirgemeyen sevgili eşim Op. Dr. Abdullah AS'a sonsuz teşekkür ederim. Son olarak, çok değerli aileme, hayat boyu gösterdikler sevgi ve anlayıştan ötürü minnet ve şükranlarımı sunarım.

İlkay ATALAY

Eylül 2006

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
GRAFİK LİSTESİ.....	xv
ÖZET.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

PAZARLAMANIN KONUSU KAPSAMI VE FİYAT DEĞİŞKENLERİ

1.1. Pazarlamanın Konusu ve Kapsamı.....	5
1.1.1. Geniş Anlamda Pazarlama.....	5
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi Açısından Pazarlamanın Özellikleri	10
1.2. Pazarlamanın Gelişimi, Pazarlama Anlayışı ve Modern Pazarlama Yönetimi.....	11
1.2.1. Pazarlamanın Gelişimi.....	11
1.2.1.1. Üretim Anlayışı Dönemi.....	12
1.2.1.2. Ürün Anlayışı Dönemi.....	13
1.2.1.3. Satış Anlayışı Dönemi.....	13
1.2.1.4. Pazarlama veya Pazarlama Anlayışı Dönemi.....	13
1.2.1.5. Toplumsal Pazarlama Anlayışı.....	14
1.2.2. Pazarlama Anlayışı.....	14
1.2.3. Pazarlama Anlayışının Uygulanması (Modern Pazarlama Yönetimi)	15
1.3. Pazarlama Karar Değişkeni Olarak Fiyatın Önemi.....	18
1.4. Fiyatlandırma Sırasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar.....	19
1.5. Fiyatın Belirlenmesi ve Entegrasyonlar.....	22
1.5.1. Psikolojik Fiyatlandırma ve Uygulamaları.....	23
1.5.2. Tutundurucu Fiyatlandırma.....	25
1.6. Yeni hizmetin Fiyatlandırma Stratejileri.....	26

1.6.1. Pazarın Kaymağını Alma.....	30
1.6.2. Pazara Derinliğine Girme.....	31
1.7. Hizmet Alanların Fiyat Değişikliklerine Tepkileri.....	32
1.8. Talebin Fiyat Elastikiyeti.....	33

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMETLERİN PAZARLANMASI

2.1. Hizmetlerin Artan Önemi ve Hizmet Pazarlaması.....	37
2.1.1. Hizmet Pazarlamasının Özellikleri.....	43
2.1.2. Hizmet Pazarlaması Faaliyetlerinin Hedefleri ve Yararları.....	43
2.1.2.1. Hizmet Pazarlamasının Hedefleri.....	43
2.1.2.2. Hizmet Pazarlama Faaliyetlerinin Yararları.....	44
2.2. Hizmetlerin Tanımı, Çeşitleri ve Özellikleri.....	46
2.2.1. Hizmetlerin Tanımı ve Çeşitleri.....	46
2.2.2. Hizmetlerin Karakteristik Özellikleri.....	52
2.2.2.1. Soyutluluk (Fiziksel Varlığının Olmaması).....	52
2.2.2.2. Ayrılmazlık (Üretimle Tüketime Eşzamanlı Olması).....	53
2.2.2.3. Değişkenlik (Hizmetlerin Heterojen Oluşu).....	53
2.2.2.4. Dayanıksızlık (Stoklanamaz Oluşu).....	54
2.2.2.5. Sahip Olma (Mülkiyet).....	54
2.2.2.6. Dalgalanan Talep.....	55
2.2.3. Hizmetin Bileşenleri.....	55
2.2.3.1. Fiziksel Ürün.....	55
2.2.3.2. Hizmet Ürünü.....	56
2.2.3.3. Hizmet Çevresi.....	56
2.2.3.4. Hizmetin Verilmesi.....	56
2.3. Hizmet İşletmelerinde Pazarlama Anlayışı.....	57
2.4. Hizmet İşletmeleri İçin Pazarlama Stratejileri.....	58
2.5. Kalite ve Hizmet Farklılaştırması	59
2.6. Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları.....	61
2.6.1. Hizmet Ürünü.....	62
2.6.2. Fiyatlandırma.....	63
2.6.3. Tutundurma.....	64

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri ve Sınıflandırılması.....	67
3.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	67
3.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Olması.....	67
3.1.1.2. Sağlık Hizmetleri Tüketicisinin Bilgi Yetersizliği.....	67
3.1.1.3. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirsizliği.....	67
3.1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Kendine Özgü Yapısından Kaynaklanan Kar Amacından Çok Sosyal Amaç Taşması	68
3.1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin İkamesi Olmaması.....	68
3.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	68
3.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	68
3.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	69
3.1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	69
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Dünyaya Uyumunda Çalışmalar.....	70
3.3. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Sisteme Katkıları.....	74
3.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Anlayışı.....	78
3.5. Dünya Sağlık Hizmetlerinde Türkiye’nin Durumu.....	82
3.6. AB’de Türkiye Sağlık Hizmetleri Nerede?.....	87
3.7. Sağlık Hizmetlerinde Gelişmeler, Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	93
3.8. Sağlık Hizmetlerinin Yaygınlaştırılmasında Son Çalışmalar.....	98
3.9. Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal İşleyiş.....	100
3.9.1. Sağlık Hizmetlerinde Hastanelere Yönelik Değişimler.....	101
3.9.2. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi.....	104
3.9.3. Sağlık Bakanlığının Örgütlenmesi.....	105
3.9.3.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü.....	105
3.9.3.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütü.....	106
3.9.4. Sosyal Güvenlik Sisteminin Örgütlenmesi.....	108
3.9.5. Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik.....	110
3.9.6. Yataklı Tedavi Kurumları.....	111
3.9.6.1. Kamu Hastaneleri.....	114
3.9.6.2. Sağlık Merkezleri.....	115
3.9.6.3. Özel Hastaneler.....	115
3.9.7. Hastanelerin Fonksiyonel Örgüt Yapısı.....	116
3.9.7.1. Tıbbi Hizmetler.....	116
3.9.7.2. Hemşirelik Hizmetleri.....	117

3.9.7.3. Paramedikal Hizmetler.....	118
3.9.7.4. Destek Hizmetleri.....	118
3.9.8. Sağlık Hizmetlerinde Etik ve Kurumsal Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyutunun Önemi.....	118
3.9.8.1. Sağlık Hizmetlerinde Etik.....	118
3.9.8.2. Kurumsal Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyutunun Önemi... ..	119
3.9.9. Hastanın Seçme Hakkı.....	121

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

4.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı ve Davranışları.....	123
4.1.1. Müşteri Memnuniyeti ve Değişimleri.....	126
4.1.2. Müşteri Odaklılık.....	127
4.2. Hizmetlerin Kalitesi ve Etkileri.....	129
4.3. Sağlık İşletmelerinde Kalite Belirleyicileri.....	137
4.3.1. Hastanın Hastaneye Gelmeden Önceki Beklentileri.....	139
4.3.2. Hastanın Hastanedeki Beklentileri.....	139
4.3.3. Hastaneden Ayrıldıktan Sonra Hastanın Beklentileri.....	140
4.3.4. Hasta Memnuniyeti'nde Değerlendirme.....	140
4.4. Hizmetlerde Teknik ve Fonksiyonel Kalite.....	141
4.5. Fiyat Değişkeninin Müşteri-Hasta Memnuniyetindeki Yeri ve Önemi....	145
4.5.1. Fiyatın Hedef Kitledeki Etki ve Tepkileri.....	145
4.5.2. Sağlık İşletmelerinde Hizmetlerin Fiyatlandırılması.....	146
4.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri-Hasta Memnuniyetine İlişkin Çalışmalar.....	148
4.5.4. Fiyatın Hasta-Doktor İletişiminde Yaklaşımsal Değişkenleri	151

BEŞİNCİ BÖLÜM

UYGULAMA

5.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsam.....	152
5.1.1. Araştırmanın Amacı.....	152
5.1.2. Araştırmanın Kapsamı ve Kısıtları.....	152

5.2. Araştırma Metodolojisi.....	153
5.2.1. Verilerin Toplanması.....	154
5.2.2. Veri ve Bilgilerin Analiz Yöntemi.....	154
5.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	155
5.4. Araştırma Bulguları ve Değerlendirme.....	156
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	182
KAYNAKLAR.....	202
EK 1. Genel Serviste Yatan Hastalara Uygulanan Anket.....	212
EK 2. Özel Serviste Yatan Hastalara Uygulanan Anket.....	216
EK 3. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Etik Kurul İzin	
Belgesi.....	220
ÖZGEÇMİŞ.....	225

KISALTMALAR LİSTESİ

- AB** : Avrupa Birliği
- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- Bağ-Kur** : Esnaf ve Sanatkârlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu
- DiE** : Devlet İstatistik Enstitüsü
- DPT** : Devlet Planlama Teşkilatı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- GSMH** : Gayri Safi Milli Hâsıla
- GSYİH** : Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
- ISO** : International Organization for Standardization
- KHK** : Kanun Hükümünde Kararname
- KİT** : Kamu İktisadi Teşebbüsleri
- M.E.B.** : Milli Eğitim Bakanlığı
- MSB** : Milli Savunma Bakanlığı
- OECD** : Organization For Economic Co-Operation And Development
- P.T.T.** : Posta ve Telgraf Teşkilatı
- R.G.** : Resmi Gazete
- S.B.** : Sağlık Bakanlığı
- SSK** : Sosyal Sigortalar Kurumu
- T.C.D.D.** : Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları
- TBMM** : Türkiye Büyük Millet Meclisi
- TKY** : Toplam Kalite Yönetimi
- TTB** : Türk Tabipler Birliği
- WHO** : (World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1.1.	Pazarlamanın 4 P'sine Karşılık Tüketicilerin 4 C'si.....	9
Tablo 1.2.	Dokuz Fiyat-Kalite Stratejisi.....	23
Tablo 1.3.	Yeni Ürünlerin Fiyatlandırılmasında Kaymağını Alma ve Pazara Derinliğine Girme Stratejilerinin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 1.4.	Tüketicilerin Fiyata Karşı Hassasiyetini Etkileyen Faktörler ve Olası Tüketici Tepkileri.....	33
Tablo 2.1.	Sanayi ve Hizmet İşletmelerinin Farklılıkları.....	39
Tablo 2.2.	Türkiye'de İstihdamın Sektörel Dağılımı.....	41
Tablo 2.3.	GSMH - Sektörel Büyüme Hızları (%) (2005 Ocak-Eylül).....	41
Tablo 2.4.	GSYİH - Sektörel Dağılım (%) (2005 Ocak-Eylül).....	42
Tablo 2.5.	Hizmetin Tarihsel Tanımları.....	47
Tablo 2.6.	Hizmetlerin Niteliklerine Göre Sınıflandırılması.....	50
Tablo 2.7.	Fiziksel Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar.....	52
Tablo 2.8.	Farklı Endüstrilerde Hizmet Bileşenleri.....	56
Tablo 2.9.	Hizmet Pazarlaması Karmaşı.....	62
Tablo 3.1.	Sağlık Hizmetinde Öncelikli Alanlar.....	74
Tablo 3.2.	Toplumun Sağlık Statüsünü Yükselten Yatırımların Sağladığı Parasal Yararlar.....	76
Tablo 3.3.	G7 Ülkelerinde Sağlıkla İlgili Bazı Göstergeler.....	83
Tablo 3.4.	Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde 2001 Yılı Sağlık Harcamaları....	84
Tablo 3.5.	Sağlık Harcamaları.....	85
Tablo 3.6.	Bazı Sağlık ve Sağlık Hizmeti Göstergeleri Açısından Türkiye, AB, Yeni Katılan ve Diğer Aday Ülke Grubu Karşılaştırması.....	89

Tablo 3.7.	2002-2003 Yılı Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Milli Hasılâ İçindeki Payı.....	91
Tablo 3.8.	2002 Yılı Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması(\$).....	92
Tablo 3.9.	Bazı Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler.....	94
Tablo 3.10.	Türkiye'deki Hastanelerin Kurum ve Yatak Sayısı Olarak Gelişimi 1923-2004.....	95
Tablo 3.11.	Sağlık Hizmetlerinde Karmaşa Dönemi.....	96
Tablo 3.12.	Türkiye'de Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşların İşlevlerine Göre Sınıflandırılması.....	101
Tablo 3.13.	AB Ülkelerinde Sosyal Güvenliğe Ayrılan Pay (%).....	109
Tablo 3.14.	Türkiye'de Hastanelere Başvuran Hastaların Kurumlara Göre Yatan Hasta Durumu, 2000-2004.....	113
Tablo 3.15.	Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları.....	114
Tablo 3.16.	Sağlık Sistemlerinde Olası Tercihler.....	122
Tablo 4.1.	Shine'a Göre Sektörlere İlişkin Kalite Bileşenleri.....	131
Tablo 4.2.	Kalitenin Evrimi.....	133
Tablo 4.3.	Hasta Memnuniyetinde Değerlendirme Kriterleri.....	141
Tablo 5.1.	Genel ve Özel Serviste Yatan Hastaların Demografik Özelliklerinin Oransal Dağılımı.....	156
Tablo 5.2.	Genel Serviste Yatan Hastaların Yaşlarının İstatistiksel Dağılımı...157	
Tablo 5.3.	Genel Serviste Yatan Hastaların Cerrahpaşa'yı Tercih Etme Nedeni Oransal Dağılımı.....	160
Tablo 5.4.	Genel Serviste Yatan Hastaların Belirtilen İfadelere Karşı memnuniyetlerinin Oransal Dağılımı.....	162

Tablo 5.5.	Genel Serviste Yatan Hastaların Belirtilen Düşüncelere Katılımlarının Oransal Dağılımı.....	164
Tablo 5.6.	Özel Serviste Yatan Hastaların Yaşlarının İstatistiksel Dağılımı....	166
Tablo 5.7.	Özel Serviste Yatan Hastaların Cerrahpaşa'yı Tercih Etme Nedeni Oransal Dağılımı.....	169
Tablo 5.8.	Özel Serviste Yatan Hastaların Genel Servis Yerine Özel Servisi Tercih Etme Nedenleri Oransal Dağılımı.....	171
Tablo 5.9.	Özel Serviste Yatan Hastaların Özel Hastaneye Gitmeme Nedeni Oransal Dağılımı.....	172
Tablo 5.10.	Özel Serviste Yatan Hastaların Belirtilen İfadelere Karşı Memnuniyetlerinin Oransal Dağılımı.....	173
Tablo 5.11.	Özel Serviste Yatan Hastaların Belirtilen Düşüncelere Katılımlarının Oransal Dağılımı.....	175
Tablo 5.12.	Genel Serviste Yatan Hastalar İle Özel Serviste Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	177-178
Tablo 5.13.	Genel Serviste Yatan Hastalar İle Özel Serviste Yatan Hastaların Ortak İfadelere Katılımlarının Karşılaştırılması.....	179
Tablo 5.14.	Araştırma İçin Kullanılan 5'li Likert Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi.....	180
Tablo 5.15.	Genel Ortalama ve Sorular Arasındaki Ortalama Korelasyon.....	180
Tablo 5.16.	Her Bir Soru ile Bütün Arasındaki İstatistikler.....	181

SEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.1.	Pazarlama 4 P'si.....	8
Şekil 1.2.	Çağdaş Pazarlamada Ana Özellikler ve Sonuçlar İlişkisi.....	15
Şekil 1.3.	Modern Bir Mübadele Ekonomisindeki Akımların Yapısı.....	17
Şekil 1.4.	Psikolojik Fiyatlandırmaya Esas Olan Talep Eğrileri.....	24
Şekil 1.5.	Değişik Pazar Biçimleri.....	28
Şekil 1.6.	Stratejik Fiyatlandırma Kararlarında İzlenecek Aşamalar.....	29
Şekil 1.7.	Elastik Talep.....	34
Şekil 1.8.	İnelastik Talep.....	35
Şekil 1.9.	Değişik Pozisyonlara Göre Fiyat Hareket Alanının (Esnekliğinin) Önemi.....	36
Şekil 2.1.	Hizmetin Planlanması, Yaratılması ve Sunulması.....	45
Şekil 2.2.	Hizmetin Mal, Ekipman ve İnsan Temeline Göre Sınıflandırılması....	51
Şekil 2.3.	Hizmetin Bileşenleri.....	55
Şekil 3.1.	Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması.....	77
Şekil 3.2.	Sağlık Bakanlığı Merkez Örgüt Şeması.....	106
Şekil 3.3.	Sağlık Bakanlığı Taşra Örgüt Şeması.....	107
Şekil 4.1.	Hastanın Davranışları (Uyarıcı-Tepki) Modeli.....	124
Şekil 4.2.	Hastanın Kara Kutusu.....	125
Şekil 4.3.	Üstün Müşteri Değeri Yaratmada Yardımcı Bir Yetenek Olarak Pazar Odaklı Davranış.....	128
Şekil 4.4.	Kalite Döngüsü.....	130
Şekil 4.5.	Hizmet Kalite Ölçümünde Parasuman,/Zeithaml/Berry Modeli.....	137

Sayfa

Şekil 4.6.	Grönroos'un Kalite Modeli.....	142
Şekil 4.7.	Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri.....	144
Şekil 4.8.	Pazarlamada Üçlü Etkileşim.....	149

GRAFİK LİSTESİ

Sayfa

Grafik 3.1.	1999-2005 Büyüme Oranları.....	88
Grafik 3.2.	Türkiye'de Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı, 2004.....	103
Grafik 3.3.	Türkiye'deki Hastanelerde Yatan Hastaların Kurumlara Göre Dağılımı, 2004.....	103
Grafik 5.1.	Genel Serviste Yatan Hastaların Cinsiyet Dağılımı.....	157
Grafik 5.2.	Genel Serviste Yatan Hastaların Yaşı Dağılımı.....	158
Grafik 5.3.	Genel Serviste Yatan Hastaların Medeni Hal Dağılımı.....	158
Grafik 5.4.	Genel Serviste Yatan Hastaların Eğitim Durumu Dağılımı.....	159
Grafik 5.5.	Genel Serviste Yatan Hastaların Sosyal Güvence Dağılımı.....	159
Grafik 5.6.	Genel Serviste Yatan Hastaların Aylık Gelir Dağılımı.....	160
Grafik 5.7.	Özel Serviste Yatan Hastaların Cinsiyet Dağılımı.....	166
Grafik 5.8.	Özel Serviste Yatan Hastaların Yaş Dağılımı.....	167
Grafik 5.9.	Özel Serviste Yatan Hastaların Medeni Hal Dağılımı.....	167
Grafik 5.10.	Özel Serviste Yatan Hastaların Eğitim Durumu Dağılımı.....	168
Grafik 5.11.	Özel Serviste Yatan Hastaların Sosyal Güvence Dağılımı.....	168
Grafik 5.12.	Özel Serviste Yatan Hastaların Aylık Gelir Dağılımı.....	169

ÖZET

Bu çalışma ile amaçlanan, sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyetleri üzerinde pazarlama fiyat değişkeninin etkisi olup olmadığını araştırmaktır.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda yatarak tedavi gören 150'si genel, 50'si özel servisten olmak üzere, rasgele seçilmiş toplam 200 hastadan oluşan örnek gruplarına, 20 Nisan – 30 Haziran 2006 tarihleri arasında anket uygulanmıştır.

Genel ve özel servis için ayrı ayrı hazırlanan anket soruları üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümdeki ilk altı soru demografik özelliklere ilişkin sorulardır. Hem genel hem de özel servise ortak sorulan bir soru Cerrahpaşa'yı tercih etme nedenine ilişkindir ve çoktan seçmeli olarak hazırlanmıştır. Özel servis için genel servisten farklı olarak çoktan seçmeli, açık uçlu iki soru hazırlanmıştır. Anketin ikinci ve üçüncü bölümündeki sorular 5'li Likert ölçeğinde düzenlenmiştir.

Veriler değerlendirilirken belirtici istatistiklerden yararlanılmıştır. Hipotezlerin test edilmesinde Ki-Kare ve iki bağımsız grubu karşılaştırmada t testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin analizi SPSS 13 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin iç tutarlılığını ve güvenilirliğini test etmek için güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre, fiyat tek başına her şey demek değildir. Sağlık alanında fiyattan daha önemli olan bireylerin sağlıklarına kavuşma istekleridir. Çalışmaya katılan hastaların, sunulan hizmetlerin kalitesinde ve imkânlardaki farklılıkların ilgi çekici olması halinde, fiyatın memnuniyet üzerinde olumlu bir etki yaratacağı; fiyat ödeyerek sadece hizmetin kalitesinde farklılık olacağı, hizmet sunucularının kişisel yaklaşımlarının pek fazla değişim göstermeyeceği kanısında oldukları sonucuna varılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Fiyat, Sağlık Hizmetleri, Pazarlama.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate whether marketing price change has an effect on satisfaction of patients receiving healthcare service.

Between April 20th, 2006 and June 30th, 2006; a questionnaire was applied to sample groups of 200 randomly chosen patients, hospitalized in (150 from general, 50 from private) services of Istanbul University, Cerrahpasa Medical Faculty, General Surgery Department.

The questionnaire separately prepared for both services had three parts. The first six questions were related to demographic properties. One common, multiple-choice question was why they preferred Cerrahpasa Medical Faculty. Two open-ended, multiple-choice questions were prepared only for the private service. The questions in second and third parts were prepared in 5-rating Likert scale.

Explanatory statistics were used to evaluate the results. Testing all hypothesis, X^2 -independence test, comparing the two independent groups, t test were used. The results were evaluated in 95% reliability area. Meaningfulness was evaluated at $p < 0,05$ level. The analysis of the data was made with SPSS 13 package programme. Testing the internal consistency and reliability, reliability analysis was performed.

According to the results of the patients' perception; price alone, is not everything. In healthcare area, the will of the person to reach his/her wellness back is more important than the price itself. The price has a positive effect on satisfaction when the differences in presented service quality and facilities are interesting. Paying the price, there will be a difference, only in service quality; not that much difference on personal behavior of the service presenters.

Key Words: Patient Satisfaction, Price, Health Care, Marketing.

A. GİRİŞ

Küreselleşen dünyada ve artan rekabet koşullarında tüm işletmeler, kurum ve kuruluşlar gerek imalat gerekse hizmet sektöründe birbirlerine karşı rekabet avantajı sağlayabilmek, etkinliklerini arttırabilmek için yoğun bir çaba göstermektedirler. Günümüzün rekabetçi pazar anlayışının temel unsurları, pazarlama çabaları ve ürün kalitesidir. Müşteriye sunulan ürünlerin çeşitli olması, müşterinin zevkine göre kendisi için en uygun olanı tercih etmesini sağlayarak, müşteri memnuniyetini ön plana çıkarmıştır. Dolayısıyla günümüz rekabetçi pazarında işletmelerin varlıklarını sürdürebilmeleri büyük ölçüde müşteri beklenti ve ihtiyaçlarını karşılaması ile mümkün olacaktır.

II. Dünya Savaşı'ndan sonra gelişmiş ülkelerde özellikle hizmet sektörünün ülke ekonomisi içindeki payının arttığı görülmektedir. Günümüzde gelişmiş birçok ülkenin milli gelirin çok büyük bir kısmını hizmet sektöründen elde ettiği bilinmektedir. Hizmet sektörünün içinde sayılabilecek sağlık sektörünün rolü ve önemi, dünyada hızla artan, günümüzde sağlık işletmelerinde sunulan hizmetlerin hastalar tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi, sağlık işletmelerinin başarısı, rekabet üstünlüğü kazanması ve sürekliliği için büyük önem taşımaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin müşterileri de kendilerine sunulan alternatif hizmet imkânlarını daha iyi değerlendirmekte ve hangi kurum kendi beklentilerine en iyi cevap veriyorsa o kurumu tercih etmektedir. Sağlık hizmetlerinde tüm hastaneler aynı tip hizmet üretimini yapmalarına rağmen, ağırlaşan rekabet koşulları dolayısıyla rakiplerine göre hizmet farklılaştırması yolunu seçmektedir. Bu da sağlık sektöründeki çeşitli hastanelerin farklı kalitede hizmet sunmalarını ortaya çıkartmıştır.

A.B.D.'de birçok hastanenin modern pazarlama anlayışına sahip olduğu ve hasta odaklı bakım (Patient Focus Care) uygulamasına geçtiği görülmektedir. Bu uygulama ile hasta memnuniyetinde önemli bir artış sağlanmakta, hastane daha rekabetçi bir yapıya kavuşmakta, klinik bakım seviyesi artmakta, ortalama hastanede kalış gün sayısı ve maliyetler azalmakta ve işlemler hızlanmaktadır.

Teknolojideki ilerleme, etkisini en hızlı sağlık sektöründe göstermektedir. Tıbbi donanımda en ileri teknolojiyi kullanırken hizmet anlayışında iyileşmenin sağlanamaması, sağlık sektörünün çelişkisi olarak görülmektedir.

Sağlık sektöründe ileri teknolojinin kullanılması, kaliteli sağlık bakım isteğinin yaygınlaşması, bireylere ve topluma kaliteli sağlık hizmeti verilmesini gündeme getirmektedir (Tezcan ve diğ., 1999, s:267-285).

Düşük kalitedeki hizmet, hastaların geç iyileşmesine ve maliyetin artmasına sebep olmaktadır. Sağlık sistemindeki kalitesiz hizmet, bireylerin, kaliteyi ve hasta memnuniyetini ön plana çıkaran özel sağlık sektörünü ya da yurt dışını tercih etmelerini gündeme getirmektedir. Bu da sistemin çökmesine neden olmaktadır (Andaleb, 2001, s:1359-1370).

Pazarlama bileşenlerinden birisi olan fiyat, alıcı ve tüketicilere bir bedel karşılığında sunulan toplam pazarlama karmasını ifade eder. Fiyat, tüketiciler açısından hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları durumlarda, hizmetin kalitesini değerlendirmede etkili olabilmektedir. Tüketicilerin kişilikleri ile içinde buldukları sosyolojik ve ekonomik faktörler, fiyatın algılanmasını ve kalite değerlendirmesindeki etkisini değiştirebilmektedir. Artan rekabet ortamında, diğer hizmet işletmelerine karşı, yüksek hizmet kalitesi ile rekabet avantajı elde etmek isteyen hizmet işletmeleri, fiyatın hizmet kalitesi değerlendirilmesi üzerindeki etkisini ve bu konudaki tüketicilerin bilincini göz önüne almak zorundadır.

Sağlık işletmelerinde fiyatlandırma bu sektörün özellikleri nedeniyle daha zordur. Sağlık hizmetleri, alınması zorunlu olan hizmetler grubundandır. Yani sağlığın bozulması halinde hizmetin alınmaması gibi bir durum söz konusu değildir. Ancak kişi, çoğunlukla sosyal güvencesine ve maddi yeterliliğine bağlı olarak kendi bütçesine uygun olan hizmeti seçebilmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin pazarlanması ve sunum aşamasında ortaya çıkan çeşitli etkenler (teknik yeterlilik, uzman kadrolar, fiyat, ulaşım vb.) gerek hizmet sunucuları, gerekse hizmet alanların kalite beklentilerini ve algılamalarını farklılaştırmakta; bu da, memnuniyeti maksimize etme çabalarını yetersiz kılmaktadır.

B. ÇALIŞMANIN AMACI

T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak hazırlanan “Sağlık Sektöründen Hizmet Alanların Memnuniyetlerinin Ölçülmesinde Fiyat Değişkeninin Rolü ve Bir Uygulama” konulu çalışma ile ilk olarak, günümüzün ülke ekonomilerinde oldukça büyük bir payı olan ve hizmetlerin ürünlerden farklı özelliklere sahip olması nedeniyle pazarlama

literatürlerinde ayrı bir inceleme alanı olan, sağlık hizmetlerinin sunumunda pazarlama fiyat değişkeninin hasta memnuniyeti üzerindeki rolü konusunda, literatüre katkı sağlanması ve tezin olası okuyucularına bu konuda bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmada ikinci olarak amaçlanan ise, sağlık sektörünü temsilen alınan çalışma örneği ile genel cerrahi ana bilim dalı, genel ve özel servislerinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi ve fiyat değişkeninin bu hastaların memnuniyet düzeyinde, karşılaştırmalı olarak anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığını araştırmaktır.

C. ÇALIŞMANIN SUNUM PLANI

Çalışmada ilk dört bölüm teorinin aktarıldığı kısımlarından, beşinci bölüm ise teorinin uygulama kısmından oluşmaktadır.

Birinci bölümde, pazarlamanın konusu ve kapsamı, geniş anlamda pazarlama, sağlık hizmetlerinin yönetimi açısından pazarlama, pazarlamanın gelişimi ve modern pazarlama anlayışı konularına değinilmiştir. Pazarlama fiyat değişkenleri başlığı altında, fiyatın önemi, fiyatlandırma sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar, fiyatın belirlenmesi ve entegrasyonları ile yeni hizmetlerin fiyatlandırma stratejilerinden bahsedilmekte ve hizmet alanların fiyat değişikliklerine tepkileri ve talebin fiyat elastikiyeti açıklanmaktadır.

İkinci bölümde, hizmetlerin artan önemi ve pazarlanması konusu üzerinde durulmuş, hizmet pazarlamanın özellikleri, hedefleri ve yararları, hizmetlerin tanımı çeşitleri ve özellikleri incelenmiştir. Hizmetlerin karakteristik özellikleri ve hizmet bileşenlerinden bahsedilerek, hizmet işletmelerinde pazarlama anlayışı ve pazarlama stratejileri, kalite ve hizmet farklılaştırması ile pazarlama karması elemanları konularına sırasıyla yer verilmiştir.

Üçüncü bölümde, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve sınıflandırılması alt başlıkları ile açıklanmakta, sağlık hizmetlerinin gelişimi ve dünyaya uyum çalışmaları, ekonomik sisteme katkıları, Türkiye’de sağlık hizmetleri anlayışı, dünya sağlık hizmetlerinde Türkiye’nin durumu geniş olarak ele alınmaktadır. Sağlık hizmetleri açısından AB ve Türkiye, sağlık hizmetlerinde gelişmeler, sorunlar ve çözüm önerilerine değinilmekte, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile ilgili çalışmalar,

kurumsal iŖleyiŖ, örgütlenme, verimlilik, yataklı tedavi kurumları, etik ve hastanın seçme hakkı gibi önemli konulara yer verilmektedir.

Dördüncü bölümde ise, sağlık hizmetlerinde kalite ve müşteri memnuniyeti konuları alt başlıkları ile incelenmektedir. Müşteri kavramı, müşteri memnuniyeti ve değişimleri, müşteri odaklılık kavramlarına değinilerek, hizmet kalitesi ve etkileri ile sağlık iŖletmelerinde kalite belirleyicileri açıklanmıştır. Hizmetlerde teknik ve fonksiyonel kalite konusu üzerinde durulmuş sonrasında fiyat değişkeninin hasta memnuniyetindeki yeri ve öneminden bahsedilerek, fiyatın hedef kitledeki etki ve tepkileri, sağlık iŖletmelerinde hizmetlerin fiyatlandırılması, hasta memnuniyetine ilişkin çalışmalar, fiyatın hasta doktor iletişimde yaklaşımsal değişkenleri konuları incelenmiştir.

Beşinci bölümde, alan araştırması sonucunda elde edilen veriler, istatistiksel analiz yöntemleri ve kuramsal çerçevede yer alan bilgiler ışığında yorumlanarak sonuçlar, çeşitli ilişkileri gösteren tablolar halinde verilmektedir. Ayrıca araştırmaya ilişkin hipotezler tanımlanmaktadır.

Sonuç ve öneriler bölümünde, araştırma bulgularına dayanarak elde edilen sonuçlar ışığında, sağlık hizmetleri alanında fiyat ve hizmet kalitesi bilincinin oluşturulmasına ilişkin genel kanı vurgulanmış, hasta memnuniyeti üzerine yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlara göre çeşitli öneriler geliştirilmiştir.

I. BÖLÜM

PAZARLAMANNIN KONUSU VE KAPSAMI

1.1. Pazarlamanın Konusu ve Kapsamı

1.1.1. Geniş Anlamda Pazarlama

Kelime olarak “pazarlama”, İngilizcedeki “marketing” kelimesinin karşılığı olarak benimsenmiştir. İlkel toplumlarda insanlar kendi ihtiyaçlarını kendileri karşılama yolunu seçtikleri için pazarlama faaliyeti anlamsız bir kavramdı. Ancak, zaman içinde üretimde ihtisaslaşma ve işbölümüne gitme zorunluluğu insanları birbirine karşı bir nevi bağımlı hale getirmiş bu da insanları karşılıklı mal değişimine ve takasa zorlamıştır.

Bir bilimsel araştırma disiplini olarak pazarlama, sosyoloji, iktisat vb. diğer sosyal bilimler dallarına göre oldukça yenidir. Modern anlamda pazarlama bilimi 1900’lü yılların başlarında Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) ortaya çıkmıştır. Daha sonra hızlı bir gelişme göstererek diğer ülkelere yayılmıştır. Pazarlama kapsamında 1950’ye kadar fiziksel dağıtım, satış ve satış yönetimi konularına önem verilmiştir. Ancak 1960’lardan itibaren pazarlama karması, pazarlama yönetimi, örgütsel pazarlama, sosyal pazarlama, uluslararası pazarlama ve hizmet pazarlaması gibi yeni kavramlar geliştirilerek pazarlamaya daha geniş bir bakış açısı kazandırılmıştır.

Pazarlama bilgisini ortaya çıkmasında iktisatçıların önemli bir rolü vardır. İktisatçıların fiyat ve arz talebi gibi konularda bakış açılarının tek yönlü olması ve çözümde yetersiz kalmalarının sonucu olarak ortaya konan çözüm arama çabaları pazarlama biliminin doğmasına neden olmuştur. Örneğin, iktisatçılar pazar fiyatının arz-talep dengesine göre oluştuğunu öne sürerken, pazarlamacılar olayın bu kadar basit olmadığını, bir dizi karmaşık eylemler sonucunda, fiyatların ve tüketim düzeyinin belirlendiğini savunmuşlardır (Altunışık ve diğ., 2002, s:4).

Pazarlama kavramı günlük hayatta çok kullanılan bir kelime olmasından ötürü birçok kişiye göre satış ve satışçılıkla eş anlamlıdır. Pazarlama tanımlarından da anlaşılacağı üzere, satış da içine alan bir faaliyetler bütünüdür.

Pazarlamanın en eski (yaklaşık yarım asırlık) ve kısa tanımı;

“Pazarlama, mal ve hizmetlerin, üreticiden tüketiciye veya kullanıcıya doğru akışını yönlüten işletme faaliyetlerinin yerine getirilmesidir” (Mucuk, 2001, s:3). Zamanla bu tanımın yetersizliği üzerinde daha sık durulmaya başlanmış ve özellikle

1960'ların sonlarıyla 1970'lerin başlarında, pazarlamanın sadece işletmelere özgü bir faaliyet olmadığı, kâr amacı gütmeyen kuruluşları da içine alacak şekilde kapsamının genişletilmesi ve tanıtımda bazı sosyal boyutların yer alması gerektiği tartışmaları yapılmıştır.

Pazarlama felsefesine göre amaç, hedef tüketici ve müşterilerin istek ve gereksinimlerini tatmin ederek kâr sağlamaktır. Tatmin için, bir gereksinim veya bir sorun olması gerekir. O halde pazarlama, üretimden sonra değil üretimden önce başlayıp, üretim sırasında, satış öncesi, satış anı ve satış sonrasında da devam eden bir eylem olmalıdır. Böylesi bir pazarlama anlayışı şu şekilde özetlenebilmektedir: “Pazarlama, hedef tüketici, müşteri ve toplumun istek ve gereksinimlerini tatmin ederek kâr sağlayacak pazarlama bileşenlerinin (ürün-hizmet, fiyat, tutundurma, dağıtım) planlaması, yönetimi ve denetimi çabalarıdır” (Kırdar, 2003, s:20). Görüldüğü gibi bu yaklaşım, tüketiciyi işletme karşısında piyonluktan kurtarıp şah durumuna getirmektedir. Diğer yandan tüketicilerin istek ve gereksinimlerinin yanında, toplumsal gereksinimlerinde gözden uzak tutulamayacağı gerçeği ortaya çıkmaktadır.

Kotler'e göre pazarlama, “fertlerin ve grupların ihtiyaç hissettikleri ve arzu ettikleri, bir değeri bulunan ürünü ve servisleri, yarattıkları, sundukları ve diğerleriyle serbestçe mübadele ettikleri toplumsal bir işlemdir.”

Zaman ilerledikçe, pazarlama, mal ve hizmetlerle ilgili bir mübadele işlemi olmaktan çıkarak, bir politikacı için yürütülen seçim kampanyası ya da doğum kontrolü için yürütülen bir aile planlaması kampanyası gibi nihai amacı bir pazar işlemi olmayan faaliyetleri de konusu kapsamına dahil etmiştir.

Pazarlamanın ne olduğu konusunda herkes tarafından kabul görmüş bir tanım yoktur. Özellikle akademik ve bilimsel çevreler dışında herkes pazarlamayı kendine göre tanımlamaktadır.

Günümüzde pazarlama çalışma alanının oldukça genişlediği göz önüne alınarak kapsamlı biçimde şu tanımlamalar yapılabilir:

“Pazarlama, ihtiyaçları ve istekleri değişim yoluyla doyurmaya yönelik insan eylemleridir.”

“Pazarlama, çeşitli değişken çevre koşullarında değişimi kolaylaştırmak ve gerçekleştirmek amacıyla, insanların ve örgütlerin yaptıkları eylemlerdir.”

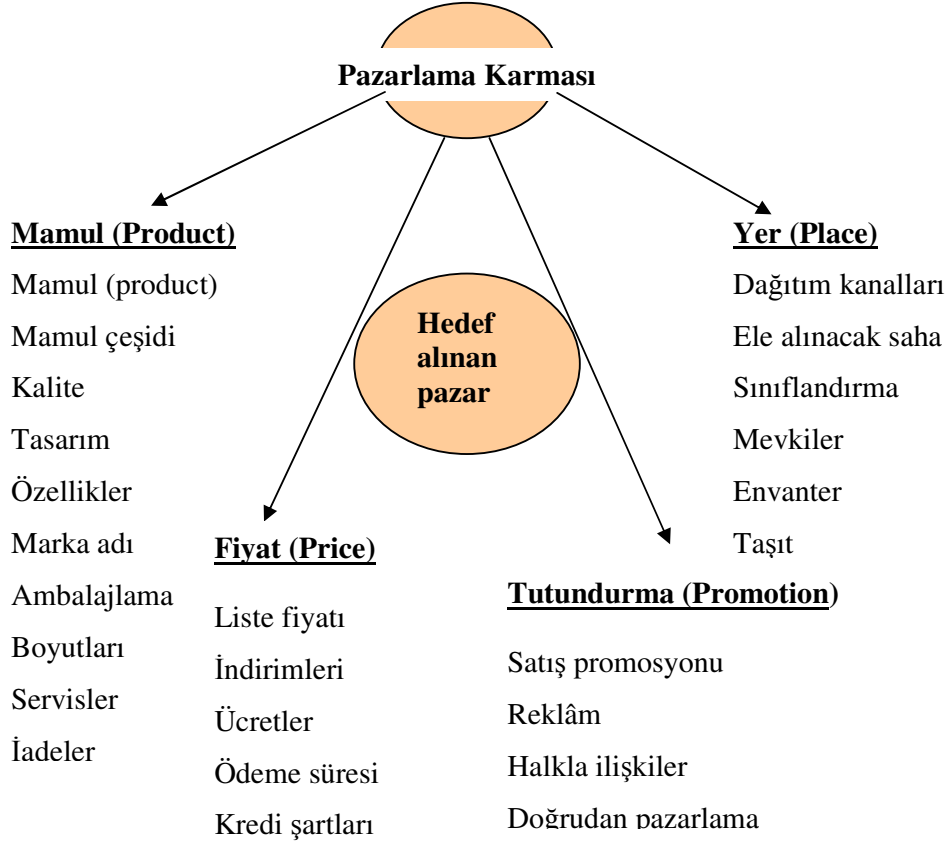
Geniş anlamda ise “pazarlama; bir işletmenin ürünlerine olan talebi belirlemek, uyarmak, doyurmak, ürün ve hizmetleri en etkin bir şekilde hazır bulundurarak, talebi karşılamak ve kâr etmek üzere yapılan işletme faaliyetlerinin tümüdür.”

Pazarlama tanımlarında yer alan önemli noktalar şöyle sıralanabilir (Altunışık ve diğ., 2002, s:10-14):

- Pazarlama bir mübadele/değişim sürecidir.
- Pazarlama insan ihtiyaçlarını karşılayıcı, tatmini hedefleyen ve insanlara istediklerini vermeye yönelik faaliyetlerdir.
- Pazarlama çeşitli faaliyetler bütünü ve sistemidir.
- Pazarlama mallar, hizmetler ve fikirlerle ilgilidir.
- Üretim, fiyatlandırma, tutundurma ve dağıtım temel pazarlama faaliyetlerini oluşturmaktadır.
- Bir işletme faaliyetler grubu olarak pazarlama, süreklilik arz eden hızlı bir değişimin yaşandığı dinamik bir ortamda gerçekleşir.
- Pazarlama sadece kâr amaçlı işletmelere has bir faaliyet değildir.
- Pazarlama bütün kişisel ve örgütsel faaliyetleri içermeyip, sadece değişimi kolaylaştıran ve gerçekleştiren faaliyetleri kapsar.
- Pazarlama bir yönetim süreci olup, sosyal bir ortamda gerçekleşmektedir.
- Pazarlama faaliyetlerinin yürütülmesinde etkinlik ve kârlılık esastır.

Modern iş hayatında pazarlama, ürün geliştirmek, bunu uygun bir şekilde fiyatlandırmak ve hedef tüketicilere ulaştırmaktan daha fazlasını ifade etmektedir. Bir şirketin pazarlama iletişim programı olarak ifade edilebilecek olan “Tutundurma Karması”, dört temel unsura dayanmaktadır:

- Reklâm
- Kişisel Satış
- Satış Geliştirme
- Halkla İlişkiler



Şekil 1.1. Pazarlama 4 P'si

Kaynak: Kotler, 2000, s:15

Pazarlama kavramının organizasyonel hedeflere ulaşılabilme için önemle üzerinde durduğu düşünce, işletmenin seçtiği hedef pazarlarda, müşteri değeri yaratılması, sunulması ve iletişimde rakiplerden daha etkili olunması gerekliliğidir.

Pazarlama kavramı, çok farklı deyişlerle ifade edilebilir:

“Toplantının kâra ihtiyacı vardır.”

“Arzular bulun ve onları doldurun.”

“Müşteriyi seviniz, ürünü değil.”

“Sizin istediğiniz gibi olsun.” (Burger King)

“Önce insanları alın.” (İngiliz Havayolları) vb.

Pazarlama kavramında dört öge üzerinde durulmuştur:

1. Hedef pazar
2. Müşteri ihtiyaçları
3. Bütünleştirilmiş pazar
4. Kâr

DÖRT P	DÖRT C
Mamul (Product) Fiyat (Price) Tutundurma (Promotion) Dağıtım, Yer (Place)	Müşteriye/Tüketiciye Çözüm (Customer Solution) Tüketiciye Maliyet (Customer Cost) İletişim (Communication) Kolaylık, Yerde Uygunluk (Convenience)

Tablo 1.1. Pazarlamanın 4 P'sine Karşılık Tüketicilerin 4 C'si

Kaynak: Altuğ, 2002, s:60

Kotler'e göre pazarlama karması, yönetimin satışları etkilemek için kullanabileceği araçlar topluluğudur. "4P" de denilen pazarlama karması unsurları satıcıların bakış açısıyla, alıcıları etkilemek için kullanılacak stratejik ve taktik araçları göstermektedir (Şekil 1.1). Alıcıların bakış açısıyla da, her bir pazarlama aracının tüketiciye fayda sunmak için oluşturulduğu söylenebilir. Robert Lauterborn'un önerisine göre, satıcıların 4 P'si, tüketicilerin 4 C'sine karşılık oluşturmaktadır (Tablo 1.1). Bu yaklaşıma göre işletmeler, tüketicilere ihtiyaçlarını istedikleri yerde ekonomik bir biçimde alma kolaylığı sağlayan bir iletişim anlayışı ile pazarda kazanan işletmeler olacaklardır.

Sanatla bilim arasında yer alan pazarlama, "ne üretirsek onu satarız" anlayışının, uluslararası pazarlarda anlamını yitirmesiyle birlikte daha da önem kazanmıştır. Pazarlama, gereksinimlerini karşılamak isteyen tüketiciler ve bunların oluşturduğu pazarla ilgili olan, işletmenin en dışa dönük yanındır, denilebilir. Pazarlar da, çok değişik ve fazla sayıda unsurun rol oynadığı, belirsizliklerle ve uygulaması zor değişimlerle dolu, dinamik ortamlardır. Oysa belirsizlik, riski de beraberinde getirir. Bu nedenle, pazarlama etkinliklerinin önemi gün geçtikçe artmaktadır.

Başlangıçta pazarlamanın sadece kâr amaçlı kuruluşlar için uygun olduğu düşünülmekteydi ancak Kotler ve arkadaşları pazarlamanın kâr amaçlı olmayan işletmelere de uygulanabileceğini öne sürmüştür (Altunışık ve diğ., 2002, s:16). Bu konuda pazarlama dünyasında yaşanan ciddi tartışmalar sonucunda kapsam olarak pazarlamanın alanı genişletilmiştir. Günümüzde pazarlama, kâr amaçlı olan ya da olmayan birçok kuruluş tarafından çeşitli mal, hizmet ve fikirlerin hedef kitlelerine ulaştırılmasında kullanılmaktadır. Bu konuda literatürlerde en sık rastlanan kavramlar arasından bazıları şöyle sıralanabilir: Tüketici ürünleri pazarlaması,

endüstriyel ürünleri pazarlaması, hizmet pazarlaması, sosyal pazarlama, kâr amaçlı olmayan pazarlama, politik pazarlama, kişilerin ve şöhretlerin pazarlanması, turizm pazarlaması, yerlerin pazarlaması, uluslararası pazarlama, fikirlerin pazarlanması, doğrudan pazarlama, internet pazarlaması, tele pazarlama, doğrudan pazarlama, vs.

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi Açısından Pazarlamanın Özellikleri

Sağlık hizmetlerini pazarlama açısından değerlendirmeden önce sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarına değinecek olursak, Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık “bedenin ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik” halidir. Çok kapsamlı değişken, tartışılabilir bir kavramdır. Bu nedenle de tüm faaliyet ve hizmetler sağlık hizmeti sayılabilir. Genel olmak üzere sağlık hizmetleri, doğrudan sunulan sağlık hizmetleri ve dolaylı sunulan sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılabilir. Hastane, sağlık ocağı ve benzeri şekilde sunulan hizmetler, doğrudan sunulan sağlık hizmetleridir. Ekonomik gelişme, eğitim, teknoloji ve şehircilik hizmetleri de dolaylı sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin amacı (Sözen, 2003, s:75-76):

- Sağlık talebi oluşmasını sağlamak,
- Toplumun sağlık standardını yükseltmek,
- Bireylerin ve toplumun hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
- Hasta olanları en kısa zamanda sağlıklarına kavuşturmak,
- Süreğen (kronik) hasta ve sakat olanların uyum ve adaptasyonlarını sağlamaktır.

Son zamanlarda özelleşmenin yaygınlaşması nedeniyle sağlık hizmetleri ve “sağlık kurum-kuruluşu” yerine “sağlık işletmesi” ifadesi kullanılmaktadır. Oysa sağlıkla işletme kavramının bağdaşması geleneksel olarak zordur. İşletme insan ihtiyacını gidermek amacıyla mal ve hizmet üreten, çoğunlukla kâr amaçlı ekonomik birimlerdir. Sağlık gibi hassas bir konunun kârla birlikte düşünülmesi, sağlığın ekonomik bir meta olarak algılanması, bugüne kadar sağlık hizmetlerini işletmecilik kavramının dışında tutmuştur.

Pazarlama sağlık kuruluşları için oldukça yeni bir kavramdır. Artan ilgiye rağmen sağlık kuruluşlarında pazarlama, tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi, ülkemizde de diğer sektörlerde olduğu kadar kabul görmemiş ve uygulanmamıştır. Bir yönetim felsefesi olarak “müşteriye yönelik pazarlama”, batı ülkelerinde genel kabul görmüş bir işletmecilik anlayışıdır. İngilizce “marketing concept” terimi ile belirlenen bu

deyim Türkçeye “pazarlama zihniyeti”, “pazarlama anlayışı”, “pazarlama görüş açısı” olarak aktarılmıştır (Karafakıoğlu, 1998, s:2).

Sağlık işletmelerinde kâr birinci amaç olamaz. Kâr göz ardı edilerek de sağlık işletmeleri yönetilemez. Sağlık işletmelerinde kâr önemli bir konudur. Dozunun ve önceliğinin iyi ayarlanması gerekir. Çünkü;

- Sağlık parayla alınıp-satılamaz. Herkes için temel bir insan hakkıdır.
- Sağlıkta pazarlık olmaz.
- İhtiyaç olduğunda tehir edilemez-vazgeçilemez. Çoğunluğu acildir.
- Hizmet, üretildiği an tüketilir. Depolanamaz.
- Sonra kullanılmak üzere bekletilemez.
- Hata-yanlış, tehlikeli, bazen de telafisi mümkün olmayan sonuçlara neden olabilir.
- Değişken ve karmaşıktır.
- Sağlık memnuniyeti görecelidir. Kişiden kişiye değişir, çıktının tanımlanması-ölçümü güçtür. En pahalı hizmet türüdür.
- Çoğulcu bir yapısı vardır (matriks organizasyon). Bu da eşgüdüm, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.
- Piyasa araştırması-mukayesesi yoktur.
- Müşteri telkine açıktır.
- Piyasa kuralları içerisinde arz-talebe göre değerlendirilemez.
- Kurumsal olarak da; uzmanlaşma seviyesi yüksek olduğu için, farklı meslek grupları arasında eşgüdüm gereklidir.
- İnsan kaynakları, profesyonellerden oluştuğu için, kurumsal hedeflerden daha çok mesleki ve kişisel hedeflere daha fazla önem verirler.
- Hekimler üzerinde tam ve etkin bir denetim mekanizması yoktur.
- Sağlıkın özelliği, ayrıcalığı vardır.

1.2. Pazarlamanın Gelişimi, Pazarlama Anlayışı ve Modern Pazarlama Yönetimi

1.2.1. Pazarlamanın Gelişimi

Pazarlama yönetiminin gelişimi, genelde işletmeciliğin, özellikle pazarlamanın en fazla geliştiği ülke olan ABD'deki gelişmelerle açıklanmaktadır. Pazarlama yönetim

felsefesindeki değişmeleri açıklayan bu evrimsel gelişmenin aşamaları, genellikle her birinin belirgin özelliklerle birbirinden ayrıldığı ve her birinde hakim olan bakış açısına göre isimlendirilen üç ayrı dönem halinde ele alınır (Stanton, 1994, s:8): 1. üretim anlayışı dönemi, 2. satış anlayışı dönemi, 3. pazarlama veya pazarlama anlayışı dönemi. Ancak pazarlama anlayışının gelişmesi ve işletmelerin topluma karşı sosyal sorumluluklarının ön plana çıkmaya başlamasıyla, günümüzde bu dönemlere ek olarak, toplumsal pazarlama anlayışından da bahsedilmektedir. Pazarlamanın gelişimini beş dönemde incelemek mümkündür (Kaşıkçı, 2002, s:19-23):

- 1- Üretim Anlayışı Dönemi
- 2- Ürün Anlayışı Dönemi
- 3- Satış Anlayışı Dönemi
- 4- Pazarlama veya Pazarlama Anlayışı Dönemi
- 5- Toplumsal Pazarlama Anlayışı

1.2.1.1. Üretim Anlayışı Dönemi

1918'de I. Dünya Savaşı bitimine kadar olan dönemde, işletmeler ne üretirlerse sıkıntı yaşamadan satabiliyorlardı. “Beğenmiyorsan git başka yerden al” dönemi de denilen bu süreçte, genel üretim ve satış anlayışı aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Ne üretirsem satarım
- Ne kadar üretirsem satarım
- Ne zaman üretirsem satarım
- Kaça üretirsem satarım
- Nerde istersem satarım

Üreticiler bu dönemde üretim üzere yoğunlaşıp, tüketicilerin beklentilerini ve taleplerini göz önüne almamışlardır. Bunun başlıca nedenleri ise:

- Tüketiciler, ürün hakkında bilgi alabilecekleri kaynakların olmamasından ya da yetersizliğinden dolayı çok bilinçli değildirler.
- Tercih seçenekleri yoktu. Çünkü ne ikame mallar, ne de rekabetle doğacak ürünler vardı. Kıyaslamaya gidilecek ürünlerin olmaması, kalite anlayışının oluşmasına da engeldi.
- Kaynakların kıt olması, talebin arzın üzerlerinde olmasını sağlıyordu. Bu da, koşulsuz o ürünü seçmek durumunda kalmalarına sebep oluyordu.

1.2.1.2. Ürün Anlayışı Dönemi

I. Dünya Savaşı'nın sonu ile II. Dünya Savaşı'nın arasında kalan dönemde, yaygın olan pazarlama anlayışı, işletmelerin ürettikleri malı geliştirmelerine yönelik dönemdir. Üretim anlayışı dönemiyle arasındaki farklar şunlardır:

- Tüketiciler daha bilinçlenmişlerdir.
- Tüketicilerin var olan ürünler içinden ihtiyaçlarına göre kaliteli olanı seçmeleri işletmeleri daha kaliteli ürün üretme çabasına itmiştir.
- Rekabetin artmasıyla aynı ürünü üreten birden fazla işletmenin olması, tüketicilerinde tercih yapmasına olanak sunmuştur.
- İşletmeler, reklâm ile ürünlerini daha yaygın olarak anlatmaya başlamışlardır.
- Bu dönemde işletmeler ürünlerini geliştirme yoluna gitmişler ancak bu konunun üzerine fazla yoğunlaşınca, ürünlerini çeşitlendirmeyi, yeni ürünler üretmeyi atlamışlardır.

1.2.1.3. Satış Anlayışı Dönemi

II. Dünya Savaşı ile tüm dünyada ciddi bir ekonomik sıkıntı yaşanmıştır. Bu dönemde işletmeler varlıklarını sürdürebilmek için kâr elde etmek zorundadırlar ve dolayısıyla para kazanmak için mallarını satmak çabasına girmişlerdir. Bu dönem işletmelerin malların satıldığı, satmak için ise tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarına önem verildiği bir dönemdir. Mallarının satılması için, yoğun reklâm ve tanıtım kampanyaları yürütülmüştür.

1.2.1.4. Pazarlama veya Pazarlama Anlayışı Dönemi

Pazarlama yaklaşımı, özellikle 1960'lardan sonra, arz-talep dengesinde arz fazlasının yaşandığı, rekabetin yoğunlaşmaya başladığı ve tüketici bilincinin gelişmeye başladığı yıllarda ortaya çıkmıştır. Bu dönemde müşteri beklentileri büyük önem kazanmıştır. Müşterilere daha iyi nasıl hizmet veririm yarışı başlamıştır. Dolayısıyla rekabetin çok yoğun olması, satın alınacak ürün alternatiflerinin bolca olması, tüketicilerin bilinçli olması, tüketici koruma derneklerini oluşması, reklâm ve tanıtımın çok yaygınlaşması vb. gibi etmenler tüketiciyi daha güçlü kılmıştır. Bu dönemin en önemli özelliklerinden biri de "Toplam Kalite Yönetimi" (TKY) felsefesinin işletmeler tarafından uygulanmaya başlamasıdır.

1.2.1.5. Toplumsal Pazarlama Anlayışı

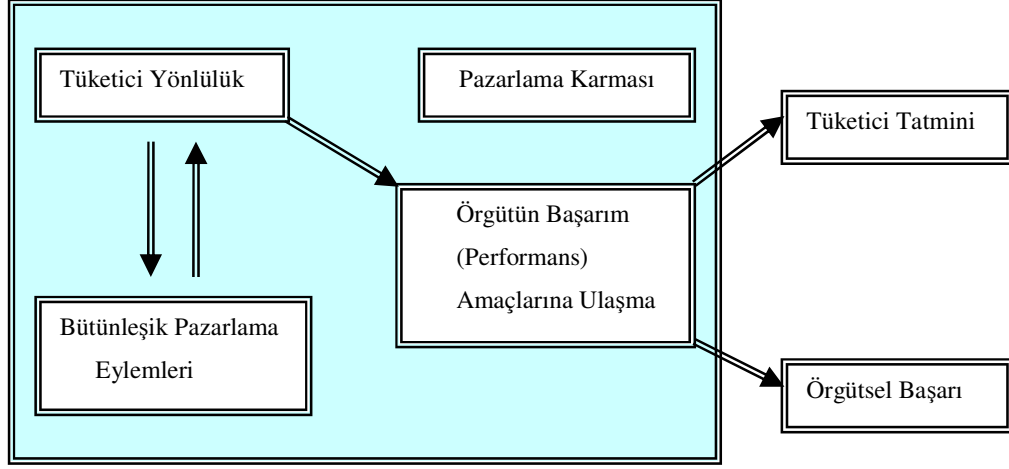
Bu anlayışa göre, tüketiciye koşulsuz kaliteli mal ve hizmet sunmaktan da öteye gidilip verilen servisin kişiye, topluma, ülkeye, evrene zararı olmayan bir yapıda olmasına dikkat edilmektedir. Toplumsal yarar, olmazsa olmaz bir şart olup, firmalar bu faaliyeti yürüttüklerini tüketicilerine değişik kanallardan anlatma yoluna giderler. Bu dönemde tüketiciler, işletmenin pazarlama stratejilerinin merkezi konumundadırlar. Müşteri odaklılık kavramı bu dönemin en önemli ilkesidir.

1.2.2. Pazarlama Anlayışı

Pazarlama anlayışı modern anlamda pazarlamadır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde genel kabul görmüş bir pazarlama yönetimi biçimidir. Bu yönetim biçiminin en önemli özelliği, işletme yönetiminin tüketiciler sunduğu mal ve hizmetlerin mübadele edilmesiyle ilgili olarak yapılan kapsamlı çalışmalarda, tüketiciye ve tüketici tatminine büyük önem verilmesidir. Bunun sonucunda pazarlama bir satış faaliyeti olmaktan çıkarak, tüketiciye yönelik pazarlama faaliyetleri üretim öncesinden başlayıp, satış işlemi ile devam etmekte ve satış sonrası yapılan çalışmalarla tamamlanmaktadır (Mucuk, 2001, s:9).

“Çağdaş pazarlama anlayışını benimsemiş olan bir işletmede tüm çalışanlar, amacın, müşterilerin tatmin edilmesi olduğunu bilirler. Tüm bölümler bu amaç doğrultusunda ahenkli bir biçimde çalışırlar. “Faaliyetlerine müşterilerin arzu ve ihtiyaçlarına göre yön veren işletmeler, rekabet içinde etkinliklerini koruyabilmek için, reklâm ve benzeri yöntemlerinin uzun süreli çözümler olmadıklarını bilirler. Drucker’ın da dediği gibi “pazarlamanın görevi, zorlamalı satışı gereksiz hale dönüştürmektir” (Karafakıoğlu, 1998, s:5).

Çağdaş pazarlama anlayışına uygun bir biçimde hareket eden işletmeler, başarılı olmak için hedef aldıkları müşterilerin özelliklerini, ihtiyaçlarını, tutumlarını, tercihlerini ve sunulan mal veya hizmetler hakkındaki düşüncelerini, bunlardan ne ölçüde memnuniyet duyduklarını sürekli olarak incelerler ve bu bulgulara göre ürün, dağıtım, tutundurma ve benzeri pazarlama politikalarına yön verirler. Bu felsefeyi benimsemiş olan işletmeler için mal veya hizmet “amaç” değil müşteriye memnun etmek için kullanılan bir “araç” tır. Bu nedenle de gerektiğinde değiştirilebilir (Şekil 1.2).



Şekil 1.2. Çağdaş Pazarlamada Ana Özellikler ve Sonuçlar İlişkisi

Kaynak: Solomon ve diğ., 1999

Harvard Business School'dan Prof. Dr. Theodore Levitt'in ilk olarak tanımladığı "marketing myopia" (pazarlama miyopisi) terimi; yöneticinin, işlerinin alanını doğru olarak tanımlayamamasıdır. Müşteri odaklı yerine ürün odaklı bir yaklaşım, daha ileri gelişimi tehlikeye atar. Pazarlama miyopisinden kaçınabilmek için, şirketler tüketici/müşteri ihtiyaçlarına odaklanmış organizasyonel hedefleri geniş biçimde tanımlamalıdır (Boone ve diğ., 1997, s:15).

1.2.3. Pazarlama Anlayışının Uygulanması (Modern Pazarlama Yönetimi)

Pazarlama yönetimi, etkili biçimde değişimi sağlamak için, pazarlama eylemlerinin planlanması, planın uygulanması ve kontrol edilmesi işidir. Pazarlama yönetimi, örgütün amaçlarına ulaşması maksadıyla, hedef pazarlarda yararlı değişimleri ve ilişkileri yaratmak, gerçekleştirmek ve sürdürmek için gerekli eylemlerin analizi, planlanması, uygulanması ve denetimi işidir.

Amerikan Pazarlama Derneği'nin uygun gördüğü pazarlama yönetimi tanımı: "Ferdî ve organizasyonel hedefleri tatmin edici mübadeleleri yaratmak için kavramın, fiyatlandırmanın, promosyonun, fikirlerin, eşyaların, servislerin, planlanması ve uygulanması işlemidir" (Kotler, 2000, s:8).

Pazarlama yönetiminin görevi talebi yönetmektir. Değişimde taraflardan biri öteki taraftan istediği karşılığı ele geçirmeyi amaçlar ve amacına ulaşmak için incelemeler yapar, planlar oluşturur. Bu bağlamda planların uygulamaya konulması, pazarlama

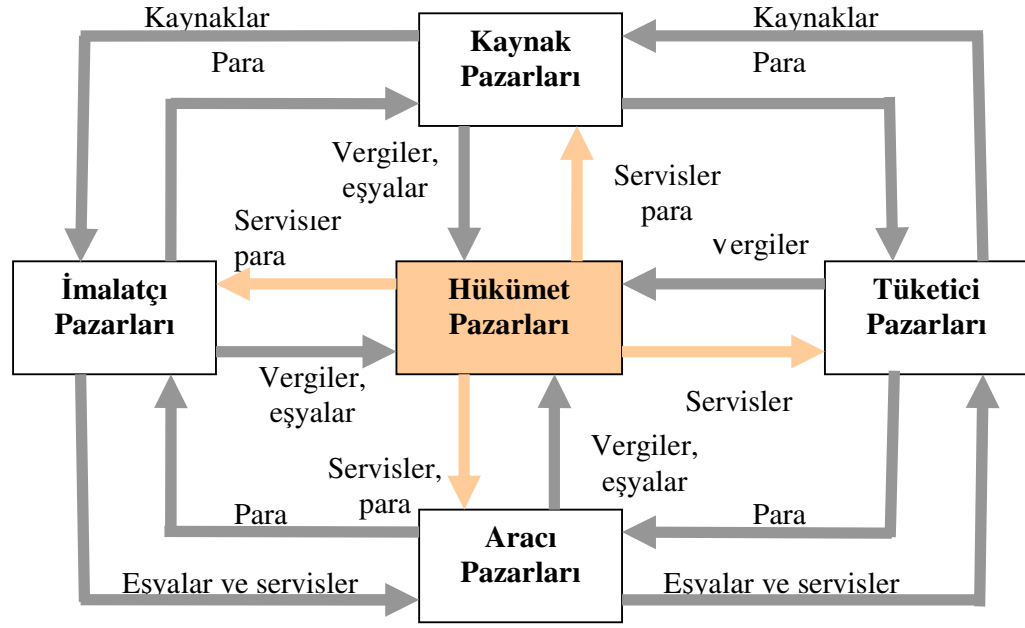
yönetimi olarak ifade edilir. Pazarlama yönetimi, amacına uygun değişim sonuçları sağlamak için bir dizi bilinçli eylemin yapılmasını öngörür.

Pazarlama eylemlerini yönetebilmek için, işletmelerin, aşığıdaki beş kavramdan birini, yönetim felsefesi ya da düşüncesi olarak benimsemeleri gerekmektedir (Cemalcılar, 1999, s.18):

1. Üretime yönelik pazarlama yönetimi
2. Mala yönelik pazarlama yönetimi
3. Satışa yönelik pazarlama yönetimi
4. Pazara yönelik pazarlama yönetimi
5. Topluma yönelik pazarlama yönetimi

Modern pazarlama anlayışı, işletmelerin hedef pazardaki tüketici ihtiyaç ve isteklerine uygun mal ve hizmet üretmek ve bunları bir pazarlama programı çerçevesinde pazara sunarak müşteri tatminini temel alan bir yönetim anlayışıdır. Bu anlayışı benimseyen işletmeler, sadece hareket noktası olarak tüketici ihtiyaç ve isteklerini göz önünde bulundurmakla kalmamakta, organizasyonun tüm kademelerinde bu anlayışın yerleşmesini de sağlamaya çalışmaktadırlar (Ural ve diğ., 2002, s:32).

Modern ekonomilerde pazar bolluğu vardır. Şekil 1.3’de beş temel pazarı birbirine bağlayan akımlar gösterilmektedir. İmalatçılar, kaynak pazarlarından (hammadde pazarları, emek pazarları, para pazarları) kaynak satın alarak, onları eşyalara ve servislere dönüştürürler. Daha sonra üretilen malları aracılara satar, aracılar da tüketicilere satarlar. Tüketiciler, emeklerini satarak karşılığında para alırlar ve bu para ile de satın aldıkları eşya ve servislerin fiyatını öderler. Hükümet, kaynak, imalatçı ve aracı pazarlardan eşya satın almak için vergi gelirlerini toplar ve kamu hizmetlerini yerine getirmek için de bu eşya ve servisleri kullanırlar. Her milletin ekonomisi ve küresel ekonomi, birbirlerini etkileyen mutlak pazar dizilerinden oluşmuştur ki; bu pazarlar da mübadele işlemi vasıtasıyla birbirine bağlanmıştır.



Şekil 1.3. Modern Bir Mübadele Ekonomisindeki Akımların Yapısı

Kaynak: Kotler, 2000, s:9

Modern anlayış çerçevesinde bir bilimsel disiplin olarak pazarlama, günümüzün gelişmemiş ve gelişmekte olan toplumlarında benimsenen önemi nedeniyle, sanattan iş hayatına kadar tüm alanlarda uygulamaya geçiş süreci içindedir.

Modern pazarlama anlayışına dayalı uygulamalar, birey ile toplumların yaşamlarını kolaylaştıracak, zenginleştirecek ve güven altına alacak hizmet ve ürünlere olan gereksinimlerin belirlenerek, üretilmesine ve sunulmasına, yardımcı olur (Ergül, 2002, s:59).

Pazarlama anlayışının uygulama aracı olarak geliştirilen bütünleşmiş pazarlama, müşteri odaklılık, ilişkisel pazarlama, pazar yönlülük gibi değişik kavramların hepsi pazarı, pazarda yer alan müşterileri ve tüketicileri hedef almaktadır.

Peter Drucker (1954), "The Practice of Management" adlı kitabında pazarlamanın diğer işletme fonksiyonlarından farklı olduğunu, müşterinin işletmeleri, bir pazarlama olgusu olarak gördüğünü ve pazarlama faaliyetlerinin sorumluluğunun işletmenin tüm alanlarına yayıldığını vurgulamıştır. Bu ifade o zamanlardan "pazar odaklılık" kavramının oluştuğunu göstermektedir. Drucker'ın ifadesi aynı zamanda "modern pazarlama"nın doğuşunu da gündeme getirmiştir.

Modern pazarlamanın son kırk yılda geliştiği, genel olarak kabul görmüştür. Çevresel faktörlerin yanı sıra, II. Dünya Savaşı sonrası, tüketicinin refahının artması ve kırıcı rekabet bu süreci hızlandırmıştır. 1950'lerin sonlarında 1960'ların başlarında Levitt modern pazarlama kavramına değinmiştir (Ventura, 2002, s:52-53).

1.3. Pazarlama Karar Değişkeni Olarak Fiyatın Önemi

Fiyat, en yalın tanımı ile bir ürün veya hizmet karşılığında ödenmesi gereken paradır. Müşterinin cebinden çıkan, satıcının cebine giren olarak da tanımlanabilir.

Fiyat, dağıtım kanalları ve tutundurma karmasının incelenmesiyle başlar, pazar yapısının incelenmesi, hedef kitle analizi, rekabetçi tüketici yararı ile konumlandırma ve mesaj stratejilerinin belirlenmesi, medya analizi ve bütçe oluşturma ile son bulur.

Pazarlama karmasını oluşturan dört unsurdan biri olan fiyat, ekonomik hayatın temel unsurlarından birisidir. Fiyat, “belirli bir ürün veya hizmetin faydasını belirli bir para tutarına eşitleyen bir sayıdır.” Pazara dayalı ekonomilerde fiyat, arz ile talebi karşılaştırır; alıcı ile satıcının üzerinde anlaşması ile mübadeleyi sağlar (Bağçeci, 2003, s:76).

Fiyat, liste fiyatı, fiyat indirimleri, borçtan indirimler, ödeme süresi, kredi şartlarından oluşmaktadır. Pazarlama yöneticilerinin, uygun mamul, uygun tutundurma, uygun dağıtım geliştirirken, uygun fiyatı da belirlemeleri gerekir. Çünkü uygun fiyat, pazarlama karmasını cazip hale getirir ve fiyat belirleme aşamasında hedef pazarda rekabetin yapısı, muhtemel müşteri tepkisi kadar alternatif fiyatlarında göz önünde bulundurulması gerekir (Altuğ, 2002, s:60). Pazarlamada fiyatlandırma strateji ve taktikleri genellikle literatürlerde yapılan tanımlardan farklılıklar göstermektedir. Bunun nedeni, fiyatı bir değişken olarak diğer etkenlerden ayırmanın zorluğudur. Tüm şartlar aynı kaldığında, fiyat azaldıkça talep artar, ya da tersidir.

İşletme, ürettiği ürün ve hizmetlerin fiyatlarının belirlenmesi aşamasında çok sayıda faktörü dikkate almalıdır. Aksi takdirde yanlış konulmuş bir fiyat firma için çok pahalıya mal olabilir. Fiyatın etkisi diğer pazarlama unsurlarına göre daha çabuktur. Pahalı bir mala müşteriler hemen tepki gösterirler. Malların tutundurmasında, yapılacak hataların sonuçları bu kadar çabuk alınmaz. Hassas bir pazarlama değişkeni olması nedeni ile, birçok işletme, mecbur kalmadıkça fiyatlarını değiştirmez. Bunun yerine fiyat dışı vasıtalarla, örneğin reklâm harcamalarını arttırarak, malın kendisiyle veya ambalajında küçük değişiklikler yaparak değişiklikler yapmaya çalışır.

Endüstriyel pazarlamada fiyat genelde ve özellikle satış gücünü arttırmada en önemli, hatta kilit faktör olarak algılanır. Örneğin, sağlam ve güvenilirliğini kanıtlanmış bir firmanın malı, hiçbir zaman daha ucuz diye başka bir ürünle yer değiştirmiyor; müşterinin seçimini sadece fiyat etkilemiyor.

Ülkenin ekonomik sistemi, işletmelerin pazarlama eylemleri ve tüketicilerin satın alma davranışları üzerinde fiyatın çok önemli etkileri vardır. Şöyle ki (Cemalcılar, 1999, s:212):

1. Fiyat, ekonomik sistemin temel düzenleyicidir. Serbest ekonomi sisteminin en önemli elemanı olan fiyat, sistemin işleyişini dengeler. Pazar fiyatı, ücretleri, kiralari, faiz oranlarını ve kârları etkiler.

2. Fiyat, işletmenin pazarlama eylemlerinin yürütümünde önemli rol oynar. Fiyat, bir işletmenin pazarladığı malın ya da hizmetin talebini belirleyen önemli bir etkendir.

Pazarlama karmasının oluşturulmasında fiyat etkeninin göz önüne alınması zorunludur. Örneğin, malın niteliği geliştirilmek istenirse, pazar, yapılacak değişikliklerin maliyetini kapsayacak fiyat düzeyini benimsemelidir. Uygun ölçüde fiyatlanmış bir mal, dağıtım işletmelerine çekici gelir. Fiyatın yapısı, üreticinin ya da aracının reklâm giderlerine katlanıp katlanmama kararını da etkiler.

3. Fiyat, tüketicilerin malı algılamalarında önemli bir ölçüttür. Fiyatın, psikolojik etkisi de vardır. Örneğin, tüketiciler, fiyatı, malın niteliğini (kalitesini) belirleyen bir ölçüt gibi görürler.

1.4. Fiyatlandırma Sırasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Bir işletme fiyatlandırma kararlarını alırken birçok etkeni de göz önünde bulundurmalıdır. Enflasyon, devalüasyon, para piyasasındaki değişimler, fiyatlardaki değişimler, satıcı ve alıcılar fiyatlandırmayı etkileyecektir. Yönetimin fiyatlandırma sürecinde nihai kararını etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bunların başlıcaları şöyledir:

1. Mamulün üretim veya alım maliyeti
2. Mamule olan talep
3. Rekabet durumu
4. Hedef alınan pazar payı
5. Pazarın kaymağını alma veya pazara derinliğine girme stratejisi
6. Pazarlama karmasının diğer unsurlarıdır.

1. Mamulün üretim maliyeti veya alım maliyeti uygulama sırasında en çok kullanılan “maliyete yönelik fiyatlandırma”nın temelini oluşturur. Maliyetlerin içinde yer alan “sabit maliyet”, “değişken maliyet” ve “ortalama maliyet” in fiyatı belirlemede önemli rolleri bulunmaktadır. Maliyetler üretim hacmi ile de yakından ilgilidir. Bir malın üretilen ve satılan miktarı, işletmenin optimal kapasitesine doğru arttıkça birim başına sabit maliyetler düşme eğilimi göstereceğinden, birim maliyetlerde düşüş olur. Birim maliyetlerin düşmesi de, daha düşük fiyat uygulama ve böylece rakiplere üstünlük sağlama imkânı verir.

2. Mamule olan talep de önemli bir etkidir. Üretilen mal ve hizmetler için pazarda bulunan tüketici grupların oluşturduğu toplam talep tahmin edilmeye çalışılmalıdır. Genel olarak talebin belirlenmesinden sonra değişik fiyatlardan işletmenin satabileceği miktarları tahmin etmek (satış tahminleri yapmak) gerekir. Bu, diğer bir deyişle talep elastikiyetini belirlemek demektir.

3. İlgili endüstri dalındaki mevcut ve potansiyel rekabet durumu da, esas fiyatın belirlenmesinde önemli rol oynar. Mamul yeni bile olsa genelde rekabetin başlaması uzun zaman almaz. Özellikle, pazara girişin kolay olduğu dallarda rekabet tehlikesi daha fazla olur. Bir mala olan rekabet, direkt benzer mamullerden, mevcut ikame mallarından, tüketicinin gelirini kendisine çekmek isteyen ve o malla hiç ilgisi olmayan mallardan olmak üzere başlıca üç kaynaktan gelebilir.

4. İşletmenin hedef aldığı pazar payı, yüksek pazar payı hedefleyen bir işletme, mamul fiyatını düşük tutmak zorundadır.

5. Pazarın kaymağını alma veya pazara derinliğine gitme stratejisi, yeni mamullerin pazara yüksek fiyatla mı, yoksa düşük fiyatla mı gireceği konusunda önemlidir (ilerleyen konularda geniş olarak bahsedilecektir.).

6. Pazarlama karmasının diğer unsurları, fiyatı belirlerken etkilidir.

- Mamulün yeni veya eski olması fiyatını etkileyeceği gibi nihai kullanım yeri ve amacı da fiyatı etkiler.
- Dağıtım kanallarının tipi ve kullanılan araçlar da fiyatlandırmayı etkiler.
- Kullanılan tutundurma metotları ile ne ölçüde ve kim tarafından faaliyet gösterileceği hususları da fiyatlandırmayı etkiler.

Yönetim şirketin fiyatlandırma politikasını denetleyebilmek için şu soruları sormalıdır (Wilson, 1999, s:51).

1. Fiyatlandırma politikasının esası nedir?, “pazar ilişkili” mi?, “maliyet + fiyatlama” mı?, yoksa “rekabeti karşılamaya yönelik fiyatlama” mı?

Maliyet + fiyatlama, en çok görülen yöntemlerden birisidir. Bu yöntemle fiyat, malın maliyetine bir marj eklemekle bulunur. Ancak bu yöntemde, malın talebi göz önüne alınmaz ve ortalama maliyetler kullanılır. Rekabete paralel fiyat belirlenmesi yöntemi az kullanılan bir yaklaşımdır ve fiyat savaşlarına yol açabilir.

2. Hassas bir fiyatlama yapısı var mıdır? Bazı mallar farklılaştırılıyor mu? İşletme ve dağıtım aşında ortaya çıkan ihtiyaçlar ticari yapıya yansıyor mu?

Satışlarını dağıtıcılar aracılığı ile yapan işletmelerin fiyatlama yapılarını çok dikkatli değerlendirmeleri gerekiyor. Dağıtıcının en büyük isteği olabildiğince kâr yapmaktır. Üreticinin hedefi ise, dağıtıcıları aracılığı ile satışlarını arttırmaktır. Dağıtıcı, fiyat politika ve yapısını değerlendirirken; pazarlama müdürü, şu konuların üzerinde durmalıdır:

- İşletmenin istediği mevcut tüketim fiyatının kullanılıyor olması
- Dağıtıcının ulaşması gereken satış ve stok miktarının belirlenmesi
- Dağıtıcının ürünleri tanıtması ve işlemesi için yapacağı harcamalar
- Dağıtıcının oluşturmaya çalıştığı yatırım kazancı
- Dağıtıcıya ulaşma maliyeti

İşletmenin “indirim politikası” da zararlı olmaması için dikkatle incelenmelidir.

3. Genel politika ve yapının içinde işletmenin fiyatlandırma stratejileri nelerdir? Düşük fiyatlar uygulayıp çok satış yapma, yeni pazarlar bulma, rekabete girme ve pazardan yüksek bir hisse almak mı? (Penetration pricing), yoksa düşük satış oranı ama büyük marj amaçlayarak, kârı arttırmak mı? (Premium pricing)

Fiyatlandırma bilimden çok bir sanat olarak algılanmalıdır. Üretici ve tüketiciyi etkileyen çevre koşullarının yanı sıra hükümetin koyduğu fiyat yönetmelikleri göz önüne alındığında ortama uyum sağlayarak, büyümek ve gelişmek oldukça güç olmaktadır.

Fiyatlandırma kararlarının zorluğu teklif edilen fiyatın tüketiciler tarafından kabul edilip edilmemesinden kaynaklanmaktadır. Tüketicinin tutumunun şekillenmesinde etkili olan kişilik ve içinde bulunduğu toplumun sosyolojik faktörleri fiyatın algılanmasında değişikliklere neden olmaktadır. Ürünün düşük fiyat politikası ile pazara sunulması durumunda, yüksek gelir grubu tarafından kalitesiz olarak algılanmakta, orta ya da düşük gelir grubunun fiyata karşı tutumu ise ürünün satın alınabilirliği yönünde olmaktadır. Fiyatlandırma politika ve stratejisi belirlenmeden önce, tüketicinin firma, ürün ve teklif edilecek fiyat hakkındaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi gerekmektedir.

1.5. Fiyatın Belirlenmesi ve Entegrasyonlar

Bir firma yeni bir ürün geliştirdiği zaman, piyasadaki bir ürünün yeni bir dağıtım kanalına veya coğrafik bölgeye sunduğu ve yeni bir mukavele işi için teklifte bulunduğu zaman, bir fiyat belirlemelidir. Şirket ürününü kalite ve fiyatta nerede konuşturacağına karar vermelidir. Otomobil pazarı gibi bazı pazarlarda sekize kadar fiyat puanı bulunabilir (Kotler, 2000, s:457-458).

<u>Bölüm</u>	<u>Örnek (Otomobiller)</u>
Nihai	Rolls-Royce
Altın Standardı	Mercedes-Benz
Lüks	Audi
Özel ihtiyaçlar	Volvo
Orta	Buick
Rahatlık/Kolaylık	Ford Escort
Bende, Ama Daha Ucuz	Hyundai
Sadece Fiyat	Kia

Fiyat ve kalite arasında rekabet olabilir. Tablo 1.2’de dokuz fiyat-kalite stratejisi gösterilmektedir. Çapraz olarak 1, 5 ve 9 stratejileri aynı pazarda beraberce bulunabilir, yüksek bir fiyattan yüksek kaliteli bir ürün teklifinde bulunurken diğeri vasat bir fiyatla, vasat kaliteli bir ürün teklifinde bulunabilir ve bir diğeri, düşük fiyatla düşük bir kaliteli bir ürün teklifinde bulunabilir. Bu pazarda üç grup alıcı bulunduğu müddetçe, bu üç rakip de aynı pazarda bir arada bulunabilir:

- Kalite üzerinde ısrar edenler
- Fiyat üzerinde ısrar edenler
- İki düşünceyi dengeleyenler

Çapraz mevkilere hücum etmenin yolları 2, 3 ve 6 numaralı stratejilerdir. Şekilde, 4, 7 ve 8’in konuşlanma stratejileri, ürünü, kalitesine oranla yüksek fiyatla satmaktır. Bir firma fiyatlama politikasının hazırlanmasında pek çok faktörü göz önünde bulundurmalıdır.

Fiyat

		Yüksek	Orta (Vasat)	Düşük
Ürün Kalitesi	Yüksek	1. Pahalı Strateji	2. Yüksek Değer Stratejisi	3. Süper Değer Stratejisi
	Orta (Vasat)	4. Üst Fiyatlandırma Stratejisi	5. Vasat Değer Stratejisi	6. İyi Değer Stratejisi
	Düşük	7. Aldatma Stratejisi	8. Sahte Ekonomi Stratejisi	9. Ekonomi Stratejisi

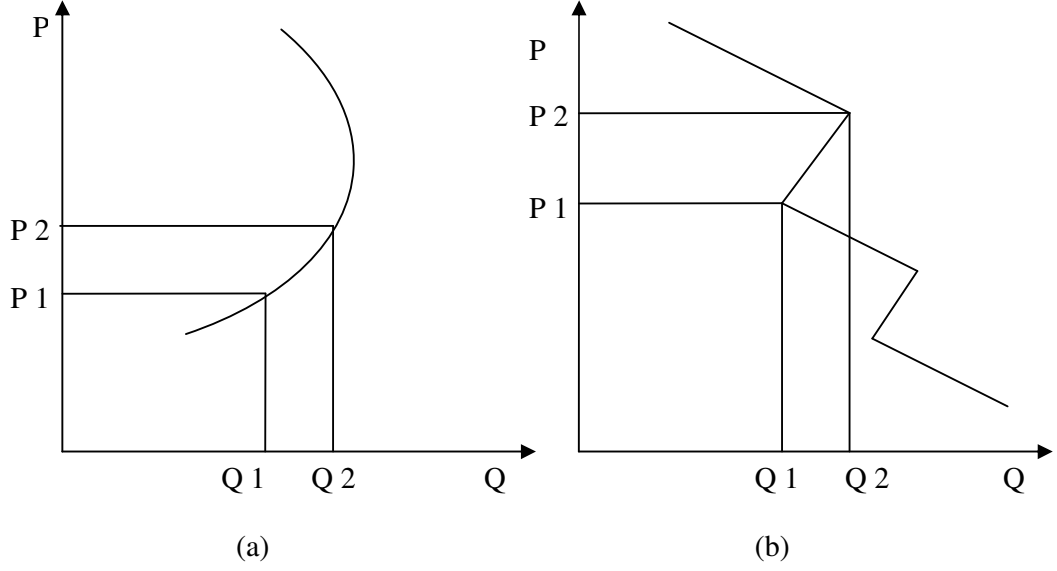
Tablo 1.2. Dokuz Fiyat – Kalite Stratejisi

Kaynak: Kotler, 2000, s:457

1.5.1. Psikolojik Fiyatlandırma ve Uygulamaları

Psikolojik fiyatlandırma stratejisi, akılcı tepkilerden çok duygusal tepkilere dayalı satın almaları özendirme amacına yöneliktir. Fiyat sadece ürünlerin üzerine yerleştirilmiş olan etiketlerden okunan rakamsal bedel olmayıp, ürünle ilgili çeşitli mesajları da taşımaktadır. Örneğin, üretim maliyeti 10 YTL'yi aşmayan bir parfüm için tüketiciler 100 YTL vermeyi kabul etmektedir. Çünkü o parfümde tüketici için olan bazı şeyler vardır. Otomobiller üzerine ABD'de yapılan bir araştırmaya göre tüketiciler pahalı arabaların daha kaliteli olduğunu düşünmektedir (Altıışık ve diğ., 2002, s:212).

İktisat teorisinin ekonomik adam varsayımı ile insan davranışlarını açıklamasına ve bunlara dayalı negatif eğimli talep eğrilerine karşılık, davranış bilimleri, bu yaygın kabul gören eğrilerden farklı talep eğrilerinin de varlığını ortaya koymaktadır. Diğer bir deyişle, insanın her zaman rasyonel olmadığı görülmektedir. Bu durum, Şekil 1.4'de (a) ve (b) de tersine elastik talep eğrisi ve birkaç dirsekli, dirseklerde tersine elastik bölümü olan talep eğrileriyle gösterilebilir. Her ikisinde de fiyatı P1'den P2'ye indirmek, satış miktarını arttırmayıp azaltmaktadır (Mucuk, 2001, s:158).



Şekil 1.4. Psikolojik Fiyatlandırmaya Esas Olan Talep Eğrileri

Kaynak: Mucuk, 2001, s:158

1. Küsurath (Kalanlı) Fiyatlama: Mamulün maliyete, talebe ya da rekabete göre belirlenen esas fiyatının yuvarlak olarak alınmayıp, bu rakamın hemen altındaki küsurlu rakamın benimsenmesi taktiğidir; 50 YTL yerine 49,50 YTL gibi. Psikolojik fiyatlandırma, tüketicinin fiyatı küsurath rakamın yuvarlak rakamına yakın algılamasına, firmanın fiyatını elinden geldiğince düşürdüğüne inanmasına neden olmaktadır. Diğer bir deyişle tüketiciler yaptıkları bir ödemede belirli bir miktarın geri verilmesini tercih ederler. Kasada görevli personel de geri ödeme yaptığından işlemi daha dikkatli kayda geçirir. Ayrıca tüketiciler, ürünün fiyatı belirlenirken, olanaklar ölçüsünde en düşük düzeyde saptadığına yönelik inanca sahip olurlar. Bazı tüketicilerde ise, bu fiyatlama stratejisi ile ürünün fiyatında indirimle gidildiği izlenimine kapılırlar.

2. Sabit (Değişmez) Fiyatla Fiyatlandırma: İşletme yöneticileri tek fiyat uygulamaya ve bu fiyatı - kâr yüzdesinin zaman içinde azalmasına da katlanarak - uzun süre sabit tutmaya çalışırlar. Böylece güvenlik bakımından tüketicide müşteri olma güdüsü yaratıp, firmaya bağlanması amaçlanır. Ancak enflasyonist normlarda uygulanabilmesi zordur. Fiyatın değiştirilme zorunluluğu gibi bir durum ortaya çıktığında fiyat yerine malın boyutu, hacmi ve ağırlığı değiştirilmektedir. Örneğin; tüketicinin ekme fiyatlarına zam yapılması durumunda vereceği tepkiyi göze alamayan fırıncılar, ekmeğin gramajını düşürmektedirler.

3. Prestij Fiyatlama: Fiyatın yüksek kaliteyi yansıtacak şekilde yüksek tutulması ve tüketicilere fiyat yoluyla kalite imajının psikolojik olarak yerleştirilmesi esasına dayanır. Tüketicilerde iyi malın yüksek fiyatlı olacağı kanısının yaygın olması durumunda, malın gerçek değerinden yüksek fiyatla satılması yoluna gidilir. Pazarın yüksek gelirli bölümlerine, kaliteli mallarla hitap eden işletmeler tarafından uygulanır. Örneğin, Vakko.

4. Miktar İndirimi Yoluyla Fiyatlandırma: Mamulün fiyatının artırılması yerine miktar indirimi yoluyla bir çeşit gizli zam yapılmaktadır. Fiyat sabit tutulur, miktar indirilir ya da fiyat düşürülürken, miktarda daha fazla indirim yapılır. Daha çok ambalajlanmış gıda maddelerinde uygulanır.

1.5.2. Tutundurucu Fiyatlandırma

Tutundurucu fiyatlandırma, rekabetçi fiyat indirimlerini karşılamak veya rakip marka müşterilerinin işletmenin mamullerini denemesini sağlamak amacıyla uygulanır. Bu yöntem aşırıya kaçmamak kaydıyla rekabet şartlarındaki kısa dönemli değişmelere uyum sağlamak açısından etkili bir araçtır. Yüksek kalite imajına zarar verme tehlikesi nedeniyle, üretici işletmelerin halk tipi düşük fiyatlı mamulleri için uygulanır. İşletmelerin bazı mamullerini geçici olarak alışılmış kâr marjı altında veya maliyetine yakın hatta maliyetinin altında fiyatlandırılmasıdır. Kullanılan başlıca tutundurucu fiyatlama teknikleri şunlardır:

Kaybolmuş Lider Fiyatlaması: Süpermarketler ve büyük mağazalar, dükkânlarında alış-veriş yapanların trafiğini arttırmak için iyi bilinen markaların fiyatlarını indirirler. Bu markaların imalatçıları, ürünlerinin, kaybolmuş liderler olarak kullanılmasını genellikle istemezler; çünkü bu pratik, markanın imajını sulandırabilir ve liste fiyatları üzerinden satış yapan diğer perakendecilerin şikâyetlerine yol açar.

Özel Olaylar Fiyatlaması: Satıcılar, daha fazla sayıda müşteri çekmek için özel mevsimlerde özel fiyatlar uygularlar. Her Ağustos'ta, tekrar okula gidiş satışları vardır. Daha çok perakendeciler tarafından kullanılır.

Nakit İndirimi: Otomobil şirketleri ve diğer tüketici eşya şirketleri, belirli bir müddet içinde, imalatçının ürünlerinin satılmasını teşvik için nakit indirimini teklif ederler. Nakit indirimleri, belirlenmiş liste fiyatını indirmeksizin envanterin temizlenmesinde yardımcı olurlar. Liste fiyatında indirim yapılmadan stokların eritilmesi amaçlanmaktadır. Para iadesi ülkemizde pek uygulanmamaktadır. Buna

karşılık, bir gazetenin kitap, deterjan, bardak vb. hediye etmesi gibi başka mamulleri hediye etmesi yoluna gidilmektedir.

Düşük Faiz Finansmanı: Şirket, fiyatını düşürmek yerine, müşterilerine, düşük faizli finanslama teklif edebilir. Otomobil üreticileri, müşterileri çekmek için yüzde 3 finanslama teklif ettikleri gibi, bazı hallerde de, bu işi faiz almaksızın yapmaktadırlar.

Uzun Vadeli Ödeme Şartları: Satıcılar, bilhassa ipotek bankaları ve otomobil şirketleri, borçları, uzun periyotlara yayarak aylık ödeme miktarlarını azaltırlar. Tüketiciler, faiz oranı hakkında pek endişe duymazlar; onları düşündüren, aylık ödemeyi yapıp yapamayacaklarıdır.

Garantiler ve Servis Mukaveleleri: Şirketler, ücretsiz veya düşük masraflı garanti veya servis mukavelesi ilave ederek, satış promosyonu yapabilirler.

Psikolojik İndirim: Bu strateji, fiyatı suni olarak yükselttikten sonra ürünü, esaslı bir indirimli fiyatla teklif etmektir. Örneğin, 359 YTL idi; şimdi 299 YTL oldu gibi suni büyük tasarruflar önerme... Bu tarz indirimler zaman zaman görülen, aldatıcı ve yasal olmayan, dolayısıyla yanlış uygulamalardır.

Tutundurucu fiyatlandırma stratejileri, çok defa toplam bir sıfır oyunudur. Etkili olursa, rakipler kopya eder ve strateji tesirini kaybeder. Eğer strateji etkili olmazsa, şirketin parası boşa gitmiş olur.

1.6. Yeni Hizmetin Fiyatlandırma Stratejileri

Yeni bir hizmet ürünü geliştirildiğinde var olan bir hizmet ürünü yeni araçılara ve tüketicilere (pazarlara) sunulduğunda, söz konusu ürünün fiyatlanması gerekir. Bunun için de genelde iki yol vardır:

- 1) Pazarda geçerli olan fiyatla ya da rakibin fiyatıyla hizmeti fiyatlamak
- 2) Hizmeti doğrudan fiyatlamak

Eğer, işletme, tam rekabet koşullarının geçerli olduğu bir pazarda yer alıyorsa, pazarda geçerli fiyat izlemesi doğaldır. Ancak, pazarda tam rekabet koşulları yoksa o zaman hizmetin doğrudan, bağımsız olarak fiyatlamak zorunda kalır. Malların doğrudan fiyatlanmasında çeşitli etkenler göz önünde tutulur. Bu etkenler, işletme içi ve işletme dışı etkenler olarak gruplanabildiği gibi, ekonomik ve ekonomik olmayan etkenler diye de gruplanabilmektedir.

İşletmeler, işletme içi etkenleri denetleyebilir ancak işletme dışı etkenleri denetleyemezler. Hizmetin niteliklerinin ve fiyatının işletme dışı etkenlere -çevre

koşullarına- uygun olması sağlanmalıdır. Üretim ölçüsü (kapasitesi) büyüdükçe, işletme dışı etkenlerin önemi artar. Fiyatlamayı etkileyen işletme içi ve işletme dışı başlıca etkenler (Cemalcılar, 1999, s:213):

1. İşletmenin fiyatı saptarken dayanacağı maliyetler
2. İşletmenin fiyatlama hedefleri
3. İşletmenin dağıtım kanalındaki yeri
4. İşletmenin fiyatlayacağı hizmet ve hizmet ürününün nitelikleri
5. İşletmenin içinde yer aldığı sanayi dalının (pazarın) yapısı
6. Arz ve talep
7. Tüketicilerin davranışları
8. Yasal düzenlemeler

Bu etkenlerin ilk üçü, işletme içi etkenler; diğerleri işletme dışı etkenlerdir. Tüketicilerin sosyo-psikolojik davranışları ile yasal düzenlemeler, ekonomik etkenler arasında yer alır.

Özellikle yeni hizmetlerin sunumunda hizmeti fiyatlandırmanın bazı koşul ve ölçütleri vardır:

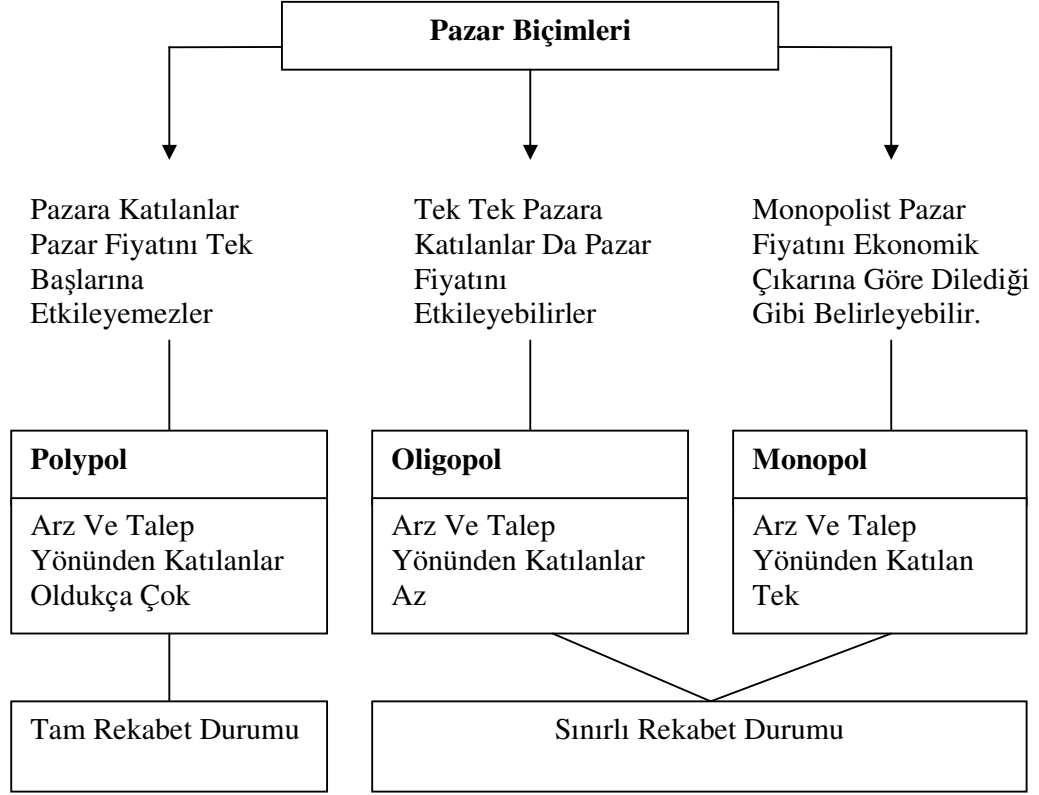
- **Servis seçiminin önemli bir koşulu olarak fiyatın tüketici yönünden önemi:** Fiyat servis satışının önemli bir ölçütü müdür?, ya da fiyat dışı değişkenlerin de rolü önemli midir? Bu soruların yanıtı, önce hedef kitle olarak alınacak tüketici ve onların karar süreçlerinin analizlerine bağlı bir konudur.

- **Rakipler kapalı, ya da yerine konulabilir seçenekleri olan servis sunumu:** Tüketici seçiminde fiyat dışı birçok etkende ağırlık taşımaktadır.

- **Fiyat-kalite ilişkisi:** Seçkin müşteri gözünde hizmetin fiyatı, kalitenin bir göstergesidir. Bu nedenle hizmetin hedef grubunun belirlenmesi çok önemlidir. Bu tür hizmette kalifikasyonu düşük personel kullanımının riski büyüktür. Böyle bir hizmete düşük fiyat konursa, iletişim açısından olumsuzluk yaratabilir. Fiyat, bir bakıma hizmet yaratıcısı görevi üstlenebilir.

- **Pazar payına göre fiyat elastikiyeti:** Örneğin, bankacılık sektöründe bir ATM'nin yaptığı işin bankaya maliyeti, aynı işin bir memurla yapılmasının yarısı kadardır. Mevduatın en düşük %20'lik tutarının memur yolu ile yönetimi ve işleme konulmasının bankaya maliyetinin oldukça yüksek olduğu hesaplanmıştır.

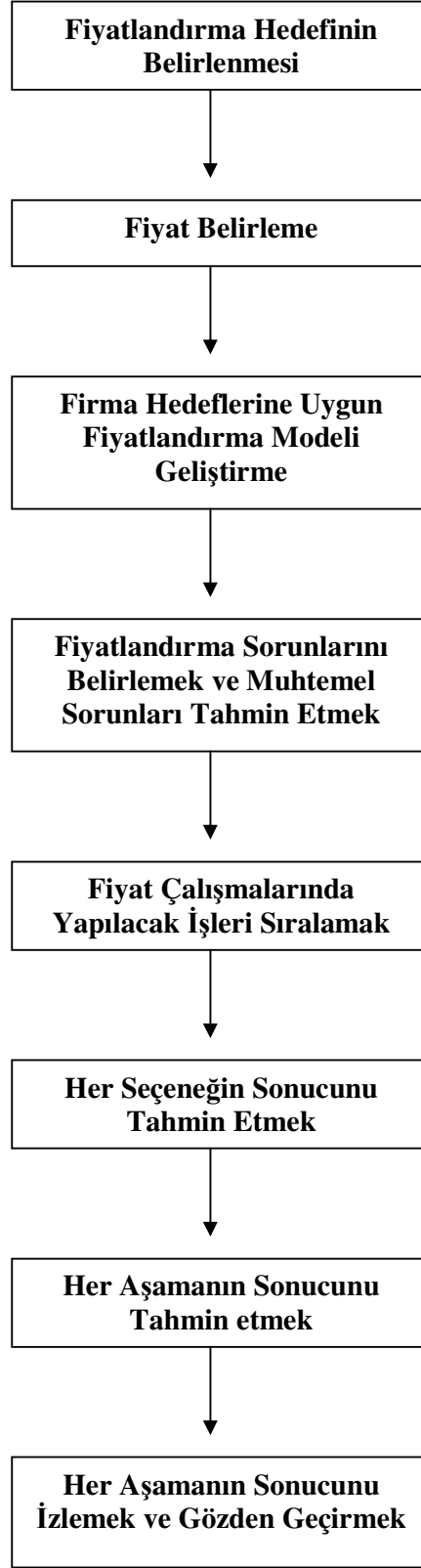
Katılanların sayıları ve güç durumlarına göre pazar biçimlerinde (Şekil 1.5) şu farklar görülebilir:



Şekil 1.5. Değişik Pazar Biçimleri

Kaynak: Yüksel ve Mermud, 2004, s:124

Firma ya da pazarlama yöneticisi stratejik yönden aşağıdaki aşamaları izlemek zorundadır (Şekil 1.6):



Şekil 1.6. Stratejik Fiyatlandırma Kararlarında İzlenecek Aşamalar

Kaynak: Tatlıdil ve Oktav, 1992, s:130

1.6.1. Pazarın Kaymağını Alma

Fiyatlandırma ile takip edilen amaç firmadan firmaya farklılık gösterir. Pazara yeni giren firmalar genellikle pazar paylarını arttırmaya çalışır ve bunun için fiyatlarını mümkün olduğunca düşük tutmaya çalışırlar. Fiyatlarını ilerleyen süreçte yavaş yavaş arttırmırlar. Bu şekilde pazara girerek yer ve söz sahibi olmaya çalışmak pazarlamacılar tarafından “pazara sokulma politikası” olarak adlandırılır.

Bazı firmalar ise tam tersine bu dönemde yüksek bir fiyat politikası uygulamak ve yapmış oldukları yatırımları en kısa sürede geri döndürmek isterler. Talep yoğunsa bundan mümkün olduğu kadar yararlanıp kârlarını maksimize etmeye çalışırlar. “Pazarın kaymağını alma politikası” olarak adlandırılan bu politikanın rakipleri pazara çekmek, kamuoyunun olumsuz tepkileri ile karşılaşmak v.b. olumsuz sonuçları olabilir.

Başka bir ifadeyle, malın yaşam sürecinin ilk aşamasında yani tanıtma aşamasında talep esnek değildir. Tüketiciler yeni malı varolan mallarla karşılaştırıp değerleyemezler. Pazara ilk kez sunulan yeni mal, olabildiği ölçüde yüksek fiyatlanarak, fiyata karşı duyarlı olmayan pazar bölümü ele geçirilir. Böylece pazarın “kaymağı” alınır. Bu pazar bölümü doyduktan sonra öteki pazar bölümlerini ele geçirmek için fiyat düşürülür. Talebin boyutu ve esnekliği bilinmiyor ise bu politika özellikle uygulanır.

Pazarın kaymağını alma stratejisinin amacı, rakipler piyasaya girinceye kadar yüksek bir gelir elde etmek, bunun içinde başlangıçta yüksek bir fiyat uygulamak ve hemen ardından da fiyatları düşürerek rakiplerin piyasaya girmesini engelleyerek pazar payını korumaktır.

Pazarın kaymağını alma stratejisi ihtiyaç duyulan para akışını ve yüksek kârlar sağlar. Ancak, bu strateji belirli şartlar altında etkili olmaktadır (Altunışık ve diğ., 2002, s:208).

- Ürün kalitesi ve imajının yüksek fiyatı makul gösterecek seviyede olduğu,
- Küçük ölçekli üretim maliyetinin aşırı derecede yüksek olmadığı,
- Rakiplerin pazara girmesinin yavaş ve zor olduğu durumlarda pazarın kaymağını alma stratejisi etkili olmaktadır.

1.6.2. Pazara Derinliğine Girme

Bu politika pazara girip büyük ölçüde satış sağlamak için uygulanır. Pazarın kaymağını alma politikasını tersidir. Pazarlama amaçlı bir strateji olup işletmenin esas amacı fiyatı mümkün olduğunca düşük bir seviyede belirleyerek pazar payını maksimum seviyede tutmaya çalışmaktır. İşletme başlangıçta fiyatları mümkün olduğunca düşük tutarak pazara hızla nüfuz etme yoluna giderek büyük bir pazar payı elde etmeye çalışmaktadır. Satış miktarının artışı dolayısıyla maliyetlerde düşme meydana geleceğinden, düşük fiyat seviyesinde dahi işletmenin kâr marjında artma meydana gelecektir (Altunışık ve diğ., 2002, s:208).

Pazarın derinliğine girme stratejisi daha çok şu durumlarda ve koşullarda uygulanır (Altuğ, 2003, s:33):

1. Pazar fiyata karşı duyarlıdır (talep elastiktir) ve bu yüzden düşük fiyat hızlı bir pazar büyümesine yol açacaktır.
2. Talep elastikiyetinin yüksek olmasının kısa süreli olduğu tahmin edilmekte, “tüketiciler mamule alışınca bu durum değişecektir” diye düşünülmektedir.
3. Yüksek sabit maliyetler nedeniyle maliyetlerin düşürülebilmesi, kitle üretimini zorunlu kılmaktadır.
4. Mamul kolayca taklit edilebilir niteliktedir, bu yüzden rakiplerin çıkması kolaydır ve kısa sürede rakipler çıkacaktır.

İşletmelerin yeni mamulleri mevcut mamuller arasında benzersizse, pazarın derinliğine girme stratejisi başarılı olabilir.

Şu koşullardan biri ya da birkaçı pazarı ele geçirme politikasını izlemeyi zorunlu kılar:

1. Talep esnekliği çok kısa sürelidir.
2. Büyük ölçekli üretim zorunludur.
3. Tüketicilerin yeni malı benimseyecekleri açıkça bellidir.
4. Malın hemen taklit edilmesi söz konusudur.

Pazarın kaymağının alma ve pazara derinliğine girme yaklaşımlarının karşılaştırılması Tablo 1.3’de gösterilmektedir.

Kriter	Pazara Derinliğine Girme	Pazarın Kaymağını Alma
Amaç	Risk alarak uzun dönemde pazar payını artırma veya koruma	Riskten kaçınarak kısa dönemde karlılığa odaklanma
Talep Yapısı	Fiyat elastik olup, birden fazla hedef pazar seçilebilir.	Fiyat oldukça inelastiktir ve bir pazar bölümü ele alınır.
Ürün Özellikleri	Prestij önemli değil, ürün hayat seyri uzundur.	İmaj önemli olup, ürün hayat seyri nispeten kısadır.
Fiyat	Fiyat kırma baskısı yüksektir ve hızlı hareket gerektirir.	Fiyatlar korunabilir ancak birden çok baskı mevcut
Promosyon	Mamul bilinen bir üründür.	Ürünler pek tanınmıyor
Dağıtım	Mevcut dağıtım kanalı	Yeni ve farklı dağıtım kanalı
Rekabet	Düşük fiyat ile pazara sınırlı giriş engeli vardır.	Yeni rakipler pazara girebilir ancak pazara giriş engelleri yüksektir.

Tablo 1.3. Yeni Ürünlerin Fiyatlandırılmasında Kaymağını Alma ve Pazara Derinliğine Girme Stratejilerinin Karşılaştırılması

Kaynak: Altunışık ve diğ., 2002, s:209

1.7. Hizmet Alanların Fiyat Değişikliklerine Tepkileri

Kotler'e göre müşteriler yalnızca ürünleri satın almakla yetinip, ürünleri çevreleyen hizmet ve yararları hiç aldırış etmeselerdi ve bu kategorideki tüm ürünler birbirinin aynı olsaydı, o zaman tüm pazarlar, fiyat pazarları olurlardı. Öyle olunca da, bütün şirketler, pazarın oluşturduğu fiyatı kabul etmek zorunda kalırlardı. Tek kazanan, maliyetleri en düşük şirket olurdu.

Günümüz aşırı rekabetçi piyasasında şirketler ürün ve hizmet sunumlarında farklılaştırma mücadelesi vermektedirler. Bu noktadan hareketle birçok işletme artık müşterilerine sadece ürünlerini satmakla kalmıyor bunun yanı sıra hizmet ve müşterinin aldığı üründen tam olarak yararlanmasına yardımcı olma vaadi de satıyorlar. Diğer bir deyişle söz konusu işletmeler *çekirdek ürününü genişletilmiş ürün* haline getirmiş bulunuyor. Bugünün akıllı pazarlamacıları, ürün satmıyorlar; *yarar paketleri* satıyorlar. Yalnızca *satın alma değeri* satmıyorlar, *kullanma değeri* satıyorlar (Kotler, 2003, s:200-201).

Bir şirketin rakiplerinden daha fazla değer sunabilmesinin üç yolu vardır:

- Fiyatı düşük tutabilir.
- Müşterinin diğer maliyetlerini düşürmesine yardımcı olabilir.
- Teklifi daha çekici yapacak ek yararlar sunabilir.

Tablo 1.4’de tüketicilerin fiyata karşı hassasiyetini etkileyen faktörler ve olası tüketici tepkileri gösterilmektedir.

Faktör	Muhtemel Tüketici Tepkisi
Ürünün farkı/özel olması	Ürün farklılaşması arttıkça, fiyat hassasiyeti düşer
İkame ürünlerin bilinirliği	İkame ürün sayısı arttıkça, fiyat hassasiyeti artar.
Ürün maliyetinin toplam aile harcamaları içindeki payı	Toplam harcamalar içinde ürünün payı artarsa, fiyat hassasiyeti artar.
Ürünün tüketici için önemi	Tüketici için ürünün önemi ve değeri arttıkça, fiyat hassasiyeti azalır.
Fiyat-kalite ilişkisi	Ürün kalitesi ve imajı arttıkça, fiyat hassasiyeti azalır.
Ürünler-arası karşılaştırma zorluğu	Karşılaştırma zorlaştıkça, fiyat hassasiyeti azalır.

Tablo 1.4. Tüketicilerin Fiyata Karşı Hassasiyetini Etkileyen Faktörler ve Olası Tüketici Tepkileri

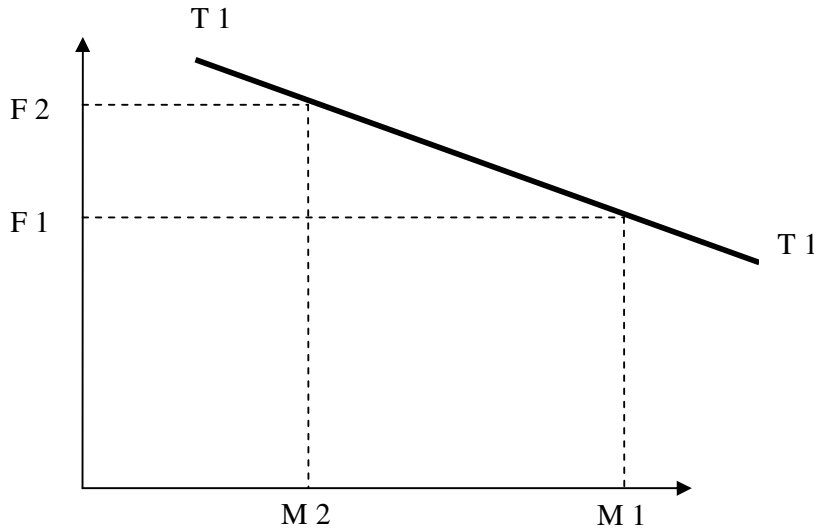
Kaynak: (Altunışık ve diğ., 2002, s:196)

1.8. Talebin Fiyat Elastikiyeti

Fiyat elastikiyeti, fiyattaki bir birim değişiklik karşısında talepte meydana gelen fark olarak tanımlanır. Bazı malların ve hizmetlerin fiyatlarındaki değişiklik bunların satış miktarı üzerinde önemli ölçüde etkili olur. Fiyat çok az düşürülse bile satışlar hemen canlanır. Tam tersine fiyat biraz arttırıldığında müşteriler bu tür mal veya hizmetleri satın almaktan hemen vazgeçerler, firma zor durumda kalır. Böyle mal veya ürünlere “fiyat elastikiyeti yüksek ürünler” adı verilir. Şekil 1.7’de yer alan T1-T1 talep doğrusu elastik bir talebi temsil eder. Görüldüğü gibi F1 fiyatından M1 kadar satılırken, ufak bir fiyat artışı sonucunda F2, talep çok daha önemli miktarda

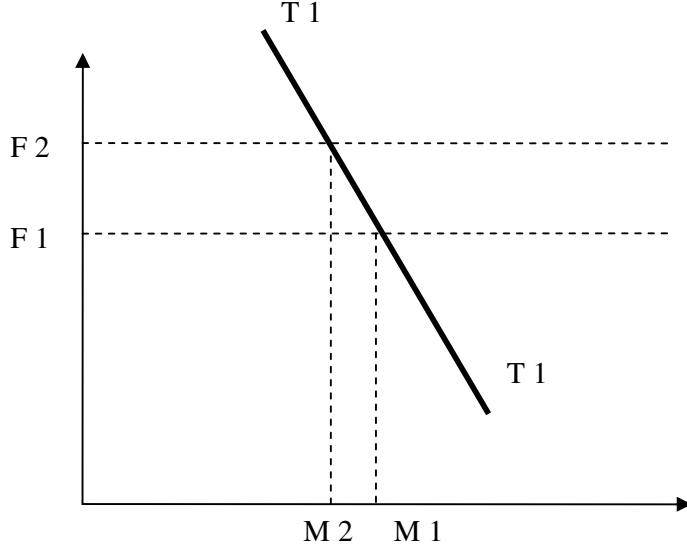
azalmaktadır (M2). Talebin fiyat elastikiyetinin yüksek olması fiyat indirimlerini etkili bir rekabet aracı haline dönüştürmek bakımından bir avantajdır. Tersine bazı mallar ve hizmetlerin fiyat elastikiyeti oldukça düşüktür. Fiyatın değişmesi bunların satışları üzerinde önemli bir etki oluşturmaz. Şekil 1.8’de böyle bir talep görülmektedir. Şekil 1.7’in tersine fiyat (F2)’ye yükseltildiğinde talepte önemli bir azalma olmamaktadır. Fiyata karşı talep elastikiyeti zayıf olan mal ve hizmetlerde fiyatın yükseltilmesi, elastik olanlar kadar tehlikeli değildir. Ancak satışı arttırmak için fiyat indirimlerinin faydası olmayacaktır. Bu nedenle bu tür mal ve hizmetleri pazarlayan işletmeler genellikle fiyat yerine fiyat dışı pazarlama yollarına başvurmayı tercih etmektedirler. Örneğin reklâm, halkla ilişkiler vb. (Karafakıoğlu, 1998, s:181).

$$\text{Talebin fiyat elastikiyeti} = \frac{\text{talep edilen miktardaki değişim (\%)}}{\text{Fiyattaki değişim (\%)}}$$



Şekil 1.7. Elastik Talep

Kaynak: Karafakıoğlu, 1998, s:182

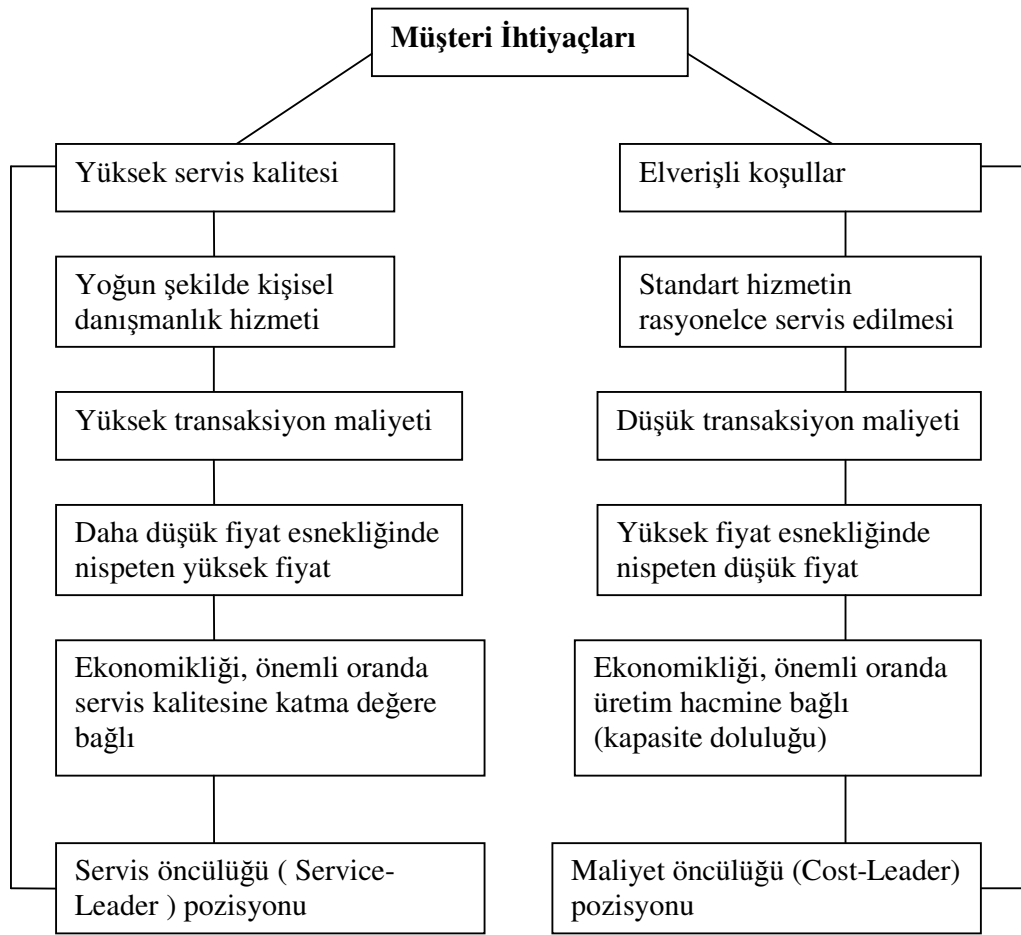


Şekil 1.8. İnelastik Talep

Kaynak: Karafakıoğlu, 1998, s:183

Diğer bir deyişle esnek fiyat stratejisi, pazar payının genişletilmesi amacıyla tüketiciye değişik pazar noktalarında değişik fiyat teklif ederek son satış fiyatının pazarlık ile gerçekleşmesidir. Bu stratejinin uygulanabilmesi için çeşitli pazar noktalarındaki ürünler hakkında farklı kalite imajının yaratılması, ürünlerin standardize edilmemiş olmaları, tüketicilerin renk ve model tercihleri, tüketicilerin pazar hakkındaki bilgilerinin değişik olması, ülkenin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. Esnek fiyat strateji ile değişik pazar koşullarına kolayca intibak edilebilir. Her gelir grubundaki tüketicilere değişik fiyat stratejisi izlenerek, yüksek gelir grubundakilere yüksek fiyat teklif edilmek suretiyle kazancı maksimize etmek; düşük gelir grubundakilere düşük fiyat vererek pazar payını genişletmek mümkün görünmektedir. Ancak rekabet koşullarına uymayan bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Uygulaması da oldukça risklidir. Çünkü eğer tüketiciler aynı ürünün değişik pazar noktalarında farklı fiyattan satıldığını fark ederlerse firmanın prestiji ve firmaya duyulan güven çok sarsılır. Ayrıca düşük fiyat ile yüksek fiyattan elde edilen kazancı kontrol etmek güçtür. Bunun yanı sıra yönetim açısından da pek çok kontrol sorunu yaratır. Örneğin; aynı satış noktasındaki üç satış elemanının ürünü pazarlık sonucu farklı fiyattan sattığı düşünülürse satış gelirlerini ve kazancı, hatta satış elemanlarının çalışmalarını kontrol etmek imkânsızlaşır.

Fiyat esnekliği; fiyatta %1'lik bir değişme olursa, ürün ya da hizmete talepte ne oranda bir düşme olacağını gösterir. Standart ürün ve hizmetlerde fiyat esnekliğinin yüksek olduğu bilinir. Kişiyeye özel hizmetlerde ise durum tersinedir. Şekil 1.9'da müşteri ihtiyaçlarına göz önüne alınarak, değişik pozisyonlara göre fiyat hareket alanının (esnekliğinin) önemi gösterilmiştir. Günümüz hizmet işletmeciliğinde her işin başlangıç noktası "müşteri" ile ilgili gereksinimlerdir. Bu gereksinimlerin iki uç noktasından söz edilebilir. Bir uçta, belirli bir hizmet ya da ürünün olabildiğince elverişli fiyatla sunulması varken diğer uçta ise, optimal kalitede kişiyeye özel bir hizmet ya da üründen özel yarar sağlamış olma duygusu yer alır.



Şekil 1.9. Değişik Pozisyonlara Göre Fiyat Hareket Alanının (Esnekliğinin) Önemi

Kaynak: Yüksel ve Mermud, 2004, s:143

II. BÖLÜM

HİZMETLERİN PAZARLANMASI

2.1. Hizmetlerin Artan Önemi ve Hizmet Pazarlaması

Günümüzde her alanda hızlı bir değişim süreci yaşanmaktadır. Bu değişime bağlı olarak üretim sektöründen hizmet sektörüne doğru bir kayma yaşanmakta ve hizmet sektörünün önemi gün geçtikçe artmaktadır. Dolayısıyla en hızlı gelişen teknolojiler ve yenilikler de bu sektörde görülmektedir. Bu gelişmelerin göstergesi, özellikle gelişmiş ülkelerde klasik sanayi ve klasik imalatçılık anlayışından uzaklaşılması, bu klasik anlayışın yerini hizmet anlayışının alması ile bilim ekonomisi ve hizmet sektörüne verilen önemin artışı olmaktadır. Bu olgu, 20. yüzyılın en belirgin değişikliklerinden biridir. Söz konusu çağdaş yaklaşımda gelecekte beklenen, işletmelerin faaliyetlerini özellikli ürünler ile bilgi ve hizmet alanlarında yoğunlaştıracağı yönündedir. Bu konudaki eğilimler, A.B.D. ve İskandinav Ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerin ekonomik faaliyetlerinin temel yapılarında bir değişiklik yaşadıklarını, değer yaratan sektörlerin oranlarının değiştiğini ve artık bu ülkelerin gayri safi milli hâsıllarının yaklaşık üçte ikisinin tarım ve sanayi dışı faaliyetlerden geldiğini göstermektedir (İçöz ve diğ., 1999, s:27-40).

Hizmet kavramı, ilk defa yapılan pazarlama tanımlarındaki ifadelerde ortaya çıkmıştır. Pazarlamanın 1947 yılında Duddy ve Revan tarafından ilk yapılan tanımlarından birisi: “Pazarlama, mal ve hizmetlerin değişimini ve bunların para cinsinden değerlerinin belirlenmesini sağlayan bir süreçtir.” şeklindedir. Bu tanımda ifade edilen, sadece malların değil, hizmetlerin de pazarlanacağı yönündedir. Ancak, ilk yapılan pazarlama tanımlarında dahi, hizmetlerin pazarlanabilirliğinden söz edilirken 1970’li yıllara kadar hizmetlerin pazarlamasıyla ilgili konulara hiç girilmemiş ve pazarlama işlevi hep malların pazarlanması üzerinde yoğunlaştırılmıştır. Oysa insanlar, doğumdan ölüme kadar geçen süreç boyunca hizmet olarak ve hizmet sunarak yaşar ve hizmetler de mallar gibi insan hayatının ayrılmaz bir parçasıdır.

Hizmetler, insanların günlük hayatlarında yer alan ve hiçbir zaman vazgeçemeyecekleri doyumlardır. İnsanoğlunun var olduğundan bu yana hizmetler de vardır. Hizmetler, insanlara maddi doyumdan çok manevi doyum sağlayan unsurlardır.

Günümüzde başta çok gelişmiş, sanayileşmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada, hizmet sektöründe görülen hızlı büyüme ve gelişmeler göz önünde tutulduğunda, son yıllarda hizmet pazarlamasına yönelik ilginin artması doğal karşılanmaktadır. Özellikle gelişmiş ekonomilerde geleneksel olarak fiziksel mal esasına dayanılarak geliştirilmiş olan pazarlamanın yetersiz kalması ve hizmetlerin pazarlanmasında ortaya çıkan bazı problemler “**hizmet pazarlaması**” olarak adlandırılan pazarlamanın özel şeklinin gelişmesine yol açmıştır.

Hizmetler, iş hayatının karmaşıklaşması, hızla gelişen teknoloji ve insanların daha iyi yaşam standardı vb. istekleri nedeniyle giderek büyüyen bir sektör niteliği kazanmaktadır. Bu da toplum hayatını yakından ilgilendiren hizmetlerin, pazarlama açısından göz ardı edilmemesi gerektiğini ortaya koymuştur. Üretilen hizmetlerin, tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için pazarlama tekniklerinden yararlanılması gerekmektedir. Ancak hizmet pazarlaması, bazı noktalarda ürün pazarlamasından farklılık göstermektedir.

Hizmet pazarlaması uygulayıcılarının, hizmetler ile sanayi ürünleri arasındaki farkları bilmeleri, pazarlama faaliyetlerine de yardımcı olmaktadır. Bu farklar Tablo 2.1’de sıralanmaktadır (Arpacı ve diğ., 1992, s:11-12).

SANAYİ	HİZMET
<ul style="list-style-type: none"> • Ürün genellikle somut, elle tutulabilir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hizmet genellikle elle tutulmaz yapıdadır. Sahiplik hakkının transferi zordur.
<ul style="list-style-type: none"> • Sahiplik genelde satış yapıldığında transfer edilebilir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sahiplik hakkının transferi zordur.
<ul style="list-style-type: none"> • Ürün genellikle yeniden satılabilir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hizmetin yeniden satış olanaksızdır.
<ul style="list-style-type: none"> • Ürünlerin gösterimi mümkündür. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hizmetin satış öncesi gösterimi olamaz.
<ul style="list-style-type: none"> • Ürün depolanabilir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hizmet ürünleri depolanamaz.
<ul style="list-style-type: none"> • Tüketim üretimi izler. 	<ul style="list-style-type: none"> • Üretim ve tüketim aynı zamanda olur.
<ul style="list-style-type: none"> • Üretim, satış ve tüketim genellikle farklı yerlerde dir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Üretim, tüketim ve bazen de satış aynı yerdedir.
<ul style="list-style-type: none"> • Firma ve müşteri arasında dolaylı iletişim mümkündür. 	<ul style="list-style-type: none"> • Çoğu zaman doğrudan iletişim gereklidir.

Tablo 2.1. Sanayi ve Hizmet İşletmelerinin Farklılıkları

Kaynak: Arpacı ve diğ., 1992, s: 12

Hizmet sektörü özellikle gelişmiş ülkelerde II. Dünya Savaşı'ndan sonra hızla büyüme göstermiştir. Bunun başlıca nedenleri ise şöyle sıralanabilir:

- Bilgisayar ve telekomünikasyondaki hızlı gelişmelerin yol açtığı bilgi çağına geçiş,
- Tarım ekonomisinden sanayi ekonomisine geçiş,
- Nüfusun yaşlanması ve ortalama ömrün uzaması,
- İnsanların iş dışındaki zamanlarının artması,
- Kişi başına düşen gelirin artması,
- Kadınların iş hayatına katılımının artması,
- Sosyo-kültürel değerlerin değişmesi ve mal üretim teknolojisindeki gelişmeler,

Harvard Üniversitesi'nde sosyoloji profesörü olan Daniell Bell, ekonomik gelişme aşamalarına göre toplumları endüstri öncesi, endüstriyel ve endüstri ötesi toplumlar

biçiminde üçe ayırırken, endüstri öncesi toplumlarda en baskın faaliyet olarak tarım, madencilik ve balıkçılığı; endüstriyel toplumlarda ise mal üretimini vurgulamaktadır. Bell, “The Coming of Post-Industrial Society” adlı eserinde endüstri toplumunda yaşam standardının bireyin sahip olduğu mal miktarına göre tanımlandığını, oysa endüstri ötesi toplumda yaşam standardının sağlık, eğitim ve dinlenme (rekreasyon) gibi hizmetlerle ölçüldüğünü söylemektedir (Öztürk, 2005, s:13).

Gerçekten de artık yaşam kalitesi denildiğinde sağlık, eğitim, kültür, turizm gibi hizmetlerden ne ölçüde yararlanabildiğimiz algılanmaktadır ve günümüzde gelişmiş ekonomiler birer hizmet ekonomisine dönüşmektedir.

Hizmet pazarlaması 1980’lerden sonra hız kazanmıştır. Gayri safi milli hâsılanın yarısından fazlasının hizmet sektöründe üretildiği ekonomilere hizmet ekonomisi (Grönross, 1990, s:1) dendiği göz önüne alınırsa, istatistikler bize gelişmiş batı ülkelerinin birer hizmet ekonomisine dönüştüğünü kanıtlamaktadır. Genel olarak bir ülkenin ekonomisi geliştikçe ve endüstrileşme düzeyi arttıkça, hizmetlerin önemi hızla artmakta hatta bu artış endüstridekinden daha hızlı olmaktadır. ABD’de, resmi istatistiklere göre, hizmetlerin milli gelir (GSMH)’deki payı 1945’de üçte biri iken, 1990’da yarıyı biraz (%33’den %51’e) geçmiştir.

Konuya istihdam yönünden bakıldığında hizmet sektörünün öneminin çok daha fazla olduğu görülmektedir. Toplam istihdam içinde hizmetlerin payı 1970’de %55 iken, 1993’de %79’a çıkmıştır. Avrupa Topluluğu’ndaki işgücünün %60’tan fazlasının (geçtiğimiz 20 yılda %25 artmıştır) hizmet sektöründe olduğunu göstermektedir.

Son yıllarda hizmet sektörünün ülke ekonomileri içerisindeki payı, tarım ve sanayi sektörlerinin payının çok üstünde bir büyüme göstermiştir. Özellikle gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün payının diğer sektörlerle göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hizmet sektörü üzerinde ağırlıklı bir şekilde duran bu ülkeler, istihdam sorunlarını bu yolla büyük ölçüde çözerek, işsizlik oranlarını asgari seviyelere düşürmüşlerdir.

Türkiye’de hizmet sektöründeki duruma göz atacak olursak, Tablo 2.2’de Türkiye’de istihdamın sektörel dağılımı görülmektedir. 2000 yılında hizmet sektöründeki istihdam 9837 iken, 2005 yılı Eylül’ünde bu sayının 11548’e yükseldiğini görmekteyiz.

Tablo 2.3’de GSMH ve sektörel büyüme arasındaki ilişkilendirmeye bakıldığında, 2000 yılında hizmet sektöründeki %6,5 oranında, GSMH’da %6,3 olan büyümenin,

2005 Eylül'ünde hizmetlerin %5.9'a, GSMH'nın da %5,5'lere düştüğü görülmektedir.

Yine Tablo 2.4'de de görüldüğü gibi hizmet sektörünün GSYİH olarak değerlendirildiğinde, 2000 yılında %64,6 olan hizmetler, 2005 Eylül itibariyle %59,24 olarak gerçekleşmiştir.

İSTİHDAM (2005 KASIM)	2000	2001	2002	2003	2004	2005(1)
Sivil İşgücü(1000)	22031	22269	24347	23206	24297	24539
Sivil İstihdam (1000)	20579	20367	21658	20811	21870	21928
Tarım	7103	7217	7618	6799	7201	5920
Sanayi	3738	3734	3953	3836	3978	4460
Hizmetler	9738	9416	10086	10176	10691	11548
İşsizlik Oranı (%)	6,6	8,5	11	10,3	10	10,6
Yurtdışında Çalışan İşçi Sayısı (2005 Eylül)	1170226	1178412	1200725	1197968	1195612	1343594

(1)Geçici

Tablo 2.2. Türkiye'de İstihdamın Sektörel Dağılımı

Kaynak: Dış Ticaret Müsteşarlığı: Ekonomik Göstergeler

GSMH-SEKTÖREL BÜYÜME HIZI	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (1)
Tarım	3,8	-6	7,4	-2,4	2	4,6
Sanayi	5,6	-7,4	7,9	7,3	9,3	5,1
Hizmetler	6,5	-6,1	6	5,1	8,1	5,9
GSMH	6,3	-9,5	7,9	5,9	9,9	5,5

(1)Geçici

Tablo 2.3. GSMH- Sektörel Büyüme Hızları (%) (2005 Ocak-Eylül)

Kaynak: Dış Ticaret Müsteşarlığı: Ekonomik Göstergeler

GSYİH-SEKTÖREL DAĞILIM	2000	2001	2002	2003	2004	2005(1)
Tarım	15,4	12,8	13	13,4	12,9	11,64
Sanayi	20	21,1	19,7	18,5	18,9	29,13
Hizmetler	64,6	66,1	67,3	68,2	68,2	59,24

(1)Geçici

Tablo 2.4. GSYİH- Sektörel Dağılım (%) (2005 Ocak-Eylül)

Kaynak: Dış Ticaret Müsteşarlığı: Ekonomik Göstergeler

Dünyanın bir numaralı hizmet ekonomisi olarak adlandırılan ABD’de bile, hizmet sektöründe pazarlama anlayışına doğru gelişmenin son 20 yılda görülmesi biraz da 1980’lerde birçok hizmet sektörü üzerindeki kayıt ve sınırlamaların kaldırılmasıyla ilgilidir. Söz konusu kayıt ve sınırlamalar sağlık, bankacılık, ulaşım ve hukuk gibi başka hizmet sektörlerinde fiyatlandırma, reklâm, dağıtım gibi temel pazarlama faaliyetlerine konulan yasaklar ve sınırlamalardır. Bu tür kısıtlamaların olmadığı, otel endüstrisi gibi hizmetlerin başta gelen bir alanında bile, pazarlama anlayışı, genellikle bu dönemde yoğunluk kazanmış; dünyaca ünlü Sheraton, Ramada, Holiday Inn, Hilton gibi otel zincirleri pazar bölümlendirmeye, çeşitli mamul karması stratejileri uygulamaya, yaratıcı fiyatlandırmaya ve etkin tutundurma faaliyetlerine yönelmişlerdir.

Hizmet sektörü emek yoğun bir endüstridir ve bu nedenle hizmetin başarısında personel yönetiminin büyük bir önemi vardır. Hizmeti sunan kişilerin, yani çalışan personelin olumlu veya olumsuz performanslarının tüketicilerin kendilerine sunulan hizmet hakkındaki görüşlerini anında ve oldukça etkili olarak etkileme gücü bulunmaktadır. Olumsuz davranış müşteriler üzerinde en kısa zamanda etki etmektedir; kalıcı bir özelliği vardır; hizmetin verimliliği doğrudan ve olumsuz yönde etkilenmektedir.

Amerikalı eğitimci Nicholas Murray Butler şöyle der: “Hizmet için planlanmış işletmeler başarmaya meyillidir; kâr için planlanmış işletmeler başarısız olmaya meyillidir”.

Hizmet sektörü içinde yürütülen faaliyetler olmaksızın zorunlu ihtiyacı karşılayan malların dahi üretilmeyeceği göz önüne alındığında, değişen ortam içerisinde, değişen istek ve ihtiyaçlara cevap verebilmek için, pazarlama stratejik bir faktör olarak önemini korumakta ve önemi gittikçe artmaktadır.

2.1.1. Hizmet Pazarlamasının Özellikleri

Günümüzde pazarlama biliminin gittikçe zenginleşen bir alt disiplini olarak hizmet pazarlaması faaliyetlerinin kendine özgü özellikleri vardır (Morrison, 1989, s:14-27). Bunlar:

- a) Tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bunların karşılanmasına yönelik hizmet sunulması,
- b) Pazarlamanın devamlılık gösteren yapısı, yani faaliyetlerin süreklilik arz etmesi,
- c) Hizmet pazarlaması faaliyetlerinin birbirini izleyen ve düzenlilik gerektiren aşamalardan oluşması,
- d) Pazarlama araştırmasının önemi ve hizmet pazarlaması uygulamalarında süreklilik göstermesi,
- e) Hizmet işletmelerinin hizmet veren diğer işletmeler ile arasındaki dayanışma ve bunun gün geçtikçe artan önemi,
- f) Örgüt çapında ve bölümler arasında dayanışmanın gerekliliği ve işletme çapında pazarlama çabalarının bütünlüğü,
- g) Hizmetlerin soyut özelliği ve tüketim ile üretimin genellikle aynı zaman/ yerde gerçekleşmesi nedeni ile müşteri memnuniyetinin sağlanmasında kalitenin önemidir.
- h) Hizmet pazarlamasında genellikle pazarlama faaliyetlerinin etkinliğini ölçmek zordur. Aynı şekilde rakip firmaların pazar etkinlikleri hakkında sağlıklı veri elde etmek de bir hayli güçtür.

2.1.2. Hizmet Pazarlaması Faaliyetlerinin Hedefleri ve Yararları

2.1.2.1. Hizmet Pazarlamasının Hedefleri

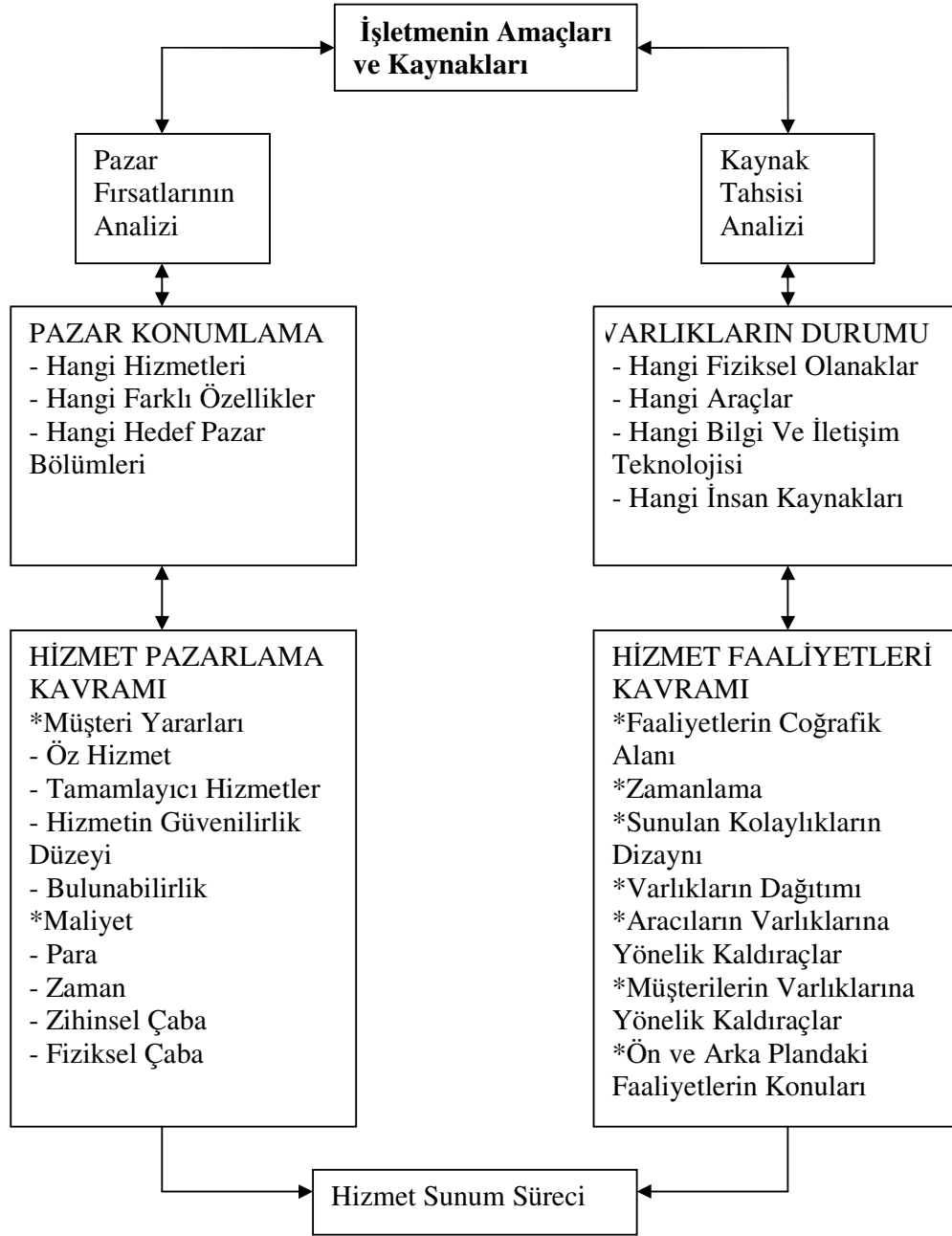
- Ekonomik hedefler (hizmet gelirlerini artırmak, kârlılığını artırmak, satışı artırmak ve iyileştirmek),
- İşletme hedefleri (pazar payını artırmak, kârın maksimizasyonu vb.),
- Sosyal hedefler (istihdam, kamu yararı, çevre ve doğanın korunması, kalkınma, hayat seviyesinin yükselmesi, vb.) olarak gruplandırılabilir.

2.1.2.2. Hizmet Pazarlama Faaliyetlerinin Yararları

Hizmet pazarlama faaliyetlerinin başlıca amacı; işletmenin hedefini gerçekleştirmesinde araç olarak kullanılması ve işletmenin kâr maksimizasyonu, pazar payını artırmak vb. gibi amaçlarına ulaşmasında kullanılmasıdır. Diğer taraftan da hizmet pazarlaması uygulamalarının sonucunda ise:

- Daha memnun müşteriler ortaya çıkar,
- İşletmedeki tüm bölümler, yöneticiler ve personel aynı amaca ulaşmaya çalışır (amaç birliği),
- Müşteri istekleri ve müşterilerin hizmetten beklentileri belirlenmekte ve bu bilgi doğrultusunda onların memnun edilme oranı da artar,
- Tüketici istek, ihtiyaç ve beklentilerindeki değişiklikler zamanında saptanır,
- Bu değişikliklere karşı gerekli uyum zamanında yapılır. Beklenmedik olaylara karşı, hizmet pazarlaması faaliyetleri de planlama yapan ve planları uygulayan işletmeler krizlere karşı acil önlemler alabilmekte ve değişikliklere uyabilir,
- Hizmetlere ilişkin tutundurma faaliyetleri, tüketicilerin algılarına uygun olarak gerçekleştirilir,
- Artan işbirliği daha iyi işbirliği ve daha mutlu tüketiciler yaratır,
- Gerektiğinde diğer hizmet işletmeleri ile işbirliği yapılarak tüketici memnuniyeti artırılır,
- Başarılı pazarlama programları tekrarlanmakta ve geliştirilmekte, başarısız olanlar ise kaldırımdan çıkarılır,
- Pazarlama çabaları ve pazarlamaya harcanan para ve insan kaynakları daha verimli olarak kullanılır,
- Hizmet sunan işletmelerin araştırmalar ile belirlenen güçlü yönleri değerlendirilmekte, zayıf yönleri ise geliştirilmektedir ve bu sayede pazar fırsatları değerlendirilebilir.

Şekil 2.1'de hizmet planlaması, yaratılması ve sunumunda önemli aşamaları gösterilmektedir. Model, daha önce yapılmış araştırmalardan ve modellerden yararlanılarak, Maister tarafından geliştirilmiştir (Yükselen, 2001, s:272).



Şekil 2.1. Hizmetin Planlanması, Yaratılması ve Sunulması

Kaynak: Yükselen, 2001, s:272

2.2. Hizmetlerin Tanımı, Çeşitleri ve Özellikleri

2.2.1. Hizmetlerin Tanımı ve Çeşitleri

Hizmet kavramı yaşamın her aşamasında değişik biçimde karşımıza çıkmaktadır. İnsanların birlikte yaşamalarının doğal bir sonucu olan hizmet kavramının sistematik bir biçimde ve teknik boyutuyla ele alınışı 1700'lü yıllara dayanır. Birçok Fransız düşünür tarafından farklı biçimde ele alınan ve tanımlanan hizmet, bu yıllarda Fizyokratlarca tarımsal faaliyetlerin dışında kalan tüm faaliyetler olarak tanımlanmıştır. Adam Smith, bu tanımın bir ölçüde yetersiz kaldığını fark etmiş ve sonunda somut elle tutulabilir ürün (mal) meydana getirmeyen tüm faaliyetlere hizmet adını vermiştir. Hizmet kavramıyla ilgilenen bir başka düşünür ise malların faydasını artıran ve imalat yapılmayan faaliyetleri hizmet kavramına alan Jean Babtiste Say'dır. Ona göre hizmet ise, tüketicie tatmin ve fayda sağlayan bir faaliyet niteliğindedir. O günden bu güne zenginleşen hizmet kavramına ilişkin günümüzde birçok tanımlama yapılmıştır.

Hizmet, insanların ya da insan gruplarının gereksinimlerini karşılamak amacıyla belirli bir fiyattan satışa sunulan ve herhangi bir malın mülkiyetini gerektirmeyen yarar ve doyum oluşturan soyut faaliyetler bütünüdür.

Günümüzde neredeyse tüm örgütler varoluş amaçlarını "hizmet vermek; halka tüketiciye hizmet etmek" şeklinde ifade etmektedirler. Hem kamu kuruluşları hem de özel sektörde yer alan işletmeler, iletişim yoluyla tüketicilere bu mesajı vermektedirler. Dolayısıyla ekonominin klasik imalat, ticaret ve hizmet şeklindeki üçlü ayırımı yerine, her sektör kendini bir hizmet örgütü olarak konumlandırmayı seçmektedir. Bu nedenle hizmet pek de kolay tanımlanamayan, anlaşılamayan ve kavranamayan bir olgu olmuştur. Bu bağlamda, geçmişten günümüze hizmete ilişkin tanımlara göz atmak yerinde olacaktır (Öztürk, 2005, s:3).

Fizyokratlar (?-1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler
Adam Smith (1723–90)	Somut (dokunulabilir) bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler
J.B. Say (1767–1832)	Ürünlere fayda ekleyen, tüm imalat dışı faaliyetler
Alfred Marshall (1842-1924)	Yaratıldığı anda varlık bulan mallar (hizmetler)
Batı Ülkeleri (1925–60)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet

Tablo 2.5. Hizmetin Tarihsel Tanımları

Kaynak: Cowell, 1984, s:21

Philip Kotler ve Gary Armstrong'un tanımlarında ise daha geniş bir yaklaşım göze çarpmaktadır. “Hizmet bir tarafın diğerine sunduğu, temel olarak dokunulamayan ve herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan bir faaliyet ya da faydadır. Üretilmesi ise fiziksel bir ürüne bağlı olabilir ya da olmayabilir.

Diğer bir tanıma göre hizmet, mallardan bağımsız olarak tüketicilere ve örgütlere satıldığında istek ve ihtiyaç tatmini sağlayan eylemlerdir.

Hizmetler fiziksel mallardan farklı oldukları için tanımlanması da oldukça zordur. Hizmetler geniş anlamda, soyut (elle tutulamayan, gözle görülemeyen) mallardır.

Hizmetlerin kesin ve belirli bir tanımını yapmanın zorluğu yanında, hizmetlerin kapsamını belirlemenin de kolay olmadığı bir gerçektir. Çünkü sosyal ve ekonomik değişmeler ile teknolojideki gelişmelere bağlı olarak, her an yeni bir hizmet kavramı ve çeşidinin ortaya çıktığını ve mevcut hizmetlerinde farklılaştırıldığını görmekteyiz.

Hizmetler, iş hayatının karmaşıklaşması, hızla gelişen teknoloji ve insanların daha iyi yaşam standardı vb. gibi istekleri nedeniyle, giderek büyüyen bir sektör niteliği kazanmaktadır. Bu da toplum hayatını yakından ilgilendiren hizmetlerin, pazarlama açısından göz ardı edilmemesi gerektiğini ortaya koymuştur. Üretilen hizmetlerin, tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için pazarlama tekniklerinden

yararlanılması gerekmektedir. Ancak hizmet pazarlaması, bazı noktalarda ürün pazarlamasından farklılık göstermektedir.

Pek çok hizmet mallarla birlikte pazarlanır. Bu bakımdan hizmetleri iki ana gruba ayrılabilir:

1. Mübadele ya da işlemin esas konusu olan hizmetler; araba kiralama hizmeti gibi,
2. Bir fiziksel malın tamamlayıcısı olan hizmetler; bilgisayarla ilgili teknik bilgilerin verilmesi gibi.

Hizmetlerin sınıflandırılmasında değişik yaklaşımlardan biri de şöyledir (Karahan, 2000, s:23):

- İnsan gücüne dayalı olan hizmetler
- Makineye, araç ve gerece dayalı hizmetler
- Müşterinin hazır bulunmasını gerektiren hizmetler
- Müşterinin bulunmasını gerektirmeyen hizmetler
- Kişisel ihtiyaçları karşılayan hizmetler
- İşletme ihtiyaçlarını karşılayan hizmetler
- Kâr amaçlı ya da kâr amaçsız hizmetler

Amerikan Pazarlama Birliği'nin hizmet kategorileri sınıflamasında 10 kategori yer almaktadır. Bunlar:

- Sağlık hizmetleri
- Finansal hizmetler
- Profesyonel hizmetler (avukatlık, muhasebecilik, mimarlık vs.)
- Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri
- Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri
- Kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler
- Kanal, fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri
- Eğitim, araştırma hizmetleri
- Telekomünikasyon hizmetleri ve
- Kişisel ve bakım/onarım hizmetleri

Hizmet sınıflamasının en kapsamlısını Browning ve Singelmen vermiştir. Bu gruplama şu şekildedir (Öztürk, 2002, s:196):

1. Dağıtıcı Hizmetler

- Ulaştırma-depolama
- Haberleşme

- Toptan ticaret
- Perakende ticaret

2. Üretici Hizmetler

- Bankacılık ve finansman hizmetleri
- Sigorta
- Gayrimenkul alım-satım
- Mühendislik ve mimarlık hizmetleri
- Muhasebe
- Çeşitli ticari hizmetler
- Hukuki hizmetler

3. Sosyal Hizmetler

- Sağlık hizmetleri
- Hastanelerin sunduğu hizmetler
- Eğitim, dini hizmetler
- Dernek ve vakıflar
- Posta hizmetleri
- Kamu hizmetleri
- Çeşitli mesleki ve sosyal hizmetler

4. Kişisel Hizmetler

- Ev hizmetleri
- Otel ve diğer konaklama yerleri
- Yeme-içme yerleri
- Tamir ve bakım hizmetleri
- Yıkama, kuru temizleme
- Eğlence ve güzellik hizmetleri

Hizmetleri elle tutulabilen ve elle tutulamayan faaliyetler olarak da ayırmak mümkündür (Perili, 2004, s:12; Bağçeci, 2003, s:39).

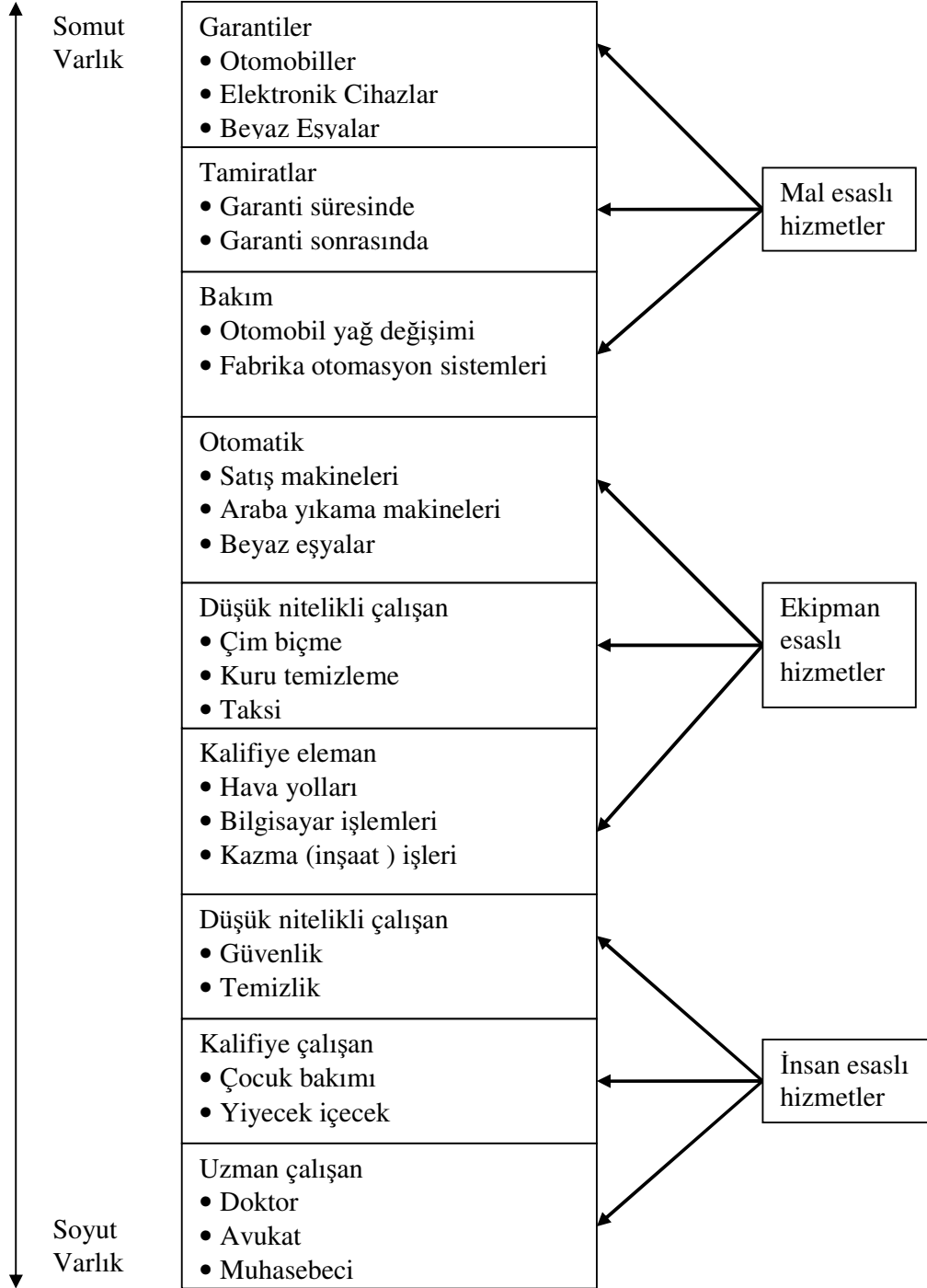
Tablo 2.6'de hizmetlerin niteliklerine göre sınıflandırılması gösterilmektedir.

Hizmet Yapısı	Hizmet Kime veya Neye Yönelmiştir?	
Elle Tutulabilir Faaliyetler (Somut)	İnsan Vücuduna Yönelik Hizmetler	Ürüne ve Diğer Fiziksel Unsurlara Yönelik Hizmetler
	SAĞLIK	YÜK TAŞIMACILIĞI
	YOLCU TAŞIMA	KAPICILIK HİZMETLERİ
	GÜZELLİK SALONLARI	BAHÇE-HAYVAN BAKIMI
		ÇAMIŞIR VE KURU TEMİZLEME
Elle Tutulamaz Faaliyetler (Soyut)	İnsanların Fikirlerine Yönelik Hizmetler	Elle Tutulamayan (Maddi Olmayan) Değerlere Yönelik Hizmetler
	EĞİTİM	BANKACILIK
	YAYIN	SİGORTA
	TİYATRO-MUZELER	DANIŞMANLIK

Tablo 2.6. Hizmetlerin Niteliklerine Göre Sınıflandırılması

Kaynak: Lovelock , 1983, s:10

Sınıflandırmaların işgücü ve sermaye yoğunluğuna, müşteri ile temas sıklığına ve şekline, müşteri tiplerine, kişiye özel hizmet verebilme derecesine, hizmetin mal esaslı, ekipman esaslı veya insan esaslı olma durumuna göre ve farklı şekillerde yapılması mümkündür. Şekil 2.2’de hizmetin mal esaslı, ekipman esaslı veya insan esaslı olma durumuna göre sınıflandırılmasına bir örnek verilmektedir:



Şekil 2.2. Hizmetin Mal, Ekipman ve İnsan Temeline Göre Sınıflandırılması

Kaynak: Tarcan, 2001, s:13

2.2.2. Hizmetlerin Karakteristik Özellikleri

Hizmetlerin kendine özgü özellikleri bir bakıma hizmet pazarlamasının diğer sektörlere oranla ayrıcalıklar sağlar. Bu özelliklere değinmeden önce fiziksel mallar ve hizmetler arasında farklar Tablo 2.7'deki gibi gösterilebilir:

Fiziksel Mallar	Hizmetler
<ul style="list-style-type: none">▪ Dokunulabilir.▪ Türdeşdir.▪ Üretim ve dağıtım, tüketimden ayrılmıştır.▪ Bir şeydir (nesnedir).▪ Temel değer fabrikada üretilir.▪ Müşteriler genellikle üretim sürecine katılmazlar.▪ Stoklanabilir.▪ Sahiplik transfer edilebilir.	<ul style="list-style-type: none">▪ Dokunulamaz.▪ Türdeş değildir.▪ Üretim ve tüketim eş zamanlı süreçlerdir.▪ Bir faaliyet ya da süreçtir.▪ Temel değer alıcı ve satıcı etkileşimlerinde üretilir.▪ Müşteriler üretime katılırlar.▪ Stoklanamaz.▪ Sahiplik transfer edilemez.

Tablo 2.7. Fiziksel Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar

Kaynak: Grönroos, 1990, s:28

Hizmet kavramının birçok yazar tarafından farklı tanımlanması büyük ölçüde hizmet kavramının özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Hizmetlerin karakteristik özellikleri bir bakıma diğer sektörlere oranla hizmet pazarlamasında ayrıcalıklar sağlar. Bu özellikleri tek tek ele almak gerekirse;

2.2.2.1. Soyutluluk (Fiziksel Varlığının Olmaması)

Mallar ve hizmetler arasındaki en temel ve evrensel olarak kabul edilen farklılık, hizmetlerin dokunulmazlığıdır. Hizmetler nesnel olmayan performans ya da hareketler olarak karşımıza çıkarlar. Hizmetler, satın alınmadan önce görülemez, hissedilemez, tadılamaz ve koklanamaz özelliklidirler. Dolayısıyla, bir hizmet satın aldığımızda genellikle bunu temsil edecek somut bir şey yoktur. Hizmeti satın alanlar bu belirsizliği en aza indirmek için hizmetin kalitesi ile ilgili bazı işaretler ararlar. Bu

nedenle hizmet verilen yeri, hizmet eden kişileri, ekipmanı, fiyatı, haberleşme aracını görerek, hizmetin kalitesi ile ilgili sonuçlar çıkarmaya çalışırlar. Örneğin sağlık hizmetleri, bu hizmeti sunanların hastalara ve ailelerine yönelik muayene, teşhis ve tedavi gibi eylemlerinden oluşur. Oysa teşhis ve tedavi tamamlandıktan sonra bile hasta, yerine getirilen hizmeti bütünüyle kavrayamaz. Bu da hizmetlerin dokunulmazlığının, fiziksel bir varlığa sahip olmamasının bir sonucudur.

Bu özelliğin pazarlama açısından getirdiği sonuçlar şöyle sıralanabilir:

- Hizmetler stoklanamaz, dolayısıyla talepteki dalgalanmaların yönetilmesi zordur.
- Hizmetlerin patenti zordur, dolayısıyla yeni hizmet kavramları kolayca taklit edilebilir.
- Hizmetler kolayca sergilenemez ya da kolayca müşterilere iletilemez.
- Somut olmadıkları için kalitelerinin değerlendirilmesi müşteri açısından zordur.
- Hizmet reklâmlarında ya da diğer tutundurucu çabalarda nelerin kapsanacağı hakkındaki kararlar fiyatlamada olduğu gibi zordur.
- Bir birim hizmetin fiili maliyetini belirlemek ve fiyat/kalite ilişkileri karmaşıktır.

2.2.2.2. Ayrılmazlık (Üretimle Tüketimin Eşzamanlı Olması)

Fiziksel mallar önce üretilip depolanır, daha sonra satılır ve tüketilirler. Hizmetler üretilir ve aynı anda pazarlanırlar. Diğer bir deyişle hizmetler önce satılır, sonra da üretimle tüketim aynı zaman diliminde gerçekleşir. Üretim ve tüketimin birbirinden ayrılmazlık özelliği söz konusudur. Bu nedenle hizmetler, onu sağlayan veya hizmeti gerçekleştirenlerden ayrılmaz. Müşteri ise, hizmetin üretimine direkt olarak katılıp, hizmet üretim sürecinin bir parçası durumuna gelir.

2.2.2.3. Değişkenlik (Hizmetlerin Heterojen Oluşu)

Hizmetlerin kalitesi, hizmeti sağlayanın bu hizmeti, ne zaman, nerede, nasıl verdiğine bağlı olarak değişir. Hizmetlerin kalite ve içerikleri, hizmeti yaratandan bir diğerine, müşteriden müşteriye, hatta günden güne değişebilir. Çoğu zaman nazik ve kibar olan bir çalışan, bazen sinirli ve kaba olabilmektedir. Bu durum çalışanların moral durumu, iş yükü, müşterilerinin hizmetle ilgili olarak işbirliği yapma derecesi

ve kişilik özellikleri gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir (Perili, 2004, s:7). Hizmet sektöründeki işletmeler, değişkenlik riskini azaltmak yoluyla rekabet üstünlüğü ve rekabet avantajı sağlayabilir. Hizmet işletmeleri, verdikleri hizmetin kalitesini yüksek tutmak ve istikrarlı bir biçimde aynı hizmeti farklı zamanda, farklı kişilere aynı kalitede vermek konusunda özen göstermek zorundadırlar. Özellikle hizmet veren personelin büyük bir titizlikle seçilmesi, eğitilmesi, işe adaptasyon programlarının uygulanması, kalite için motive edilmesi çok önemlidir. Ayrıca tüm bu eğitim ve uyum sürecinin iyi bir denetim sistemi ile etkili bir şekilde geri bildirim sağlayacak bilgi akış sisteminin kurulması gerekmektedir.

Hizmetlerde izlenen farklı stratejiler, hizmetlerin farklı algılanmasını sağlamaktadır. Bir firma, müşterilerinin aldıkları hizmetlerden memnun olup olmadıklarını, önerilerini ve şikâyetlerini çeşitli yollardan öğrenerek takip edebilir. Bunun sonucunda hizmette zayıf olarak değerlendirilen ve aksayan yönleri görerek, iyileştirme çalışmaları ile güçlendirme şansı bulabilir. Hizmette her zaman daha iyiyi yakalamak için, içinde bulunulan ortam göz önüne alınarak, sürekli strateji geliştirme ve hizmette sürekli olarak iyi yönde değişiklik yapma yoluna gidilmelidir (Karahana, 2000, s:51).

2.2.2.4. Dayanıksızlık (Stoklanamaz Oluşu)

Dayanıksızlık hizmetlerin stoklanamaması, saklanamaması, iade edilememesi ve yeniden satılamaması anlamına gelir. Diğer bir deyişle hizmetler sunulduğunda hemen kullanılmazsa (depo edilemeyeceğinden dolayı) boşa gider. Bir oteldeki boş odalar, uçaktaki boş koltuklar, hastanın gelmemesi nedeniyle kullanılmayan bir doktor randevusu, kaybedilmiş kapasite anlamına gelir. Belirli bir zamanda kullanılmayan bu kapasite daha sonra kullanılmak veya satılmak için tutulamaz. Bazı hizmetlerde ise talebin düzensiz oluşu, hizmetlerin dayanıksızlığını artırır.

Hizmet sektöründe talep, mevsimden mevsime, aydan aya, haftadan haftaya, günden güne, hatta saatten saate değişkenlik gösterebilmektedir. Hizmet özelliklerinden dayanıksızlık ve talebin fazla dalgalanması, hizmetlerle ilgili planlama, fiyatlandırma ve tutundurmada, ciddi problemler yaratabilmektedir.

2.2.2.5. Sahip Olma (Mülkiyet)

Hizmet ile mamul arasındaki en büyük farklardan biri de, hizmetin sahiplenilememesidir. Mamuller satın alındığında alıcıların mala sahip olma hakkı

söz konusuysen, hizmet işletmelerinde, hizmet üretildiğinde satıcıdan alıcıya sahiplik hakkı geçmez. Örneğin bir otoparkın kullanımında olduğu gibi alıcının yalnızca o hizmet süreci hakkını satın alması, hizmet alan bir otel müşterisinin ancak otel odasındaki olanaklardan yararlanabilmesi olasıdır. Bu durumlarda ödeme yalnızca kullanma ya da kiralama için yapılmaktadır. Ayrıca bir hizmetin sahibi olmamakla bir hizmet hakkını gelecekte bir gün kullanma arasında da bir ayırım bulunmaktadır. Örneğin, hediye edilen bir tiyatro bileti gibi... (Perili, 2004, s:9)

2.2.2.6. Dalgalanan Talep

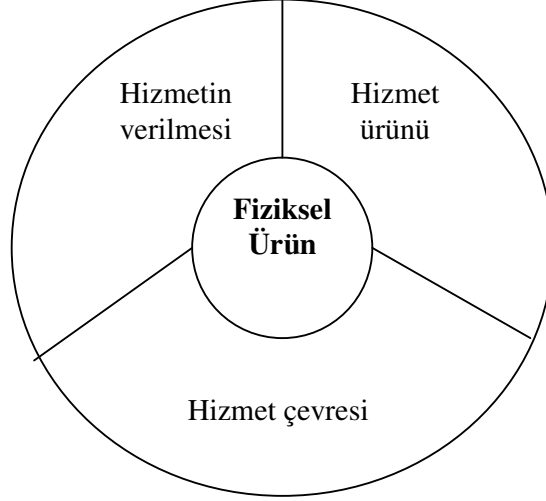
Hizmetlerde görülen gerçek şudur ki, talebin çok yüksek olduğu dönemlerde, bu talep depolanamayacağından, hizmetlerin kitlesel üretilmeleri imkânsızdır. Hizmet pazarları mevsimlere, haftanın bir gününden diğerine, hatta günün saatinden saatine değişim gösterir.

2.2.3. Hizmetin Bileşenleri

Bir işletmenin tatmin edilmiş müşterilere sahip olmasında soyut bileşenler esas rolü oynamaktadır. Hizmetin özünde fiziksel bir ürün vardır. Diğer bileşenler ise; hizmet ürünü, hizmet çevresi ve hizmetin yerine getirilmesi olarak sayılabilir.

2.2.3.1. Fiziksel Ürün

Fiziksel ürün, işletmenin müşteriye aktardığı somut varlıktır. Bunlar, otomobil, yiyecek, içecek, şampuan vb. fiziksel varlıklardır. Bu ürünlerin tasarımı aşamasında, müşteri tatmini sağlayacak verilerin, müşteri istek ve ihtiyaçlarının dikkate alınması gerekmektedir. Aksi takdirde sunulan hizmetin kalitesi müşteri tarafından yetersiz olarak algılanabilir.



Şekil 2.3. Hizmetin Bileşenleri

Kaynak: Tarcan, 2001, s:10

2.2.3.2. Hizmet Ürünü

Müşterileri fiziksel ürünü elde etmeye yönelten, işletmenin nihaî amaçlarını gerçekleştirmesine aracı olan bir araç olarak düşünülebilir.

2.2.3.3. Hizmet Çevresi

Hizmet kalitesinin müşteri tarafından algılama şeklini etkileyen, olumlu yönde algılanmasında kullanılacak araçlardır. Hizmet çevresi, hedeflenen pazar bölümünü etkileyecek, hizmeti hatırlatacak şekilde düzenlenmelidir.

2.2.3.4. Hizmetin Verilmesi

Müşterinin hizmeti satın aldığı anda gerçekte ne olduğunu açıklar. Hizmet ürünü, hizmetin teorik olarak nasıl gerçekleştirileceğini açıklarken, hizmetin verilmesi, gerçek uygulamanın nasıl olduğunu açıklar.

Tüm hizmet bileşenlerinin daha iyi kavranabilmesi için tablo 2.8’de farklı endüstrilerde hizmet bileşenlerine ilişkin örnekler verilmiştir.

İş Kolu	Fiziksel Ürün	Hizmet Ürünü	Hizmet Çevresi	Hizmetin Verilmesi
Otomotiv	Otomobil	Marka Transferi, Garanti, Kredi	Mağaza, Arazi, Otomobil Takımları	Test Sürüşü, Satış İşlemi, Tamir Ve Bakım Zamanlarında Görüşme
Konaklama	Şampuan Vb. Yiyecek	Mesajlar, Taşıma, Uyandırma	Oda, Havuz, Lobi, Bar	Ön Kabul Performansı, Oda Temizliği, Oda Servisinin Hızı
Üniversite	Diploma	Eğitim Programı, Yurtlara Yerleştirme, İşe Yerleştirme	Sınıflar, Yurtlar, Spor Alanları	Eğitim Performansı, Koruma Ve Temizlik, İş Görüşmelerinin Düzenlenmesi
Perakende Mağazası	Mallar	Yardım, Kredi, Stok Listesi	Mağaza Satış Bölümü	Bilgilendirme, Sıcak İlişki, Hızlı Cevap

Tablo 2.8. Farklı Endüstrilerde Hizmet Bileşenleri

Kaynak: Tarcan, 2001, s:10

2.3. Hizmet İşletmelerinde Pazarlama Anlayışı

Hizmet üretme ve hizmet pazarlama faaliyeti, mallardan farklı bir yapılanma gerektirdiği için, bu alanda bilinen bir takım pazarlama tekniklerini aynen uygulamak hizmetler için yeterli olmayacaktır. Hizmetlerin fiziksel olmamaktan kaynaklanan özellikleri nedeniyle, farklı bir pazarlama planlaması ve pazarlama yönetimi gerektirmektedir. Hizmetlerin en ağırlıklı sektör haline geldiği gelişmiş ekonomilere sahip ileri sanayi ülkelerinde bile, hizmet işletmelerindeki yöneticiler pazarlama anlayışını benimsemiş ve uygulama yönünden, fiziksel mal pazarlayan işletmelerin yöneticilerinin hayli gerisinde kalmışlardır.

Hizmet işletmelerinin çoğunluğu halen, küçük ve orta ölçekli işletme niteliğindedirler. Bu işletmeler, genelde modern yönetim ve pazarlama anlayışından uzak, az sayıda elemanla iş gören, işletme sahipleri tarafından yönetilen, çağdaş yönetim ve pazarlama tekniklerine ihtiyaç duymayan veya bu yönetim tekniklerinden habersiz olan işletmelerdir. Talebi fazla olan hizmetlerde, (sağlık ve eğitim vb.) kurum ve kuruluşlar, bir pazarlama çabası içine girmemektedirler. Bazı hizmetlerde de ahlâki değer yargıları pazarlama çabalarını sınırlandırmaktadır.

Hizmet işletmelerinde yöneticilerin başarısız olma nedenlerinin başında, bütün olarak bir pazarlama yaklaşımlarının olmaması, pazarlama sorunlarını tanımlamada veya sorunların çözümünde yetersiz kalmaları ve pazarlama faaliyetlerindeki koordinasyonun çok yetersiz olmasıdır. Diğer taraftan, bazı hizmet işletmeleri son derece pazar yönlü olarak çalışmakta olup; bu işletmeler, pazarlama konusunda ve pazarlama stratejileri üretmede oldukça başarılıdırlar. Örnek olarak AVIS gibi araba kiralama şirketini, uluslararası oteller zincirlerini ve bazı hava yolu şirketlerini örnek verebiliriz (Karahana, 2000, s:48).

Hizmet sektöründe yaratıcılık ve yenilik çok az görülür. Bunun en önemli nedenlerden biri, hizmetlerin fiziksel varlıklarının olmaması ve bu özelliğinden ötürü, avukat, doktor, mali müşavir ve çeşitli tamirci ustaları gibi mesleki hizmet mensuplarının, kendilerini hiçbir zaman iş adamı gibi görmemeleridir. Ancak genel olarak önemli bir diğer nedeni ise; hizmet işletmelerinde tepe yönetiminin, pazarlamanın ne olduğunu veya işletmenin başarısı için ne kadar önemli olduğunu anlamamasıdır.

2.4. Hizmet İşletmeleri İçin Pazarlama Stratejileri

Mal üreten endüstriyel kuruluşların, çok değişik stratejilerden yararlanarak, ekonomik üstünlük sağlamaya çalıştıkları bilinen bir gerçektir. Hizmet işletmeleri de, strateji oluşturma bakımından çok ender olarak bu gibi üstünlüklere sahip olabilmektedir. Hizmetin soyut ve geçici bir faaliyet olması, çoğunlukla doğrudan insan ve onun kullandığı donanımla üretilmesi ve üretildiği anda tüketiliyor olması, çoğunlukla hizmet işletmelerini rekabet üstünlüğünün sağlanmasından yoksun bırakmaktadır.

Hizmet işletmeleri için pazarlama stratejileri hazırlanırken, mal pazarlamasında olduğu gibi öncelikle, yönetim tarafından pazarlama amaçları belirlenmeli, pazar analizi yapılarak hedef pazar/pazarlar seçilmeli, daha sonra, bu hedef pazarlara ulaşma ve pazarlama amaçlarını gerçekleştirme yolunda pazarlama programı ve stratejiler hazırlanıp uygulanmalıdır. Kotler'e göre herhangi bir amacın peşinden gitmenin pek çok yolu vardır. Ancak hedeflere ulaşmak için en etkili hareket tarzını seçmek stratejinin işidir.

Hizmet işletmelerinin pazarlama stratejisi geliştirirken üzerinde durulması gereken üç önemli konu vardır. Bunlar:

1. Verilen hizmetlerin maliyetlerinin düşürülmesi,
2. Verimliliğin artırılması,
3. Hizmet kalitesinin yükseltilmesidir.

İşletmeler bu üç nokta üzerinde strateji geliştirmeye çaba gösterirlerken, kapasite kullanım oranını artırarak, daha fazla kişiye hizmet sunarak, birim maliyetleri minimize etme yoluna gidebilirler ya da yine kapasite kullanım oranını artırarak, üretimde kullanılan araç gereç ve işgücünden azami şekilde yararlanarak verimlilik artışı sağlanabilir. Ayrıca müşteri beklentilerini karşılayacak olan hizmetin üretilmesi ile de hizmetten memnun kalanların çevrelerindeki etkilemeleriyle daha fazla pazar payına ulaşmaları mümkün olacaktır (Bağçeci, 2003, s:48).

Değişen çevre, değişen istekler, yeni rakipler ve teknolojiler ile farklı destekleyiciler, işletmeleri kendisini sürekli yenilemesi için baskı altında tutmaktadır. Aksi halde işletme, alıcıyla bağlantısını kaybeder. Pazarlama stratejilerinin eksikliğinin, hizmet üreten işletmelerde neden olduğu olumsuzluklar da hizmet pazarlamasının önemini ortaya koymaktadır. Bu olumsuzlukla:

1. Tüketicilerin talep özelliklerini,
2. Hizmet talebinin yoğunluğunu,
3. Tüketici tatmini için gerekli ek harcamaların nitelik ve niceliğini,
4. İşletmecinin amaçlarıyla tüketici yararlarının bağlantısını gösteren bilgilerin eksikliği şeklinde sıralanabilir.

Bu bilgilerin eksikliği, yetersiz hizmet verilmesine ve dolaylı olarak işletmenin tüketici kitlesini rakip işletmelere kaptırmasına neden olmaktadır.

Hizmet işletmelerinde hizmet veren kişi ile müşteri yüz yüzedir, hizmetin kalitesi belirsiz ve değişkendir. Hizmet üretim sürecinde, hizmeti sağlayanlardan olduğu kadar üretim süreci boyunca hizmeti destekleyenlerden de etkilenir. Bu nedenle, hizmet pazarlamasında hem şirket ile çalışanların, hem de çalışanlar ile müşterilerin ilişkilerine önem verilmesi gerekmektedir.

2.5. Kalite ve Hizmet Farklılaştırması

Bir hizmet işletmesini diğer bir işletmeden farklı kılan en önemli faktörlerden birisi, rakiplerinden daha yüksek kalitede hizmet üretmesi ve sunmasıdır. Pek çok hizmet işletmesi hizmet kalitesinde farklılaşma stratejileri uygulayarak, hem rakiplerine karşı üstünlük sağlamakta, hem de kârlılığını sürekli hale getirmektedir.

Ancak, verimliliklerini ve verdikleri hizmetlerin kalitesini arttırmak için bir takım hususları dikkate almak zorundadırlar. Bunlar;

- Müşterilere mümkün olduğunca ilgi ve yakınlık göstermek
- Müşterinin güvenini kazanmak için verilecek hizmeti zamanında ve tam olarak vermek
- Müşteriye olabildiğince yardımcı olmak ve verme konusunda istekli olduğunu belli etmek
- Hizmet işletme içinde eğitim programlarına yönelmek (Karahan, 2000, s:116)

Yaşanan hızlı değişim sürecinde üretilen mal ve hizmetteki çeşitlilik, uluslararası ticarete liberalleşme, teknolojik ilerlemeler ve gelişmelerin beraberinde getirdiği yeni rekabet koşulları kalite kavramının ön plana çıkmasına neden olmuştur. Değişim ve gelişimin engellenemez oluşu, işletmelerin varlığını sürdürebilmeleri için rekabeti gündeme getirmiş ve dolayısıyla yeni arayışlar içine giren işletmeler, bu arayışlar içinde kaliteye de gereken önemi vermeye başlamışlardır. Gün geçtikçe hızla yayılan kalite bilinci, tüm sektörlerde yerini almasına karşın, üretim sektörü dışındaki sektörlerde henüz tam olarak oluşmamıştır. Oysa kalite, kuruluşların rekabet gücünü belirleyen, işletme yönetimdeki en stratejik ve en etkili araçlardan birisidir.

Hizmet işletmelerinde üretilen hizmetlerin kalitesi üreticilerden çok o hizmeti alan tüketiciler tarafından belirlenir ve üretilen hizmet, tüketicilerin beklentilerine cevap verdiği ölçüde beğeni kazanır. Hizmet kalitesinin tanımlanmasında önemli olan bu tanımın tüketiciler tarafından yapılmasıdır.

Hizmet alanında ün yapmanın iki yolu vardır: Biri, hizmette en iyisi olmak; diğeri, hizmette en kötüsü olmak.

Hizmet kalitesi ile ilgili diğer bir husus, hizmeti veren kişi “hizmetinin çok iyi olduğunu” düşünüyor iken müşteri bundan hiç memnun kalmamış olabilir. Burada asıl olan müşterinin beklentilerini karşılamak ya da daha yüksek düzeyi tutturabilmektir.

Bir şirket hangi düzeyde hizmet sunmalıdır? İyi hizmet yeterli değildir. Hiç kimse iyi hizmetten söz etmez. Wal-Mart’ın kurucusu Sam Walton, daha yüksek bir hedef belirlemiştir: “Bizim bir şirket olarak hedefimiz, müşteri hizmetinde sadece en iyi değil, efsanevi olmaktır.” hizmet pazarlamasının üç F’si fast (hızlı), flexible (esnek), ve friendly (samimi) olmaktır.

Hizmet işletmeleri, gerek işletme kârlılığını arttırması ve uzun vadede hayatta kalmaya yardımcı olması, gerekse müşteri tatmini sağlayarak müşterilerde yeniden satın alma davranışını oluşturması gibi nedenlerden ötürü, kalitenin yararlarını ve stratejik önemini fark ederek, müşterilerin hizmet ürünü ile ilgili kalite değerlendirmelerini belirlemeye ve kaliteyi arttırmaya yarayacak ölçüm programları geliştirmeye çalışmaktadırlar¹.

Hizmet kalitesi olgusuna geniş bir bakış açısı getirip kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştiren Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e göre algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu sırasında, hizmetin performansına yönelik oluşan algılarının yönünün bir sonucudur. Müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algılarının karşılaştırılması esasına dayanan bu yaklaşıma göre, beklenen hizmet, algılanan hizmetten büyük olursa algılanan kalite tatmin edici olmaktan daha düşük olacaktır. Beklenen hizmetin, algılanan hizmete eşit olması durumunda ise algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise; beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003, s:1).

Parasuraman ve arkadaşları hizmet kalitesinin değişik pazarlar için geliştirilebilecek beş temel boyutu olduğunu öne sürmüştür. Bunlar:

- **Fiziksel özellikler (Tangibles):** Şirketin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, araç gereç ve personelin görünüşü.
- **Heveslilik (Responsiveness):** Müşterilere yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi.
- **Güvenilirlik (Reliability):** Söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği.
- **Empati (Empathy):** Şirketin kendini müşterinin yerine koyabilmesi.
- **Güven (Assurance):** Çalışanların bilgili ve nazik olması, müşteride güven duygusu uyandırabilme becerileri.

Hizmet pazarlamasında önemli sorunlardan bir diğeri ise, hizmeti rakiplerinkinden farklılaştırmanın önemli, fakat zor olmasıdır. Fiyat rekabetine karşı tek çözüm, sunulan hizmeti rakiplerinkinden farklı kılmaktır ki, bu farklılık hizmetin

¹ <http://www.pazarlamadunyasi.com.tr>, DEĞERMEN, Anıl; “Hizmet Kalitesi Ölçüm Modellerinden Servqual'ın Zayıf Olduğu İleri Sürülen Teorik ve Uygulama Yönle”, Pazarlama Dünyası Dergisi, Ekim, 2005.

kendisinde, süratle yapılmasında ve yaratılacak imajda olabilir (Mucuk, 2001, s:291). Sunulacak hizmetleri farklı kılabilmek için yaratıcı ve yenilikçi yaklaşımlar gereklidir. Ancak hizmet işletmelerinde yaratıcılık diğer işletmelere göre biraz daha sınırlı kalmakta, hatta yapılan yeniliklerin birçoğu kolaylıkla taklit edilebilmektedir.

2.6. Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları

Günümüzde hizmet alanında yaşanan yoğun rekabetten dolayı bu alanda yürütülen pazarlama faaliyetlerinin daha bilimsel bir platforma taşınması gerekmektedir. Dolayısıyla hizmet işletmeleri hizmet sunmada rakiplerine üstünlük sağlayabilmek ve de farklı hizmet pazarlayabilmek için pazarlama bileşenlerine önem vermek durumundadırlar. Geleneksel pazarlama bileşenleri ürün, fiyatlandırma, tutundurma ve dağıtımdır. Hizmet pazarlaması karması, bu dört elemana ek olarak üç elemanla birlikte toplam yedi elemandan oluşmaktadır. Dikkate alınması gereken yeni pazarlama elemanları ise şu şekildedir:

- Fiziksel Çevre
- Katılımcılar
- Süreç (İşlem Yönetimi)

Bu durumda hizmet pazarlaması karması Tablo 2.9'daki gibidir:

<u>Mamul (Product)</u>	<u>Fiyat (Price)</u>	<u>Dağıtım (Place)</u>	<u>Tanıtım (Promotion)</u>
Alan	Derece	Dağıtım kanalları	Reklam
Kalite	İndirimler	Yer	Kişisel satış
Derece	Ücretler	Ulaşılabilirlik	Satış geliştirme
Marka ismi	Komisyollar	Dağıtım	Halkla ilişkiler
Hizmet planı	Kalite /fiyat ayrımı		
<u>Katılımcılar (People)</u>	<u>Fiziksel Çevre (Physical Evidence)</u>	<u>İşlem (Process)</u>	
Personel	Mobilya	Politikalar	
Eğitim	Renk	Müşteri tatmini	
Görünüş	Plan	Aktivitenin akışı	
Müşteriler	Ses derecesi		
Davranış			

Tablo 2.9. Hizmet Pazarlaması Karması

Kaynak: Perili, 2004, s:27

2.6.1. Hizmet Ürünü

Pazarlama karması elemanlarından mal, bir ihtiyaç ve özelliği doyurma özelliği olan ve değişime konu olan bir şeydir ve fiziksel nesne olabileceği gibi hizmet ya da bir düşünce de olabilir.

Hizmetlerin stoklanamamasının yanı sıra, müşteri ve satıcının birlikte olma zorunluluğu, içerik olarak soyut bir nitelik taşıması üretim ve pazarlamasında bazı özel durumları, ortaya çıkarmaktadır. Hizmetler mamullerin tersine önce pazarlanıp, sonra üretilmek zorundadır. Eğer hizmetlerin üretildiğinde alıcıları hazır değilse ekonomik olarak kayıp olurlar.

Bir malla ilgili yeni bir özellik veya buluş, patent hakkı yoluyla belli süreler için hak sahibine avantaj sağlamaktadır. Oysaki hizmetler soyut olduğu için patent hakkı söz konusu değildir. Hizmetlerin soyut özelliği nedeniyle patent altına alınamayacağı literatürde kabul edilmekteyse de, yasal düzenlemelerin de yardımıyla gelecekte bazı alanlarda sınırlı olarak bu mümkün olabilecektir (Tarcan, 2001, s:19).

Pazarlama, malın fiziksel üretim aşamasındaki faaliyetlerden çok tüketici istek ve ihtiyaçlarıyla ilgilenerak onların nasıl bir mal ya da hizmetle tatmin olacağı konusunda ipuçları elde etmeye çalışır. Böylece üretiminin ne şekilde gerçekleştirileceği belirlenmiş olur.

2.6.2. Fiyatlandırma

Genel kabul görmüş bir kavram olarak fiyat bir değer ifadesi olarak ele alınmaktadır (Zigmund ve D'Amico, 1994, s:484). Fiyatlandırma işletmenin kârlılığında doğrudan bir etkiye sahip olmakla beraber, tüketicinin satın alma kararında da önemli bir rol üstlenmektedir.

Hizmetlerin fiyatlandırılması malların fiyatlandırılmasından çok farklıdır. Öncelikle hizmet maliyetini somut olarak ortaya koymak güçtür. Hizmetlerin dayanıksızlığı, verildiği anda değişken maliyetlerin her an değişebilir özelliği ve talebinin dalgalanması nedeniyle, fiyatlandırmanın, önceden belirlenen ölçütler dikkate alınarak hesaplanması mümkün olmamaktadır. İşletmelerin, üretecekleri hizmetler için belirledikleri birçok hizmetin fiyatı, hizmetlerin pazarlanması anında değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin: Psikologların verdiği hizmetlerin fiyatı belli tarifelere göre düzenlenmiş olsa bile, fiyat, hizmetlerin verilmesi sırasında süreye, ilgiye ve beklentilere göre değişmektedir.

Fiyat hizmetlerin değerlendirilmesinde bir kalite ölçütü olarak ele alınırken; hizmetlerin kendine özgü yapısı fiyat belirlemeyi zorlaştırmaktadır. Fiyatlama politikaları hakkında karar verirken fiyatlama seçeneklerinin kısıtlı olduğunun bilincinde olunmalıdır. Talebin göz önüne alınması belirlenecek fiyat için bir tavan oluştururken, maliyetlerin göz önüne alınması da fiyatlar için taban oluşturur.

Malların ve hizmetlerin fiyatlandırılması genellikle piyasa koşullarının belirlediği bir sistem esas alınarak yapılır. Projeci, fiyatlandırmada aşağıda sıralanan ilkeleri dikkate almalıdır (Birdal, 1986, s:73-74):

1. Fiyatlandırma için seçilecek olan sistem, işletmenin kârını maksimize etmesi amacına uygun olmalıdır.
2. Tespit edilecek fiyatlar yeni firmaların o piyasaya girmesine engel olmalı, rakiplere fiyat indirim yolu ile rekabet olanağı verilmemelidir.
3. Fiyatlar piyasada değişen koşullara uyum sağlayabilecek elastikiyete sahip olmalıdır.
4. Seçilecek fiyatlandırma sistemi, işletmenin bugünkü ve gelecekteki dağıtım kanalları ile uyumlu olmalıdır.
5. Fiyat tespit edilirken, malları tüketenlerin tepkisi de göz önünde tutulmalıdır.

Hizmetlerin fiyatlandırılmasında, çoğu zaman devletin ve mahalli kuruluşların denetimi, fiyatı rekabet aracı olmaktan çıkarmakta, serbest piyasa ekonomi koşullarından uzaklaştığı için, hizmetlerin gelişmesini engellemektedir.

Hizmet işletmeleri de müşterilerine hizmet sunarken, aynı işlemler için fiyat farklılaştırma ihtiyacı duyarlar. Bunun nedeni ise hizmeti alan toplam pazarın birbirinden farklı talep elastikiyeti olan kısmi pazarlardan oluştuğu görüşünden dolaydır. Fiyat farklılaştırmadaki amaç, pazar olanaklarından sonuna kadar yararlanmaktır. Fiyat farklılaştırma kriterleri değişik şekillerde olabilir. Bunlardan bazıları:

- Aynı hizmetin sunulduğunda yer ve zaman farklarını gözeterek
- Hizmet talebinin kapsamına ve miktarına bağlı olarak
- Müşterinin ödeme gücü ve iş ahlakına göre ayırım yapmak
- Müşterinin pazarlık gücünün derecesine göre ayırım yapmak

Malların fiyatlandırılmasıyla ilgili çeşitli fiyatlandırma stratejileri hizmetler için de geçerlidir; indirimler, farklı fiyat uygulamaları vb. gibi. Örneğin, doktorun

hastaya gitmesi ile hastanın doktora gitmesinde farklı fiyat uygulanır. Ancak, hizmetin soyutluluğu nedeniyle, mallardaki üretim maliyetine ilişkin, direkt ve indirekt işçilik ve malzeme giderleri sabit giderlerden düşen pay gibi, göstergeler yoktur. Maliyetin ve dolayısıyla fiyatın belirlenmesi daha zordur. Hizmetlerde standartlaşmanın az olması ve heterojenliğin yaygın olması da bu zorluğu arttırır.

2.6.3. Tutundurma

Pazarlamada iyi bir mamul veya hizmeti oluşturma, fiyatlama ve hedef pazara ulaşma yollarını belirleme firmaların hedefledikleri kârları elde etmeleri açısından gerekli olmakla birlikte, tek başına yeterli bir çalışma değildir. Bu durum ürün ve hizmet hakkında tüketiciyi bilgilendirmeyi yadsımaktır. Tüketiciler ürünün veya hizmetin varlığı, sağladıkları üstünlükler ve faydaları hakkında bilgilendirilmek istemekte, ürünü denemek için ikna edilmeye ve pazarda varolduğunun hatırlatılmasına ihtiyaç duymaktadırlar. Bunlar satıcının etkili bir yolla iletişimini gerekli kılmakta ve bu durum iletişim sürecinin anlaşılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Satıcı ile alıcı arasındaki bu iletişim süreci; tutundurma, satış arttırma, satış teşviki ya da yabancı bir terim olan promosyon sözcükleri ile adlandırılabilirler.

En yalın haliyle, satışı arttırıcı çabalar olarak tanımlanabilecek tutundurma, bir işletmenin başarılı olması için kaçınılmaz bir faaliyet konumundadır. Genel olarak tutundurma çalışmaları inandırıcı ve ikna edici pazarlama karması araçlarını kapsar (Çipil, 2003, s:12).

Tutundurma faaliyetleri, hizmetin satın alınmasının getireceği yararları duyurmaya yarar. Hizmet işletmeleri, rekabet avantajı elde etmek, hizmetlerini tanıtmak, satış gelirlerini arttırmak ve müşterileri cezbetmek için satış çabaları olarak bilinen tutundurma faaliyetleri yürütürler. Tutundurma karması elemanları, mamul pazarlamasında olduğu gibi değişik şekillerde sınıflandırılabilir. Ancak genel kabul görmüş dörtlü ayırma son yıllarda beşincisi de eklenmiştir (Mucuk, 2003, s:261).

- Reklâm,
- Kişisel satış,
- Satış geliştirme,
- Halkla ilişkiler ve tanıtım
- Doğrudan pazarlama

Bu elemanların hepsi tutundurma faaliyetlerinin yerine getirilmesi için duruma göre belli oranlarda kullanılır. Tutundurma faaliyetlerinin temel amacı, işletmelerin kendileri ve ürettikleri hizmetlerle ilgili mevcut ve potansiyel pazarlara bilgi vermek, hatırlatmalarda bulunmak ve bu hizmetleri satın almaları yönünde onları ikna etmektir (Karahana, 2000, s:95).

Tutundurma faaliyetlerinin hizmet işletmeleri için önem arz eden diğer bir yönü ise hizmeti, müşteri gözünde somutlaştırarak, arka plandaki faaliyetlerin görülmesine, müşteriye bilgilendirmeye ve hizmetler arasında seçim yapmaya yardımcı olmasıdır.

Tutundurmanın “inandırıcı iletişim” veya “haberleşme” olma yönü, onu diğer pazarlama faaliyetlerinden ayıran en önemli niteliğidir.

Günümüzde artık işletmeler için, tutundurma konusunda harcama yapıp yapmama değil, bu amaçla ne kadar ve hangi yollardan harcama yapılacağı önemli bir karar aşaması olarak ortaya çıkmaktadır. Tutundurmanın bu denli önemli bir karar aşaması olarak ortaya çıkmasında etkili olan başlıca faktörler şu şekilde sıralanabilir (Bıçkes ve Deniz, 2002, s:8–9):

- Üretimin kitlesel bir nitelik kazanarak, büyük boyutlara ulaşması,
- İşletmelerin geniş pazarlara açılmaları neticesinde, üretici ile tüketiciler arasındaki fiziksel mesafenin artması
- Hızlı nüfus artışları sonucunda tüketici sayısının artması
- Tüketici taleplerinin nitelik ve nicelik açısından sürekli değişmesi,
- İkame malların çoğalması ile piyasalardaki rekabetin artması
- Aracı kuruluşların artmasıyla dağıtım kanallarında görülen genişleme

Hizmet işletmeleri hizmetlerini tutundurmak için onların elle tutulabilir yararlarını öne çıkarmaya, başka bir ifadeyle onları somutlaştırmaya çalışırlar. Bir diğer alternatif ise tecrübe, güler yüz, müşteriye gösterilen ilgi gibi kendilerini rakiplerinden farklı kılacak ve müşteriye güven üstünlüklerin altını çizmektir.

III. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri ve Sınıflandırılması

3.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü bir takım özellikler taşımaktadır. Bu özellikler kısaca şöyledir (Turan, 2004, s:8–10):

3.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Olması

Hasta olsun ya da olmasın, tüm bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini alması toplum sağlığı açısından gereklidir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri sosyal devletin bir gerçeği olarak, tümüyle serbest piyasa düzeninin işleyişine bırakılmayıp, devlet tarafından sağlık hizmetlerinin sunulması sürdürülmektedir.

3.1.1.2. Sağlık Hizmetleri Tüketicisinin Bilgi Yetersizliği

Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin bilgi yetersizliği önemli bir özelliktir. Tüketicinin rasyonel davranış sergileyebilmesi için, ürün ve hizmetlerle ilgili yeterli bilgiye sahip olması gerekir. Ancak bu şekilde tüketici harcadığı para karşılığında rasyonel fayda sağlayabilir. Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısını anlayabilmek için konuyla ilgili uzmanlığa sahip olmak gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin tüketicisi ürün ve hizmetler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığından, hizmetin sağlayacağı faydayı ve kaliteyi de ölçemez. Diğer taraftan riskin büyük olması ve bu hizmetlerin alımında uzman bilgisinin gerekli olması, sağlık hizmetlerinin üretici tarafından tekelleşmesine olanak tanır.

3.1.1.3. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirsizliği

Sağlık hizmetleri talebi süreklilik göstermez. Yani talebin ne zaman ortaya çıkacağını kestirebilmek oldukça zordur. Bu durum, hem arz hem de talep edenler yönünden sorun yaratabilir. Bu nedenle özellikle talep edenlerin ortaya çıkabilecek bir hastalık için, önceden belirli bir kaynağı ayırması gerekmektedir. Piyasa koşullarındaki belirsizlik sorununu çözmek için sağlık sigortası sistemi geliştirilmiştir.

3.1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Kendine Özgü Yapısından Kaynaklanan Kâr Amacından Çok Sosyal Amaç Taşması

İnsan sağlığı parayla ölçülemez görüşünün çoğunlukta olması sonucunda sağlık hizmetleri sosyal bir amaçla sunulması kaçınılmaz olmuştur. Dolayısıyla maliyet, fayda, kârlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları, sağlık sektöründe ayrı bir anlam kazanır.

3.1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin İkamesi Olmaması

Sağlık hizmetlerinde tüketici, doktorunun önerdiği hizmeti satın almak durumundadır. Uzman doktor tarafından önerilen hizmetin ikamesi ya hiç bulunmamaktadır ya da sınırlı olmaktadır.

3.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri genel olarak üç ayrı biçimde verilmektedir.

1. Koruyucu sağlık hizmetleri
2. Tedavi edici sağlık hizmetleri
3. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri

3.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişileri hastalıktan korumak ve sağlığı geliştirmek için yapılan hizmetlerden oluşmaktadır. Bu hizmetler iki temel grupta toplanır:

1. Çevreye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri
2. Bireye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri

Çevreye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, katı ve sıvı atıkların kontrolü, çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi, besin kontrolü, hijyen koşullarında konut sağlanması, yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlanması gibi uygulamaları içermektedir.

Bireye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ise, bağışıklık kazandırmak için aşılama yapma, bireylerin uygun beslenmesini sağlama, erken tanı ve bu amaçla periyodik muayene, bireylere sağlık ve hijyen eğitimi verilmesi gibi temel uygulamaları içerir (ttb.org.tr).

3.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalığın ortaya çıkmasından sonra, hastalığın muayene ve tedavisini içeren hizmetlere, “tedavi edici sağlık hizmetleri” denir. Bu hizmetler üç basamakta ele alınır:

1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hasta tedavisinde birinci basamağı hastanın ilk başvurduğu doktor tarafından muayene ve tedavisi oluşturmaktadır. Bu basamakta yer alan hizmetler;

- İlk yardım sağlık hizmetleri
- Acil tedavi hizmetleri
- Sağlık kontrolü
- Ambulans hizmetleri
- Ayakta tanı ve tedavi hizmetleri
- Evde bakım hizmetleri
- Hasta sevk ve izleme hizmetleri

Birinci basamak tedavi hizmetleri, genellikle hastaların hastanelere gitmeden önce başvurup, gerekli görüldüğünde hastanelere gönderildikleri sağlık kuruluşları tarafından verilen hizmetleri içermektedir.

2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastalıkları birinci basamak tedavi hizmetleri ile giderilemeyen hastaların, hastanelere sevk edilmeleri sonucu, uzman doktorlar tarafından muayene ve tedavi edilmeleri ikinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır (ttb.org.tr). Bu hizmetler yataklı tedavi hizmetlerinin içermektedir.

3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastaların önemli ölçüde uzmanlık gerektiren bir tedaviye duyduğu durumlarda, üçüncü basamak sağlık hizmetleri devreye girmektedir. İleri teknoloji ile çalışan ve belirli alanlarda uzmanlık kazanmış olan ihtisas hastaneleri (onkoloji hastaneleri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri gibi), eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri (Turan, 2004, s:14) bu basamakta yer alan sağlık kurumları arasında yer almaktadır.

3.1.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesine karşın, sakatlanan ve çalışma gücünü yitiren kişilere verilen sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak adlandırılır. Tedavi hizmetlerinin son basamağını oluşturan bu

hizmetler, sakatlanan ve çalışma gücünü yitirenleri, tüketici durumundan üretici durumuna getirmeyi hedeflemektedir (Kural ve Polat, 1998, s:106).

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Dünyaya Uyumunda Çalışmalar

Sağlık hizmetleri, tarihin çeşitli evrelerinde, gerek teknolojik düzey ve gerekse hizmet sunma biçim ve anlayışı yönünden farklılıklar göstermiştir. Bu farklılık ve gelişmede, iki temel faktör rol oynamıştır. Bunlar:

1. Genelde bilimdeki birikim ve gelişim
2. Özelde sağlık bilimindeki birikim ve gelişim

(Karaibiş, 1990, s:19)

Sağlık hizmetleri, gerek bilimsel-teknolojik düzey ve anlayışı, gerekse sağlık politikası; yani hizmet sunma biçimi ve sektörün yapılanması yönünden sürekli bir değişim ve gelişim içinde olmuştur. Bu gelişim ve değişimde, bilimdeki gelişim ve birikimle birlikte (bilimsel dinamik), toplumların içinde bulunduğu üretim ilişkileri ve düzeyi (toplumsal dinamik) belirleyici olmuştur. Bilimsel gelişimin sağlık hizmetlerine yansımaları açısından sağlık hizmetleri başlıca dört anlayıştan /dönemden geçmiştir (Akdur, 2003, s:2-4).

- **Mistik Anlayış/Dönem:** Bilimin varlığından bile söz edilmeyen ilk çağlarda, her türlü iyilik ve kötülük durumu birtakım doğüstü güçlere ve olaylara dayandırılmakta idi. Örneğin; “Birinin hastalanması durumu” kişinin iyi ya da kötü mistik güçleri kızdırdığı ve bundan ötürü de cezalandırıldığı şeklinde algılanıyordu. Bunun bir sonucu olarak, birtakım içgüdüsel davranışlar dışındaki, her türlü sağlık işlemlerinin esasını; doğüstü güçlere tapınma, adak sunma, kötü ruhları kovma ve benzeri mistik eylemler oluşturmuştur. Bu dönemde bu amaçla ameliyatlar bile yapılmıştır. Bu anlayış ve uygulamaların kalıntıları, günümüzde de varlığını sürdürmektedir.
- **Polifarmasi Anlayışı/Dönemi:** Mistik uygulamalar sürüp giderken, günlük yaşamdaki rastlantılar sonucunda, bazı bitkilerin, gıdaların veya maddelerin birtakım sıkıntılara iyi geldiği gözlenmiştir. Bu gözlemler, zamanla uygulama ve denemelerle zenginleştirilmiş ve pekiştirilmiştir. Böylece acı ve sıkıntılarının bazı maddeleri kullanarak giderilmesi veya hafifletilmesi uygulamalarına başlanmıştır. Giderek, birçok hastalıkta, bugünkü anlamda olmasa bile, ilaç diyebileceğimiz çeşitli maddeler

kullanılır hale gelmiştir. Ancak, bu uygulamalarda, madde ve hastalık ayırımı söz konusu olmamıştır. Yani, aynı hastalıkta çok çeşitli maddenin veya aynı maddenin değişik hastalıklarda kullanımı söz konusudur.

- **Etiyolojik Tedavi Anlayışı/Dönemi:** Ondokuzuncu yüzyılın ikinci yarısından sonra, bilimdeki gelişmenin büyük ivme kazanmasına koşut olarak, tıp alanında da büyük gelişmeler sağlanmış ve hemen her hastalığın etkeni veya oluş nedeniyle bunu tedavi edecek ilaç ya da tıbbi girişim bulunmuştur. Böylece, sağlık hizmetlerine her hastalık için ayrı, etkene ve oluş neden veya nedenlerine (etiyojolojiye) yönelik tedavinin uygulandığı bir anlayış hakim olmuştur.

Bahsedilen her üç dönemde de, hastalanan kişinin ailesiyle, toplumuyla ve çevresiyle bütünleşmiş bir varlık olduğu kavranamamış, kişiye yalnızca bir hastalık tablosu gözüyle bakılmıştır. Bunun bir sonucu olarak da hastalık durumu kişisel bir olgu ve sorumluluk olarak algılanmıştır.

- **Çağdaş Anlayış/Dönem:** Zamanın ilerlemesi ile birçok hastalığın etkeninin bulunmasına karşın, kanserler, kalp ve damar hastalıkları gibi bazı hastalıklarda belli bir etken saptanamamıştır. Daha sonra bu tür hastalıkların doğrudan belli bir etken ile ilişkili olmadığı, çevredeki birçok faktörün etkisi sonucunda oluştuğu anlaşılmıştır. Bu ve benzeri gözlemler hastalıkların oluşmasının yalnızca insan ve etken ilişkisine indirgenemeyeceği ya da yalnızca etkenin varlığı ile açıklanamayacağı, hastalıkların oluşması konusunun daha ayrıntılı bir biçimde incelenmesi gerektiği düşüncesini doğurmuştur.

Geleneksel anlayışa göre, sağlık ve sağlık hizmetleri, yalnızca bir sağlık sektörü, özde ise bir hekim iş ve sorumluluğu olarak algılanmıştır. Oysa gerek kişilerin ve gerekse toplumun sağlıklı kılınabilmesi sadece sağlık hizmetleri ile değil, daha birçok sektörün hizmeti ile mümkün olabilmektedir. Aynı şekilde, günümüzdeki sağlık hizmetleri geçmişte olduğu gibi yalnızca bir hekim hizmeti değil, tüm sağlık personelinin birlikte ve ekip halinde kotardığı bir hizmettir.

Çağdaş sağlık hizmeti anlayışı, sağlık ve sağlık hizmetlerine, birtakım bilimsel ilkeler dizini ve bütünü içinde yaklaşan bir anlayıştır. Bu ilkelerin bazıları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Kişinin yaşamı bir bütündür, sağlıklı ve hastalıklı dönemler diye birbirinden ayıramaz. Kişinin hastalığı, sağlıklı dönem diye bilinen dönemdeki birikimlerin sonucudur,
- Sağlık hizmeti, hastadan çok sağlama götürülen bir hizmettir ve koruma tedaviden daha önemlidir,
- Kişi ve çevresi (fizik, biyolojik, sosyal) bir bütündür ve birbirinden soyutlanamaz. Kişinin sağlığı, çevrenin özellikle de sosyal çevrenin bir işlevidir (fonksiyonudur),
- Bir toplumda en sık görülen hastalık en önemli hastalıktır,
- Hastalık yalnızca kişiyi ilgilendirmez, ailesinden başlayarak tüm toplumu etkiler ve ilgilendirir,
- Sağlık hizmeti, birçok sektörün hizmetinden etkilenen, bir ekip hizmetidir.

Günümüz toplumlarının sağlık kültürü ve anlayışında, dolayısı ile de sağlık hizmetlerinin günlük uygulamalarında, yukarıda özetlenen, anlayış veya dönemlerin hepsinin izlerine rastlanmaktadır. Bir toplumda, bu uygulamaların sağlık hizmetleri içindeki sıklığını ya da payını ise toplumsal dinamik belirlemektedir.

Sağlık hizmetlerinde planlamaya 1960 yılından sonra geçilmiştir. Sağlık hizmetlerini 5 dönem halinde inceleyebiliriz (Sözen, 2003, s:78):

1. Milli Mücadele Dönemi (1920-1923)
2. Dr. Refik Saydam Dönemi (1923-1946)
3. Dr. Behçet Uz Dönemi (1946-1960)
4. Sosyalizasyon Dönemi (1960-2000)
5. 2000 sonrası Dönem

Cumhuriyetten önce ülkemizde, özel sağlık hizmetlerinden zengin olanlar faydalanırken, yoksullar hayır kuruluşları aracılığı ile sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı bulabilmiştir. 23 Nisan 1920 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kurulmasından sonra, sağlık hizmetleri devletin görevleri arasında sayılmaya başlamıştır. 3 Mayıs 1920'de kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın bakanlık görevini ilk olarak Dr. Adnan Adıvar üstlenmiştir. Sağlığa ilişkin düzenli kayıtların bulunmadığı bu dönemde Bakanlık, sağlıkla ilgili yasalar geliştirmek, cepheden gelen yaralıların tedavisini sağlamak ve iç ve dış göçmenlerin yerleştirme işlemlerini gerçekleştirmekle uğraşmıştır.

Cumhuriyetin ilan edildiği 1923 yılından sonra Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam olmuştur. 1928 yılında dönemin en önemli gelişmesi sayılan “Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü” kurulmuştur. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı “Hıfzısıhha Yasası” Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın ülke genelinde görev ve yetkilerini belirlemiştir. Hükümetin sağlık ile ilgili ilke ve politikalarını şunlar oluşturmuştur:

İlkeler: Koruyucu hizmetlere öncelik vermek, önemli hastalıklarla mücadele etmek

Politikalar: İnsan gücü politikaları, örgütlenme politikaları

1945 yılında “Olağanüstü Sıtma Savaş Yasası” çıkarılmış, yine 1945 yılında çıkarılan 4792 sayılı “İşçi Sigortaları Kurumu Yasası” ile, 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu adını alacak olan, sosyal güvenlik kuruluşunun temelleri atılmıştır. 1946 yılı sonrası Dr. Behçet Uz döneminde de yataklı tedavi hizmetleri gelişmiştir.

1950’li yıllarda, batı tipi demokrasiye geçiş ile birlikte, diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi, ulusal sağlık politika ve stratejilerinde de temel değişiklikler olmuştur.

1960 ihtilalinden sonra sektörler arası bir yapı olan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuştur. DPT’nin koordinasyonu ile sağlık da dahil olmak üzere, tüm sektörler yeniden düzenlenmiş ve planlı kalkınma dönemine geçilmiştir.

1971 yılında 1479 sayılı Yasa ile Esnaf ve Sanatkârlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu (Bağ-Kur) kurulmuştur. 1982 Anayasası’nın 60. maddesi “herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini” ifade etmektedir. 1987 yılında ise, temel amacı sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları düzenlemek olan 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Yasası” yürürlüğe girmiştir. Ancak günümüze kadar bu yasanın yaşama geçirilmesini sağlayacak gerekli düzenlemeler yapılmamıştır.

1990 yılında DPT tarafından sağlık sektörü master planı hazırlanmıştır. Bu plan doğrultusunda 1992’de I. Ulusal Sağlık Kongresi toplanmıştır. 1993 yılında sosyal güvenceye sahip olmayan bireyleri kapsayan Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir.

2000 sonrası dönemde ise, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yönünde çalışmalar hız kazanmış, birçok kalkınma planları hazırlanmış ve sağlıkta dönüşüm programları başlatılmıştır. Aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve hastanelerin özerkliği çok yoğun olarak tartışma konusu olmuştur. Günümüzde de sağlık ile ilgili düzenlemeler sürekli ve dinamik bir yapı içinde devam etmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunun üç ana hedefi vardır:

1. Herkese gerekli ve uygun sağlık hizmetini sunmak (ulaşılabilirlik)
2. İsrافی önlemek ve ihtiyaç duyulan hizmeti verimli bir şekilde sunmak (maliyet)
3. Verilen hizmetin her düzeyde kalitesini iyileştirmek ve farklılıkları azaltmak (kalite)

Bu hedeflere ulaşabilmek için öncelikli alanların seçilmesi (Tablo 3.1) ve sunulan hizmetin hangi konularda iyileştirilmesi gerektiğinin belirtilmesi gerekir.

Etkileyenler	Amaç ve Hedefler
Hasta ve toplum	Güvenli etkili hasta odaklı, zamanında, verimli, eşit sağlık hizmeti
Mikro-sistem	Bilgiye dayalı, hastaya uyarlanmış, koordine sağlık hizmeti sunumu
Organizasyon	İnsan kaynakları, enformasyon teknolojisi, finans kaynakları ve liderlik sorunları çözülmüş sağlık hizmeti
Çevre	Yeterli finans kaynaklı, yasa ve kurullarla belirlenmiş, uygun eğitim programlı ve akredite sağlık hizmeti

Tablo 3.1. Sağlık Hizmetinde Öncelikli Alanlar

Kaynak: Akalın, 2005, s:20

3.3. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Sisteme Katkıları

Ekonomik gelişme ile sağlık hizmetleri arasında çift yönlü işleyen kümülatif nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin gelişimi de ekonomik gelişimi hızlandırmaktadır. Nitekim sağlık hizmetlerinin ekonomik faaliyetlere olan katkıları; hastalıkların neden olduğu erken ölümlerin azaltılması, sakatlık veya hastalık durumlarının azalması, çalışma gücünü düşüren halsizlik gibi durumların azalması şeklinde ortaya çıkmaktadır.

15.05.1987 tarihli, 19461 sayılı, “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” nun 5. maddesine göre;

Sağlık işletmesinin gelirleri şunlardır:

- Sağlık hizmetleri karşılığında elde edilen gelirler,
- Bağış ve yardımlar,
- Bu şekilde kurumlaştırılan sağlık işletmelerine gerek görüldüğünde yapılacak devlet desteğinin yanında, kuruluşun bağlı olduğu bakanlığın veya kurumun her yıl bütçesine koyduğu personel ve yatırım ödeneği,
- Diğer gelirler.

Sağlık işletmesinin giderleri şunlardır:

- Sözleşmeli personel ücreti,
- Kurum dışından satın alınacak her türlü sağlık ve laboratuvar hizmeti için sözleşmeli personel ve hizmet ücreti,
- Sağlık kuruluşunun tevsii, modernizasyonu, her türlü cihaz ve malzeme tedariki, kurum cihazlarının bakım ve onarımı ile personelin yurt içi ve yurtdışı eğitimi ve araştırma için gerekli harcamalar.

Sağlık işletmesinin işletilmesi ile ilgili diğer harcamalar:

Sağlık İşletmeleri;

- Kurumlar Vergisi’nden,
- Yapılacak bağış ve yardımlar sebebiyle Veraset ve İntikal Vergisi’nden,
- Yapacakları her türlü muameleler dolayısıyla Damga Vergisi’nden, muaftır.

Sağlık işletmelerine yapılacak bağış ve yardımlar her türlü vergi, resim ve harçtan muaftır. Bu bağış ve yardımlar Kurumlar ve Gelir Vergisi matrahından indirilebilir².

Sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin üretildiği piyasada oligopolistik bir yapı hakimdir. Bu piyasanın tamamına yakını ekonomik olarak gelişmiş ülkeler tarafından kontrol edilmektedir. Esasen bu durum ülkelerin gelişmişlik düzeyinin kaçınılmaz bir sonucudur. Çünkü sağlık teknolojisi uzun vadeli bir çalışma, nitelikli işgücü, çok büyük yatırımlar ve araştırma geliştirme harcamaları gerektiren bir alandır. Gelişmiş ülkeler, yeni teknoloji yaratılması ve/veya mevcut teknolojinin geliştirilmesi amacına yönelik olarak çok büyük kaynaklar ayırmaktadırlar. Öte yandan sağlık teknolojisi çok büyük yatırım gerektirdiği için yeni firmaların da çok yüksek sabit maliyetler

² (<http://www.istabip.org.tr/yasa/temel.html>)

dolayısıyla bu sektöre girmeleri çok kolay değildir. Bunun doğal sonucunda sağlık teknolojisi piyasasında tam bir rekabet ortamı söz konusu olamamaktadır.

Şekil 3.1’de görüleceği gibi, ekonomik gelişme açısından ele alındığında sağlık hizmetlerinin daha çok toplumsal boyutu öne çıkmaktadır. Her ne kadar, tedavi edici sağlık hizmetlerinin toplumsal etkilerinde söz edilebilse de, burada esas olarak koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkmaktadır. Bunda amaç toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesidir.

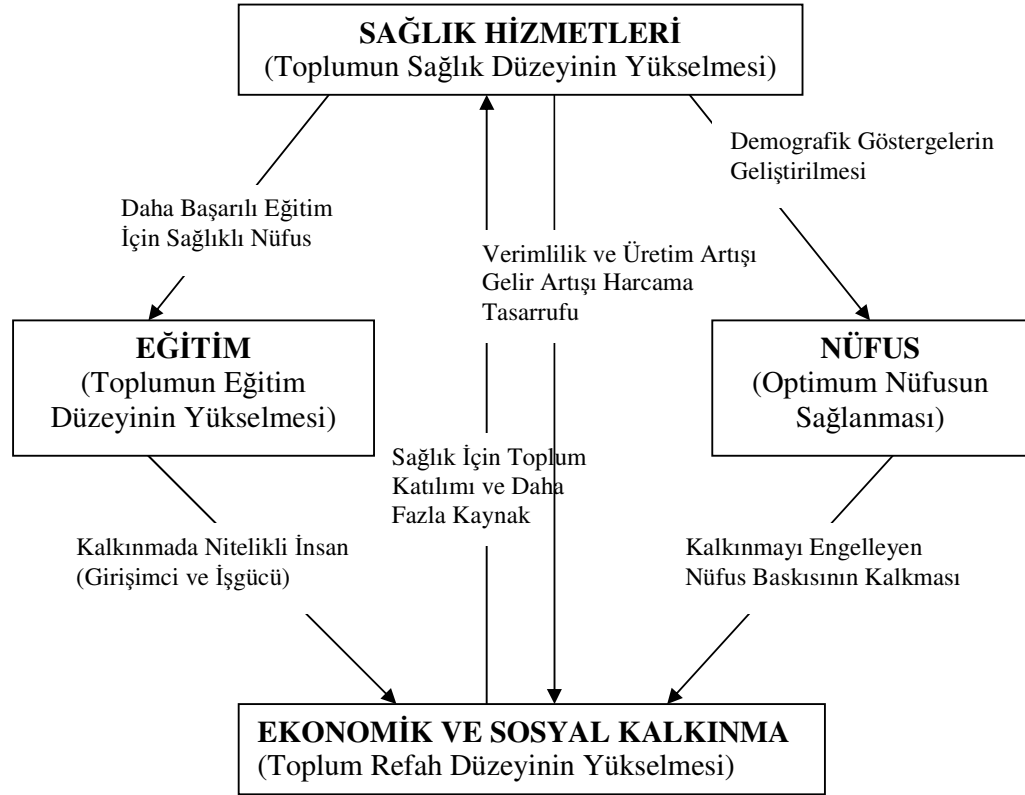
Toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi sağlanabildiğinde ortaya parasal yararlar da çıkacaktır. Söz konusu parasal yararlar Tablo 3.2’de özetlenmiştir.

FAYDANIN TANIMI	EKONOMİK ETKİSİ	FAYDANIN TÜRÜ
Hastalıkların neden olduğu erken ölümlerin azaltılması	Adam-saat olarak mutlak artış	Adam-saat arzının miktar olarak artışı
Sakatlık veya hastalık durumlarının azalması	Adam-saat olarak göreceli artış	
Çalışma gücünü düşüren halsizlik gibi durumların azalması	Adam-saat başına üretken kapasitenin artışı	Adam-saat başına ürünün kalite açısından artışı

Tablo 3.2. Toplumun Sağlık Statüsünü Yükselten Yatırımların Sağladığı Parasal Yararlar

Kaynak: Mazgit, 2002, (bilgiyonetimi.org)

Söz konusu faydalar ürün miktarının artışı ve/veya kalitesinin iyileşmesi şeklinde sonuçlar sağlamaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin amaçlara uygun bir şekilde sunulması durumunda doğrudan ekonomik katkılar gerçekleşmektedir.



Şekil 3.1. Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması

Kaynak: Mazgit, 1998, s:109

Sağlık ekonomisinin gelişiminde önemli rol oynayan unsurların başında sağlık sektörünün giderek daha fazla kaynak kullanılan bir sektör olması gelmektedir. Bu olgunun değişik nedenleri vardır. Bunların başlıcaları şöyle sıralanabilir:

Sağlık bilincinin yükselmesine bağlı olarak sağlık hizmeti talebinin artması,

- Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucu toplumların yaşlanması,
- Tıp ve sağlık bilimleri alanında kullanılan teknolojinin gelişmesi ve giderek daha pahalılaşması,
- Bulaşıcı hastalıkların azalması, yerine uzun seyirli kronik hastalıkların artması.

Ekonomik gelişme ile sağlık hizmetleri arasındaki bu karşılıklı ilişkiler, bilgi toplumu çerçevesinde önceki toplum yapılarından daha kapsamlı ve daha farklı bir düzeyde gündeme gelen insan merkezli yaklaşımlar da giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

3.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Anlayışı

12.01.1961/10705 tarihli 224 no’lu Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki Yasa’nın 2. maddesinde sağlık hizmetleri şu şekilde tanımlanmaktadır: “Sağlık hizmetleri: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir”³.

Türkiye’de sağlık sektörünün bugünü, İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nde ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nda sağlık politikası; “ırk, din, politik inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın, herkesin olabilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanma hakkı” olarak ve sağlık ise; “yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” şeklinde tanımlanmıştır.

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilitasyon yapmak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltebilmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “**sağlık hizmetleri**” denilmektedir⁴.

Türkiye’de sağlık sektörü, çok merkezli bir yönetim ve yapılanmaya sahip olmakla birlikte, sektörde daha çok kamu kuruluşları faaliyet göstermekte ve bunun içinde hizmet sunma ve hizmeti finanse etmede en büyük payı Sağlık Bakanlığı almakta, bunu SSK Genel Müdürlüğü, Milli Savunma Bakanlığı takip etmektedir. Bu yapılanma aşırı derecede merkeziyetçi ve katı bir yönetim tarzını da beraberinde getirmekte, kurumlar arası koordinasyonun sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Sağlık sektöründeki bu koordinasyonsuzluk hizmet boşluğu da yaratmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın bazı istisnalar dışında tüm kamu kurum ve kuruluşlarının hastanelerini kendi çatısı altında toplaması olumlu bir adım olarak değerlendirilmektedir.

Sektörde hizmet sunumu ve finansmanında ilk sırayı %80’lik payla Sağlık Bakanlığı almaktadır. Bakanlığın bütçesi, sektörde en önemli payı alması nedeniyle, devletin sağlık sektörüne verdiği önemin bir göstergesi olması açısından anlamlıdır.

³ <http://www.ttb.org.tr/mevzuat>, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun”, (Erişim 03.Temmuz, 2006).

⁴ <http://www.saglicakla.net>, ŞİMŞEK Lütfü, “Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Türk Sağlık Sektörünün Bugünü”, Özel Selçuklu Hastanesi, Sağlıkla E- Dergisi, Yıl.1, Sayı: 8, Konya, Eylül-Ekim, 2005.

Sağlık kuruluşları çok hizmetli işletmelerdir. Teşhis ve tedavi birbirini tamamlayan çok sayıda hizmetin birlikte sunumunu gerektirir.

Küreselleşmenin diğer sektörler üzerinde etkisi olduğu gibi, özellikle eğitim ve sağlık sektörleri üzerinde de Türkiye’de farklı yansımalar olmuştur. 1980’li yıllara gelinceye kadar Türk sağlık sektörünün temel yapısı devletçilik olarak biçimlenmiştir. 1980’li yıllarda, küresel bir değişim hareketinin başlangıcı olarak sayılabilecek “özelleştirme” rüzgârından, Türkiye’nin de diğer birçok ülke gibi etkilenmesi sadece ekonomik sektörle sınırlı kalmamış yanı sıra sosyal sektörlerde de bu etkileşim gerçekleşmiştir. Bunlardan bir tanesi de sağlık sektörüdür. Türk sağlık sektöründeki reform hareketinin başlangıcı 1980’li yılların sonuna rastlamaktaysa da, bu hareketin başlangıç noktası 24 Ocak 1980 kararlarıyla başlayan hızlı liberalleşme politikalarına dayanmaktadır. 1987 yılına kadar sağlık politikaları ve örgütlenmesinde önemli bir değişiklik olmamış ancak sağlık sektöründeki sorunlar hızla büyümüştür. 1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmeti Temel Kanunu kabul edilmiştir. Türk sağlık sektöründe dünyadaki gelişmelere paralel reform hareketleri başlatılmış ve sağlık hizmetlerine temel bakış açısında önemli değişiklikler meydana gelmiştir (Kerman, 2004, s: 3).

15.05.1987 tarihli, 19461 sayılı, “**Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**” (Kanun no:3359)’nun amacı, sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemektir. Bu kanunun 3. maddesinde yer alan **sağlık hizmetleriyle ilgili temel esaslar şunlardır**⁵:

a) Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.

b) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, ilgili bakanlığın muvafakatini alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.

c) Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının

⁵ <http://www.ttb.org>

kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili bakanlığın görüşü alınarak yapılır. Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca onaylanır. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca tespit ve ilan edilir.

d) Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakalar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar.

e) Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesi sağlanır.

f) Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur.

g) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı; sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam planlaması yapar, ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet öncesi eğitim programları için Yüksek Öğretim Kurulu ile koordinasyonu sağlar. Serbest ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitim yaptırır. Bunu sağlamak amacıyla üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının imkânlarından da yararlanır. Hizmet içi eğitim programının ne şekilde ve hangi sürelerle yapılacağı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca çıkartılacak yönetmelikle tespit edilir.

h) (Anayasa Mahkemesi'nin 19 Nisan 1988 tarih ve E.1987/16, K.1988/8 sayılı kararı ile iptal edilmekle hükmü kalmamıştır)

i) Sağlık hizmetlerinin yurt çapında istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla; bakanlıklar seviyesinden en uçtaki hizmet birimine kadar kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılır. Sağlık kurum ve kuruluşları coğrafik ve fonksiyonel hizmet alanları, verecekleri hizmetler, yönetim, hizmet ilişkisi ve bağlantıları gibi konularda tespit edilen esaslara uymak ve verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler. Çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşviki sağlanır.

j) Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takipleri bütün kamu

kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir.

k) Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope mamulleri, kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketiminin, amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psikik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontrolüne, murakabesine ve bunların yurt içinde ve yurt dışında ücret karşılığı kalite kontrollerini yaptırmaya, özel mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlerini yürütmeye Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilidir.

Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmamış ilaç ve terkiplerin üretimi, ithali, satışı ile ruhsat veya izin alınmış dahi olsa ilaç ve terkiplerin bilimsel araştırma amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve ilgili kişinin rızası olmadan insan üzerinde kullanımı yasaktır.

l) (Ek: 30/5/1997 - KHK - 572/24 md.) Özürlü çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılır. Yeni doğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçirilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirler alınır.

m) (Yeni: 5378 sa. Kanun R.G.: 7.7.2005/25868) Rehabilite edici tıbbi hizmetlerde kullanılan yardımcı araç ve gereçleri üretmek amacıyla, kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişiler tarafından kurulacak kuruluşların açılış iznini vermeye Sağlık Bakanlığı yetkilidir. Bu kurum ve kuruluşların açılış izninin verilmesine, üretim ve personel standardına, işleyiş ve denetimi ile daha önce açılmış olan kurum ve kuruluşların durumlarına ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Sağlık hizmeti adına yapılan işlerin herhangi bir sağlık sorununu önlemek, herhangi bir sorunu ya da hastalığı tespit etmek, teşhis etmek, tedavi etmek veya bu konulardaki uygulamaları geliştirmek yönünde bir faaliyet olması gerekmektedir. Bu nedenle kamu hastanelerinin bir sağlık işletmesine dönüştürülmesi düşüncesi, esas olan işletmecilik anlayışı ve ilkeleri belirlenmeden kabul edilemez görülmektedir. Asıl amaç, insanları mümkün olduğunca sağlıklı kılmak ve hastalık halinde olabildiğince hızla teşhis ve tedavi etmektir. Sağlık hizmetlerinde zamanın bir girdi

unsuru olduğu gözönünde tutularak teşhis, tedavi ve iyileşme süreleri öncelikli olmakla beraber, yapılan tüm işlemler ve girişimler hızlandırılmalıdır (Seçim, 1995, s:168–169).

3.5. Dünya Sağlık Hizmetlerinde Türkiye'nin Durumu

Sağlık evrenseldir ve insan hakkıdır. Sağlık hizmeti öncelikle sağlam insana götürülen bir hizmettir. 21. yüzyıl'da sağlık alanında hedeflenen en önemli konu; yalnızca daha uzun bir yaşam değil yaşam kalitesinin de yükseltilmesidir.

Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö.) 21. yüzyıl Avrupa Bölgesi Hedefleri'nde, sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve sonuçlarının değerlendirilmesinde, toplumun her kesimine, yoksunlukları ve ihtiyaçları dikkate alan bir eşitlik anlayışı ve her düzeyde katılım ve dayanışma sağlanması ilkeleriyle hareket edilmesi gereği vurgulanmaktadır⁶.

Sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili 1996 tarihli Lubljana Sözleşmesi'nde, sağlık hizmet sunumu sistemleri ile ilgili gereklilikler olarak şunlar sıralanmıştır:

- İnsan onuru, eşitlik, dayanışma ve mesleki etik ilkelerle yönlendirilmesi,
- Sağlığın geliştirilmesi yönünde açık hedefler konması,
- Yurttaşların ihtiyaçlarına yanıt vermesi,
- Bakımın niteliğinde sürekli gelişimin amaçlanması,
- Finansmanın, vatandaşlara tüm sağlık hizmetlerinin ulaşabilmesine olanak yaratmasının yanı sıra, sürdürülebilir nitelikte olmasının güvenceye alınması,
- Birinci basamak yönelimli olması

D.S.Ö.'nün 21. yüzyılın sağlık hedeflerinin tanımlanması çalışmasının temel metni olan "Health-21" adlı belgedeki önemli vurgulardan biri, birinci basamak sağlık hizmetleri ile hastane hizmetlerinin entegre edilmesi konusundadır. Giderek karmaşıklaşan ve uygun olmayan bir tüketim ortamı koşullarına kapılarak toplum kesimleri için ekonomik olarak karşılanabilir nitelikte olmaktan uzaklaşan, toplumlara olumsuz sağlık etkilerinin yanı sıra ağır ekonomik yükler de getiren yaklaşımların terk edilmesi yönünde, evrensel düzeyde yoğun bir çaba bulunmaktadır.

⁶ DPT; Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, "Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu", Ankara, 2001, s:29

Dünyanın en gelişmiş ülkelerinden olan G7⁷ ülkelerindeki sağlıkla ilgili bazı göstergeleri Tablo 3.3’de gösterilmiştir.

Ülkeler	Ortalama Yaşam Beklentisi	Bebek Ölüm Oranı (%)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (USD)	GSMH’ dan Sağlık Harcamalarına Ayrılan Miktar	Devlet Bütçesinden Sağlık Harcamalarına Ayrılan Miktar (%)	Sağlık Harcamasında Devlet’in Payı (%)	Sağlık Harcamasında Özel Sektör’ün Payı (%)
Avustralya	80.0	5.6	1,741	9.2	16.8	67.9	32.1
Kanada	79.3	5.6	2,163	9.5	16.2	70.8	29.2
Fransa	79.3	5.7	2,109	9.6	13.7	76.0	24.0
Almanya	78.2	5.2	2,412	10.8	16.6	74.9	25.1
Japonya	81.4	4.1	2,627	8.0	16.4	77.9	22.1
UK	77.5	5.9	1,835	7.6	15.4	82.2	17.8
USA	77.0	6.4	4,887	13.9	17.6	44.4	55.6

Tablo 3.3. G7 Ülkelerinde Sağlıkla İlgili Bazı Göstergeler

Kaynak: www.en.wikipedia.org⁸

Öte yandan, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Sağlıkta Yeniden Yapılanmada Ortak Kriterler Geliştirilmesi” amaçlı, 17–21 Haziran 1996’da Slovenya’da yapılan toplantıda, katılımcıları içinde ülkemizin de olduğu tüm Avrupa Bölgesi’ne üye ülkeler, sağlık hizmetlerinin;

- İnsana saygı,
- Sağlık kazanımları,
- Eşitlik/hakkaniyet gibi değerlere yönelmesi gerektiğini,
- Sağlığı hedefleyerek,
- İnsan merkezli, kaliteye odaklı,
- Gerçekçi bir finansmana dayanmasını ve
- Temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olmasını, öngören bir “deklarasyonu” kabul etmişlerdir.

⁷ Sanayileşmiş zengin ülkelerin oluşturduğu grup; ABD, Japonya, Almanya, İngiltere, Fransa, İtalya, Kanada. 1975’ten beri yıllık ekonomi zirveleri düzenlemektedirler. Son zamanlarda Rusya’nın da katılımıyla G8 olarak anılmaktadır.

⁸ Kaynak: <http://www.en.wikipedia.org>, “Canadian Health Care In Comparison”, Health Care In Canada - Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2006’da Gözden Geçirilmiştir (Erişim 04 Temmuz, 2006).

Sağlık harcamalarına en fazla payı ayıran Amerika Birleşik Devletleri'nde 2003 yılında toplam sağlık harcaması 1,7 trilyon Dolar, kişi başına düşen sağlık harcaması ise 5670 Dolar olarak saptanmıştır. Bu harcama ülkenin Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla'sının (GSYİH) %13,3'üne eşittir (Akalin, 2005, s:19)

Türkiye'de sağlık harcamalarının OECD sistematiğine uygun olarak analiz edildiği Ulusal Sağlık Hesapları çalışmasına göre, ülkemizin 2000 yılında, GSYİH'sının %6,6'sını sağlık hizmetlerine ayırdığı görülmektedir. Bu oran gelişmiş ülkelerde çok daha yüksektir. Karşılaştırılabilir rakamlar esas alındığında, 2000 yılında kişi başına sağlık harcaması Türkiye'de 196 Dolar, OECD Ülkeleri'nde ortalama olarak 1680 Dolar'dır. Tablo 3.4'de bazı OECD ülkelerine ait sağlık harcamaları gösterilmektedir.

ÜLKELER	SAĞLIK HARCAMALARI		SağlıkHarcamalarını GSMH' deki Oranı (%)
	GSMH'da kamunun payı (%)	Özel harcamalar (%)	
KANADA	70,1	29,9	9,4
FRANSA	75,9	24,1	9,4
ALMANYA	78,6	21,4	10,8
YUNANİSTAN	53,1	46,9	9,4
İTALYA	76,0	24,0	8,3
JAPONYA	81,7	18,3	7,8
MEKSİKA	44,8	55,2	6,0
PORTEKİZ	70,6	29,4	9,3
İSPANYA	71,3	28,7	7,5
TÜRKİYE	62,9	37,1	6,6
İNGİLTERE	83,0	17,0	7,5
ABD	44,9	55,1	13,7

Tablo 3.4. Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde 2001 Yılı Sağlık Harcamaları

Kaynak: OECD Health Data 2004

Ülkemizde kamu sağlık harcamalarına bakıldığında ise üç sosyal güvenlik kurumu arasında belirgin farklılıklar görülmektedir (Tablo 3.5).

	Kişi Sayısı	Harcama (Milyar TL)	Harcama (Bin \$)	Kişi Başına Harcama (TL.)	Kişi Başına Harcama (\$)
Kamu Kesimi (Memur + Emekli)	9.283.596	4.527.259	3.373.265	487.662.216	363
SSK	27.795.128	6.405.528	4.772.765	230.455.064	172
Bağ-Kur	9.780.672	3.660.100	2.727.144	374.217.641	279

Dolar Kuru 1.342.100-TL. alınmıştır.

Tablo 3.5. Sağlık Harcamaları

Kaynak: www.emekli.gov.tr

Sağlık hizmetleri sadece Türkiye’de değil en zengin ülkelerde bile iflas etme tehlikesiyle karşı karşıya kalmış durumdadır. OECD ülkelerinde GSYH’den sağlığa ayrılan pay, son 5 yılda %7,8’den %8,5’e yükseldiği halde hasta şikâyetleri azalmak bir yana, bugüne dek görülmemiş ölçüde artmıştır. Amerika’da sağlık harcamalarının GSYH’daki payı %14’tür. Bu oran OECD ortalamasının %140 üzerindedir; buna rağmen şikâyetler gittikçe artmıştır.

Sağlık sektöründeki tıkanıklık, Dünya Ekonomik Forumu’nun Davos’taki toplantılarında en önemli gündem maddesini oluşturmuştur.

Dünyada cebinde parası olan için de, olmayan için de en iyi sağlık sistemine sahip Fransa ve Kanada Sağlık Bakanları dahil Davos’ta herkesin görüş birliği içinde olduğu şu 2 temel nokta vurgulanmıştır.

1) Şeffaflıktan uzak

- Sağlık sektörü, dünyanın her yerinde şeffaflıktan hâlâ çok uzaktır.
- Sağlık sektörü, diğer tüm sektörlerden farklıdır ve hiçbir zaman tümüyle piyasaya bırakılamaz. Fransa Sağlık Bakanı’nın altını çizdiği gibi “Yoksullar da dahil, tüm vatandaşların sağlık hizmeti alma hakları vardır. Bu yüzden de sağlık sektörü, en liberal ekonomide bile devletin ağırlığının sürmesi gereken belki de yegâne sektördür.”

2) Performans ölçümü yok

Zengin ülkelerde yaşlanan nüfus ve yaşlılar için yapılan sağlık harcamalarının önlenemez yükselişi, soruna neşter vurulmasını zorunlu kılıyor. Harvard Business School’dan rekabet uzmanı Prof. Dr. Michael Porter’in de dikkat çektiği gibi “Sağlık

sektöründe hâlâ 100 yıl öncesinin arkaik yapısı hüküm sürüyor. Diğer tüm sektörlerin aksine sağlıkta verimlilik ve performans değerlendirmesi gibi ölçümlerlerin hiçbiri yapılmıyor. Sektörün, kapalı kapılar ardında doktorlarla ilaç şirketlerinin iki dudağı arasında, her türlü rekabetten uzak yapısı mutlaka kırılmalı”⁹.

Üçüncü bin yıla girilen dünyamızda tüm ülkeler, değişen şartlara uyum gösterebilmek ve vatandaşlarına imkânları oranında en iyiyi sağlayabilmek için, sağlığa ayırdığı kaynaklar ne olursa olsun maliyet etkili-kaliteli ve hakkaniyetli yeni bir sağlık sistemi kurmaya yönelik olarak, sağlık sistemlerini gözden geçirmektedirler.

Bu gözden geçirme çalışmasında dünyanın ortak ilkeleri;

- Hizmetin nüfusun tamamını kapsamaması,
- Hizmet sunumunda çeşitlilik ve dolayısıyla hizmette yarış,
- Tanımlanmış nüfus gruplarına ihtiyaçları oranında düzenli sürekli ve kontrollü hizmet,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu kontrolü,
- Maliyet etkililik,
- Harcanan değer olma,
- Hizmeti alanların hizmetin yönetimine katılımı, şeklinde özetlenebilir.

Ülkemizde ise, merkezi yönetim esasına dayanan idari yapılanması, 1920 ve 1930'lu yılların koşullarında belirlenmiş ve bu dönemde devletin temel sorumluluk alanları arasında kabul edilen eğitim ve adalet gibi, sağlık sektöründe de, idari yapılanmaya uygun bir organizasyon modeli oluşturulmuştur. Böylece, sağlık hizmetlerinin tamamen merkeziyetçi bir kamu görevi olarak verilmesi anlayışı; hem devleti sağlık hizmetlerini finanse eden ve aynı zamanda sunan bir konuma getirmiş, hem de 2000'li yıllara kadar bu modeli taşımıştır. Ancak son dönemlerde; nüfusun artışı, yerel ihtiyaçların çeşitlenmesi gibi nedenlerle, tek merkezden yönetimin zorluklarının ortaya çıkmasının yanı sıra, geçmiş dönemlerle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin kullandığı kaynakların verimsizliği ve etkili olamaması, sağlık sistemimizin iyi işlememesine yönelik şikâyetlerin her platformda artmasına yol açmıştır.

⁹ <http://www.milliyet.com.tr>, TAMER, Meral; “Sağlık Sistemi, Batı'da da İflas Ediyor”, 01 Şubat, 2005.

3.6. AB’de Türkiye Sağlık Hizmetleri Nerede?

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ele alındığında ülkemizin sağlık göstergeleri tatmin edici değildir. Ülkemizdeki epidemiyolojik veriler ortaya koymaktadır ki, Türkiye’deki ölüm olaylarının en yaygın nedenleri önlenabilir ve kontrol edilebilir nedenlerdir. Toplam sağlık harcamaları içinden temel sağlık hizmetleri için ayrılan payın %2’ler düzeyinde oluşu da bu durumu doğrular niteliktedir. Nüfus yapısında küçük de olsa yaşanan değişimin ortaya çıkardığı eğilimler de sağlık hizmeti sunumunda bir değişimi gerektirmektedir. Nüfusun büyük bölümünün kırsal alanda yaşadığı dönemlerde Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu yönünde çalışmalara, başka bir deyişle kırsal hizmetlere ağırlık verilmişti. Ancak, ülkemiz nüfusu giderek artan oranda kentleşmektedir.

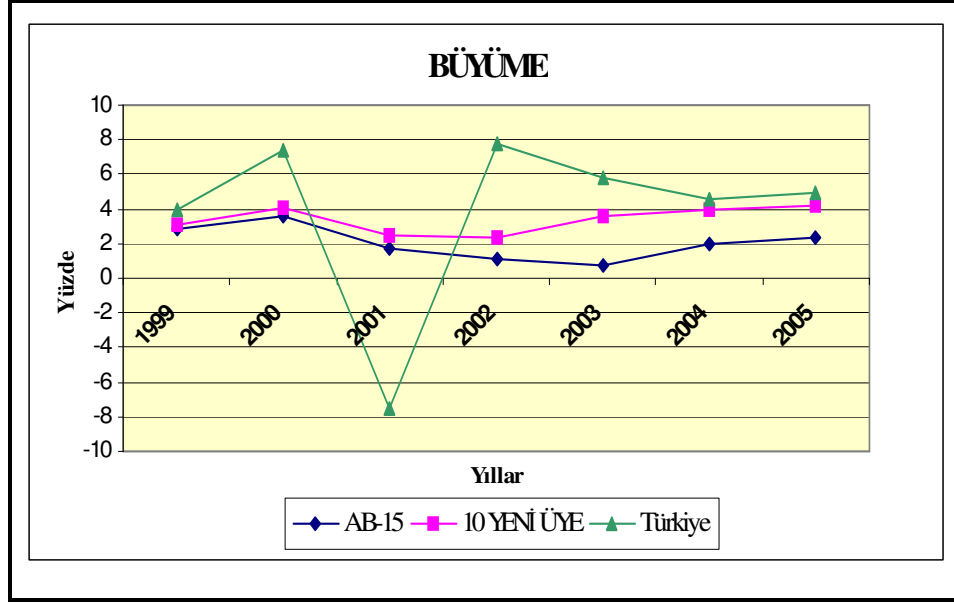
Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırıldığında Türkiye’nin demografik profili daha gençtir. 1990 yılında 15 yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranı %35, 65 yaş ve üzerindeki ise %4,2 iken, 1996 yılında bu rakamlar %31,7 ve %4,8 olmuştur. 2025 yılında da 15 yaş altındaki nüfusun %22,9 ve 65 yaş ve üzeri nüfusun %9 olması beklenmektedir.

Bu rakamlar göstermektedir ki, sağlık hizmetlerinde yapılan iyileştirmeler sonucu Türkiye’nin nüfusu giderek yaşlanmaktadır ve 21. yüzyıl’da sunulacak sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda değişmesi gerekmektedir¹⁰.

1999 yılında gerçekleştirilen Helsinki Zirvesiyle AB’ye adaylık statüsü kazanan Türkiye’nin AB’ye uyum sürecinde ağırlıklı olarak üzerinde durması gereken alanlardan birisi de “sağlık sektörü”dür. Ancak birçok sosyal politika alanlarında olduğu gibi AB sağlık politikası da minimalist (dar) çerçevede yorumlandığından dolayı sağlık politikası alanında Türkiye’nin AB’ye uyum sorunsalı bütün parametreleri ile net bir biçimde ortaya konulamamaktadır.

Avrupa Birliği’ne üye 15 ülke, AB’ye aday 10 ülke ile Türkiye’deki büyüme oranları Grafik 3.1’de gösterilmiştir.

¹⁰ <http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/tanritan/ab.html> TANRITANIR, Nuray; “Türkiye ve Avrupa Birliğindeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması”, 1997. (Erişim, 12 Nisan, 2006)



Grafik 3.1. 1999-2005 Büyüme Oranları

Kaynak: DPT¹¹

Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin sağlık durumlarına bakıldığında gerek bireysel ülkeler bazında ve gerekse de AB ortalaması bazında çok iyi oldukları görülmektedir. Türkiye'nin sağlık ile ilgili göstergeleri hem AB ortalaması ve hem de diğer aday ülkelerin ortalamasının oldukça gerisinde yer almaktadır.

Sağlık alanında mevzuat uyumlaştırma/aktarma çalışmalarında önemli ilerlemelerin kaydedildiği belirtilebilir. Ancak mevzuat uyumu Kopenhag kriterlerinden sadece biridir ve önemli olan husus, AB ile Türkiye arasındaki sağlık açığını kapatılabilecek kurumsal uygulama kapasitesine erişmektir.

¹¹ <http://www.dpt.gov.tr/abigm/abmeg/ekonomikgelisme.erisim.01.Temmuz,2006>.

Tablo 3.6. Bazı Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Göstergeleri Açısından Türkiye, AB, Yeni Katılan ve Diğer Aday Ülke Grubu Karşılaştırması

Gruplar*	Yıl ortası nüfus	İşsizliğin toplam nüfusa oranı (%)	Toplam doğurganlık hızı	BÖH (1000 canlı doğumda)	Doğuşta beklenen yaşam süresi	Kişi başı GSYİH US\$ PPP	Kişi başı toplam sağlık harcaması US \$ PPP	Hastane yatak sayısı	Hastane (100000 kişiye düşen)	Hekim (100000 kişiye düşen)	Diş hekimi (100000 kişiye düşen)	Eczacı (100000 kişiye düşen)	Hemşire (100000 kişiye düşen)
	2002 (WHO)	2000 (WHO)	2001 (WHO)	1999 (WHO)	1999 (WHO)	2000 (WHO)	2000 (WHO)	1999 (WHO)	1999 (WHO)	1999 (WHO)	2000 (WHO)	2000 (WHO)	2000 (WHO)
AB(15)	377,378,000	9.03	1.54	4.89	78.37	26062	2123 (Lüks, İsv. yok)	589.08 (UK ve Lüks. veri yok)	3.43 (UK ve Lüks. veri yok)	383.08 (UK yok)	70.76 (Bel,Dan, Yun, İsv, UK yok)	76.47 (Yun, İta, UK yok)	981.47 (Bel, İta, İsv, UK yok)
AB (10) Yeni katılan	82,087,770	10.73	1.27	7.96	73.60	evy	853.94 (Pol yok)	757.39	3.41	304.85	55.02 (Mac yok)	50.91 (Lit ve Malt yok)	656.537 (Malt, Pol. yok)
Bulgaristan-Romanya 2007'de üyelik öngörülüyor	30,122,000	14.2	1.2	16.6	71.13	evy	evy	740.205	2.65	267.78	52.585	9.78	438.23
Türkiye üyelik belli değil	68,596,000	6.6	2.5	40	69.5	64.39	297	263.25	1.89	127.44	24.34	35.63	244.44
<i>Kısaltma Anahtarı</i>													
Evy:elde veri yok; Lüks: Lüksemburg; Bel:Belçika; Yun: Yunanistan; İsv: İsveç; Dan: Danimarka; Mac: Macaristan; İta: İtalya; Lit: Litvanya; Malt: Malta; Pol: Polonya; UK: Birleşik Krallık; OECD Health Data 2003 ve HFA- DB2003 kaynaklarından hareketle grup değerleri hesaplanmıştır.													
Kaynak: Yıldırım, 2004, s:174													

Sağlık statüsü ve diğer ilgili göstergeler açısından Türkiye ile AB (15), 1 Mayıs 2004 tarihinde katılan aday ülkeler (10) ve 2007 yılında katılması öngörülen Romanya, Bulgaristan karşılaştırıldığında, Türkiye'nin hep geride kalarak iyi bir performans sergilemediği Tablo 3.5'de açık bir biçimde görülmektedir.

Avrupa Birliği'nin 6 Ekim 2004 tarihinde Türkiye'ye ilişkin olarak açıklamış olduğu ilerleme paketinde “Türkiye ilerleme raporu 2004” ve “sağlık hizmetlerine ilişkin ilerleme raporu”nda Türkiye'nin kaydettiği ilerlemeler ve eksiklikler 29 konu başlığı (müzakerelere 31 konu başlığından oluşmaktadır) altında incelenmiş olup sağlık ağırlıklı olarak 13 no'lu konu başlığı (sosyal politika ve istihdam) altında “halk sağlığı” çerçevesinde ve 23 no'lu konu başlığı (tüketiciler ve sağlığın korunması) altında yer almıştır. Raporda Türkiye sağlık sektörünün temel problemleri ise;

- a) Nüfusun sağlık statüsündeki farklılıklar
- b) Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler
- c) Kaynakların verimsiz kullanımı ve
- d) Hizmetlerin kötü yönetimi

Olarak ortaya konulmuş ve sağlığa ayrılan kaynaklar artmasına karşın bu konudaki çabaların sürdürülmesi gerektiği de vurgulanmıştır¹².

¹² <http://www.ab.saglik.com>, YILDIRIM, Hasan Hüseyin; “Türkiye İlerleme Raporu 2004 ve Sağlık Hizmetleri” Sağlık ve Siyaset, 2004. (Erişim, 12 Nisan, 2006)

ÜLKE	2002 %	2003 %	ÜLKE	2002 %	2003 %
İSVİÇRE	11,2	11,5	POLONYA	6,1	6,5
NORVEÇ	9,6	10,3	SLOVAKYA	5,9	5,9
LÜKSEMBURG	6,2	6,8	ESTONYA	5,1	5,3
İZLANDA	9,9	10,5	LİTVANYA	5,9	6,6
DANİMARKA	8,8	9,0	LETONYA	5,1	6,4
ALMANYA	10,9	11,1	MACARİSTAN	7,8	8,4
İSVEÇ	9,2	9,4	TÜRKİYE	6,5	7,6
FRANSA	9,7	10,1	RUSYA FEDERASYONU	6,2	5,6
HOLLANDA	8,8	9,8	BULGARİSTAN	7,4	7,5
İRLANDA	7,3	7,3	BOSNA HERSEK	9,2	9,5
BELÇİKA	9,1	9,4	ROMANYA	6,3	6,1
İNGİLTERE	7,7	8,0	MAKEDONYA	6,8	7,1
AVUSTURYA	7,7	7,5	SİRBİSTAN	8,1	9,6
FİNLANDİYA	7,3	7,4	ARNAVUTLUK	6,1	6,5
İTALYA	8,5	8,4	TÜRKMENİSTAN	4,3	3,9
İSRAİL	9,1	8,9	KAZAKİSTAN	3,5	3,5
YUNANİSTAN	9,5	9,9	ERMENİSTAN	5,8	6,0
İSPANYA	7,6	7,7	UKRAYNA	4,7	5,7
PORTEKİZ	9,3	9,6	AZERBAYCAN	3,7	3,6
MALTA	9,6	9,3	MOLDOVA	7,0	7,2
SLOVENYA	8,3	8,8	GÜRCİSTAN	3,8	4,0
KIBRIS	7,0	6,4	ÖZBEKİSTAN	5,5	5,5
ÇEK CUMHURİYETİ	7,0	7,5	KIRGIZİSTAN	4,3	5,3
HIRVATİSTAN	7,3	7,8	TACİKİSTAN	3,3	4,4

Tablo 3.7. 2002 -2003 Yılı Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Milli Hâsıla İçindeki Payı (%)

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2006.

ÜLKE	HARCAMA(\$)	ÜLKE	HARCAMA(\$)
İSVİÇRE	4.219	POLONYA	303
NORVEÇ	4.033	SLOVAKYA	265
LÜKSEMBURG	2.951	ESTONYA	263
İZLANDA	2.916	LİTVANYA	241
DANİMARKA	2.835	LETONYA	203
ALMANYA	2.631	MACARİSTAN	196
İSVEÇ	2.489	TÜRKİYE	172
FRANSA	2.348	RUSYA FEDERASYONU	150
HOLLANDA	2.298	BULGARİSTAN	145
İRLANDA	2.255	BOSNA HERSEK	130
BELÇİKA	2.159	ROMANYA	128
İNGİLTERE	2.031	MAKEDONYA	124
AVUSTURYA	1.969	SİRBİSTAN	120
FİNLANDIYA	1.852	ARNAVUTLUK	94
İTALYA	1.737	TÜRKMENİSTAN	79
İSRAİL	1.496	KAZAKİSTAN	56
YUNANİSTAN	1.198	ERMENİSTAN	45
İSPANYA	1.192	UKRAYNA	40
PORTEKİZ	1.092	AZERBAYCAN	27
MALTA	954	MOLDOVA	27
SLOVENYA	922	GÜRCİSTAN	25
KIBRIS	882	ÖZBEKİSTAN	21
ÇEK CUMHURİYETİ	504	KIRGIZİSTAN	14
HIRVATİSTAN	369	TACİKİSTAN	6

Tablo 3.8. 2002 Yılı Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması(US \$)

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2002.

Türkiye ve AB ülkelerinde sağlık hizmetleri ve sağlık düzeylerini kıyasladığımızda, gerek sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hâsıla (GSMH) içindeki payı, gerekse kişi başına düşen toplam sağlık harcaması yönünden bakıldığında (Tablo 3.6 - Tablo 3.7) Türkiye'nin aleyhine arada çok büyük farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farkın kapatılması ise kolay değildir. Dolayısıyla bu farkın en aza indirgene bilmesi için çok hızlı ve köklü bir takım değişiklikler yapılması gereklidir. Her şeyden önce sağlık hizmetlerinin finans

kaynağı ve modeli belirlenerek, ulusal gelirden sağlığa ayrılan payın artırılması gerekir. Ayrıca, sağlık ve sosyal refah yatırımlarının genel yatırımlar içindeki payı yükseltilmelidir. Buna ek olarak, örgütlenme yapısının sağlıklı hale getirilmesinden personel istihdamına kadar uzanan bir dizi önlemin bir an önce alınmasında zorunluluk vardır (Akdur, 2003, s:47).

3.7. Sağlık Hizmetlerinde Gelişmeler, Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Hizmet işletmelerinin çoğu emek yoğun işletmeler olduğu halde, hastaneler sermaye yoğun işletmelerdir. Tıp bilimindeki ve teknolojisindeki gelişmeler, belli düzeyde sağlık talebini karşılayabilmek için sunulan kapasite, büyük yatırımlar gerektirmektedir. Hastanelerin tüm hizmet sektörü içinde de özel bir yeri vardır. Bir ülkede hastaneler, ekonomik faaliyetlere katılsın veya katılmasın, toplumun tümüne hizmet sunarlar. Dolayısıyla tarım sektörü, imalat sektörü ve hizmet sektörlerinde çalışan işgücü hastalandığında veya herhangi bir kazaya uğradığında bu sistemden yararlanırlar (Şahin, 1999, s:7).

Her alanda olduğu gibi, sağlık sektöründe de etkili hizmet sunmanın en önemli koşullarından biri, gerekli özelliklere sahip yeterli insan gücünün sektörde istihdam edilmesidir. Sağlık sektörü emek ve teknoloji yoğun bir sektör olduğundan, istihdam edilen personelin hem nicel hem de nitel açıdan yeterli olması önemlidir. Ülkemizde sağlık personelinin gelişiminde olumlu bir ilerleme gözlenmekle birlikte, bu alanda yaşanan temel sorun, sağlık personelinin bölgesel istihdamında görülen dengesizliklerdir. Bugün Türkiye’de sağlık sektörünün, başta finansman yetersizliği, kaynakların verimli ve etkin kullanılmaması, istihdam ve sağlık insan gücünün bölgeler arası dengesiz dağılımı ile kurumlar arası koordinasyon ve işbirliğinin yetersizliği sorunlarının yanı sıra, ulusal bir sağlık politikası oluşturamamış olması gibi birçok sorunu vardır. Tablo 3.8’de ülkemizdeki bazı sağlık göstergelerine ilişkin gelişmeler gösterilmektedir.

Göstergeler	2003	2004 (1)
Yatak Sayısı	180 797	189 591
Yatak Başına Düşen Nüfus	389	376
Yatak Kullanım Oranı (Yüzde)	61	62
Sağlık Ocağı Sayısı	5 893	5.920
Hekim Sayısı	93 200	96 950
Bir Hekime Düşen Nüfus Sayısı	765	735
Diş Hekimi Sayısı	16 482	17 282
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus Sayısı	4 323	4 130
Eczacı Sayısı	24 015	25 017
Bir Eczacıya Düşen Nüfus Sayısı	2 967	2 850
Hemşire Sayısı	80 900	84 400
Bir Hemşireye Düşen Nüfus Sayısı	881	850
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi (Yıl)	70,5	70,7
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	27,7	26,9

(1)Tahmin

Tablo 3.9. Bazı Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT.

Sağlık hizmetleri finansmanının yalnızca gelişmiş ülkelerde değil, aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde de gündemde kalmasının altında yatan temel etken, sağlık sektörünün gelişen ve değişen teknoloji ile kâr getiren bir yatırım alanı olarak ön plana çıkmasıdır. Türkiye'de de benzer bir eğilim söz konusu olmuştur.

Cumhuriyetin kurulduğu 1923 yılından bu yana diğer sektörlerde gelişen teknolojiye paralel olarak sağlık sektöründe de büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Türkiye sağlık hizmetlerinde önemli yeri olan hastanelerin kurum ve yatak sayısı olarak gelişimi Tablo 3.9'da gösterilmiştir.

Yıllar	Kurum Sayısı	10000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı
1923	86	5,1
1930	182	7,8
1940	198	8,0
1950	301	9,0
1960	566	16,6
1970	746	20,3
1980	827	22,2
1990 ¹³	899	24,0
2000	1226	25,8
2001	1240	25,5
2002	1156	25,5
2003	1172	25,5
2004	1217	26,1

Tablo 3.10. Türkiye’deki hastanelerin kurum ve yatak sayısı olarak gelişimi 1923-2004

Kaynak: DPT

Ülkemizde sağlık hizmet sunumuna ilişkin olarak bazı alanlarda mevzuat yetersizliği vardır; mevzuatın yeterli olduğu alanlarda ise, uygulama aksamaları, denetim yetersizliği ve mali destek sorunları yaşanmaktadır. Hizmet veren insan gücünün eğitimi ve istihdam politikalarının sürekli değişimi, hizmet sunumundaki istikrarı da olumsuz yönde etkilemektedir (Kerman, 2004, s:9).

Sağlık sisteminde uygulanacak yeniden yapılanma programı çerçevesinde toplam kaliteye önem verilerek, her vatandaşın sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanabildiği bir sistem ivedilikle tesis edilmelidir. Sağlık teknolojilerinde AB Ülkeleri ile aynı düzeyi yakaladığımızı düşünürsek, sosyal güvence ayrımı olmadan, mevcut her hastaneden yararlanılabilecek bir sistem hızla hayata geçirilmelidir. Bununla birlikte bu sistem bir sevk disiplinini de bünyesinde mutlaka taşımalıdır.

Sağlıkta özel sektör mutlaka desteklenmeli, devletin sağlık üzerindeki ağır yükü ülke genelinde özel sektörle paylaşılmalıdır. Pilot olarak seçilecek hastaneler özerk sağlık işletmesi haline getirilmelidir. Özelleştirmeye verilen ağırlıkla,

¹³ 1990 yılından itibaren, MSB'na ait yataklı tedavi kurumları dahildir.

merkeziyetçilik azaltılarak sağlıkta etkinlik, verimlilik ve kaliteyi artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Toplam kalite yönetimi, müşteri ilişkileri yönetimi, uluslararası standardizasyon ve akreditasyonlara devlet ve özel sektör yöneltilmelidir. Sağlık Bakanlığı, vatandaşımızın anayasal hakkı olan sağlık hizmetini almasında hizmeti veren el olmaktan çıkıp koordinatör ve denetçi el konumuna yönelmesi gelecekte mutlaka uygulanması gereken bir konu olacaktır¹⁴.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda bazı sorunların olduğu bir gerçektir. Ancak bu sorunlar, hizmet modelinden değil, uygulamadaki aksaklıklardan kaynaklanmaktadır. Bu sorunların çözümünde yeni modellerin aranması yerine, mevcut sistemin uygulanmasındaki aksaklıkların giderilmesi en akılcı olanıdır (Tablo 3.10).

Eğitim Hastaneleri	Sağlık Bakanlığı
Hastaneler	Özerk/ Özel İdare
Dispanserler	Öz.İd./Belediye/Üniv. TTB / Özel Sektör
Kent Sağlık Ocağı	Öz. İd./Belediye/Üniv.TTB / Özel Sektör
Kırsal Sağlık Ocağı	Özel İdare
Sağlık Meslek Liseleri	Milli Eğitim Bak.
Ulusal Programlar	Sağlık Bakanlığı

Tablo 3.11. Sağlık Hizmetlerinde Karmaşa Dönemi

Kaynak: Öztek, 2004, slayt:17¹⁵

Bir yandan halkın sağlık bilgisi, kendi sağlık hakkına olan inancı ve dolayısıyla da sağlık hizmetlerinden beklentileri artarken, diğer yandan sağlık hizmetleri bakım ve tedavi kapasitesi ve aynı zamanda bunların maliyetleri de hızla yükselmektedir. Yükselen maliyetler ve artan beklentiler; hem ülkeler arasındaki sağlık hizmet

¹⁴ <http://www.saglicakla.net>, ŞİMŞEK Lütfü, “Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Türk Sağlık Sektörünün Bugünü”, Özel Selçuklu Hastanesi, Sağlıkla E- Dergisi, Yıl.1, Sayı: 8, Konya, Eylül-Ekim, 2005.

¹⁵ http://www.ato.org.tr/Guncel/2004/Zafer_Oztek_Sunumu.Ppt, ÖZTEK, Zafer; “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlıkta Dönüşüm”, Ankara, 2004.

farklılıklarının daha geç kapanmasına, hem sağlık personelinin geleneksel rolünün değişmesine, hem de kamu ve özel sektörun sağlık hizmetleri sunma kapasitesinin aşılmasına yol açmaktadır.

Ülkemiz sağlık sektörünün sorunlarına kalıcı çözümler bulabilmek için, sektörün bütün tarafları ciddi arayışlar içinde olmuşlardır. Bu kapsamda, ülkemizde, sağlık sektörünün; yönetim, hizmet sunumu, finansman, insan gücü, enformasyon ve mevzuat alanındaki sorunlarına yönelik olarak, 1980'li yılların sonlarından başlayan bir sağlık reformu süreci yaşanmaktadır. Sağlık reformları için ana stratejiler, 1980'li yılların sonunda Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütölmüş olan "Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü" ile tespit edilmiştir. Aynı dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından Milli Sağlık Politikası da geliştirilmiştir.

Son yıllarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ölkelerde sağlık hizmetlerinde ciddi sorunlar yaşandığı gözlenmektedir. Sağlık hizmetlerinde görölen bu sorunların başında;

- a) Hızla yükselen maliyet,
- b) Standart-altı sağlık hizmeti sunumu
- c) Sağlık güvencesi olmayan toplum üyeleri gelmektedir.

Sağlık hizmetlerindeki mevcut sorunlar çeşitli ölkelerde sağlık reformu hareketlerini de beraberinde getirmektedir. Bu reform çalışmaları sırasında öncelikle göze çarpan en önemli özellikler şunlardır¹⁶:

Sağlık reformu ulusal öncelikli olmalıdır.

- Sağlık reformuna sistematik yaklaşım (hedefler kriterler, tercihler v.b.) gereklidir.
- Sağlık reformu tüm sistemi içine almalıdır.

Böyle bir reform çalışmasının ana ilkeleri,

- Tüm toplumu içine alan bir sağlık hizmeti sunumu (universal)
- Maliyet yönetimi
- Sağlık hizmeti kalitesi ve güvenilirliğinin iyileştirilmesi
- Hakkaniyet (finansman eşitliği)
- Sağlık yönetiminin basitleştirilmesi, olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi tek yönlü bir çalışma değildir. Sağlık alanındaki tüm kurum ve kuruluşlar; toplumlar, aileler ve bireyler birbirine

¹⁶ <http://www.nchc.org>, "Building a better health care system. specifications for reform. A report from the national coalition on health care", 2004, (Erişim 24 Haziran 2006)

bağlıdır. Ulusal ve uluslararası olarak, sağlığa yönelik tehditlere karşı birlikte davranılmalı ve evrensel iyilik halinin geliştirilmesine katkıda bulunulmalıdır.

Öte yandan, kişilerin sağlıklı bir yaşam sürdürme ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine olan talepleriyle eğitim ve kültür düzeyleri arasında doğrusal bir ilişki vardır. Kişilerin eğitim ve kültür düzeyleri arttıkça, sağlıklı bir yaşam sürdürme istekleri ve buna yönelik çabaları da artmaktadır. Örneğin, iyi bir eğitim ve kültür düzeyine sahip kişilerin sağlık harcamaları, genellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olurken, eğitim ve kültür düzeyi düşük olanların sağlık harcamaları, daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik olmaktadır.

3.8. Sağlık Hizmetlerinin Yaygınlaştırılmasında Son Çalışmalar

Sağlık hizmetleri sunumunda en önemli temel amaçlardan biri Türk toplumunun sağlık düzeyini yükseltmek, gelecek nesillerin daha iyi şartlarda yetişmesini sağlamaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için kurulan Sağlık Bakanlığı'nın görevi, vatandaşların sağlıklı bir ortamda yaşamasını sağlamak, onlara sağlığını koruma bilinci vermek, bunun için gerekli politikaları belirlemek, bunları uygulamaya koymak ve bu uygulamaları denetlemektir.

21. yüzyıl'da sağlık hizmetlerinde temel yaklaşım; nüfusun giderek yaşlanması ve değişen hasta beklentilerini de dikkate alarak, hizmet sunulan toplumu daha gerçekçi olarak değerlendirip, sorunları doğru olarak tespit ederek, akılcı politikalar geliştirmeyi zorunlu kılmaktır¹⁷.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda insan sağlığı toplumsal kalkınmanın temeli olarak tanımlanmakta olup, yaşam kalitesinin ve süresinin artırılması esas olarak alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, ulaşılabilir, verimli bir şekilde, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı bir şekilde sunulması temel ilkeleri oluşturmaktadır. Bu planda, bireylerin ve ailelerin bilinçlendirilmesi, bilgilendirilmesi yoluyla toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi hedeflere ulaşmada önde gelen stratejilerdendir¹⁸.

¹⁷ <http://www.saglik.gov.tr/extras/dokuman/80.yil%20Kitap-son.pdf> “80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)”, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.s:20

¹⁸ “Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 3 Yıl” (Mayıs 1999-Mayıs 2002), TC Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2002. s:28

Ülkemizde son yıllarda yürütülen etkili politikalar sonucunda hizmet kalitesi ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi konusunda önemli gelişmeler sağlanmış olmakla birlikte sağlık göstergeleri açısından gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda norm ve standart birliği henüz sağlanamamış, performansa dayalı hizmet uygulaması yaygınlaştırılmamıştır. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar etkin kullanılmamaktadır.

Sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde Sağlık Bakanlığı'nın yönetim yapısının yeniden düzenlenmesi, genel sağlık sigortası, sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması, sağlık insan gücünün motivasyonu, ulusal sağlık bilgi sistemi (e-sağlık) bileşenlerinden oluşan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" başlatılmış ve Dünya Bankası'ndan da kredi desteği sağlanmıştır.

SSK ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri ortak kullanıma açılmış, devlet memurları ve emeklilerinin özel sektöre ait sağlık tesislerinden yararlanmaları sağlanmıştır. Kamu sağlık hizmet birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devrini öngören Kanun Tasarı Taslağı hazırlanmıştır.

Özel kesim, ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri bakımından önemli bir paya sahiptir. Sigortalı nüfusun özel sektöre ait sağlık hizmet birimlerinden yararlandırılması uygulaması özel sağlık hizmetlerinin gelişmesini olumlu etkilemiştir.

Temel sağlık hizmetlerine erişimi yaygınlaştırmak amacıyla aile hekimliği sistemine geçilmesi için pilot uygulamayı öngören Kanun Tasarı Taslağı hazırlanmıştır.

Sağlık kuruluşlarında e-Türkiye projesiyle uyumlu ve sigorta kurumlarıyla bağlantılı ortak veri tabanının kurulması projesi başlatılmıştır.

Yeşil Kart kapsamında 13,4 milyon kişi bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumunda bölgeler arası farklılıkları gidermek amacıyla sözleşmeli personel uygulamasına geçilmiştir.

Acil hekimliği sertifika programı başlatılmıştır. Acil sağlık hizmetlerinin yurt düzeyine yaygınlaştırılması ve etkinleştirilmesi ihtiyacı devam etmektedir.

Türkiye 2003 Nüfus ve Sağlık Araştırması tamamlanmıştır. Araştırmada en az bir kere sağlık personelinin doğum öncesi bakım alanların oranı %81, sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumların oranı %78, sağlık personeli yardımı ile gerçekleşen doğumların oranı ise %83 olarak tespit edilmiştir.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamasına 1 Ocak 2004 tarihinde geçilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulması amacıyla sistemin, insan gücü, finansman, organizasyon, yönetim, teknoloji ve fiziki alt yapı bakımından güçlendirilmesi için başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı çalışmaları sürdürülecektir¹⁹.

3.9. Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal İşleyiş

Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik talebi karşılama, toplumun tüm bireylerinin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamasını ve sağlık hizmetlerinden eşit ve en iyi şekilde faydalanmasını sağlama görevi, Anayasa ile devlet yükümlülüğüne verilmiş ve sağlık kuruluşlarının planlanmasının tek elden ve devlet tarafından yürütülmesi öngörülmüştür (Turan, 2004, s:42). Türkiye’de sağlık sektörünün var olan yapısı içerisinde çok sayıda kurum ve kuruluş çeşitli işlevlere sahiptir (Tablo 3.11).

¹⁹ <http://www.dpt.gov.tr>, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı -2005 Yılı Programı, “İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi: Sağlık, Mevcut Durum” 2004. (Erişim, 12 Nisan, 2006)

Politika Oluşturan Kuruluşlar	Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar	Sağlık Hizmetine Finansman Sağlayan Kuruluşlar	İdari Yetkili (Yönetim Olan Kuruluşlar)	Sağlık Konusunda Dolaylı İşlevleri Olan Kuruluşlar
Sağlık Bakanlığı	<u>Kamu</u> Sağlık Bakanlığı	<u>Kamu</u> Maliye Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı	Bayındırlık Bakanlığı
Devlet Planlama Teşkilatı	Sosyal Sigortalar Kurumu	Sağlık Bakanlığı	İl Sağlık Müdürlükleri	Belediyeler
Yüksek Öğretim Kurulu	Üniversite Hastaneleri	Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı	İçişleri Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı
Anayasa Mahkemesi	Belediyeler	Sosyal Sigortalar Kurumu	İl (Vali ve Kaymakamlar)	Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı
Yüksek Planlama Kurulu	Kamu İktisadi Teşebbüsleri	Bağ-Kur		Diğerleri
TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu	Diğer Bakanlıklar	<u>Özel</u> Vakıflar		
TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu	<u>Özel</u> Vakıflar	Özel Sigorta Şirketleri		
TBMM Genel Kurulu	Yerli-Yabancı Hastaneler	Uluslararası Kuruluşlar		
	Pratisyen ve Uzmanlar	(Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler vb.)		
	Eczacılar			
	Özel Klinik ve Laboratuvarlar			
	<u>Sosyal Amaçlı</u> Kızılay			
	Türk Aile Planlaması Vakfı			
	İnsan Kaynaklarını Geliştirme Derneği			
	Diğerleri			

Tablo 3.2. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşların İşlevlerine Göre Sınıflandırılması

Kaynak: Can, 2001²⁰

3.9.1. Sağlık Hizmetlerinde Hastanelere Yönelik Değişimler

Binlerce yıl önce basit tedavi yöntemleriyle başlayan tıp tarihinin önemli bir aşaması da hastanelerin kurulmasıdır (Lyons ve Petrucelli, 2000, s:31-41). Başlangıçta dini kurumlar olan ve kâr gayesi gütmeyen hastaneler, İngiltere ve Fransa gibi ülkelerde olduğu gibi devletin yönetimine geçmiş ve bir kamu kuruluşu hüviyetine bürünmüştür (Yerebakan, 2000, s:26-28). 20. yüzyıl’ın son çeyreğinden itibaren tıp teknolojisindeki gelişmelerin yol açtığı yüksek tedavi maliyetleri ve özel sektör kuruluşlarında uygulanan müşteri odaklı yönetim tekniklerinin

²⁰ <http://www.un.rg.tr/who/EU/bul6avbirsaglik.HTM>, CAN, Nejla; “Avrupa Birliği İle Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu”, Ankara, 2001. (Erişim, 2 Mayıs 2006)

yaygınlaşmasıyla da hastaneler, günümüzde daha fazla hasta memnuniyetini sağlama ve daha verimli çalışma beklentilerine hedef olmaktadır.

Hastaneler fiyat kompozisyonunun, yatan hasta aktivitesinin, pazar ve geleceğe yönelik beklentilerin bir sonucu olarak pazar güçlerini arttırmak, hizmetlerdeki farklılaşmaya ve yüksek maliyetlere yeni çözümler arama davranışına girmektedir. Bu yeni çevre hastanelere işin yeniden tasarlanmasında bazı sorumluluklar yüklemektedir.

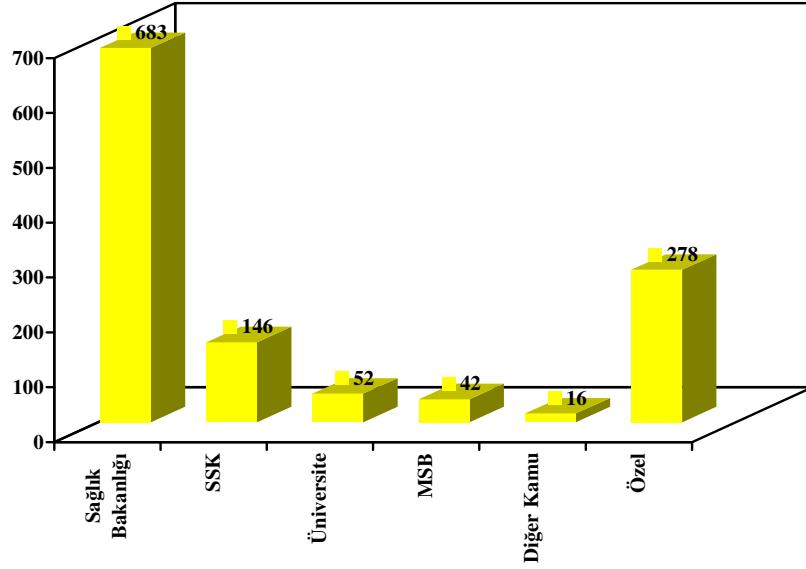
Günümüzün sağlık tüketicileri, sağlık bakım alternatiflerinin kalitesi ve değeri hakkında daha fazla bilgiye sahip olmayı arzu etmektedirler. Yeni sağlık tüketicisi Ford ve Fottler tarafından şöyle tanımlanabilir: “Ne istediklerini bilen, taleplerinin arzu ettikleri zamanda yerine gelmesini isteyen, talep ettikleri sağlık hizmeti hakkında iyi bilgilendirilmek isteyen, sorumluluk sahibi sağlık hizmeti sunucularının olduğu bir hizmet talep ediyorlar. Onların taleplerinde yüksek kalite ve maliyet kontrol gerektiren bir anlayış vardır.” Ford ve Fottler, sağlık organizasyonlarındaki yeni değer yargılarını şu şekilde ortaya koymaktadırlar (Gider, 2004, s:4-5):

- Hizmet kalitesi ve değeri, daima tüketici tarafından tanımlanır.
- Tüketicilerin yönetim sürecine katılımı, çalışanların hizmet tecrübelerine kalite ve değer katar.
- Tüketiciler, kurumdaki problemleri ve çözüm yollarını bilebilirler.
- Tüketici odaklı çalışanlar bulunmalı ve eğitilmelidir.
- Tüketiciler, çalışanların sadece iyi eğitilmiş olmalarını değil aynı zamanda kişiler arası ilişkilerde becerili olmalarını bekler.
- Tüketiciler, benzersiz bir hizmet sunum sistemi bekler.
- Tüketicileri, sağlık hizmeti almada fazla bekletmekten kaçınmak gerekir.
- Tüketici beklentilerine uygun bir iş çevresi yaratılmalıdır.
- Başarı hiçbir zaman nihai bir sonuç değildir.

Sağlık hizmetlerindeki yönelimlere bakıldığında birkaç kavramın bütün sistemi etkilemekte olduğu görülür. Bunlardan ilki “beklentiler”dir. Kurumsal açıdan ele alındığında beklentiler iki boyutta ağırlığını hissettirmektedir. Hastane sahibi ve ortaklarının kârlarını maksimize etme yönündeki beklentileri ile hastane çalışanlarının ve sağlık tüketicilerinin iyi ve kaliteli hizmet beklentileri oldukça yüksek seviyede kendini göstermektedir. Tüm bu beklentilerin hangi düzeylerde

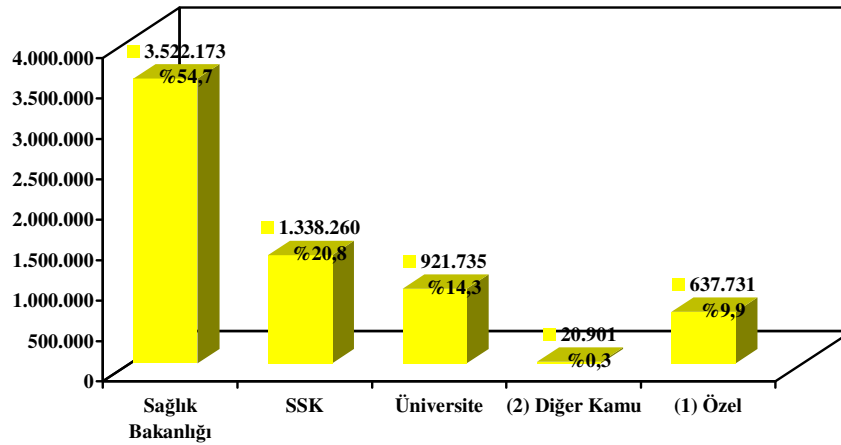
karşılandığı ve karşılanabilmesi yönünde hastanenin verimli çalışıp çalışmadığı, performans problemidir.

Grafik 3.2 ve 3.4'de Türkiye'deki hastanelerin kurumlara göre dağılımı ve hastanelerde yatan hastaların kurumlara göre dağılımı görülmektedir.



Grafik 3.2. Türkiye'de Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı, 2004

Kaynak: Sağlık Bakanlığı



(1) Özel bölümü Dernek, Yabancı, Azınlık ve Şahıslara ait hastanelerin çalışmalarını kapsar.

(2) Diğer Kamu: KİT, Diğer Bakanlık ve Belediye Hastanelerini kapsar.

Grafik 3.3. Türkiye'deki Hastanelerde Yatan Hastaların Kurumlara Göre Dağılımı, 2004

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Bir diğer yönelim ise, sağlık hizmetlerinde ve özellikle hastane boyutunda “kullanılan kaynak büyüklüğü”dr. Kaynak kullanımındaki artışlar, hastane yönetimlerinde ve hükümet politikalarında maliyet kontrol davranışını beraberinde getirmektedir. nc yönelim ise, küreselleşme ve yeni teknolojilerin beraberinde getirdiği “rekabet” unsurudur. Bu üç unsur diğer endüstrilerde olduğu gibi sağlık sektörünü ve özellikle hastane endüstrisini hızla artan bir yoğunlukla etkilemektedir. Dolayısıyla beklentilerin karşılanıp karşılanmadığını ölçmek, kaynak verimliliğini yükseltmek, sektörel rekabette iyi bir yer tutabilmek için kurumsal performans analizlerinin ve finansal performans analizlerinin yapılması gerekliliği gün geçtikçe önem kazanmaktadır.

3.9.2. Sağlık Hizmetlerinin rgtlenmesi

Tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde de kamu ve özel olmak üzere iki temel örgütlenme biçimi vardır. Bir ülkede bu örgütlenme biçimlerinden birisi tek başına ve saf olarak uygulanabildiği gibi ikisi birlikte ve karmaşık olarak da kullanılabilir. Birinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen lkelerde, hizmetler ağırlıklı olarak kamu örgüt ve birimleri aracılığı ile sunulur. İkinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen lkelerde ise örgütlenme ve hizmet sunumunda ağırlık özel girişimden yanadır (Akdur, 2003, s:20).

Türkiye’de sağlık sektörünün genel örgütlenmesinin açık ve net olduğu söylenemez. Çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş gerek sağlık hizmeti üretiminde gerekse finansmanında görev yapmakta olup bunların sayısı elliye yakındır.

Kamu kesiminde Sağlık Bakanlığı (S.B.), Milli Savunma Bakanlığı (M.S.B.), Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K.), Tıp Fakülteleri, Milli Eğitim Bakanlığı, (M.E.B), P.T:T., Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları (T.C.D.D.), Belediyeler ve Kamu İktisadi Kuruluşları, sağlık hizmeti sunan başlıca kuruluşlardır. Buna ek olarak, dini gruplar, azınlıklar ve vakıfların yanında kar amaçlı özel sektör kuruluşları da hizmet de hizmet üretmektedir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini iki başlık altında inceleyebiliriz:

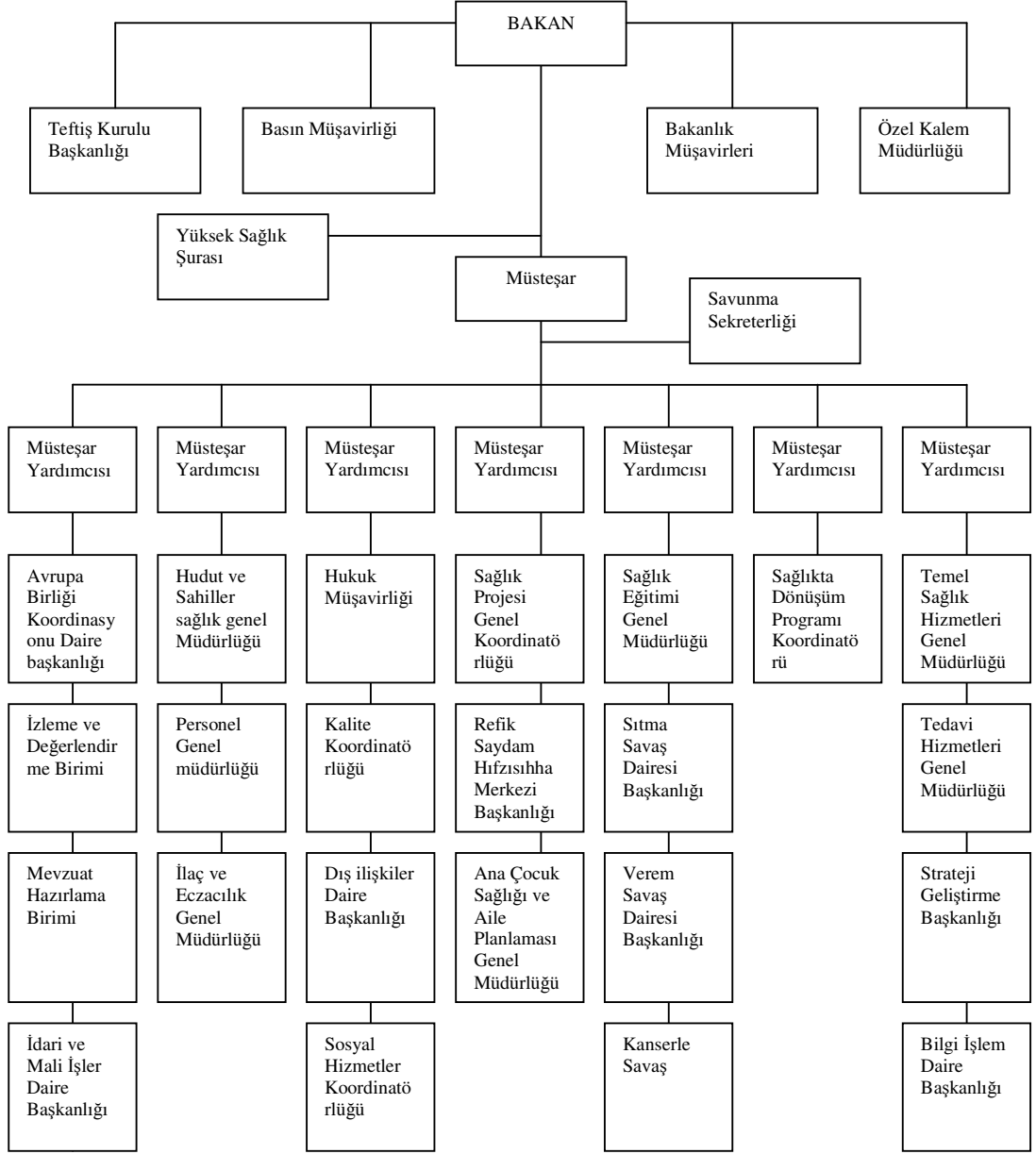
- Sağlık Bakanlığı’nın örgütlenmesi ve
- Sosyal güvenlik sisteminin rgtlenmesi

3.9.3. Sağlık Bakanlığı'nın Örgütlenmesi

Türkiye'de, sağlık hizmetlerinde en önemli paya sahip ve denetimde en büyük sorumluluk taşıyan örgüt, Sağlık Bakanlığı'dır. Bakanlık merkez ve taşraya bağlı kuruluşlardan oluşan bir örgütsel yapıya sahiptir.

3.9.3.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü

Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü'nde doğrudan bakana bağlı olarak çalışan ve çeşitli danışmanlık görevlerini yerine getiren kurul ve konseyler bulunmaktadır. Ayrıca merkez örgütü bünyesinde, çeşitli görevleri yerine getiren müdürlükler ve daire başkanlıkları bulunmaktadır. Şekil 3.2'de Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü Şeması görülmektedir.



Şekil 3.2. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgüt Şeması

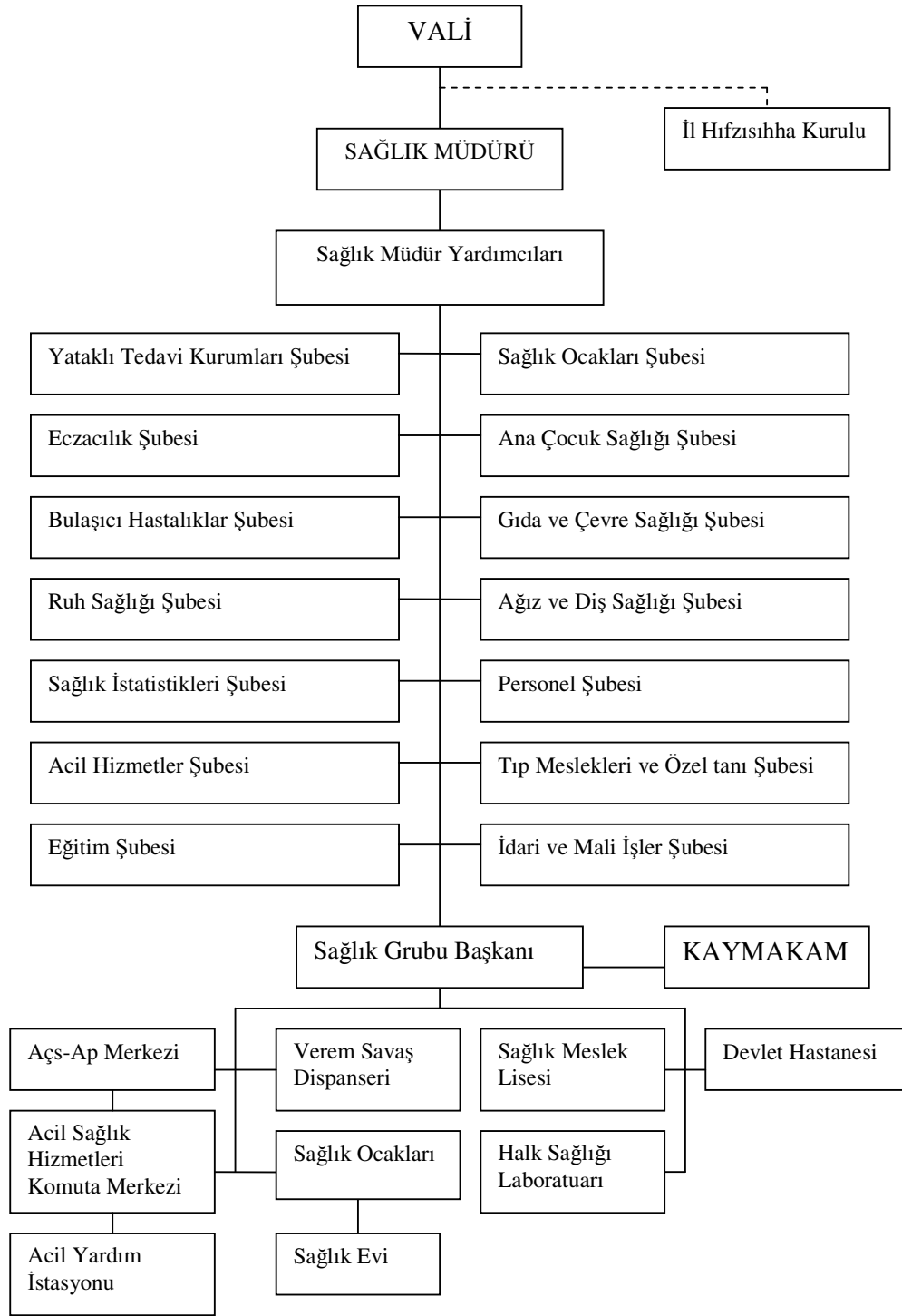
Kaynak: Sağlık Bakanlığı

3.9.3.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütü

Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütü Şekil 3.4'deki gibidir. Valiliklere bağlı olarak çalışan İl Sağlık Müdürlükleri ile ona bağlı sağlık kurumlarından, ilçelerde ise kaymakamlığa bağlı olarak çalışan sağlık grup başkanları ile ona bağlı sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır.

Sağlık ocakları ve bunlara bağlı olan sağlık evleri, birinci basamak sağlık hizmetlerini vermektedir. Bu kuruluşlar temel sağlık hizmetlerinin topluma eşit

olarak yayılmasını sağlamaktadır. Büyük yerleşim yerlerinde bulunan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri uzman doktorlar istihdam ederek daha etkin hizmet vermektedir.



Şekil 3.4. Sağlık Bakanlığı Taşra Örgüt Şeması

Kaynak: www.saglik.gov.tr.

3.9.4. Sosyal Güvenlik Sisteminin Örgütlenmesi

Günümüzde sosyal güvenlik, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkeler için temel sorunlardan biridir. Ülkemizde sosyal güvenliğe ilişkin ciddi çalışmalar, Cumhuriyet döneminden sonra yapılmıştır. Ülkemizde sağlıklı yaşam hakkı, anayasal bir hak olarak Anayasamızın 56. maddesinde düzenlenmiştir. Devlete sağlık sosyal yardım kurumları kurma görevi verilirken, özel sektöre ise bu tür kurumların kurulmasına destek olma görevi verilmiştir.

AB ülkelerinde sosyal güvenlik uygulamaları birbirlerinden önemli farklılıklar göstermelerine karşın ortak iki temel yön görülmektedir:

- Milli gelirden sosyal güvenliğe ayrılan kaynakların yüksekliği
- Sosyal güvenliğin finansmanında devlet katkısının büyüklüğü

Türkiye’de devletin sosyal güvenliğe katkısı milli gelirin %1’ine indirilmeye çalışılırken, AB 25 ülkelerinde bu oran %19,3’tür. Türkiye’de bütçeden sosyal güvenliğe %14 pay ayrılırken, AB ülkelerinde devlet katkısının bütçe içindeki payı %40’tır. Üstelik bu oranlara devletin sağlık harcamaları dahil değildir. AB Ülkeleri’nde bütçeden sosyal güvenliğe ayrılan pay %25 (G.Kıbrıs) ile %46 (Almanya) arasında değişmektedir (Tablo 3.12)²¹.

²¹ <http://www.kristalis.org.tr>, ÇELİK, Aziz; “Türkiye ve AB’de Sosyal Güvenlik Finansmanı”, 2006. (Erişim 12 Temmuz, 2006)

	Milli Gelire Oranı	Bütçeye Oranı
AB 25	19,3	40,1
AB Yeni 10	17,1	36,9
Almanya	22,4	46,6
Avusturya	21,4	42,2
Belçika	18,1	35,5
Britanya	16,5	37,8
Çek Cumhuriyeti	14,6	27,4
Danimarka	25,2	44,7
Estonya	10,4	29,1
Finlandiya	21,7	42,5
Fransa	21,1	39,3
Hollanda	18,6	38,0
İrlanda	10,0	29,3
İspanya	12,9	34,1
İsveç	24,9	42,5
İtalya	18,3	37,5
Kıbrıs (Güney)	11,3	24,8
Latviya	10,8	30,2
Litvanya	10,1	29,6
Lüksemburg	19,3	42,4
Macaristan	17,0	33,9
Malta	14,3	28,1
Polonya	19,9	44,7
Portekiz	15,7	33,0
Slovakya	15,7	40,0
Slovenya	18,3	38,0
Yunanistan	20,9	43,4

Tablo 3.13. AB Ülkelerinde Sosyal Güvenliğe Ayrılan Pay (%)

Kaynak: Eurostat

Ülkemizde sosyal güvenliği sağlamada temel görevi üstlenmiş olan devlet çok sayıda sosyal güvenlik kurumu oluşturarak bu görevini yerine getirmeye çalışmıştır.

Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının çizilmesi ve uygulanmasından resmen sorumlu olmakla birlikte, diğer sağlık kuruluşları üzerindeki yetkisi oldukça sınırlıdır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi veya eşgüdümü söz konusu değildir. Birçok kuruluş, birbirinden habersiz hizmet üretmeye çalışmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak, var olan kaynakların verimli kullanılması sağlanamamaktadır.

3.9.5. Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik

Sağlık sektöründe kullanılan kaynaklar hekim, hemşire, sağlık teknisyeni gibi sağlık meslek mensupları, yani “**sağlık profesyonelleri**”; EKG cihazı, röntgen cihazı gibi “**tıbbi cihazlar**”; ilaç, pansuman malzemesi gibi “**tıbbi malzemeler**”; sağlık ocağı, hastane gibi “**sağlık binaları**” şeklinde gruplandırılabilir. Bunların dışında diğer sektörlerden çok daha fazla önem taşıyan bir diğer kaynak da “**zaman**”dır. Sağlık hizmetlerinin daha verimli ve zamanında sunulması; böylece kaynak kullanımında etkinliğin sağlanması için söz konusu kaynakların optimum düzeyde kullanılması gerekmektedir.

Bu optimumluk, kaynakların tam kapasiteyle kullanımı anlamına gelmemektedir. Zira sağlık hizmetlerinde zaman açısından talep belirsiz olup, her an acil bir durumla karşılaşılabilir. Bu nedenle, acil hizmet taleplerini karşılayacak şekilde atıl kapasite bulundurulması, sağlık hizmetlerinin doğasından kaynaklanan bir zorunluluktur.

Sağlık hizmetlerinde verimlilik konusundaki çalışmalar, sektörel düzeyde olmayıp daha çok mikro düzeyde yapılmaktadır. Bunun temel nedeni sağlık hizmetlerinde elde edilen çıktının homojen bir yapıda olmaması, hastanelere göre hatta aynı hastanedeki servislere göre çok farklı olgularla ilgilenilmesidir.

Verimlilik ve etkin kaynak dağılımının belirlenmesi amacıyla yapılan mikro analizler iki boyutta gerçekleştirilmektedir. Bunlar;

- Hastane, sağlık merkezi gibi “**sağlık örgütü bazında**” verimlilik/etkinlik analizleri
- Tedavi yöntemleri veya sağlık programlarının karşılaştırılması amacıyla, “**program veya yöntem bazında**” yapılan verimlilik/etkinlik analizleridir.

Sağlık örgütü bazında yapılan analizlerde, ele alınan örgüt düzeyinde verimlilik ve etkinlik analizleri yapılmakta; hastaneler arasında veya aynı hastanenin farklı hizmet birimleri arasında karşılaştırmalar yapılarak, bu birimlerdeki kaynak kullanım etkinliğinin artırılması yöntemleri belirlenmeye çalışılmaktadır. Bu amaçla kullanılacak ölçütler Personel Etkinliğine İlişkin Ölçütler, Yatak Etkinliğine İlişkin Ölçütler, Maliyet Etkinliğine İlişkin Ölçütler şeklinde gruplandırılabilirler²².

²² <http://www.bilgiyonetimi.org>, Mazgit İsmail; “**Bilgi Toplumu ve Sağlıkın Artan Önemi**” 2002. (Erişim, 14 Haziran 2006)

Sağlık hizmeti üreten işletmelerin (hastaneler) amacı, hizmet üretmek suretiyle fayda sağlamaktır. Hastanelerin sağladığı fayda, ürettiği hizmetlerin insanların ihtiyaç ve isteklerini karşılayabilme niteliğidir.

Hastanelerin fonksiyonları altı başlık altında toplanabilir. Bunlar:

1. Tıbbi,
2. İdari,
3. Mali,
4. Teknik,
5. Eğitim-Araştırma
6. Sosyal

fonksiyonlardır.

Hastanelerin kullandıkları girdilerden çok söz konusu fonksiyonlarını ne ölçüde yerine getirdikleri, bir başka ifadeyle fonksiyonlarını yerine getirme başarısı etkililik ölçütü, fonksiyonları asgari girdi bileşenleriyle (insan gücü, fiziki ve mali kaynak) yerine getirme başarısı da verimlilik ölçütüdür (Yıldırım, 1994, s:111).

Bir hastanede verimliliği etkileyen etkenleri şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Kullanılan üretim faktörlerinin nitelik ve niceliği,
- Yönetim sürecinin düzenli işlemesi,
- Çalışma gruplarının uyumluluğu,
- Liderlik
- Haberleşme
- Yetki ve sorumluluk dengesi
- İşbölümü ve uzmanlaşma
- İşbirliği
- Motivasyon (güdüleme).

Belirtilen bu hususlara büyük ölçüde bağlı olan hastane verimliliği hastanenin ekonomik gücünü oluşturur ve bu unsurların uyumlu bir şekilde kullanılması atıl kapasitede çalışmayı önler. Bir hastanenin birim maliyetlerinin en düşük olduğu (optimum kapasite) seviyede yüksek yatak doluluk oranıyla faaliyette bulunması, o hastanenin verimli çalışmasının göstergesidir.

3.9.6. Yataklı Tedavi Kurumları

Bakanlar Kurulu Karar Numarası ve Tarihi: 8/5319 – 10.9.1982, Resmi Gazete: 13 Ocak 1983 – 17927 (Değişiklik: Resmi Gazete - 5 Mayıs 2005 – 25806) sayılı

“**yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği**”nin amacı; Yataklı Tedavi Kurumları’nda çeşitli hizmetlerin uygulama esaslarını, personelin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek ve modern çağın icaplarına ve memleket gerçeklerine uygun, süratli, kaliteli, ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamaktır. Yönetmeliğin 4. ve 5. maddesine göre “**yataklı tedavi kurumları**”: Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.

Sağlık kurumları işlevlerine göre 5 gruba ayrılır:

a) İlçe / belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sekinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

b) Gün hastanesi: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

c) Genel hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

d) Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

e) Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

Yataklı tedavi kurumlarındaki poliklinik hizmetlerine halkın kolay ulaşabilmesi, hastane polikliniklerindeki yığılmaların önlenmesi amacıyla hastanelere bağlı olarak semt poliklinikleri kurulabilir. Semt polikliniklerinin açılması, hizmetin verilmiş şekli, poliklinik ve acil servis hizmetlerinin çalışma usul ve esasları ile burada görevli personelin, görev, yetki ve sorumluluklarına dair usul ve esaslar Sağlık Bakanlığı’nca çıkarılacak bir yönerge ile belirlenir²³.

²³ <http://www.ttb.org.tr>

Tablo 3.13'de Türkiye'de hastanelere başvuran hastaların kurumlara göre yatan hasta durumu görülmektedir.

KURULUŞLAR	YILLAR	YATAN HASTA SAYISI	% ARTIŞ
SAĞLIK BAKANLIĞI	2000	2.673.533	
	2001	2.763.150	3,4
	2002	2.806.588	1,6
	2003	2.896.540	4,8
	2004	3.522.173	25,5
	ÜNİVERSİTE	2000	681.826
	2001	727.015	6,6
	2002	781.990	7,6
	2003	838.486	15,3
	2004	921.735	17,9
SSK	2000	1.208.201	
	2001	1.293.853	7,1
	2002	1.363.191	5,4
	2003	1.382.636	1,4
	2004	1.338.260	-1,8
	DİĞER KAMU	2000	32.891
2001		32.723	-0,5
2002		26.983	-17,5
2003		31.894	18,2
2004		20.901	-22,5
ÖZEL ²⁴		2000	478.719
	2001	473.283	-1,1
	2002	529.511	11,9
	2003	586.961	10,8
	2004	637.731	20,4
	TOPLAM	2000	5.075.170
2001		5.290.024	4,2
2002		5.508.263	4,1
2003		5.736.517	4,1
2004		6.440.800	12,3

Tablo 3.14. Türkiye'de Hastanelere Başvuran Hastaların Kurumlara Göre Yatan Hasta Durumu, 2000–2004

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT

²⁴ Özel bölümü, Dernek-Vakıf, Yabancı, Azınlık ve Şahıslara ait hastanelerin çalışmalarını kapsar.

3.9.6.1. Kamu Hastaneleri

Tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından biridir. Bu alanda yataklı tedavi kurumları önemli bir yere sahiptir. Hastanelerde verilmekte olan sağlık hizmeti kalitesinin hasta beklentilerine uygun olması, hastaların modern tıp ve teknoloji imkânlarından yararlanarak en iyi şekilde teşhis ve tedavi edilmeleri, dolayısıyla hasta memnuniyeti odaklı hizmet sağlanması hedef alınmalıdır.

Artan nüfusa paralel olarak hastane ve yatak sayıları da artırılmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak da hastane hizmetlerinden faydalananların sayıları ve hizmetin kalitesi ile ilgili göstergelerde de anlamlı bir gelişme görülmektedir. Tablo 3.14’de kuruluşlarına göre hastane ve yatak sayıları yer almaktadır.

Kuruluşlar	2003		2004 (1)	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	668	91.202	708	93.702
Milli Savunma Bakanlığı	42	15.900	42	15.900
SSK	121	29.157	148	33.897
KİT	8	1.474	8	1.474
Diğer Bakanlıklar	10	1.045	10	680
Tıp Fakülteleri	50	26.162	50	27.200
Belediyeler	9	1.389	9	1.389
Yabancılar	3	338	3	338
Azınlıklar	5	934	5	934
Dernekler	18	1.372	18	1.577
Özel	246	11.824	248	12.500
TOPLAM	1.172	180.797	1.249	189.591

(1)Tahmin

Tablo 3.15. Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT

Diğer taraftan, kamu hastanelerinin aşırı merkeziyetçi yapıdan kurtarılarak verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı, işletmecilik anlayışı ile hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, gerekli personelini ihtiyaçlarına göre planlayan ve niteliklerine göre istihdam edebilen, piyasa koşullarında rekabet edebilen

kurumlar haline getirilmesine imkân tanıyan özerkleştirme modelinin uygulanacağı bir sistem oluşturulması planlanmaktadır²⁵.

3.9.6.2. Sağlık Merkezleri

Nüfusun çoğunluğunu teşkil eden ilçe merkezlerindeki halkın, sağlık hizmetlerinden yararlandırılması için 1924’de 150 ve 1936 yılında da 20 ilçe merkezinde Muayene ve Tedavi Evleri açılmıştır. Daha sonra sağlık merkezlerine ve sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür. İlçe ve köylerdeki hastaların ilk muayene ve tedavileri için acil doğum ve operasyonlarını yapmak üzere nüfus yoğunluğuna ve ihtiyaca göre 5–25 yataklı sağlık merkezleri kurulması ele alınmıştır. Muayene ve Tedavi Evlerinin fonksiyonlarından daha geniş fonksiyona sahip sağlık merkezlerinin ilki, Atatürk’ün de yakın ilgisi ile 1937’de Etimesgut’da kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile 1982 yılında yapılan bir değerlendirmeye, hizmet verimliliği düşük olan 2005 yatak kapasiteli 183 sağlık merkezinin yataklı fonksiyonu kaldırılarak hizmetleri tamamen koruyucu alana ayrılmıştır. İhtiyaca binaen 1990’lı yıllardan sonra yeniden hizmete açılmaya başlanan sağlık merkezleri 113 âdete ulaştığı 2002 yılında yine birinci basamak sağlık hizmeti vermek üzere sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür.

3.9.6.3. Özel Hastaneler

Cumhuriyetin ilanından önce açılan özel hastaneler ile Cumhuriyetin ilk yıllarında açılan özel hastanelere 1931 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat düzenlenmeye başlanmıştır. 2003 yılsonu itibarı ile ülkemizde toplam 14700 yatak kapasitesi ile 272 özel hastane faaliyet göstermekte olup, bu hastanelerden 18 tanesi vakıf ve derneklere, 3’ü yabancılara, 5’i azınlıklara ve 246 tanesi de gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişiliklerine aittir.

Sağlık sektörünün büyük ölçüde kamuda olan yükünü özel sağlık kurum ve kuruluşları ile paylaşmak, devlet ve özel sektör ayırımına bakılmaksızın sağlık alanında var olan tüm ülke kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetinden devlet memurları ve emeklilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin faydalanmasını

²⁵ <http://www.saglik.gov.tr/extras/dokuman/80.yil%20Kitap-son.pdf> “80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)”, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004, S:13-14

sağlamak maksadıyla hazırlanan “Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar” hakkındaki tebliğ 30.05.2003 tarih ve 25123 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmesiyle hastalara hekim ve kurum seçme hakkı tanınmıştır.

3.9.7. Hastanelerin Fonksiyonel Örgüt Yapısı

Hastaneler, sağlık tanımı kapsamındaki hizmetleri üreten günümüzün en karmaşık işletmeleri yapısal, teknolojik ve çevresel özellikleri nedeniyle en yüksek uzmanlaşmaya sahip birer örgüt ve toplumsal örgütlerin en eski örneklerinden birini oluşturan organizasyonlardır. Hastanelerin özellikleri kapsamında; karmaşık yapıda açık dinamik sisteme sahip olmaları, matriks organizasyon yapıları, kesintisiz hizmet veren organizasyon yapıları, personelinin önemli bir kısmının bayanlardan oluşması ve farklı rol ve ilişki özellikleri yer almaktadır (Aslan, 2004, s:600).

Hizmet kuruluşlarının, dolayısıyla hastanelerin en önemli özelliği hastalara verilen tedavi hizmetinin türünü, niceliğini ve kalitesini belirleme ve değerlendirme durumunda olamamalarıdır. Bu husus, hastaneleri diğer pek çok organizasyondan ayıran önemli bir özelliktir. 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 karmaşıklığıdır. Asıl sorun, ürün ve hizmetin özelliklerini bilmek değil, hizmetin getirebileceği faydanın bilinmemesidir. Böylece, satın alınan getireceği riskin büyük olması sağlık hizmetleri kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı gerektirmektedir (Şahin, 1999, s:6-7).

3.9.7.1. Tıbbi Hizmetler

Hastalığın teşhis ve tedavisiyle ilgili hizmetler bu gruba girer. Klinikler (servisler) hastaların yatarak tedavi olduğu bölümlerdir. Hastanenin büyüklüğüne göre değişmekle birlikte en az, Dahiliye (İç Hastalıkları), Hariciye (Genel Cerrahi), Kadın-Doğum Hastalıkları ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları olmak üzere dört ana bölüm bulunur. Bunların dışında tam teşekküllü veya üniversite hastanelerinde; Acil Tıp, Aile Hekimliği, Anestezi, Yoğun Bakım ve Ağrı Kliniği, Beyin Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Dermatoloji, Endokrinoloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Gastroenteroloji, Göğüs Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Göz

Hastalıkları, Hematoloji-Onkoloji, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kardiyoloji, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları, Nefroloji, Nörolojik Bilimler, Nükleer Tıp, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik Cerrahi, Psikiyatri, Üroloji bölümlerinden hepsi ya da hastanelerin büyüklüğüne göre birçoğu bulunabilir. Aynı branştan birkaç tane servis olabileceği gibi, bir klinikte birden fazla uzman da bulunabilir. Klinik şefi o branşın uzmanı olan hekimdir.

Poliklinikler, çok kişinin muayene olduğu yerlerdir. Hastaların durumuna göre ayakta tedavi edilebileceği gibi yatarak da tedavi edilebilir. Polikliniklerde teşhise yardımcı her türlü araç gereç bulunur. Laboratuvarlar teşhise yardımcı olan araştırma ve incelemeleri yapan bölümlerdir. Genellikle, röntgen, biyokimya, çoğu hastanelerde bulunur. Bunun dışında bakteriyoloji, patoloji, fizyoterapi laboratuvarları da vardır.

Eczacılık hizmetleri; tıp hizmetlerinin en önemli bölümlerindedir. İlaçların yapılması, dışarıdan temin edilmesi, depolanması, dağıtım ve kayıtlarından sorumludurlar (Sözen, 2003, s:103).

3.9.7.2. Hemşirelik Hizmetleri

Hastanelerde üretilen tedavi hizmet sürecinin en önemli işgörenleri hekim ve hemşirelerdir. Hemşireler,

- Hastanelerin, tedavi, hizmet içi eğitim, araştırma – geliştirme ve toplum sağlık seviyesini yükseltme işlevlerinin tüm süreçlerinde yer almaktadırlar.
- Hastanenin 24 saatlik kesintisiz üretim sürecinde kesintisiz olarak yer alan tek meslek grubu üyeleridir.
- Hastane personelinin önemli bir kısmını, yaklaşık üçte birini oluşturan en kalabalık işgören gruplarıdır.
- Hemşireler tedavi sürecinde müşterilerle en uzun süreli birlikteliği ve iletişimi olan işgören grubudurlar.

Hastanın yatırıldıktan sonra barındırılması ve bakımıyla ilgili tüm hizmetleri kapsar. Hemşirelik eğitimi de (öğrencilerin eğitimi, hizmet içi eğitim ve yatak başı eğitim), hemşirelik hizmetleri kapsamındadır. Ayrıca otelcilik ve lokantacılık hizmetlerinin (destek hizmet grubu) hastayla ilgili bölümü de hemşirelik hizmetleridir. Hemşirelik hizmetleri, başhemşire, başhemşire yardımcıları, servis sorumlu hemşiresi, servisteki tüm hemşirelerle, yardımcı hemşireler, ebeler ve sağlık memurları dahildir.

3.9.7.3. Paramedikal Hizmetler

Tıbbi destek hizmetleridir. Diyetisyen, röntgen- laboratuvar teknisyeni, ve teknikerleri, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, tıbbi sekreterlik ve dokümantasyon hizmeti verenler, istatistikçinin yapmış olduğu hizmetler paramedikal hizmetlerdir.

3.9.7.4. Destek Hizmetleri

Hastaların iyileşmeleri için tıbbi ve idari olarak tıp ve hemşirelik hizmetlerini destekleyen hizmetlerdir. Bunların en önemlileri; otelcilik ve lokantacılık hizmetleri, idari mali hizmetler ve teknik hizmetlerdir. Hastaların doyurulması ve barındırılması en önemli destek hizmetidir. Eğer bir hastane lüks bir otelin bir lokantanın hizmetlerini sunamıyorsa, görevlerinden en önemlisini yerine getiremiyor demektir. Çünkü hasta temiz bir yatakta yatmıyor, banyo yapamıyor, beslenemiyor, gürültüden sabaha kadar uyuyamıyorsa, tedaviye cevap vermesi güç olur.

İdari ve mali işler, hastanenin yasal sorumluluklarının ve çevreyle olan ilişkilerinin düzenlenmesidir. Hastane için gerekli olan gıda, malzeme, tüketim alımlarıyla, yazışma ve arşivleme işlerini bu birimler yürütür. Personelin yazışma ve özellikle ilgili işleri de destek hizmetleri tarafından yürütülmektedir. Bu bölümler genelde, depo, ambar, ayniyat, satın alma, yazı işleri, personel, teknik hizmetler, mutfak, yemekhane, çamaşırhane, morg, tıbbi kayıtlar (arşiv)dir.

Hastaneler için en önemli hizmetlerden bir diğeri de, temizlik hizmetleridir. Çünkü hastaların ve çalışanların sağlığı için hastaneler evlerden ve diğer kurumlardan daha temiz olmak zorundadır. Bu nedenle bu tür hizmet sunucuları, çamaşırhane görevlileri dahil, sık sık hizmet içi eğitime alınmalı, denetlenmelidir.

3.9.8. Sağlık Hizmetlerinde Etik ve Kurumsal Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyutunun Önemi

3.9.8.1. Sağlık Hizmetlerinde Etik

Sağlık sektöründe etik deyince ilk akla gelen hasta ile doktor arasındaki ilişkinin niteliğini belirleyen tıp etiği kavramıdır. Bu kavram çağlar boyunca üzerinde tartışılmış, tıbbın evrimi ile birlikte değişikliğe uğramış ve farklı görünümlere bürünmüştür.

İnsanlar arasındaki ilişkilerin temelinde yer alan değerleri, iyi ya da kötü doğru ya da yanlış olanın niteliğini ve temellerini araştıran felsefe dalı olarak tanımlanan etik, Hegel'e göre toplumsal ilişkilerin örgütlenmesiyle ve düzenlenmesiyle ilgili olan her şeydir (Bozkurt, 2002, s:94).

Etik kavramı ile ilgili çok çeşitli tanımlar yapılmıştır. Muncy ve Vitell etiği; bireyin davranışlarına rehberlik eden bir ahlaki kurallar ve standartlar sistemi olarak tanımlamıştır (Muncy and Vitell, 1992, s:297–311). Başka bir tanımda etik, bireylerin/grupların davranışları iyi, kötü veya doğru, yanlış gibi değerlendirmeler yapmasına imkân veren ilkeler veya standartlar topluluğu olarak ifade edilebilir. Bu tanımlara dayanarak, kişisel satışta etik, kişisel satış rolünü üstlenen bireylerin işletmeye ve tüketicilere karşı davranışlarını düzenleyen kurallar, standartlar toplamı olarak tanımlanabilir. Diğer bir ifadeyle, çalışanların hangi davranışları yapmaları, hangilerini yapmamaları gerektiğini ortaya koyan kurallar dizisidir (Varinli, 2004, s:48).

3.9.8.2. Kurumsal Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyutunun Önemi

Sağlık hizmeti sunan kurumların temel sorumluluğu; mesleki etik ilkeler ışığında, sağlık hizmetlerinde kalite ve verimlilik hedeflerini gerçekleştirmek suretiyle “kurumsal performansı” sağlamak ve idame ettirmektir. Hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini, almak zorunda olduğu sağlık kurumları, bu açıdan daha büyük bir sorumluluk taşımaktadırlar. Çünkü hastalar zorunlu durumlar hariç, temel hasta haklarından biri olarak kabul edilen “hastanın hekimini özgürce seçme” hakkından kurumsal zorunluluklar nedeniyle mahrumdur.

İhtiyaç duyulan sağlık hizmetinin, kişiler için vazgeçilemez olma özelliğini göz önüne alacak olursak, alternatifi olmayan bir sağlık hizmetinin kalitesi ve mesleki etik ilkelere uygun Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesi, genellikle üretilen hizmetlerin teknik yönü ve idari yönü ile belirlenmektedir. Hizmetlerin teknik yönü, verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda çağdaş tıp biliminin gereklerine uygun arzulanır değişikliği yaratması ile idari yönü ise hizmetin verilmesinde hasta istek ve beklentilerine dikkat edilmesi ile ilgilidir. Ancak, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, genellikle kullanılan kaynakların yeterliliği ve hizmetlerden yararlanan insan sayısı gibi nesnel öğeler ele alınmakta, hastaların bu hizmetleri alırken karşılaştıkları tutum ve davranışlar ile hasta hakları gibi etik hususlar ikinci planda kalmaktadır. Oysa sunulan hizmetin teknik yönünü

ilgilendiren nesnel ögelerden ziyade bu hizmetlerin idari yönünü ilgilendiren etik ögeler hastalar açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Bu anlamda birçok hasta, aldığı sağlık hizmetini değerlendirirken, hizmetin teknik yönünden ziyade hizmeti alırken karşılaştığı tutum ve davranışları göz önüne alarak bir değerlendirme yapmaktadır. Bu konuda yapılmış araştırmalarda; hastaların, almış oldukları sağlık hizmetinin alternatifleri ve kalitesi konusunda gerekli teknik bilgilere sahip olmamaları nedeniyle, bu husustaki değerlendirmelerini, karşılaştıkları ortamı, davranışları ve ilgiyi göz önüne alarak yaptıkları ve aldıkları sağlık hizmetlerinden bu kriterlere uygunluk nispetinde memnun oldukları belirlenmiştir (Strasen, 1988, s:5-6; Şener, 1994, s:305-15). Hastalar, doğal olarak, temiz ve güvenli bir ortam, kaliteli bir hizmet, kişilik haklarına saygı, iyi iletişim ve ilgili davranış beklemekte ve beklentileri karşılandığında mutlu olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin idari yönünü ilgilendiren ve genellikle bu hizmetlerin etik boyutunu oluşturan hususlarda araştırmalar yapılması, “sağlık kurumlarının kendisine bir aynadan bakması” olarak nitelendirilmektedir. Hastaların hizmetin her aşamasında “görgü tanığı” olarak, bildiklerini ve gördüklerini aktarmalarından dolayı, çok geniş bir kesimi etkilediği yapılan birçok araştırmayla ortaya konmuştur. Bu görgü tanıklığının, sadece bir kişiyle sınırlı kalmadığı, farklı insanlarla paylaşıldığı, yaşanan olayların toplum içinde yayıldığı bilinmektedir. Hizmetlerden yararlananların tecrübelerini, memnuniyet veya memnuniyetsizliklerini başkaları ile paylaştıkları, ayrıca hizmetlerden memnun olmayanların, olanlara göre tecrübelerini daha çok insanla paylaştıkları da çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (Uçar, 2005, s: 37-39).

Sağlıkta tam anlamıyla etik'ten bahsedebilmek için, sağlık hizmetlerinin (koruyucu, iyileştirici, rehabilite edici, çevre sağlığı hizmetleri) planlanması, örgütlenmesi, işletilmesi, eşgüdümü, denetlenmesi ve değerlendirilmesi aşamalarında da doğru ve yanlışın ne olduğunun araştırılması gerekmektedir.

Kuşkusuz, tıp etiği ilkelerinin gerçekleştirilmesinde; ülkelerin sağlık sistemleri önemli bir belirleyendir. Sosyal devlet, bireyin haklarına ve toplumun tümüne değer veren bir anlayış gereği, tüm yurttaşlarına eşitlik ve adalet ilkesi doğrultusunda temel gereksinimleri karşılayacak oranda hizmet sunumundan sorumludur.

Hipokratik etikte yer alan “öncelikle zarar verme” ilkesi bir açıdan yararlı olmayı hedefler. Söz konusu bu yükümlülük kapsamında amaçlanan şey, bir eylemin olası olumlu sonuçlarının olumsuz sonuçlarına ağır basması ya da en azından belli bir

denge de tutulmasıdır. Aydınlanma ilkesine göre, hekim hastasını hastalığı hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür. Güven unsuru hasta-hekim ilişkisinden hiç bir zaman çıkarılmayacak bir olgudur. Eğer hastanın tanı ve tedavisi gerçekleştirilmek isteniyorsa hasta bu ilişkide güvene ihtiyaç duyar. Günümüz sağlık hizmetlerinin hastane ya da diğer sağlık kurumlarında sürdürülmesi, yoğun bilgi ve teknolojik ortamlarda geçmesi ve hekim dışı değişik sağlık çalışanlarının tanı ve tedavi işlemlerinde yer alması, hastanın güven duygusunu derinden etkileyen unsurlardır. Bu nedenle sadece hekime duyulacak güven değil, hastanın sağlık kurumuna ve diğer sağlık çalışanlarına karşı geliştireceği güven duygusu da onun tıbbi yararını etkileyecektir.

3.9.9. Hastanın Seçme Hakkı

Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420 ile düzenlenmiş olan “**Hasta Hakları Yönetmeliği**”; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen “hasta hakları”nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin “hasta hakları”ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır (www.saglik.gov.tr).

Sağlık hizmetlerini kullanan kişilere seçenekler sunarak tercih hakkı tanımak çoğunlukla arzu edilen bir politik hedef olarak görülür. Sağlık hizmetlerinde tercihler karmaşık olup, maliyet ve fayda ile doğrudan orantılıdır. Sağlık sistemlerinde hasta ile hizmet sunucusu arasındaki ilişki hayatidir. Bireyler çoğunlukla kendi tercihlerini yapmaktan kaçınırlar ve karar verme sürecini hizmet sunan sağlık çalışanlarına delege ederler. Bireyler, sağlık sistemi içinde; sigorta hizmeti sunan ve tedavi ile ilgili çeşitli tercihlerde bulunabilir. Tablo 3.15'de bireye sunulan sağlık sistemlerindeki olası tercihler yer almaktadır²⁶.

²⁶ “**Hastanın Seçme Hakkı**”, Makro Bakış, Sayı 1, İstanbul, 2005, s:29

Sigorta	Hizmeti Sunan	Tedavi
<ul style="list-style-type: none">• Sağlık sigortasına sahip olmak veya sigortasız olmak• Kamu veya özel sağlık sigortasına dahil olmak• Sağlık sigortasında kapsanan temel teminatlar• Kamu sigorta fonu• Katılım payı oranı	<ul style="list-style-type: none">• İlk temas edilen hizmet sunucu• Genel pratisyen• Uzman• Uzmanlara doğrudan erişim• Hastane• Hastanedeki doktor	<ul style="list-style-type: none">• Tedaviyi reddetmek• Tedaviyi kabul etmek• Tedavinin zamanı• Kurum veya kurum içi olanakları seçmek• Araştırma veya deneylere katılmak

Tablo 3.16. Sağlık Sistemlerinde Olası Tercihler

Kaynak: Makro Bakış, 2005, s:29

IV. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

4.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı ve Davranışları

Hastaneler sağlık tanımı kapsamındaki hizmetleri üreten işletmelerdir. Hastanelerde sunulan hizmetleri talep eden müşterileri genel olarak hasta olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerin müşterilerine sunmuş oldukları hizmet genel olarak “bireyselleştirilmiş hizmet” olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla standardın istediği hizmetin tanımı ve izlenebilirliği hizmet süreci boyunca hizmet alımında bulunan müşterinin (hastanın) hizmet sürecinin her aşamasında (girdi → süreç → çıktı) ayırt ediciliğinin sağlanmasını istemektedir. Bu bağlamda, hastanelerde standardın tanımladığı ürün ya da hizmet alan temel girdi müşteriler olacaktır (Şahin, 1999, s:50).

Kotler yeni müşterinin eğilimlerini (trendlerini) aşağıdaki gibi belirtmektedir;

- Müşterinin bilgi düzeyinin artması, bilinçlenmesi ve daha seçici hale gelmesi,
- Müşterilerin ürün ve özellikle de hizmet beklentilerinin yükselmesi,
- İnsanların üzerinde zaman baskısının artması ve artık alışveriş yapmaya daha az zamanlarının olması,
- Online (elektronik) alışverişin yaygınlaşması,
- Ürün ve markaya bağlılığın azalması,
- Pazar bölümlenmesinin artması, pazarların gittikçe daha küçük gruplara ayrılması,
- Global alışveriş olanaklarının doğması ve yayılması (Kotler, 1998, s:26).

Tüm gerçek kişi müşteriler gibi hastalar da bir sağlık hizmeti satın alırken çeşitli çevresel ve kişisel faktörlerin etkisi altında kalırlar. Örneğin, doktor ve/veya hastane seçimi üzerinde tutumların, örf ve adetlerin, yaşam tarzının, aile, arkadaşlar, komşular ve referans gruplarının çok büyük etkisi vardır. Bunlar hasta ve ailesinin tercihi üzerinde değişik biçimlerde etkili olurlar.

Hasta veya ailesi, aile doktoru tarafından önerilmediği takdirde gideceği sağlık kuruluşunu bir takım tüketici karar değişkenlerine göre belirler. Bu değişkenler genellikle:

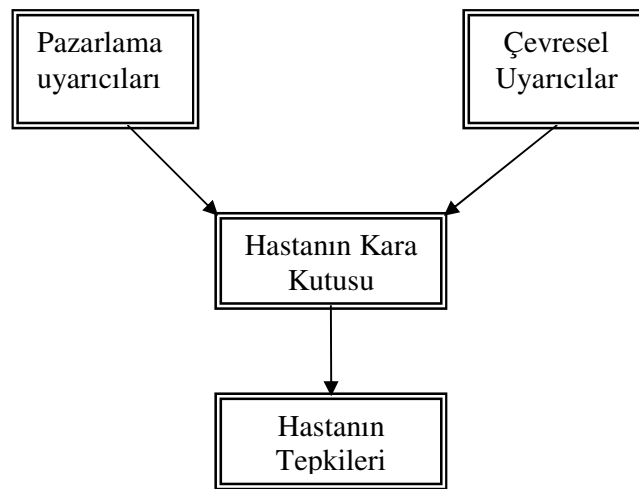
- Sağlık kuruluşunun ünü

- Eve veya işe yakınlık derecesi
- Talep edilen ücret
- Hastanenin sahip olduğu teknik donanım
- Uzmanlık alanların fazla olduğu hastaneler vb.

Sağlık hizmetlerinden yaralanan müşterilerin (hasta veya sağlıklı birey) davranışlarını açıklamak için sadece yukarıda sayılan objektif karar değişkenleri yeterli değildir. Hastanın neden uzaktaki bir hekime gitmeyi tercih ettiğini, niçin sunulan bir hizmetten memnun kalmadığını anlamak için hastaya özgü çok sayıda subjektif karar değişkenini de incelenmesi gerekmektedir. Tüketicilerin nasıl karar verdikleri pazarlama literatüründe çeşitli modellerle açıklanmaya çalışılmıştır. Bunlardan biri Şekil 4.1’de gösterilmiştir. Bu modele göre müşteri karar verirken iki tür çevresel faktörün etkisinde kalmaktadır:

1. Pazarlama Uyarıcıları: Sağlık kuruluşunun müşterisine sunduğu hizmetlerin çeşitliliği, teklif ettiği ücret, hekimlerin, hemşirelerin, hasta bakıcıların gösterdikleri ilgi, güler yüz, kat hizmetleri, otopark gibi kontrol edilebilir pazarlama değişkenleridir.

2. Çevresel Uyarıcılar: Kararın verildiği an hastanın içinde yaşadığı topluma ilişkin özellikler, tehlikeli hastalıklar, toplumda sağlık ve sağlıklı yaşam konusundaki görüşler, örf ve adetler, çevre kirliliği gibi sağlık kuruluşunun kontrolü dışındaki ancak onun faaliyetlerini nitelik ve nicelik açısından etkileyen faktörlerdir.



Şekil 4.1. Hastanın Davranışları (Uyarıcı-Tepki) Modeli

Kaynak: Karafakıoğlu, 1998, s:69

Modele göre uyarıcılar, hasta tarafından onun davranışsal özelliklerine göre değerlendirilecek ve kendisine teklif edilen sağlık hizmeti veya kuruluşunu “kara kutu” içinde yer alan

- Kişilik içi
- Kişiler arası

değişkenlerin süzgecinden geçirerek kabul veya red edecektir. Hastanın kişilik içi değişkenleri;

1. İhtiyaçları
2. Güdüleri
3. Algılaması
4. Tutumu
5. Kişiliği
6. Öğrenme Süreci
7. Yaşam Biçimi

gibi bölümlerde ele alınabilir (Şekil 4.2).

KARA KUTU	
<u>Kişilik İçi Değişkenler</u>	<u>Kişiler Arası Değişkenler</u>
1. İhtiyaçlar	1. Aile
2. Algılama	2. Arkadaşlar
3. Öğrenme Süreci	3. Komşular
4. Tutumlar	4. Referans Grupları
5. İnançlar	
6. Yaşam Tarzı	
7. Kişilik	

Şekil 4.2. Hastanın Kara Kutusu

Kaynak: Karafakıoğlu, 1998, s:71

Pazarlamacı sunduğu mal veya hizmetin müşteri tarafından beğenilmesini, satın alınmasını ister. Bu nedenle mal ve hizmetin red edilmesine neden olabilecek olan faktörlerin önceden belirlenmesi çok önemlidir. Hastaya önerilen hastane onun

kişiliğine yaşam tarzına uygun değilse, arkadaşları tarafından tavsiye edilenler içerisinde yer almıyorsa oraya gitmek istemeyecektir.

4.1.1. Müşteri Memnuniyeti ve Değişimleri

Memnuniyet, en basit anlatımla, ürünü satın alma ya da kullanma öncesi beklentileri ile satın alma sonrası ürünün performans çıktılarının karşılaştırılması sonucunun olumlu ya da olumsuz olması durumunda, müşteride oluşan duygu olarak tanımlanabilir.

Hizmet sektöründe müşteri memnuniyeti, müşterilerin bir hizmete yönelik beklentileriyle, hizmet deneyiminin kıyaslanması sonucunda oluşan, hizmete ait bilişsel ve duygusal tepki olarak tanımlanmıştır (Gençtürk ve Karakaş, 2002, s:53-54).

Müşterilerin memnun olmamaları durumunda ortaya çıkacak durum, tüm işletmeler için büyük önem taşımaktadır. Memnun olmamış bir müşteri için üç farklı davranış seçeneği söz konusu olacaktır. Memnuniyetsizliklerini, doğrudan doğruya ürünü satın aldıkları işletmeye bildirirler. Bu durumda, memnuniyetsizliğin ortadan kaldırılması için bir karşılık bekleyen müşterilere işletme tarafından en uygun karşılığın verilmesi çok önemlidir. İkinci olarak, memnuniyetsizliklerini özel olarak, etraflarındaki kişilere, ailelerine, arkadaşlarına, yakınlarına ya da içinde buldukları danışma grubuna iletirler. İşletme için, bu tür olumsuz bir iletişim çok büyük olumsuzluklara neden olabilecektir. Üçüncü olarak da, müşteriler üçüncü bir tarafa memnuniyetsizliklerini bildirerek yardım ya da destek bekleyebilmektedirler. Televizyon ya da gazete gibi basın kuruluşları, bu tür konularda tüketicilere yardımcı olan devlet ya da sivil toplum örgütleri ya da hukuksal kurumlar, tüketicilerin memnuniyetsizliklerini ilettikleri kuruluşlardır. Müşterilerin bu yolu tercih etmeleri de işletme için olumsuz sonuçlara neden olacaktır (Şemsioğlu, 2004, s.77).

Tüketici/hasta, hizmeti/ürünü satın alma süreci aşamalarında hizmet/ürün hakkında bazı beklentiler oluşturmaktadır. Bu beklentilerini, satın alma ya da tüketim sonrasındaki hizmetin/ürünün performansına yönelik algıları ile karşılaştırmaktadır. Değerlendirmeleri sonucunda satın aldığı ya da kullandığı hizmet/üründen memnuniyet ya da memnuniyetsizlik duymaktadır. Dolayısıyla, müşterinin satın alma sonrası değerlendirmeleri ve memnuniyet duygusu üzerinde, onu satın alma davranışına yönelten faktörler ve satın alma süreci boyunca oluşan olumlu ya da olumsuz duygular etkili olabilmektedir.

Sağlık hizmetleri sunan kişi ve kuruluşlar açısından hasta memnuniyetinin kârlılıkta artış, olumlu sözel iletişim, hasta sadakati gibi pozitif sonuçları göz önüne alındığında, özellikle kâr amacı güden kuruluşlar için hayati önem taşıdığı açıkça ortaya çıkmaktadır. Memnuniyet, hizmet sunum sürecinin önemli bir sonucudur. Hasta memnuniyeti, pazarlama anlayışını benimseyen sağlık kuruluşlarının temel unsurlarından biridir. Çünkü bu anlayışın gereği müşteri memnuniyeti yoluyla kârlılığa ulaşmadır. Belki de bu kavramı en iyi açıklayan tanım şudur: Müşteri memnuniyeti, “hizmeti tecrübe ettikten sonra tüketicinin hizmetten ne kadar hoşlandığını veya hoşlanmadığını yansıtan satın alma sonrası bir olaydır” (Varinli ve Çakır, 2004, s:36).

Sağlık hizmetleri sağlayıcıları için hasta memnuniyeti, yüksek oranda hastaların elde tutulması, olumlu kulaktan kulağa iletişim ve yüksek kârlılık, hastanın doktor tarafından kendisine verilen tavsiyelere ve isteklere uyma eğilimini artırması gibi olumlu sonuçlar doğurucu etkiler yaratır. Bu nedenlerden dolayı, hasta memnuniyetinin bilinmesinin sağlık kurumları açısından büyük yararları bulunmaktadır (Dursun ve Çerçi, 2004, s:3-4).

Müşteri memnuniyetini sağlamak için yalnızca iyi bir strateji geliştirmek yeterli değildir, bu stratejiyi uygulayacak iyi motive edilmiş, eğitilmiş çalışanlar ve bu stratejiyi destekleyen bir yönetime de ihtiyaç vardır. Müşteri odaklı bir firma kültüründe hem iç hem de dış müşterilerin ihtiyaçlarının tümü karşılanmalı ve hatta ihtiyaçların üstüne çıkılmalıdır.

Sadece uygunluk kalitesine odaklanan işletmeler, başarıya ulaşamadıklarını; memnun müşteriler yaratmanın kalite programlarının asıl amacı olması gerektiğini görmüşlerdir. Böylece işletmeler müşterilerine odaklanmaya başlamış, müşterilerine daha yakın olmanın ve onların gereksinim ve beklentilerini anlamının yollarını arama yoluna gitmişlerdir.

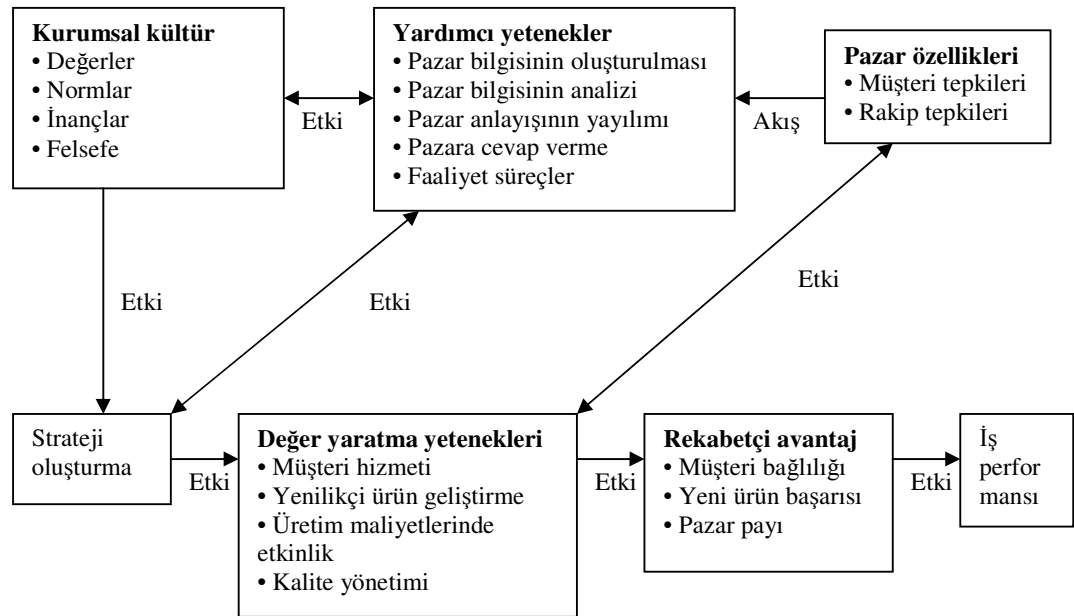
4.1.2. Müşteri Odaklılık

Müşteri odaklılığın dayandığı temel, müşteriye verilen önemi birinci sıraya koyan pazarlama kavramıdır. Bu noktadan hareketle, müşteri odaklılık, müşteri gereksinim ve beklentilerini karşılamaya yönelik olan sürekli ve proaktif faaliyetlerin bütünü şeklinde tanımlanabilmektedir. Diğer yandan müşteri odaklılık, basit olarak müşterilerin gereksinim ve tercihleri hakkında müşterilerden bilgi elde etme şeklinde tanımlanabilir (Erbil, 2001, s:19).

Sürekli ve etkin bir müşteri değeri yaratılması, müşteri değer yaratma zincirinin her basamağının, hem mevcut durumu ile hem de zaman içinde, olabilecek değişme ve gelişmeleri de kapsayacak şekilde çok iyi anlaşılmasını, yani kapsamlı bir pazar anlayışının oluşturulmasını gerektirmektedir. Böylesi bir pazar anlayışı;

1. Müşteri gereksinim ve tercihlerini etkileyen rekabet ve düzenlemeler gibi dış pazar faktörlerini,
2. Müşterilerin mevcut ve gelecekteki gereksinimlerini kapsayacak şekilde oluşturulmaktadır.

Bisp'in, pazar odaklı davranışı, üstün müşteri değeri yaratmada yardımcı bir yetenek olarak değerlendirdiği model Şekil 4.3'de görülmektedir. Model, stratejilerin belirlenmesinde, üstün müşteri değeri yaratılmasında ve kurumsal kültürün oluşturulmasında etkili olan pazar özellikleri ile ilgili faaliyetleri kapsamaktadır.



Şekil 4.3. Üstün Müşteri Değeri Yaratmada Yardımcı Bir Yetenek Olarak Pazar Odaklı Davranış

Kaynak: Bisp,1999, s: 79

Modern pazarlama anlayışının temelindeki müşteri odaklılık ilkesi özellikle kâr amaçsız hizmet veren kuruluşlar için daha da büyük önem taşımaktadır, çünkü kurumun var oluş nedeni hizmet sunmaktır. Ayrıca, kâr amaçlı işletmelerde kullanılan kantitatif başarı ölçütleri yerine kâr amaçsız kuruluşlarda müşteri

memnuniyeti, hizmet kalitesi gibi daha soyut ve çok boyutlu kriterler performans ölçümünde kullanılabilir. Dolayısıyla müşteri odaklılık ilkesini benimsemiş kâr amaçsız kuruluşlarda faaliyet amacı ve en son hedef sunulan hizmetin kalitesine göre oluşan müşteri memnuniyeti olarak karşımıza çıkmaktadır (Gençtürk ve Karakaş, 2002, s:53-54).

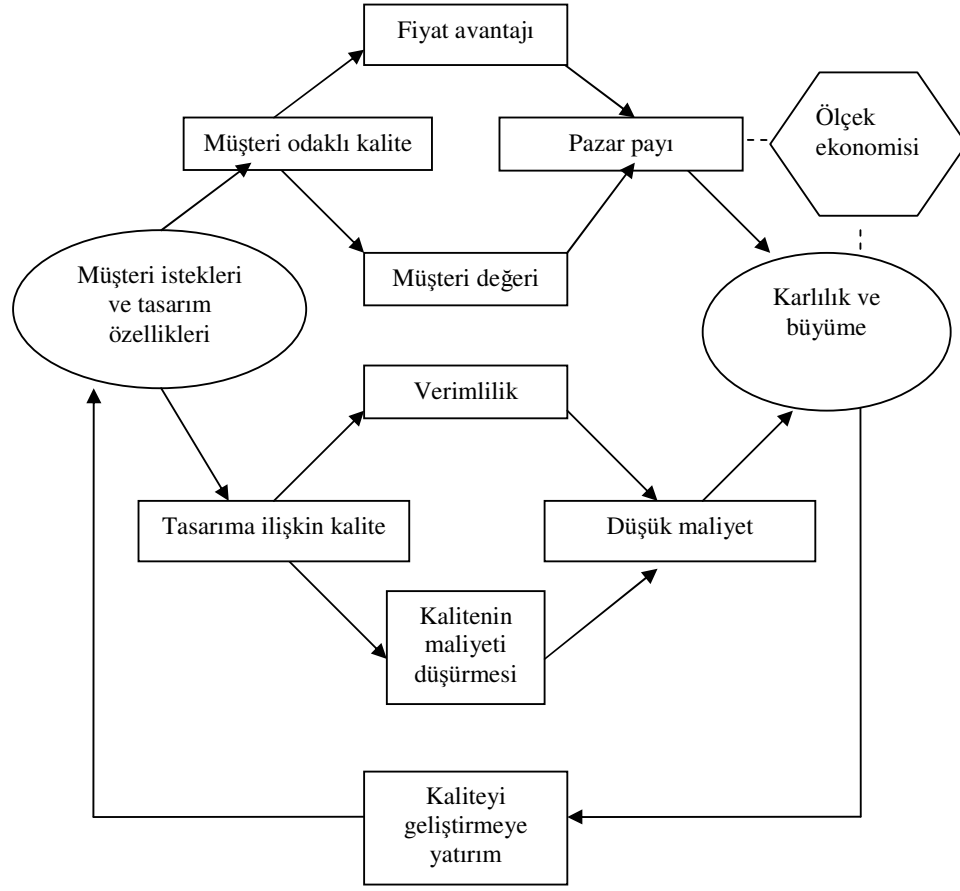
4.2. Hizmetlerin Kalitesi ve Etkileri

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Dar anlamda, kalite, ürün kalitesini ifade etmektedir. Geniş anlamda kalite, iş kalitesi, hizmet kalitesi, iletişim kalitesi, proses kalitesi, işçiler, mühendisler, idareciler ve yöneticiler dahil insanların kalitesi, sistem kalitesi, firma kalitesi, hedeflerin kalitesi vb.²⁷.

Şekil 4.5’de görüldüğü gibi kalitenin iki yönü vardır. Birincisi müşteri odaklı kalite, İkincisi ise tasarım özelliklerine yönelik kalitedir. Müşteri odaklı kalite, fiyat avantajı ve müşteri değerleri ile birlikte pazar payında artış sağlayacaktır. Aynı biçimde kalite standartlarına uygunluk verimlilik ve kalitenin maliyetleri azaltıcı etkisi ile düşük maliyeti ortaya çıkartacaktır. Düşük maliyetle pazara giren işletme ise yüksek kârlılık ve büyüme sağlayacaktır. Bu artan gelişme döngüsü kalite iyileştirmelerine yapılan yatırımlarla doğru orantılı olarak gelişme gösterecektir.

²⁷ ÇOBAN, Hilmi; DEYNELİ, Fatih; “**Kamuda Kalite Artırma Çabaları ve Performansa Dayalı Bütçeleme**”, 20. Türkiye Maliye Sempozyumu Türkiye’de Yeniden Mali Yapılanma T. C. Pamukkale Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü (Yayın No:1), 2005, s:326



Şekil 4.4. Kalite Döngüsü

Kaynak: Ross, 1994, s:10

Klasik görüşe göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır²⁸.

Kaliteli ürünü tanımlamak, sektörden sektöre farklılıklar gösterir. Shine'a göre sağlık sektöründe kalite, hizmet sektörleri içinde yer almasından dolayı, doğruluk, zamanlılık, tamlik, yakınlık ve içtenlik, müşteri gereksinimlerini karşılama, hizmet verenin bilgisi, estetik ve firmanın ünü gibi bileşenlerinin ortak ifadesi olarak algılanır. Tablo 4.1'de, üretim ve hizmet sektörlerindeki temel kalite bileşenleri verilmiştir.

²⁸ <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>, ASUNAKUTLU, Tuncer; "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", (Erişim, 16 Nisan, 2006)

Üretim Sektörü	Hizmet Sektörü
Performans	Doğruluk
Güvenilirlik	Zamanlılık
Dayanıklılık	Tamlık
Kullanım kolaylığı	Yakınlık ve içtenlik
Servis kabiliyeti	Müşteri gereksinimlerini karşılama
Estetik	Hizmet verenin bilgisi
Opsiyonların ve genişletme olanaklarının var olması	Estetik
Firmanın ünü	Firmanın ünü

Tablo 4.1. Shine'a Göre Sektörlere İlişkin Kalite Bileşenleri

Kaynak: Shine, 2002, s:91-99

Hizmette kalitenin ve kalitede sürekliliğin sağlanabilmesi, ancak hizmet kalitesinin doğru olarak ölçülebilmesi ile mümkün olmaktadır. Hizmet kalitesinin ölçümü, pazarlama literatüründe araştırmacılar arasında hep tartışma konusu olmuştur ve bu tartışmalar devam etmektedir. Konunun hizmet kalitesi için oldukça önemli, ama bir o kadar da tartışmaya açık olması, hizmet kalitesi ölçümünün zorluklarından kaynaklanmaktadır.

Buradaki zorluk temelde hizmetin kendine özgü karakteristik özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Zira hizmetin soyutluk, değişkenlik (heterojenlik), bölünmezlik ve dayanıksızlık özelliklerinden dolayı, fiziksel boyutu olan ürünler için geliştirilmiş olan geleneksel kalite kontrol yöntemleri ve değerlendirmeleri hizmet ürünleri için yetersiz kalmakta; bu da, hizmet üreten işletmelerin işini zorlaştırmaktadır. Ancak tüm zorluklarına karşın hizmet ürünleri için de kalite ölçümü oldukça önemlidir. Bu önem, özellikle hizmet işletmelerinin yüksek kalitede hizmet sunmak ve pazarda daha etkin olarak yer edinebilmek için kalite ölçümünü bir anahtar olarak görmelerinden kaynaklanmaktadır. Nitekim, ancak spesifik ölçüm teknikleriyle hizmet ürününün kalitesi geliştirilebilmekte ve bu sayede işletmeler varlıklarını sürdürebilmektedirler. Bir hizmet işletmesi, tüketici tarafından hizmetinin nasıl değerlendirildiğini bilmezse, bu değerlendirmeleri, istediği yönde nasıl kullanabileceğini de bilemez (Altan ve Atan, 2004, s:20).

Kalitede olduğu gibi hizmet kalitesi de çok boyutludur. Bu yüzden hizmet kalitesinin basit ve net bir tanımı yoktur. Ancak literatürde hizmet kalitesi gerçek ve algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık olarak ifade edilmektedir.

Kalitede olduğu gibi, hizmet kalitesinin de çok sayıda tanımı yapılabilir (Ardıç ve Güler, 2000, s:18-23).

- Kalite, mekanizmaların performansların hatasız olarak gerçekleştirmelidir.
- Kalite, insanların performanslarını hatasız olarak gerçekleştirmeleridir.
- Kalite, kusursuz ürünlerin satın alınmasıdır.
- Kalite, doğru önlemin bulunmasıdır.
- Kalite, sorunların ortadan kaldırılmasıdır.
- Kalite, nazik davranmaktır.
- Kalite, güvenilir olmaktır.
- Kalite, güvenli performans göstermektir.
- Kalite, zamana uygunluktur.
- Kalite, derhal önlem alınmasıdır.
- Kalite, müşterinin parasının değerini almasıdır.
- Kalite, her türlü kusurun ortadan kaldırılmasıdır.
- Kalite, her türlü hatanın ortadan kaldırılmasıdır.
- Kalite, güvenli olmayan koşullara karşı korunmadır.
- Kalite, sorunların belirlenmesi ve çözülmesi için doğru veridir.

Hizmet kalite boyutlarını açıklamaya çalışan birçok çalışma mevcuttur. Sasser, Olsen ve Wyckoff, 1978'de hizmet performansının farklı üç boyutunu personel düzeyi, tesisler düzeyi ve materyal düzey olarak ifade etmişlerdir (Zeithaml ve diğ., 1985, s:42). Yani hizmet kalitesinin hizmetin sonucundan daha fazla şeyi içerdiğini, hizmetin ulaştırılma biçimini vurgulamışlardır.

Kalite kavramını bu denli ön plana çıkaran, yaşanan hızlı değişim sürecinde üretilen mal ve hizmetlerdeki çeşitlilik, uluslararası ticarete liberalleşme, ticari sınırların yok olması, teknolojik ilerlemeler ve bu gelişimlerin beraberinde getirdiği yeni rekabet koşullarıdır. Değişim ve gelişme, hiçbir zaman önüne geçilemeyecek ve engellenemeyecek kavramlardır.

“Ne üretirsem onu satarım” anlayışı yerini “müşteri ihtiyaç ve beklentilerine göre üretmek” anlayışına bırakmak zorunda kalmıştır. Bu durumda rekabette sürekli üstünlüğü sağlayabilmenin tek koşulu müşteridir. Müşteriyi memnun etmek için, müşteri gereksinim ve beklentilerini belirleyerek, bu gereksinim ve beklentilere

uygun mal ve hizmeti, düşük maliyetle, kaliteli ve hızlı bir biçimde pazara sunmak gerekmektedir. Tüm bunların sağlanabilmesi için kalite, yenilik ve değişim boyutları bir arada değerlendirilmelidir (Tablo 4.2)²⁹.

Zaman Periyodu	1945–1949	1949–1951	1951–1960' ların Sonu	1960'ların sonu-1980'ler	1980'ler-Bugün
Kalitenin Tanımı	Belirlenmiş olan standart ve kurallara uygunluğu	Belirlenmiş olan standart ve kurallara uygunluğu	Kullanıma uygunluk	Müşteri gereklerine, isteklerine uygunluk	Maksimum müşteri tatminine ulaşma
Kalite Yönetim Sistemi	Kalite kontrol	İstatistiksel kalite kontrol	Sisteme yönelik kalite temini	Şirket tam kontrolü	Toplam kalite yönetimi
Kalite Yönetim Sistemi Parametreleri	Son ürün	Son ürün	Üretim süreci	Müşteri ihtiyaçları	Müşteri beklentileri
Yönetim Araçları	Standardizasyon	İstatistiksel metotlar	Neden- sonuç analizleri	Kalite fonksiyon açılımı	Sürekli gelişim
Devir (Çağ)	Temel ihtiyaçlar çağı	Temel ihtiyaçlar çağı	Büyüme çağı	Kalite çağı	Kalite çağı
Teknolojik Değişim	Toptan üretim	Toptan üretim	Toptan üretim	Hizmet ekonomisi	Hizmet ekonomisi
Piyasa Türleri	Satıcı piyasaları	Satıcı piyasaları	Alıcı piyasası	Doymuş ve globalleşmiş piyasalar	Doymuş ve globalleşmiş piyasalar
Kalite Perspektifi	Üreticiye yönelik	Üreticiye yönelik	Tüketiciye yönelik	Üreticiye ve tüketiciye yönelik	Üretici, müşteri ve rekabetçi bakış açısı
Kalite Ölçütleri	Objektif kavramlar	Objektif kavramlar	Subjektif kavramlar	Subjektif kavramlar	Subjektif ve Objektif kavramlar
Zaman Boyutu	Statik	Statik	Dinamik	Dinamik	Dinamik

Tablo 4.2. Kalitenin Evrimi

Kaynak: Lofler, 2001, s:2

²⁹ DOĞAN, Özlem İpekçil; “Kalite Uygulamalarının İşletmelerin Rekabet Gücü Üzerine Etkisi”, Yayınlanmış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 2, Sayı: 1, İzmir, Ocak, Şubat, Mart, 2000.

Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi belirleyicisi önemli ölçüde insan faktörüdür. Bunlar; doktorlar, hemşireler, destek hizmetleri veren diğer personel (hasta kabul, kayıt vb.) Hastaların hizmet kalitesi algılamaları, sağlık hizmetinin sunumunda rol alan personelin bilgi, beceri vb. özelliklerine dayanarak olmaktadır.

Hastanelerde hizmet kalitesinin ölçümünde farklı yaklaşımların tercih edildiği dikkati çekmektedir. Hangi yaklaşım tercih edilirse edilsin, hizmet kalitesi boyutlarının hasta memnuniyetine katkıları farklıdır. Hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasında yakın ilişki olduğu konusunda fikir birliği söz konusudur. Hasta memnuniyeti, pazarlama anlayışını benimseyen sağlık kuruluşlarının temel unsurlarından biridir. Çünkü bu anlayışın gereği müşteri memnuniyeti yoluyla kârlılığa ulaşmaz. Belki de bu kavramı en iyi açıklayan tanım şudur: “Müşteri memnuniyeti, hizmeti tecrübe ettikten sonra tüketicinin hizmetten ne kadar hoşlandığını veya hoşlanmadığını yansıtan satın alma sonrası bir olaydır” (Varinli, 2004, s.33-52).

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir (Şahin, 2004, s:4).

Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi üçe ayırır. Bunlar; teknik yönü, kişiler arası iletişim yönü ve sağlık hizmetinin konfor yönüdür Teknik yönü; tıbbî bilim ve bilginin bir sağlık probleminin teşhis ve tedavisinde ne kadar iyi uygulandığını ifade etmektedir. Kalitenin kişiler arası iletişim yönü; hasta ile iletişim kuran doktor, hemşire, yardımcı personel gibi sağlık hizmeti sunum sürecinde yer alan kişilerin yardımseverliği, dostça yaklaşım vb. özellikleri kapsamaktadır. Konfor yönü ise, hastane ortamında sunulan imkânlar, bu imkânların rahatlığı gibi özellikleri içermektedir (Varinli ve Çakır, 2004, s:33-52).

Kalitenin çok boyutlu olması ve farklı şekillerde algılanması, kalite konusunda bu kadar çok tanımın yapılması ve ortak bir tanım üzerinde anlaşılmasının sebebi olarak gösterilebilir. Parasuraman, Berry ve Zeithaml hizmet kalite boyutlarını dört farklı hizmet grubunu kapsayan bir araştırma sonunda 10 hizmet bileşenine ayırmışlardır (Zeithaml ve diğ.,1985, s:47):

1. Güvenilirlik [Reliability]: Performansın tutarlılığını içerir. Firmanın hizmeti ilk defada doğru yapması ve firmanın verdiği sözü tutması anlamına gelir. Daha spesifik olarak şunları kapsamaktadır:

- Doğru faturalama (faturalamada titizlik ve dikkat)
- Kayıtların doğru saklanması

- Hizmeti önceden belirtilen (tasarlanan) zamanda yerine getirmek

2. Heveslilik (Karşılık Vermek) [Responsiveness]: Hizmetin sağlanmasında çalışanların istekli oluşu ile ilgilidir. Hizmetin zamanında olmasını içerir.

- Bir işlem slipini derhal postaya vermek
- Hızlı hizmet vermek (randevuları çabuk bir şekilde yapmak)
- Müşteriyi hemen çağırmak

3. Yeterlilik [Competence]: Hizmeti sunmak için gerekli bilgi ve beceriye sahip olma anlamına gelmektedir. Şunları içerir:

- Müşteri ile ilişki kuran personelin bilgi ve becerisini kullanması
- Faaliyetleri destekleyen personelin bilgi ve becerisi
- Örgütün araştırma kapasitesi

4. Ulaşılabilirlik [Access]: Yaklaşılabilirliği ve kolay ilişki kurulabilirliği içerir.

- Telefonla hizmete çabuk ulaşabilmesi
- Hizmeti alma için bekleme zamanının çok olmaması
- Faaliyet saatlerinin uygunluğu
- Hizmet tesislerinin uygun yerlerde olması

5. Nezaket [Courtesy]: Müşteriyle ilişkide bulunan personelin kibarlığı, saygısı, hürmeti ve dostluğunu içerir.

- Müşteri ile ilişki kuran personelin görünüşünün düzgün, zarif ve temiz olması
- Müşterinin orada bulunmasına ilgi gösterilmesi

6. İletişim [Communication]: Müşterileri anlayabilecekleri bir dilde bilgilendirmek ve onları dinlemek anlamına gelir. Firma farklı müşteriler için dilini uydurabilmeli farklılaştırabilmelidir. (Eğitilmiş bir müşteri için ileri düzeyde bir dil kullanırken, daha eğitimsiz bir müşteri için basit bir dil kullanmak)

- Müşteriye hizmetin kendisini açıklamayı
- Müşteriye hizmetin maliyetini
- Maliyet ve hizmet arasındaki değiş tokuşu açıklamak
- Müşteriye çıkabilecek bir problemin halledilebileceği konusunda güvence vermek

7. İtibar [Credibility]: İnanırlılığı, dürüstlüğü, müşterinin çıkarlarını kalben hissetmeyi içerir. İtibara katkıda bulunan faktörler:

- Şirket ismi

- Şirketin ünü
- Müşteri ile ilişki kuran personelin kişisel özellikleri
- Müşterilerle etkileşimde kullanılan satış teknikleri

8. Güvenlik [Security]: Şüpheli, risk ve tehlikeden uzak olma anlamına gelir.

- Fiziksel ve finansal güvenlik
- Mahremiyet konuları

9. Müşteriyi Bilmek ve Anlamak [Understanding and Knowing The Customer]: Müşterinin ihtiyaçlarını anlamada çaba sarf etmeyi içerir.

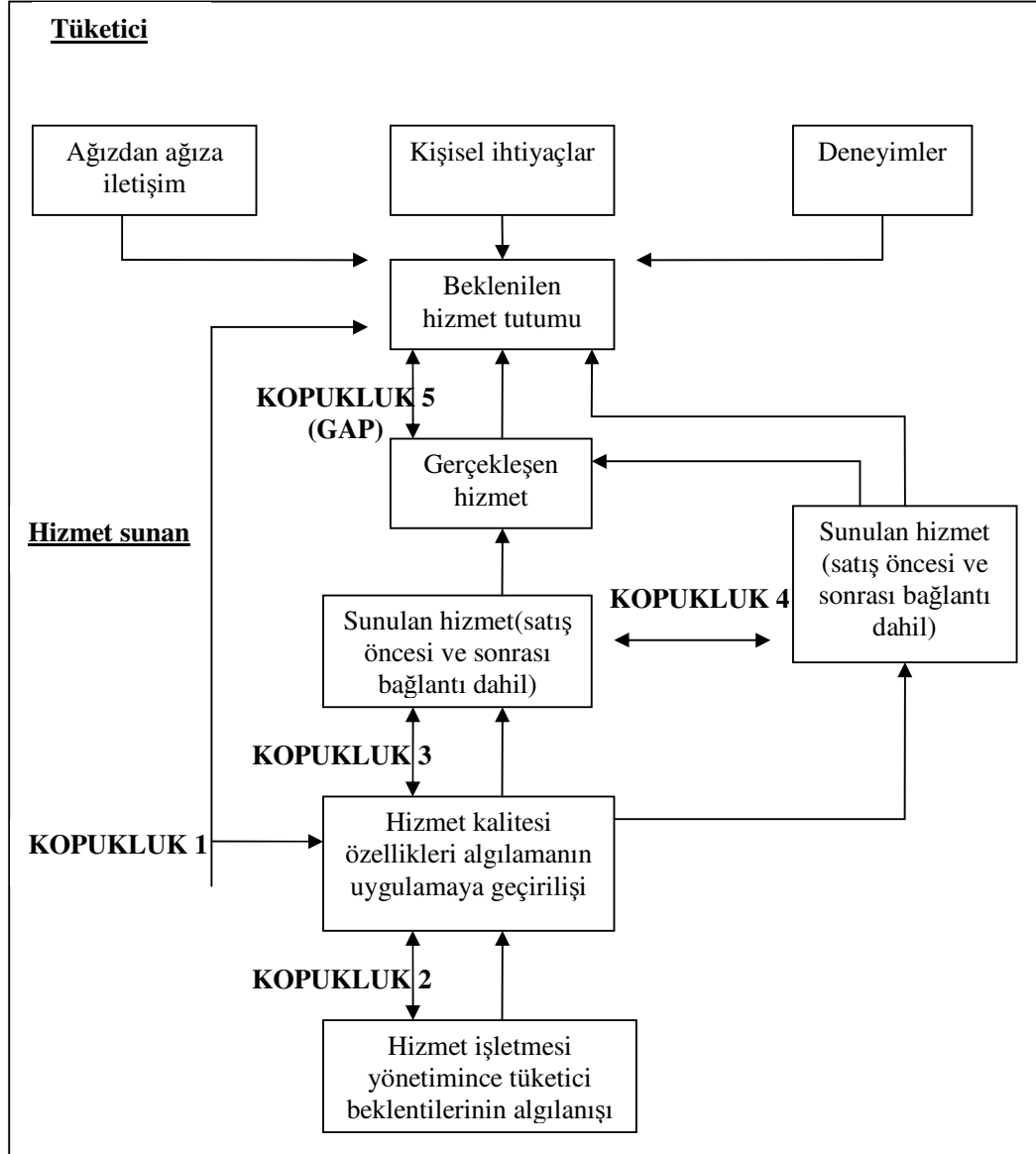
- Müşterinin spesifik ihtiyaçlarını öğrenmeyi
- Müşteriye bireysel ilgi göstermeyi
- Düzenli müşterilerin farkında olmayı içerir

10. Fiziksel Varlıklar [Tangibles]: Hizmetin fiziksel yanını içerir.

- Fiziksel tesisler
- Personelin görünüşü
- Hizmeti sunmak için kullanılan araç ve ekipman
- Hizmet tesisindeki diğer müşteriler

Kalite beklentileri ile gerçekte yaşanan ve sunulan kalite uygulamada çoğu kez örtüşmez. Pratikte bu ikisi arasında bir takım kopukluklar (boşluklar) ortaya çıkar. Hizmet kalitesinde beklenti ve gerçekleştirme arasındaki bu kopuklukların açıklaması için Parasuman, Zeithaml, Berry bir model geliştirmişleridir (Şekil 4.6), (Yüksel, 2002, s:38-39).

- 1. Kopukluk:** Müşteri beklentileri ile hizmet kalitesi algılanışı arasındaki boşluk
- 2. Kopukluk:** Belirlenen hizmet kalitesiyle kalite standardı özellikleri arasındaki boşluk
- 3. Kopukluk (Boşluk):** Burada tanımlanan kalite ile bunun uygulamaya sunulduğu arasındaki kopukluk söz konusu edilmektedir.
- 4. Kopukluk:** Sunulan hizmetle pazara dönük iletişim arasındaki boşluk
- 5. Kopukluk:** Fiili ve beklenen hizmet kaliteleri arasındaki boşluk



Şekil 4.5. Hizmet Kalite Ölçümünde Parasuraman,/Zeithaml/Berry Modeli

Kaynak: Yüksel, 2002, s:39

4.3. Sağlık İşletmelerinde Kalite Belirleyicileri

Sağlık hizmetlerinin sunuluş biçimi günümüz dünyasında toplumların sosyo-ekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen en önemli göstergelerden biridir. Rekabet ortamında, sağlık kurumlarının müşterilerini memnun etmek ve yeni müşteriler kazanmak için diğer sektörlerde kullanılan pazarlama faaliyetlerinden yararlanmaları varlıklarını devamı için vazgeçilmez bir olgudur. Çünkü bir hastane kurmanın maliyeti oldukça yüksektir. Yapılan bu yatırımın karşılanması ve kâr sağlanması ancak müşterilerin talebini sağlamakla mümkündür. Müşterilerin talebini

sağlamak ve müşteriler tarafından beğenilen, aranan ve tavsiye edilen bir kurum haline gelmek ise, kaliteli hizmet sunumu ve hizmetlerin tanıtımı ile sağlanabilir (Çatı ve Yılmaz, 2002, s:46).

Hizmet sektörü içinde sayılabilecek sağlık sektöründe de rekabet çeşitli şekillerde kendini göstermektedir. Müşteriler alternatif imkânları daha iyi değerlendirmekte ve hangi kurum kendi beklentilerine en iyi cevap veriyorsa o kurumu tercih etmektedir. Sağlık sektöründe tüm hastaneler aynı tip hizmet üretimini yapmalarına rağmen ağırlaşan rekabet koşulları dolayısıyla rakiplerine göre hizmet farklılaştırması yolunu seçmektedirler. Bu durum sektördeki çeşitli hastanelerin farklı kalitede hizmet sunmalarını ortaya çıkartmıştır³⁰.

Sağlık hizmetlerinde kalite iki açıdan değerlendirilebilir. Bunlar; sağlık tedavi kalitesi ve hizmet kalitesidir. Sağlık tedavi kalitesi, tıp bilimini ve sağlıkla ilgili teknolojiyi kullanarak hastaların sorunlarını gidermekten ibarettir. Hizmet kalitesi ise, hastalarla hizmet verenler arasındaki iyi yönlü psikolojik ve sosyal ilişkiler ile yatak çarşaflarının temizliği, verilen yemeklerin iştah açıcı olması, bekleme salonlarının temizliği ve ferahlığı gibi detayları içerir. Sağlık hizmetleri kalitesinin düzeyini, hasta beklentilerinin tatmin düzeyi ile ölçülebilir. Hasta beklentileri ise; hastaneye gelmeden önceki beklentileri, hastanedeki beklentileri, hastaneden ayrıldıktan sonraki beklentileri olmak üç gruba ayrılır³¹.

Donabedian'a göre ise, sağlık konusunda kalite, tamamen açıklanması güç belki de imkânsız olan bir kavramdır. Ancak, Donabedian, sağlık hizmetlerinin yedi özelliğinin kaliteyi belirlediğini ileri sürmektedir (Şahin, 1999, s:18).

Bu özellikler:

1. Etkenlik; sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi bakımı sağlayabilme becerisi,
2. Etkililik; sağlık durumunda sağlanabilir iyileştirmeyi gerçekleştirebilme derecesi,
3. Verimlilik; sağlıkta ulaşılabilir ilerlemeleri azaltmaksızın bakımın maliyetini düşürme yeteneği,
4. Optimallik; maliyet ve yararlar arasında en iyi dengenin sağlanması,

³⁰ TARIM, Mehveş; "Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Sevqual Modeli Bir Hastane Uygulaması", İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, Cilt.52, Sayı:2, Yayın No.4374, İstanbul, 2002, s:16

³¹ BİRCAN, Hüdaverdi; BAYCAN, Serap; "Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği", Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 28 No: 2, Sivas, Aralık, 2004, s: 174-175

5. Kabul Edilebilirlik; hasta-hekim ilişkileri, kolay hizmet kullanabilme, bakım maliyeti vb. açılardan hastanın tercihlerine ve isteklerine uygunluk,
6. Meşruluk; toplumsal tercihlerine uygunluk,
7. Eşitlik; hizmet sunumunda ve kullanımında adaletin sağlanması, şeklinde özetlenebilir.

Sağlık sektöründe kaliteli bir hizmetin nasıl olması gerektiğine ilişkin göz önün alınması gereken önemli bir noktayı belirtmek gerekir. Bu sektörde kalite farklı gruplarca farklı anlamlar taşımaktadır. Bu gruplar genel olarak hasta, tıp profesyonelleri ve yönetici gruplarından oluşmaktadır.

4.3.1. Hastanın Hastaneye Gelmeden Önceki Beklentileri

- Hastalık doğru bir şekilde teşhis edilmeli,
- Hastalık uygun bir şekilde anlatılmalı,
- Sistemin yapısında var olan riskler açıklanmalı,
- Masraflar açık ve tam olarak söylenmeli,
- Verilen bilgiler güvenilir ve eksiksiz olmalıdır.

4.3.2. Hastanın Hastanedeki Beklentileri

- Prosedür, sahasında uzman bir ekip tarafından hazırlanmalı,
- Prosedür, söz verme, tahmin veya açıklama gibi açıkça belirlenmeli,
- Hasta yatarken veya muayene olurken çalışanların ilgili ve nazik olmaları,
- İyileşmenin devam etmesi sağlanmalı ve bunun süresi konusunda hasta bilgilendirilmeli,
- Tam iyileşmenin sağlanması için personelin yapması gerekeni eksiksiz olarak yapması,
- Hastanenin temizlik ve hijyen özelliği hastane yönetimi tarafından sürekli gözlenmeli,
- Yemekler uygun sıcaklıkta, uygun miktarda, uygun beslenme dengesi ile uygun zamanda verilmeli,
- Şikâyetler derhal cevap bulmalı,
- Rehabilitasyon ve ilaçla tedavi için talimatlar, açık ve tam olmalıdır.

4.3.3. Hastaneden Ayrıldıktan Sonra Hastanın Beklentileri

- Aynı problem için tekrar hastaneye gelinmemeli,
- Fatura tam ve uygun bir şekilde açıklanmalı,
- İyileşme daha önce açıklandığı gibi gerçekleşmeli,
- Hastane ve uzman elemanları, eğer problemler tekrar ortaya çıkarsa derhal cevap vermeli.

Sağlık hizmetlerinin başarısı, bu sektöre verilen önemin artışına paralel olarak, daha kaliteli hizmet sunulmasına bağlıdır. Hastane sayısındaki artış ve özel hastanelerin giderek yaygınlaşmasıyla meydana gelen rekabet ortamı, sağlık hizmetlerinde kalitenin gün geçtikçe ön plana çıkmasına yol açmış, hastanelerin kaliteye dayanarak tüketicilerin seçimlerini etkileme yoluna gitmelerine sebep olmuştur. Böylece sağlık sektöründe, verilen hizmetin kalitesi, tüketicilerin hastane seçimi konusundaki kararlarını önemli ölçüde etkilemektedir.

4.3.4. Hasta Memnuniyeti'nde Değerlendirme

Hasta memnuniyeti araştırmaları sonuçlarının sürekli iyileştirme sürecinde kullanımını engelleyen bazı kısıtlayıcıları da göz ardı etmemek gerekir. Bunlar şu başlıklar altında toplanabilir:

Hastalar bazı durumlarda tıbbi müdahaleler nedeniyle, aldıkları hizmetin her aşamasını hatırlayamaz ve değerlendiremezler. Örneğin hastanın operasyonda olduğu süre içindeki hizmetin kalitesini değerlendiremeyeceği gibi.

Hastalar, psikolojik durumlarının sağlıklı insanlara göre daha hassas olmaları nedeniyle, aldıkları hizmetin her aşamasını objektif olarak değerlendiremezler.

Hastalar kendileri ile ilgilenen birincil sağlık personelinin (doktor, hemşire) verdiği hizmeti değerlendirerek diğer hizmet süreçlerini de aynı değerlendirme skalasına alabilirler. Örneğin, doktorundan memnun olan hastanın diğer aksaklıkları görmemesi, önemsememesi gibi.

Steiber ve Lewis'e göre hasta memnuniyetinde etkili olan kriterler Tablo 4.3'deki gibi belirlenmiştir.

STEİBER'e göre		LEWİS'e göre	
Doktorlar	Bakımın maliyeti	İnsanca yaklaşım	Psiko-sosyal ilgi
Genel bakım	Ziyaretçi politikası	Genel kalite	Bilgilendirme
Hemşireler	Personel hizmetleri	Teknik yeterlilik	Bakım çıktıları
Beslenme hizmetleri	Giriş ve taburcu h.	Fiziki durum	Bakımın devamlılığı
Park hizmetleri	Temizlik	Bakımın maliyeti	Genel tatmin
Oda hizmetleri		Bürokrasi	Hastanenin geneli

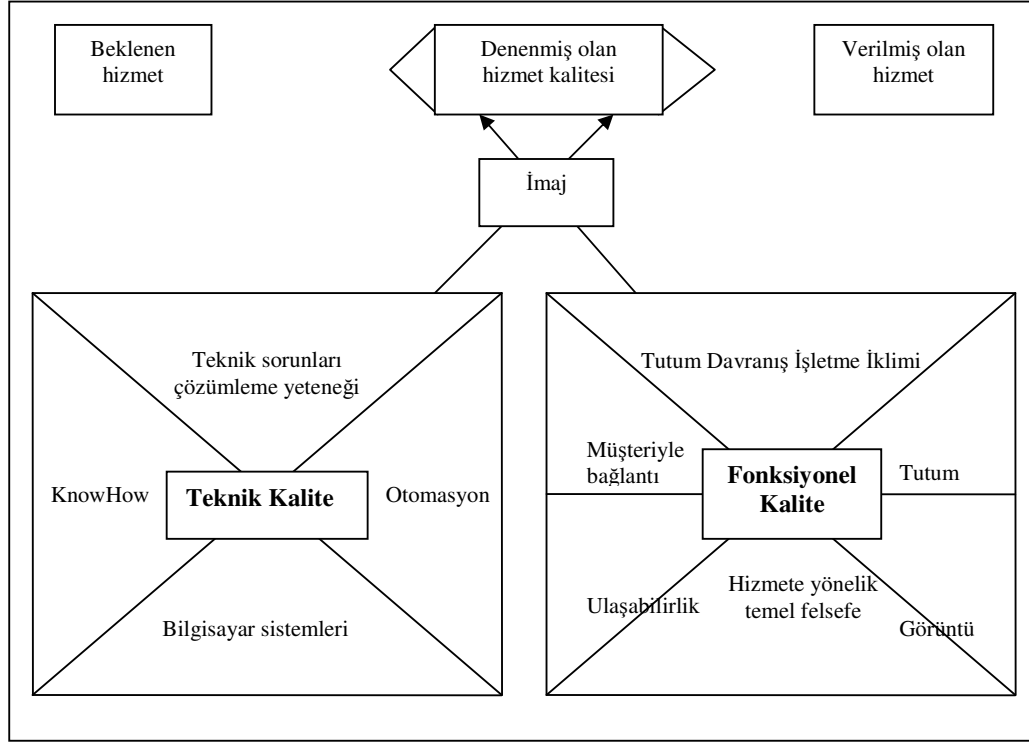
Tablo 4.3. Hasta Memnuniyetinde Değerlendirme Kriterleri

Kaynak: Pakdil, 1999, <http://www.sabem.saglik.gov.tr>

4.4. Hizmetlerde Teknik ve Fonksiyonel Kalite

Christian Grönroos tarafından hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik olarak geliştirilen ilk model olan “algılanan toplam kalite modeli”ne göre hizmet kalitesinin, **“teknik”, “fonksiyonel”** ve **“itibar”** kalitesi olmak üzere üç unsuru bulunmaktadır (Şekil 4.7). Hizmet kalitesini oluşturan unsurlardan biri olan “teknik kalite”, sadece hizmet çıktısının kalitesini ifade ederken; “fonksiyonel kalite”, hizmetin sunum sürecinin kalitesini ifade etmektedir. Buna göre “fonksiyonel kalite”, hizmetin “nasıl sunulduğu”nu ifade etmektedir. Diğer bir deyişle, hizmetin sunulduğu sırasında ortaya çıkan etkileşimi (müşteri-hizmet personeli), müşterilerin nasıl algıladığı ile ilgili olmaktadır³². Fonksiyonel kalite, müşterinin daha çok subjektif değer yargılarının sonucunu verir.

³² <http://www.pazarlamadunyasi.com.tr>, DEĞERMEN, Anıl; **“Hizmet Kalitesi Ölçüm Modellerinden Servqual'ın Zayıf Olduğu İleri Sürülen Teorik ve Uygulama Yönle”**, Pazarlama Dünyası Dergisi, Ekim, 2005.



Kalite boyutları	Teknik boyut	Temas-tutum boyutu
Bölüm kalitesi	(NE ?)	(NASIL ?)
Potansiyel (beklenen kalite)	Bina ve oda donanımı, teknik donanım, eğitim, madalya ve tanınma belgeleri	Maddi üretim faktörleri biçimlenişi, personelin tanınmışlığı, görünüşü ve kişiliği, referanslar, fiyatlar, kupa ve madalyalar
Süreç (yaşanan kalite)	Teknik yetenek, hizmet akış biçimi, süresi	Dış etmenlerle uygulamışta personelin havası, hizmet kültürü, ulaşılabilirliği
Sonuç (sunulan kalite)	Fonksiyon (İŞLEM), dayanıklılık sonuçlar	Hizmetin açıklanması, memnurluk, sonraki iletişim, şikâyetlerin sonuçlanış süre ve biçimi

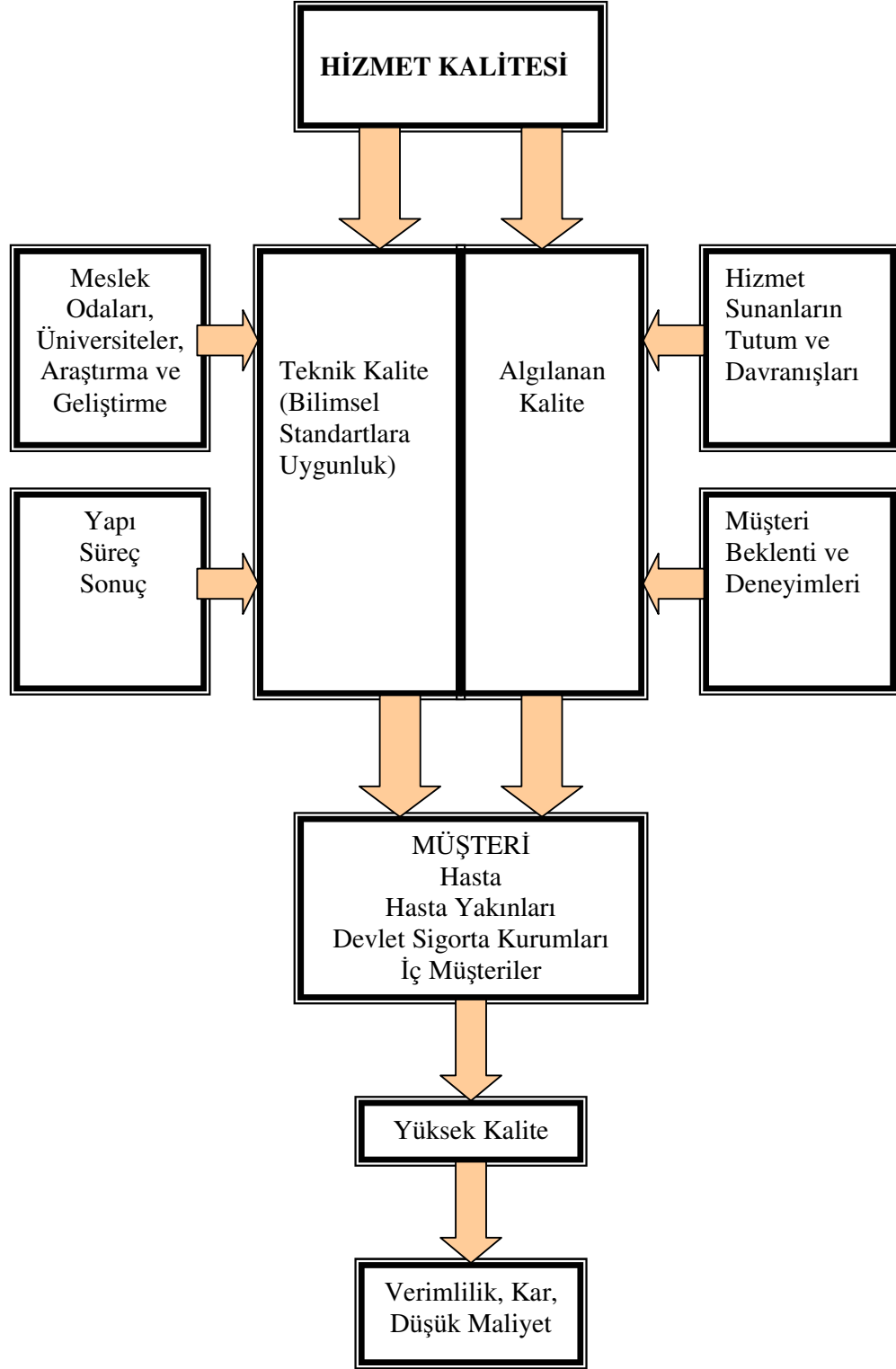
Şekil 4.6. Grönroos'un Kalite Modeli

Kaynak: Yüksel, 2002, s:41

Zira bir hizmet ürünü spesifik bir üründen çok, bir eylem olduğundan ötürü, hizmet kalitesi sadece çıktıya göre değil, aynı zamanda hizmetin sunulmuş sürecine göre de değerlendirilmektedir. Örneğin, bir restoranda sadece yenilen yemeğin tadı, kokusu, görüntüsü değil; aynı zamanda masaların temiz olup olmadığı, servisin çabukluğu, ortamın ferah ve rahat olması, garsonun yaklaşım biçimi ve güler yüzü de müşterinin hizmet kalitesini değerlendirmesinde önemli rol oynamaktadır.

“**Teknik Kalite**” kavramı ise hizmet kalitesinin bir diğer unsuru olup, müşterinin hizmet ürününden gerçekte “ne elde ettiğini” belirtmekte; diğer bir ifadeyle, hizmet çıktısından elde ettiği nihaî sonuçla ilgili olmaktadır. Kısaca teknik kalite kavramında kastedilen, fonksiyonel kaliteden farklı olarak, hizmetin sunum sürecinin kalitesi değil, sadece hizmet çıktısının kalitesi olmaktadır. İşte bu nedenle teknik kalite, fonksiyonel kalite kavramına göre çok daha dar kapsamlıdır. Yine restoran örneğinden hareket edilirse, teknik kaliteye göre kaliteyi asıl belirleyen şey, sadece yemeğin kendisidir. “İtibar kalite”si ise, hizmet işletmesinin firma imajının (firma imajı da, hizmet üreticisinin yarattığı imaj ve hizmet çıktısının, üretim süreci sırasındaki fiziksel koşullarını ifade etmektedir.

Hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme temel alınarak sağlık hizmet kalitesinin ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu yaklaşım verilen sağlık hizmetinin teknik kalite boyutudur. Bu açıdan sağlık hizmet kalitesi, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesidir. Ancak hizmet alanların sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve ihtiyaçlarını göz ardı eden bir hizmet sunumu da kalite hedefini gerçekleştirilmede yetersiz olacaktır. Omachonu tarafından gerçekleştirilen sentezci yaklaşım, kalitenin teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerini karşılama) boyutlarını bir arada ele almaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı (uygulama sanatı) tarafından belirlenmektedir. Şekil 4.8’de söz konusu yaklaşım incelendiğinde sağlık işletmelerinde yüksek kaliteye ve dolayısıyla gelir artışına ve verimliliğe ulaşmada “teknik kalite” ve müşteri bakış açısını yansıtan “algılanan kalitenin” birlikte ele alındığı görülmektedir (Devebakan, 2005, s:20).



Şekil 4.7. Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000, s:271

4.5. Fiyat Değişkeninin Müşteri-Hasta Memnuniyetindeki Yeri ve Önemi

4.5.1. Fiyatın Hedef Kitledeki Etki ve Tepkileri

Sağlık sektöründeki fiyat algılamasını anlayabilmek için öncelikle fiyat algılamasının boyutlarının incelenmesi oldukça önemlidir. Fiyat ile ilgili yapılan birçok araştırmada, Fiyatın gerek rasyonel gerekse psikolojik unsurları çeşitli yönleriyle incelenmiştir. Fiyat algılanması, tüketicilerin tercihlerinde ve satın alma davranışlarında büyük bir öneme sahiptir. Ekonomistler ve pazarlama araştırmacıları, fiyatın karmaşık yapısından kaynaklanan belirsizliğin nedenlerini araştırırken, tüketicilerin satın alma davranışlarında fiyatın etkisini anlamaya çalışmışlardır.

Tüketicilerin fiyat algılaması denildiğinde rasyonel ve psikolojik unsurlar bir arada değerlendirilir. Rasyonel unsurlar içerisinde kalite ve değer ön plana çıkarken, psikolojik unsurlarda ise prestij duyarlılığı öne çıkmaktadır. Tüketicilerin fiyat algılamasına ilişkin psikolojik süreç ne kadar iyi tanımlanırsa tüketicilerin fiyat algılamaları hakkında doğru karar alma ihtimali de o kadar artacaktır (Kurtuluş ve Okumuş, Şubat 2006, s:4).

Tüketicilerin Fiyat Algılaması Boyutları

- Fiyat-kalite ilişkisi
- Fiyat bilinci
- Değer bilinci
- Fiyat uzmanlığı
- İndirim duyarlılığı
- Prestij duyarlılığı
- Yerli-yabancı ürün duyarlılığı

Konumuzla ilgili olarak bu boyutlardan sadece fiyat-kalite ilişkisi üzerinde durulacaktır.

Fiyat-Kalite İlişkisi: Serbest piyasa modelinde bir mal veya hizmetin fiyatı ve üretim miktarı piyasadaki arz ve talebe göre oluştuğu halde, sağlık piyasalarında böyle değildir. Ayrıca sağlık piyasalarında sunulan mal ve hizmetlerin, aşağı yukarı aynı tatmin duygusunu verecek benzer mal ve hizmetlerle ikame edilmesi de mümkün olamamaktadır. Yani, sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez bir nitelik arz eder. Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması konusunda da tüketicilerin

pazarlık şansı bulunmamaktadır. Zira sağlık, ekonomik değer ölçüleri içinde tam anlamıyla fiyat biçilemeyen bir hizmettir. Bu anlamda, acı ile kıvranan bir hastanın yapamayacağı bir fedakârlık olamaz³³.

Bazı tüketiciler fiyatı hizmet kalitesinin düzeyi hakkında olumlu bir gösterge olarak kabul etmektedirler. Tüketicilerin fiyat algılama düzeylerine bakıldığında fiyat yükseldikçe kalite hakkında daha olumlu yargıya sahip oldukları görülmektedir.

Kalite, fiyattan en çok etkilenen ve fiyata en çok bağlı olan değişkenlerden biridir. Örneğin, Japonya’da yapılan bir araştırmada Japon tüketicilerin makul fiyatın makul kaliteyi beraberinde getireceği yönünde ortak bir kanaate sahip oldukları ve pahalı olan ürünlerinde kaliteli olarak değerlendirildiği belirtilmiştir. Hâlbuki batılı toplumlarda fiyat-kalite ilişkisinin Japonya’da olduğu kadar güçlü olmadığı belirtilmektedir (Kurtuluş ve Okumuş, 2006, s:5).

Fiyatın önemi konusunda Juran İnstitute’den Christopher Fay şöyle söylemiştir: “Üzerinde çalışılan işletmelerin %70’inden fazlasında, fiyat, müşterilerin en az memnun oldukları özellik olarak birinci veya ikinci sırada yer almıştır. Ancak marka değiştirenler arasında, fiyatın harekete geçirdiklerinin oranı hiçbir zaman %10’dan fazla olmamıştır.

4.5.2. Sağlık İşletmelerinde Hizmetlerin Fiyatlandırılması

Fiyatlar hükümet, yerel idareler veya kendisine bu konuda yetki verilmiş bir kuruluş tarafından belirleniyorsa işletmenin fiyatlandırma özgürlüğü ortadan kalkar. Sağlık işletmelerinde fiyatlandırma bu sektörün özellikleri nedeniyle daha da zordur. Bu özelliklerden bazılarını şöyle sıralayabiliriz (Karafakıoğlu, 1998, s:163):

- **Her şeyin bir fiyatı vardır.** Ancak sağlık kuruluşlarının en azından bir bölümü, parası olana, olmayana veya bir kısmını ödeyebilecek durumda olan kişilere de bu hizmeti sunmak zorundadırlar. Bu durumda klasik bir üretici işletme için kullanabilen bazı fiyatlandırma kavram ve tekniklerini sağlık işletmeleri için uygulamak zor hatta olanaksızdır.
- **Fiyat arz ve talebin kesiştiği noktada belirlenir.** Normal koşullara değişim sürecinde yer alan taraflar, alıcı ve satıcı arklı kişi veya kurumlardır. Sağlık sektöründe satın alma kararını doktor verir, satanla satın alan adeta

³³ <http://sağlık hukuku.net>, DERYAL, Yahya; “Bazı İlaçların Dönüşümlü Olarak (Nöbet Usulü İle) Eczanelerde Satılabileceğine İlişkin Uygulamanın Türk Rekabet Hukuku Açısından Değerlendirilmesi”, 2002. (Erişim, 18 Şubat, 2006)

özdeşleşir. Özel kliniklerin çoğunda hekimler aynı zamanda bu işletmenin ortaklarıdır. İç hastalıkları uzmanı hastaya kan sayımı, röntgen tetkiki önerdiğinde işletmesinin sunduğu bir sağlık hizmetine talep yaratmış olur. Aynı durum hastaneler için de geçerlidir. Kotler ve Clarke'a göre sağlık sektöründe talebi fiyatın mı, yoksa arzın mı belirlediği tartışılabilir. A.B.D.'de yapılan araştırmalarda sağlık hizmetlerine talebin daha çok hekim sayısına, hekimlerin uzmanlık derecesine, sağlık kuruluşundaki yatak ve ameliyathane sayısına bağlı olduğunu gösterir.

▪ **Sağlık hizmetlerinde hasta hizmeti satın almak mecburiyetindedir.**

Hasta sağlığına kavuşabilmek için doktoru ne derse onu yapmak zorundadır. Bu nedenle hasta için önemli olan fiyattan ziyade sunulan hizmetin kalitesidir. Ucuz fakat net olmayan bir röntgen filminin ne hastaya, ne de teşhisi koyacak doktora bir faydası vardır.

▪ **Hastaya sabit bir fiyat önermek zordur.** Örneğin, bir genel cerrahi uzmanına gittiğinizde tanıyı koyabilmek için bir dizi testin yapılması gerekir. Hangilerinin belli olacağı önceden belli değildir. Dolayısı ile hastalık ve onun tedavisi için ödenmesi gereken ücret başta belirsizdir.

▪ **Fiyatlandırma ile ilgili tüm klasik modellerde müşteri rasyonel davranır.** Müşterinin pazar hakkında tam bir bilgiye sahip olduğu ve seçenekleri tam olarak karşılaştırdıktan sonra karar verdiği varsayılır. Ancak hasta veya hasta yakınının ne derece rasyonel bir müşteri olduğu tartışılmaktadır.

▪ **Sağlık kuruluşlarının fiyatlandırma amaçları diğer sektörlerde yer alan işletmelerin fiyatlandırma amaçlarından farklıdır.** Bir tekstil firması için önemli olan satışlarını, pazar payını nasıl arttıracacağı, karını nasıl maksimize edeceğidir. İşletmenin performansı bu tür kriterlere göre belirlenir. Böyle bir işletmede en iyi fiyat (optimal fiyat) kârı maksimum kılan fiyattır. Ancak aynı ölçütler sağlık işletmeleri için uygun olmayabilir. Sağlık kuruluşları farklı amaçlar güdebilirler. Bu durumda optimal fiyat farklı bir anlam taşır.

Ancak yukarıda sayılan tüm bu faktörlere dayanarak sağlık sektöründe fiyatlandırmanın olmadığı ya da oluruna bırakıldığı gibi bir sonuca ulaşamaz. Tam aksine fiyatlandırmanın bu sektörde daha karmaşık olduğu ve bu nedenle daha dikkatli olunması gerekliliği bilinmelidir. Sağlık işletmeleri yöneticileri fiyatlandırma ile ilgili temel kavram ve teknikleri öğrenerek karşılaştıkları tüm zorluk ve sınırlamalara rağmen, daha isabetli ücret politikaları uygulayabilirler.

Birden fazla mal veya hizmet üreten işletmelerde mal veya hizmet bazında belirlenen hedeflerinde birbirleri ile çelişmesi mümkündür.

Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma uygulamaları üçe ayrılır:

1. Devlet düzenlemelerine bağlı uygulamalar,
2. Dernek ve odaların düzenlemesine tabi uygulamalar
3. Pazar koşullarına bağlı uygulamalar

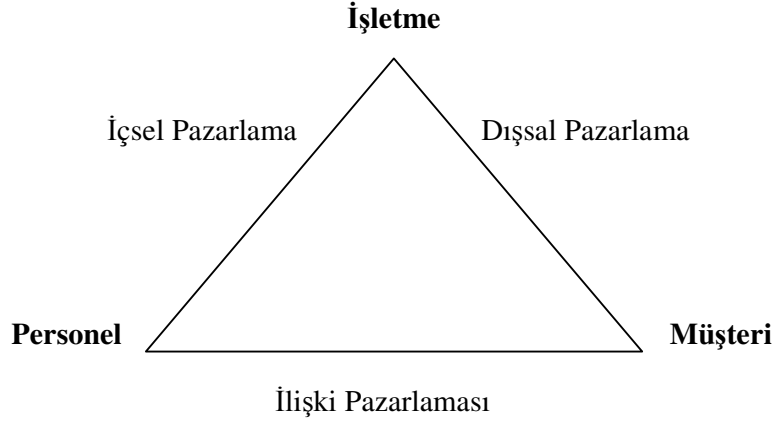
Cheng ve arkadaşları, 2002 yılında Tayvan'da 6725 kişi üzerinde uyguladıkları bir anket çalışması ile kalite ve maliyet faktörlerinin, hastaların kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini pahalı olarak algılayıp algılamamalarına ve herhangi bir hastaneyi diğer hastalara tavsiye etmelerine etkilerini araştırmışlardır. (Lojistik regresyon modeller ile ulaştıkları) sonuca göre:

1. Bir hastanın “pahalılık algısı” kararı, “algılanan kalite” ve “hizmet için (direkt olarak) hastanın kendi cebinden çıkan para” ile eş zamanlı olarak verilmektedir.
2. Hastaların bir hastaneyi tavsiye etmelerindeki en önemli belirleyici faktör, o hastanın “hastane kalitesi” algısıdır.
3. Hastanın kendi cebinden çıkan para, hastanın hastane tavsiyesini etkilemezken, sunulan hizmetin “algılanan pahalılığı” etkilemiştir.

Tayvan'ın sağlık hizmetleri pazarındaki kalite yarışının temelini, fiyatın kendinden çok, “algılanan değeri” oluşturmaktadır (Shou-Hsia, 2006, s:68–75).

4.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri-Hasta Memnuniyetine İlişkin Çalışmalar

Müşteriyi memnun etmek, “onu tatmin etmek, sürekli kılmak, ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak günümüz işletmelerinin çok daha yoğun çaba harcamasını gerektiren, strateji ve politikalarını müşterilerin beklenti ve ihtiyaçlarına göre saptamayı başarılı olmak isteyen işletmeler için zorunlu kılan bir faaliyetler zinciri” olarak tanımlanır. Bu faaliyetler zincirinde işletme yöneticileri ile çalışanlar birlikte çaba harcamalıdır. Burada üçlü etkileşim söz konusudur (Şekil 4.9):



Şekil 4.8. Pazarlamada Üçlü Etkileşim

Kaynak: Armstrong, and Kotler, 2000, s:247

Ülkemizdeki sağlık sektöründeki işletmelerin sayısının hızlı nüfus artışı karşılımadığı bir gerçektir. Toplumun gelir düzeyinin artması ise müşterilerin daha iyi hizmet beklemesine neden olmaktadır. Sağlık işletmelerinin sayısının yetersizliği, hastanelerde çalışan doktor ve hemşire sayılarının eksikliği, malzeme ve ekipmanların müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamadaki yetersizliği bu sektörde düzeltici önlemlerin alınmasını ve hizmet kalitesinin yükseltilmesini gerekli kılmaktadır. Bu gereklilik ise, hizmet kalitesinin ölçümünü beraberinde getirmektedir. Ölçemediğimiz bir şeyi iyileştirmemiz mümkün olmadığından hizmet kalitesini ölçme bu sektörde dikkat edilmesi gereken en öncelikli konuların başında yer almaktadır. Ölçüm konusu ise hizmet işletmelerinde en az anlaşılan konu olması, hizmetin soyut ve davranışlarla ilgili bulunması, bu sektörde ölçüm işlemi zorlaştırmaktadır³⁴.

Ülkemizde de hastane hizmet kalitesi üzerine yapılmış birkaç çalışma bulunmaktadır. Örneğin, bunlardan bir tanesi, Erciyes Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde hastalara yönelik yapılan çalışmadır (Varinli, İlkay ve Erdem, 2001, s:105). Bu çalışmada, hastaların önem verdiği hizmet özelliklerin başında “doktora güven” gelmektedir. Diğer önemli özellikler ise sırasıyla; “tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması”, “hastanın doktora güven duyması”, tuvaletin

³⁴ <http://www.bilgiyönetimi.org>, BAŞ, Türker; ARDIÇ, Kadir; “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatminin) Ölçülmesi, Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama”, 2001. (Erişim 02 Nisan, 2006)

temizliği”, “doktorların hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş grl olması”, “hastaya uygulanacak tedavinin detaylı bir şekilde açıklanması” ve “odanın temizliği”dir.

Bir başka örnek ise; Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi’nde ayakta tedavi gören hastalara yönelik bir çalışmadır (Gülmez, 2005, s:157). Çalışmaya katılan hastaların polikliniklere ilişkin olumlu buldukları sağlık hizmetlerinin başında %85 oranla “idari personelin iyi, temiz giyimli ve düzgün görünümlü” oluşu gelmektedir. Bu ifadeyi sırasıyla, %83 oranla “doktorların ilgisinin ve yaklaşımının iyi olması”, ve %80 oranında “doktorun tedavi veya kontrol sırasındaki ilgisinin iyi olması” ifadesi izlemektedir. Hastaların olumsuz buldukları ya da katılmadıkları ifadelerin başında ise “gerek işlemler gerekse de tedavi için sırada çok beklenilmesi” gelmekte; bunu “polikliniklerin temiz olmaması” izlemektedir.

Diğer bir memnuniyet çalışması rneği ise; Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE)’nin 2004 “**Yaşam Memnuniyeti Araştırması**”dır³⁵.

Bu araştırma sonuçları ise oldukça çarpıcıdır. “**Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet**” bölümünün 1. maddesinde “sosyal güvenlik hizmetleri”, 2. maddesinde ise, “sağlık hizmetleri” yer almaktadır. Bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumunun verdiği hizmetlerden çok memnun olduklarını belirten bireylerin oranı %4.6, hiç memnun olmadıklarını belirtenlerin oranı %6.4’tür.

Bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre hizmetlerden memnuniyet oranı en yüksek olan kurum olarak Emekli Sandığı gösterilmiş (%78,4), bunu %66 ile Bağ-Kur ve %44,1 ile SSK takip etmiştir.

Sağlık hizmetlerinden memnuniyete ilişkin sorulan, “Sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?” sorusuna cevap olarak, genel olarak aldıkları sağlık hizmetlerinden memnun olduklarını ifade eden bireylerin oranı %44,1, memnun olmadıklarını ifade eden bireylerin oranı ise %25,5’tir.

Sağlık kuruluşlarındaki hizmetlerin sorun olarak görülme oranı ortalama %48,9’dur. Bu orana göre, en çok sorun olarak grlen hizmet, ortalama sorun oranının 23 puan üzerinde olan muayene ve tahlil ücretleri, en az sorun olarak grlen hizmet, ortalama sorun oranının 13,5 puan altında kalan temizlik ve hijyendir.

³⁵ http://www.die.gov.tr/yma/yma2004_bolum3.pdf

4.5.4. Fiyatın Hasta - Doktor İletişiminde Yaklaşımsal Değişkenleri

Sağlıkla ilgili hizmetler, genellikle çok pahalı hizmetlerdir. Sosyal güvenlik kapsamında olanların sağlık harcamaları, kapsamında buldukları sosyal güvenlik kuruluşları tarafından karşılanmaktadır. Ancak, ülkemizde sosyal güvenlik kapsamında olmayan önemli sayıda bir nüfus vardır. Bu durumdaki insanların pek çoğu, önemli hastalıklarla ilgili olarak kendilerine sunulması gereken sağlık hizmetlerin bedelini ödeme olanağından yoksundurlar. O halde söz konusu kişiler ya hiç sağlık hizmeti alamayacaklar ya da yetersiz sağlık hizmeti alacaklardır. Her iki durumda da kişilerin sorunları çözülemeyecektir.

Bilindiği üzere hasta-hekim ilişkisinde karşılıklı güven çok önemlidir. Eğer sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişi sistem tarafından “müşteri” olarak görülüyorsa, karşılıklı bir güvenden söz etmek mümkün değildir. Karşılıklı güvenin olmadığı bir ortamda sunulan sağlık hizmetinden etkin bir sonuç alınması ise olanaksızdır.

Öte yandan hastaların “müşteri” olarak görülmesi durumunda, sağlık hizmeti sunanlar işin doğası gereği, asgari hizmet sunarak azami kazanç elde etmeye çalışacaklardır. Bunun da tıbbi ve etik açıdan kabulü mümkün değildir. Sağlık hizmetleri doğası gereği, eksiksiz ve zamanında verilmelidir. Aksi takdirde telafi edilemez sonuçlar meydana gelebilir.

Yukarıda belirtilen sakıncaların önlenmesi için, öncelikle insanın ticari bir mal olarak görülmemesi gerekir. Hasta ile hekim arasında kesinlikle para girmemelidir. Bunu sağlamanın tek yolu da, genel sağlık sigortasıdır. Genel sağlık sigortası uygulamasıyla sosyal güvenlik kapsamında olmayanların sağlık sorunları önemli ölçüde çözülecektir³⁶.

³⁶ <http://www.tbmm.info/kemalkilicdaroglu>, KILIÇDAROĞLU, Kemal; “Türkiye’nin Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri”, Birgün Gazetesi, 01 Mart, 2000.

V. BÖLÜM

UYGULAMA

5.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

5.1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı, rasyonel ve psikolojik yönleriyle gerçekleşen fiyat değişkeninin, hastanede yatarak tedavi hizmeti alan hastaların memnuniyeti üzerinde ki etkilerini ortaya koyarak açıklamaya çalışmaktır. Bu amaç doğrultusunda, fiyat ve hizmet kalitesi sağlık hizmeti alan hastalar tarafından nasıl algılanmaktadır, hastaların hizmet kalitesi değerlendirmelerinde fiyat önemli bir kriter midir?, bu kriterin diğer hizmet kalitesi değerlendirme kriterlerine göre önem derecesi nedir?, yüksek fiyat, iyi hizmet kalitesi göstergesi midir?, fiyatın hizmet kalitesi olarak değerlendirmesindeki etkisi cinsiyete, eğitime ve gelire göre değişmekte midir?, sorularına cevap aranmaktadır. Bu soruları cevaplamak üzere, sağlık sektöründen hizmet alanların memnuniyetlerinin ölçülmesinde fiyat değişkeninin rolü üzerine, bir alan çalışması yapılmasına karar verilmiştir.

Sağlık hizmetlerine ilişkin fiyat ve hizmet kalitesi algılamaları, bilinçlerini, fiyat ve hizmet kalitesi imajlarını, fiyatın sağlık hizmet kalitesi değerlendirmedeki etkisini belirleyerek, memnuniyet düzeyleri ölçülmek üzere araştırmaya katılan hastaların bu konudaki bilincine göre, sağlık sektöründe faaliyet gösteren hizmet üreticisi ve sunucularına neler önerilebilir sorularına cevap bulmaktır.

5.1.2. Araştırmanın Kapsamı ve Kısıtları

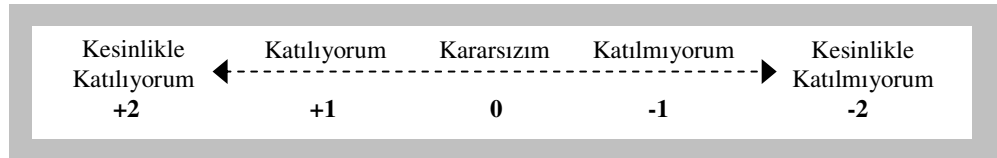
Bu araştırma kapsamında yer alan anket sorularını cevaplandırmak üzere İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Servisleri'nde yatarak tedavi gören hastalardan rasgele seçilmiş 200 kişilik örneklem üzerinden veri toplanarak alan çalışması yapılmıştır. Konusu itibari ile araştırma, tüm yatan hastaları ilgilendirecek kadar geniş kapsamlıdır. Ancak gerek zaman kısıtı, gerekse mali kaynakların yetersizliği nedeniyle, belli bir pazar bölümünü temsil eden, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Servisleri'nde yatarak tedavi hizmeti alan hastaların 150'si genel servis, 50'si ise özel servisten seçilmiştir.

5.2. Araştırma Metodolojisi

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda yatarak tedavi gören 150'si genel, 50'si özel servisten olmak üzere, rasgele seçilmiş toplam 200 hastadan oluşan örnek gruplarına, 20 Nisan – 30 Haziran 2006 tarihleri arasında anket uygulanmıştır.

Genel ve özel servis için ayrı ayrı hazırlanan anket soruları üç bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde yer alan ilk 6 soru, demografik (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi) özelliklere ilişkin sorulardır. Hem genel hem de özel servis için ortak sorulan 1 soru, Cerrahpaşa'yı tercih etme nedenine ilişkindir ve çoktan seçmeli olarak hazırlanmıştır. Özel servis için genel servisten farklı olarak, çoktan seçmeli ve açık uçlu 2 soru hazırlanmıştır. Bu sorularla genel servis yerine özel servisi tercih etme sebepleri ve özel hastaneyi tercih etmemelerinin sebeplerine ilişkin cevaplara ulaşılmaya çalışılmıştır. İkinci bölümde her iki grup için ortak hazırlanan ve memnuniyet düzeyini ölçmeye yönelik ifadelerden oluşan 20 soru, 5'li Likert ölçeği'nde düzenlenmiştir. Likert ölçeği cevaplayıcının bir araştırma ile ilgili yargıları ne derecede tasvip edip etmediğini tespit etmede kullanılır. 1970 yılında Rensis Likert tarafından bulunan yöntem, günümüzde yaygın olarak kullanılmakta ve üzerinde birçok istatistiksel analiz yapılabilmektedir. Tüketicinin, bir nesne, bir tutum ya da bir davranış konusunda kendisine sunulan ifadelere katılma veya katılmama derecesini ölçer. Likert ölçeği, 5'li, 7'li, 9'lu ve 11'li olabilir. Ancak, ülkemizde yaygın olarak 5'li Likert ölçeği kullanılmaktadır (Nakip, 2004, s:102).

Cevaplayıcıya yargı hakkında 5 noktalı ve dengeli (eşit aralıklı) bir ölçek verilir. Bu ölçek şöyledir:



Ölçekteki sayılar yukarıdaki biçimde olabileceği gibi, soldan sağa, sağdan sola ya da 1'den 5'e kadar da olabilir (Cox ve diğ., 1972, s:215). Araştırmada, Çok Memnunum=5, Hiç Memnun Değilim=1 olarak değerlendirilecektir. Cevaplayıcının değeri verdiği puanların toplamıdır. Genellikle bir ön araştırma yapılarak birimleri birbirinden en iyi ayrılan yargılar ayrılır. Bunun için her yargıya verilen puanların

ortalamalarından sapmaları karşılaştırılır. Asıl araştırmada seçilen yargılar kullanılır (İdil, 1989, s:34).

Üçüncü bölümde, hastaların algılarını ölçmek üzere, her iki servis için de farklılıklar içeren ifadelerden oluşan toplam 15 soru yine 5'li Likert ölçeğinde düzenlenmiştir. (Kesinlikle Katılmıyorum=1, Kesinlikle Katılıyorum=5 olarak değerlendirilecektir.)

5.2.1. Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak birinci elden veri toplama en çok başvurulan yöntem olan anket tekniği kullanılmıştır.

Alan çalışmasının öncelikle literatürde yer alan hasta memnuniyeti konusunda yapılmış önceki çalışmalarda kullanılan anket formları incelenerek hastalara yöneltilecek anket soruları hazırlanmıştır. Soruların arzu edilen bilgilere ulaşılmasını sağlayacak şekilde sorulup sorulmadığının anlaşılması, varsa yanlış görülüp ortadan kaldırılması, ek soruların ilave edilmesinin veya bazı soruların soru kâğıdından çıkarılmasının gerekip gerekmediğinin belirlemek için anket formu 20 kişi üzerinde ön teste tabi tutulmuştur. Ön test neticesinde gerekli düzeltme ve ekler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

İkinci aşamada, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastane Etik Komitesi'nin onayı alınarak, sonrasında, hazırlanmış anket formları hastaları yormadan, fiziksel gücü ve psikolojik durumları da dikkate alınarak günün uygun saatlerinde uygulanmıştır. Fiziksel olarak sağlıklı ve eğitilmiş olan hastalar anket formlarını kendileri doldurmuştur; ancak fiziksel olarak güçsüz olan ve eğitimi olmayan hastalara sorular yöneltip cevapları alınmıştır. Anketlerin uygulanışı aşamasında, verilen cevapların güvenilirliğini arttırmak için hastaların; hastane, çevre, sunulan hizmetler ve hizmet sunucuları gibi değişkenler hakkında fikir sahibi olabilme ve bilinçli cevap verebilmeleri için taburcu olmalarına yakın bir zaman dilimi tercih edilmiştir.

5.2.2. Veri ve Bilgilerin Analiz Yöntemi

Çalışmaya ait veriler değerlendirilirken belirtici istatistiklerden (frekans tabloları, yüzdelikler, grafikler) yararlanılmıştır. Hipotezlerin test edilmesinde X^2 bağımsızlık testi (Ki-Kare) ve iki bağımsız grubu karşılaştırmak için t testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Verilerin analizi SPSS 13 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Ayrıca, verilerin iç tutarlılığını ve güvenilirliğini test etmek amacı ile güvenilirlik analizi yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler aşağıda sıralanmıştır.

H₁: Genel serviste yatan hastaların, Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₂: Genel serviste yatan hastaların, Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₃: Genel serviste yatan hastaların, Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₄: Özel serviste yatan hastaların, Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₅: Özel serviste yatan hastaların, Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₆: Özel serviste yatan hastaların, Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₇: Özel serviste yatan hastaların, genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₈: Özel serviste yatan hastaların, genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₉: Özel serviste yatan hastaların, genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₁₀: Özel serviste yatan hastaların, özel hastaneye gitmeme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₁₁: Özel serviste yatan hastaların, özel hastaneye gitmeme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₁₂: Özel serviste yatan hastaların, özel hastaneye gitmeme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H₁₃: Özel serviste yatan hastaların eğitim durumları ile genel serviste yatan hastaların eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

H₁₄: Özel serviste yatan hastaların sosyal güvenceleri ile genel serviste yatan hastaların sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

H₁₅: Özel serviste yatan hastaların aylık gelirleri ile genel serviste yatan hastaların aylık gelirleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

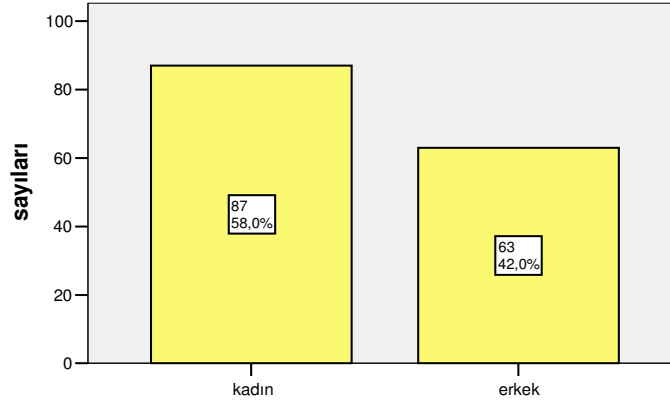
H₁₆: Özel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedenleri ile genel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedenleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

5.4. Araştırma Bulguları ve Değerlendirme

GENEL SERVİS			ÖZEL SERVİS		
CİNSİYETLER	SAYISI	%	CİNSİYETLER	SAYISI	%
KADIN	87	63	KADIN	24	48,0
ERKEK	58	42,0	ERKEK	26	52,0
YAŞLAR			YAŞLAR		
18-28 YAŞ	6	4,0	27-37 YAŞ	7	14,0
29-39 YAŞ	25	16,7	38-48 YAŞ	13	26,0
40-50 YAŞ	41	27,3	49-59 YAŞ	11	22,0
51-61 YAŞ	39	26,0	60-70 YAŞ	10	20,0
62-72 YAŞ	18	12,0	71-81 YAŞ	5	10,0
73-83 YAŞ	18	12,0	82 VE YUKARISI	4	8,0
84 VE YUKARISI	3	2,0			
MEDENİ HAL			MEDENİ HAL		
BEKÂR	9	6,0	BEKÂR	5	10,0
EVLİ	126	84,0	EVLİ	37	74,0
BOŞANMIŞ	3	2,0	BOŞANMIŞ	2	4,0
DUL	12	8,0	DUL	6	12,0
EĞİTİM DURUMLARI			EĞİTİM DURUMLARI		
OKURYAZAR DEĞİL	22	14,0	OKURYAZAR DEĞİL	3	6,0
İLKOKUL	60	40,0	İLKOKUL	5	10,0
ORTAOKUL	15	10,0	ORTAOKUL	3	6,0
LİSE	26	17,3	LİSE	15	30,0
ÜNİVERSİTE	26	17,3	ÜNİVERSİTE	21	42,0
YÜKSEK LİSANS	1	0,7	YÜKSEK LİSANS	3	6,0
SOSYAL GÜVENCE			SOSYAL GÜVENCE		
EMEKLİ SANDIĞI	67	44,7	EMEKLİ SANDIĞI	24	48,0
SSK	62	41,3	SSK	15	30,0
BAĞ-KUR	14	9,3	BAĞ-KUR	3	6,0
YEŞİL KART	4	2,7	ÜCRETLİ	8	16,0
ÜCRETLİ	3	2,0			
AYLIK GELİR			AYLIK GELİR		
DÜZENLİ GELİR YOK	15	10,0			
400 YTL DEN AZ	15	10,0	400 YTL DEN AZ	1	2,0
400-1000 YTL	84	56,0	400-1000 YTL	11	22,0
1000-2000 YTL	28	18,7	1000-2000 YTL	18	36,0
2000-3000 YTL	4	2,7	2000-3000 YTL	11	22,0
3000 YTL VE ÜZERİ	4	2,7	3000 YTL VE ÜZERİ	9	18,0
TOPLAM	150	100	TOPLAM	50	100

Tablo 5.1. Genel ve Özel Serviste Yatan Hastaların Demografik Özelliklerinin Oransal Dağılımı

Genel serviste yatan hastaların cinsiyetlerinin oransal dağılımı: Tablo 5.1’de görüleceği üzere genel serviste yatan hastaların %58’ini kadın hastalar, %42’sini erkek hastalar oluşturmaktadır. Sayı olarak ifade edersek 87 kadın hasta, 63 erkek hasta vardır (Grafik 5.1).

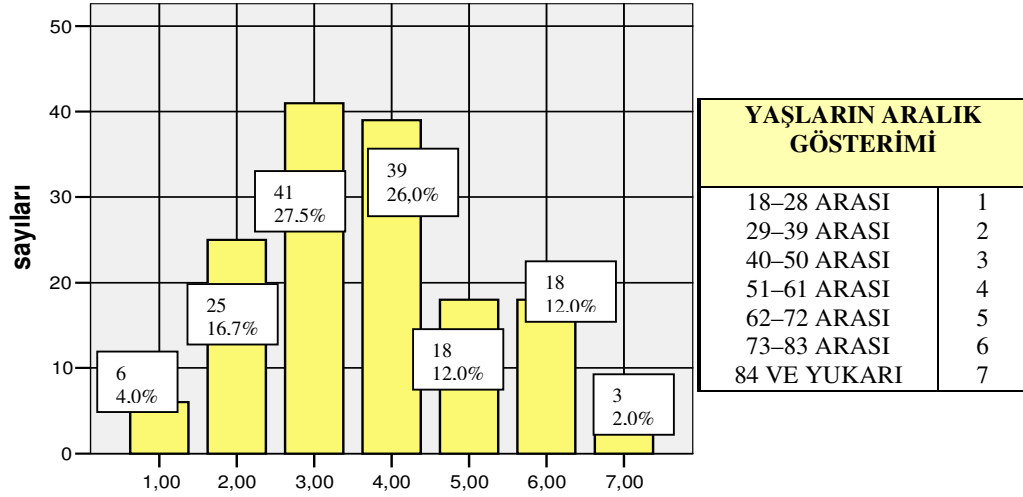


Grafik 5.1. Genel Serviste Yatan Hastaların Cinsiyet Dağılımı

YAŞ ORTALAMASI	52,44
MİNİMUM DEĞERİ	18
MAKSİMUM DEĞERİ	87

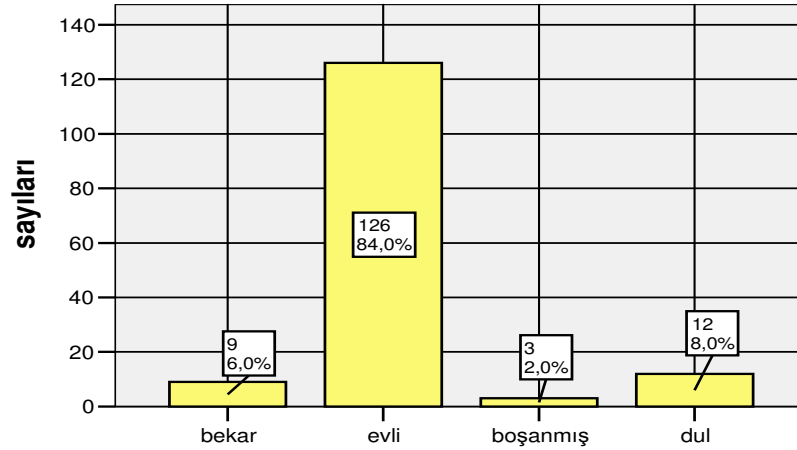
Tablo 5.2. Genel Serviste Yatan Hastaların Yaşlarının İstatistiksel Dağılımı

Genel serviste yatan hastaların yaşlarının oransal dağılımı: 18-28 yaşları arasında olanlar %4, 29-49 yaşları arasında olanlar %16,7, 40-50 yaşları arasında olanlar %27,3, 51-61 yaşları arasında olanlar %26, 62-72 yaşları arasında olanlar %12, 73-83 yaşları arasında olanlar %12 ve 84 ve yukarı yaşlarda olanlar %2 oranındadır (Tablo 5.1). Sonuç olarak; genel serviste yatan 40-50 yaşları arasındaki hastaların oldukça fazla olduğu görülmektedir (Grafik 5.2). Genel serviste yatan hastaların yaşlarının istatistiksel dağılımına göre (Tablo 5.2), minimum değer 18, maksimum değer 87, ortalaması ise 52,44 bulunmuştur.



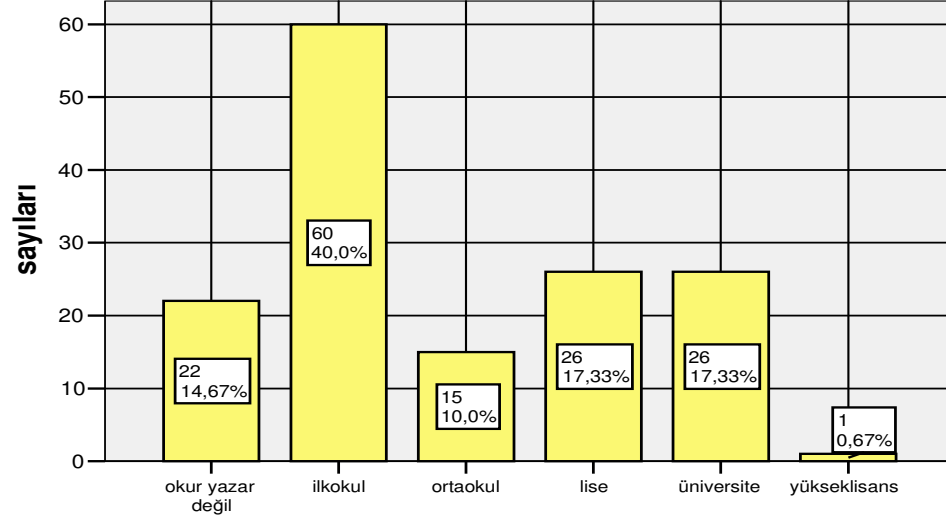
Grafik 5.2. Genel Serviste Yatan Hastaların Yaş Dağılımı

Genel serviste yatan hastaların medeni hali oransal dağılımı: Genel serviste yatan hastaların %9'u bekâr, %84'ü evli, %2'si boşanmış, %8'i dullardan oluşmaktadır (Tablo 5.1). Sonuç olarak; evli olan hastaların fazla olduğu görülmektedir (Grafik 5.3).



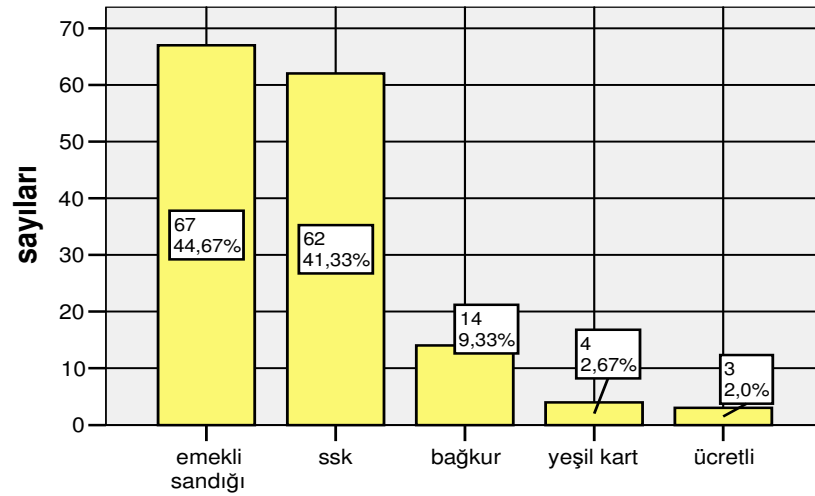
Grafik 5.3. Genel Serviste Yatan Hastaların Medeni Hal Dağılımı

Genel serviste yatan hastaların eğitim durumu oransal dağılımı: Genel serviste yatan hastaların %14,7'si okuryazar değil, %40'ı ilkökul mezunu, %10'u ortaokul mezunu, %17,3'ü lise mezunu, %17,3'ü üniversite mezunu, %0,7'si yüksek lisans mezunudur (Tablo 5.1). Sonuç olarak; ilkökul mezunu olanların fazla sayıda olduğu görülmektedir (Grafik 5.4).



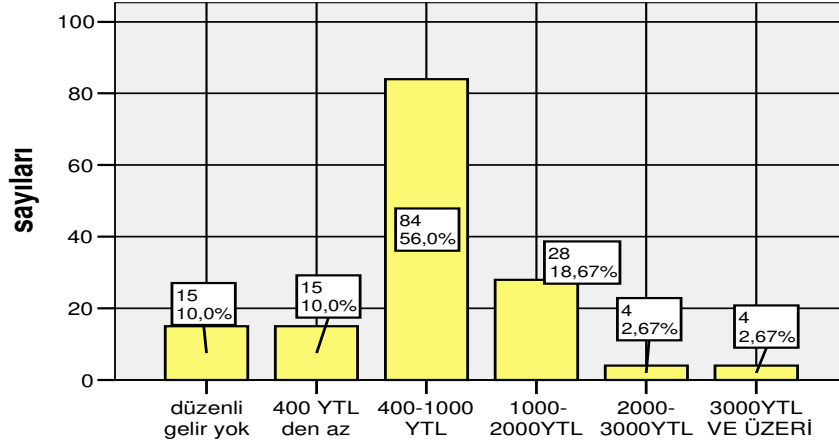
Grafik 5.4. Genel Serviste Yatan Hastaların Eğitim Durumu Dağılımı

Genel serviste yatan hastaların sosyal güvence oransal dağılımı: Tablo 5.1’de de görüldüğü gibi, genel serviste yatan hastaların, %44,7’si Emekli Sandığı, %41,3’ü SSK, %9,3’ü Bağ-Kur, %2,7’si Yeşil Kart ve %2,0’si ücretlidir. Sonuç olarak; genel serviste yatan hastaların çoğunlukla Emekli Sandığı’na bağlı oldukları görülmektedir (Grafik 5.5).



Grafik 5.5. Genel Serviste Yatan Hastaların Sosyal Güvence Dağılımı

Genel serviste yatan hastaların aylık gelir oransal dağılımı: Genel serviste yatan hastaların %10'unun düzenli bir geliri yoktur. %10'unun geliri 400 YTL'den az, %56'sının 400 ile 1000 YTL arasındadır. %18,7'sinin geliri 1000 ile 2000 YTL arasında, %2,7'sinin 2000 ile 3000 YTL arası ve %2,7'sinin gelir düzeyinin 3000YTL ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 5.1). Sonuç olarak; geliri 400 ile 1000 YTL arası olanların sayısı daha fazladır (Grafik 5.6).



Grafik 5.6. Genel Serviste Yatan Hastaların Aylık Gelir Oransal Dağılımı

CERRAH PAŞA'YI TERCİH ETME NEDENİ	SAYILARI	%
İYİ BAKIM OLMASI	38	25,3
EMEKLİ SANDIĞI/MEMUR OLMANIZ	27	18,0
ÜNİVERSİTE HASTANESİ OLMASI	83	55,3
DOKTORUN BURADA OLMASI	57	38,0
TAVSİYE ÜZERİNE	32	21,3
SEVK EDİLDİĞİNİZ İÇİN	40	26,7
FİYATLARIN UYGUN OLMASI	2	1,3
HASTANENİN YAKIN OLMASI	5	3,3
TOPLAM	284	

Tablo 5.3. Genel Serviste Yatan Hastaların Cerrahpaşa'yı Tercih Etme Nedeni Oransal Dağılımı

Tablo 5.3'den de anlaşıldığı gibi genel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni %55,3 oranıyla "üniversite hastanesi olması" olarak görülmektedir³⁷.

H₁: Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0.00 olarak bulunmuştur. P değeri < 0,05 ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında istatistiksel anlamda bir ilişki vardır.

H₂: Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,012 olarak bulunmuştur. P değeri < 0,05 ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında istatistiksel anlamda bir ilişki vardır.

H₃: Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0.00 olarak bulunmuştur. P değeri < 0,05 ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında istatistiksel anlamda bir ilişki vardır.

³⁷ Bu soruya birden fazla cevap verilebildiğinden yukarıdaki tabloda toplam sayı (284) cevap seçeneklerinin kaç defa işaretlendiğini gösteriyor. Bir başka ifade ile ankete katılan 150 katılımcının bu soruya vermiş olduğu cevapların kaç defa tekrarlandığını gösteriyor.

			Çok Memnunum	Memnunum	Fikrim Yok	Memnun Değilim	Hiç Memnun Değilim
1	Hastane personelinin güler yüz ve nezaketle karşılaşmasından	Sayı	46	94	3	6	1
		%	30,7	62,7	2,0	4,0	0,6
2	Hasta şikâyetlerinin hemen çözümlenmesinden	Sayı	29	87	19	10	5
		%	19,3	58,0	12,7	6,7	3,3
3	Hasta personelinin yeterli sayıda olmasından	Sayı	14	59	30	40	7
		%	9,3	39,3	20,0	26,7	4,7
4	Personelin hastaların sorusuna cevap verirken istekli olmasından	Sayı	35	90	12	8	5
		%	23,3	60,0	8,0	5,3	3,4
5	Tıbbi araç gereç yeterliliğinden	Sayı	15	68	31	28	8
		%	10,0	45,3	20,7	18,7	5,3
6	İşlemlerin hızla ve planlı gerçekleşmesinden	Sayı	31	79	11	24	5
		%	20,7	52,7	7,3	16,0	3,3
7	Hastalıklarla ilgili yeterli bilgi verilmesinden	Sayı	28	88	8	18	8
		%	18,7	58,7	5,3	12,0	5,3
8	Sevk / yatış işlemlerindeki hizmetlerden	Sayı	18	78	23	25	6
		%	12,0	52,0	15,3	16,7	4,0
9	Tedavi ve bakım hizmetlerinden	Sayı	42	91	10	7	0
		%	28,0	60,7	6,7	4,7	0
10	Doktorların verdiği hizmetlerden	Sayı	75	67	4	4	0
		%	50,0	44,7	2,7	2,7	0
11	Hemşirelik hizmetlerinden	Sayı	81	64	2	2	1
		%	54,0	42,7	1,3	1,3	0,7
12	Personel hizmetlerinden	Sayı	23	86	21	16	4
		%	15,3	57,3	14,0	10,7	2,7
13	Laboratuvar hizmetlerinden	Sayı	21	86	26	17	0
		%	14,0	57,3	17,3	11,4	0
14	Poliklinik hizmetlerinden	Sayı	15	78	42	13	2
		%	10,0	52,0	28,0	8,7	1,3
15	Eczane hizmetlerinden	Sayı	12	65	34	26	13
		%	8,0	43,3	22,7	17,3	8,7
16	Temizlik hizmetleri ve hastanenin genel düzeninden	Sayı	6	40	22	54	28
		%	4,0	26,7	14,6	36,0	18,7
17	Yemek hizmetlerinden	Sayı	16	69	35	23	7
		%	10,7	46,0	23,3	15,3	4,7
18	Güvenlik hizmetlerinden	Sayı	15	84	28	16	7
		%	10,0	56,0	18,7	10,7	4,6
19	Servisin fiziksel koşullarından	Sayı	7	49	39	42	13
		%	4,7	32,7	26,0	28,0	8,6
20	Hasta odalarındaki imkânlardan ve konfordan	Sayı	8	51	18	50	23
		%	5,3	34,0	12,0	33,3	15,4

Tablo 5.4. Genel Serviste Yatan Hastaların Belirtilen İfadelere Karşı Memnuniyetlerinin Oransal Dağılımı

Tablo 5.4'deki sayı ve yüzde değerleri sonucunda; ankete katılan 150 hastanın vermiş olduğu cevaplardan hastane personelinin güler yüz ve nezaketle karşılaşmasından %62,7 oranı ile memnun oldukları, hasta şikâyetlerinin hemen

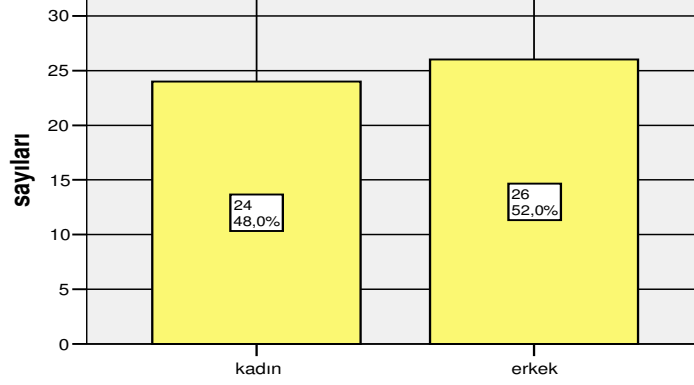
özmlenmesinden %58 oranı ile memnun oldukları, hastane personelinin yeterli sayıda olmasından %39,3 oranı ile memnun oldukları, personelin hastaların sorularına cevap verirken istekli olmasından %60 oranı ile memnun oldukları, tıbbî araç gereç yeterliliğinden %45,3 oranı ile memnun oldukları, işlemlerin hızla ve planlı gerçekleşmesinden %52,7 oranı ile memnun oldukları, hastalıklarla ilgili yeterli bilgi verilmesinden %58,7 oranı ile memnun oldukları, sevk/yatış işlemlerindeki hizmetlerden %52 oranı ile memnun oldukları, tedavi ve bakım hizmetlerinden %60,7 oranı ile memnun oldukları, doktorların verdiği hizmetlerden %50 oranı ile çok memnun oldukları, hemşirelik hizmetlerinden %54 oranı ile çok memnun oldukları, personel hizmetlerinden %57,3 oranı ile memnun oldukları, laboratuvar hizmetlerinden %57,3 oranı ile memnun oldukları, poliklinik hizmetlerinden %52 oranı ile memnun oldukları, eczane hizmetlerinden %43,3 oranı ile memnun oldukları, temizlik hizmetleri ve hastanenin genel düzeninden %36 oranı ile memnun olmadıkları, yemek hizmetlerinden %46 oranı ile memnun oldukları, güvenlik hizmetlerinden %56 oranı ile memnun oldukları, servisin fiziksel koşullarından %32,7 oranı ile memnun oldukları, hasta odalarındaki imkânlardan ve konfordan %34 ve %33,3 oranları ile sırasıyla hem memnun olduklarını, hem de memnun olmadıkları görülmektedir.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karasızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	
1	Servise kabul hizmetleri genel olarak yeterliydi	Sayı	7	16	31	91	5
		%	4,7	10,7	20,7	60,7	3,3
2	Sağlıkla ilgili ihtiyaçlarım zamanında karşılanıyor	Sayı	10	12	12	95	21
		%	6,7	8,0	8,0	63,3	14,0
3	Yüksek ücret ödersem tedavi bakım hizmetlerinden daha iyi sonuç alırım	Sayı	18	50	19	40	23
		%	12,0	33,3	12,7	26,7	15,3
4	Eğer ücret ödeseydim hastane personelinin bana davranışı ve tutumu daha iyi olurdu	Sayı	34	50	20	31	15
		%	22,7	33,3	13,3	20,7	10,0
5	Maddi imkânım olsa özel servisi /özel hastaneyi tercih ederdim	Sayı	27	43	16	35	29
		%	18,0	28,7	10,7	23,3	19,3
6	Sosyal güvencem var sağlık kuruluşu bana bakmak zorunda	Sayı	4	1	2	70	73
		%	2,7	0,7	1,3	46,7	48,7
7	Benim için hastane önemli değil tedavi edilmem önemli	Sayı	21	34	13	54	28
		%	14,0	22,7	8,7	36,0	18,7
8	Sosyal güvencemiz olmasına rağmen yinede birçok işlem ve malzeme için para ödemek durumunda kalıyorum	Sayı	5	16	10	78	41
		%	3,3	10,7	6,7	52,0	27,3
9	Eğer ihtiyaç duyarsam tekrar bu hastaneyi tercih ederim	Sayı	7	7	21	79	36
		%	4,7	4,7	14,0	52,7	24,0
10	Tedavim için gereken her şeyin yapıldığına inanıyorum	Sayı	7	8	17	83	35
		%	4,7	5,3	11,3	55,3	23,3
11	Özel hastanelerde ücretler yüksek ancak hizmet kalitesi daha iyi	Sayı	15	33	23	43	36
		%	10,0	22,0	15,3	28,7	24,0
12	Devlet ve kamu hastanelerinde ücretlerde sorun yok ama hizmet kalitesi yetersiz	Sayı	6	34	31	51	28
		%	4,0	22,7	20,7	34,0	18,7
13	İyi ücret kaliteli hizmet	Sayı	11	40	20	43	36
		%	7,3	26,7	13,3	28,7	24,0
14	Türkiye’de sağlık hizmetlerinde olumsuzluklar çok çünkü eleman ve olanak yetersizliği var	Sayı	6	17	17	61	49
		%	4,0	11,3	11,3	40,7	32,7
15	Sağlık hizmetlerinde fiyat ile memnuniyet arasında bir ilişki var	Sayı	14	23	22	55	36
		%	9,3	15,3	14,7	36,7	24,0

Tablo 5.2. Genel Serviste Yatan Hastaların Belirtilen Düşüncelere Katılımlarının Oransal Dağılımı

Ankete katılan 150 kişinin vermiş oldukları cevaplara göre; servise kabul hizmetlerinin genel olarak yeterli olduğuna %60,7 oranı ile katıldıkları, sağlık ile ilgili ihtiyaçların zamanında karşılanmasına %63,3 oranı ile katıldıkları, yüksek ücret ödeyerek tedavi ve bakım hizmetlerinden daha iyi sonuç alınmasına %33,3 oranı ile katılmadıkları, eğer ücret ödeseydim hastane personelinin davranışı ve tutumu daha iyi olmasına %33,3 oranı ile katılmadıkları, maddi imkân olsa özel servis ya da hastanenin tercih edilmesine %28,7 oranı ile katılmadıkları, sosyal güvencesi olanlara sağlık kuruluşunun bakmak zorunluluğuna %46,7 oranı ile katıldıkları %48,7 oranı ile kesinlikle katıldıkları, hastanenin değil de tedavi edilmenin önemli olduğuna %36 oranı ile katıldıkları, sosyal güvencenin olmasına rağmen yinede birçok işlem ve malzeme için para ödemek zorunda kalındığına %52 oranı ile katıldıkları, eğer ihtiyaç duyulursa tekrar bu hastanenin tercih edilmesine %52,7 oranı ile katıldıkları, tedavi için gereken her şeyin bu hastanede yapıldığına %55,3 oranı ile katıldıkları, özel hastanelerde ücretlerin yüksek ancak hizmet kalitesinin daha iyi olduğuna %28,7 oranı ile katıldıkları, devlet ve kamu hastanelerinde ücretlerde sorun olmadığı fakat hizmet kalitesinin yetersiz olduğuna %34 oranı ile katıldıkları, iyi ücret kaliteli hizmet anlayışına %28,7 oranı ile katıldıkları %26,7 oranı ile katılmadıkları, Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki olumsuzluklar eleman ve olanak yetersizliğinden kaynaklandığına %40,7 oranı ile katıldıkları, sağlık hizmetlerinde fiyat ile memnuniyet arasında bir ilişkinin var olmasına %36,7 oranı ile katıldıkları görülmektedir.

Özel serviste yatan hastaların cinsiyetlerinin oransal dağılımı: Tablo 5.1’de görüleceği gibi özel serviste yatan hastaların %48’ini kadın hastalar, %52’sini erkek hastalar oluşturmaktadır. Sayı olarak ifade edersek 24 kadın hasta, 26 erkek hasta vardır (Grafik 5.7).

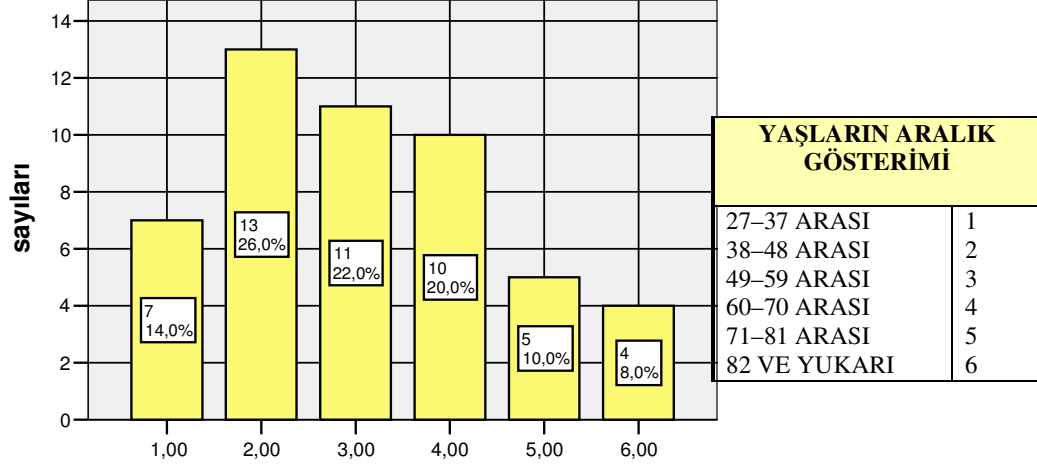


Grafik 5.7. Özel Serviste Yatan Hastaların Cinsiyet Dağılımı

YAŞ ORTALAMASI	54,84
MİNİMUM DEĞERİ	27
MAKSİMUM DEĞERİ	86

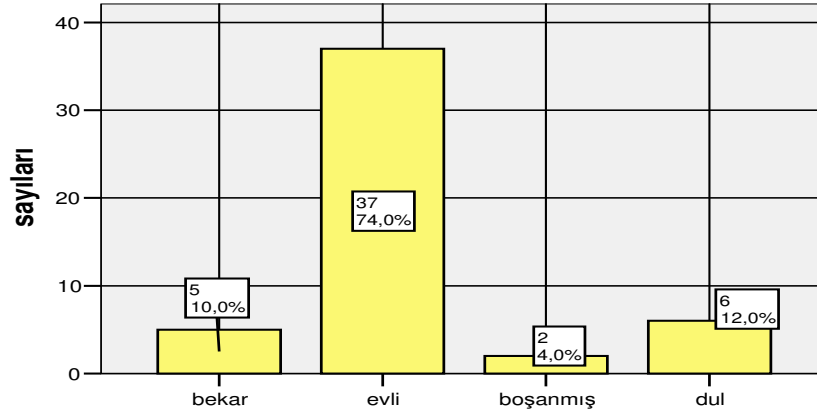
Tablo 5.6. Özel Serviste Yatan Hastaların Yaşlarının İstatistiksel Dağılımı

Özel serviste yatan hastaların yaşlarının oransal dağılımı: Özel serviste yatan hastaların, 27-37 yaşları arasında olanlar %14, 38-48 yaşları arasında olanlar %26, 49-59 yaşları arasında olanlar %22, 60-70 yaşları arasında olanlar %20, 71-81 yaşları arasında olanlar %10, 82 ve yukarı yaşlarda olanlar %8 oranındadır (Tablo 5.1). Sonuç olarak; özel serviste yatan 38-48 yaşları arasındaki hastaların oldukça fazla olduğu görülmektedir (Grafik 5.8). Genel serviste yatan hastaların yaşlarının istatistiksel dağılımına göre (Tablo 5.6), minimum değer 27, maksimum değer 86, ortalaması ise 54,84 bulunmuştur.



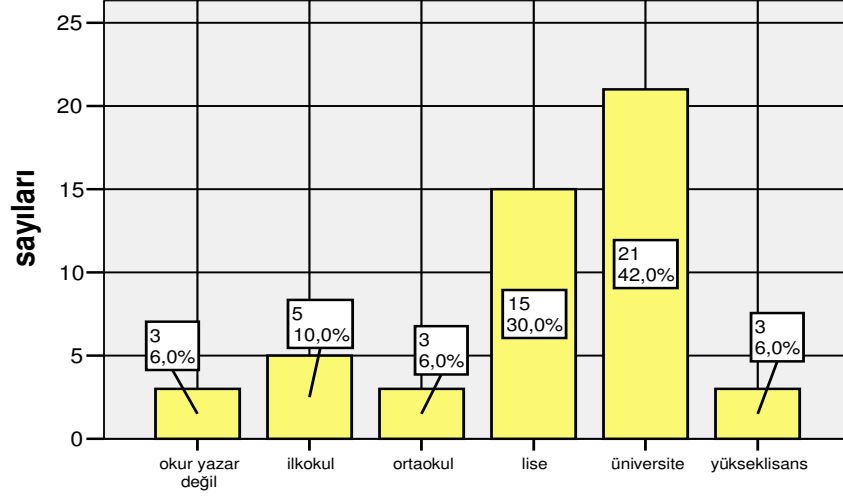
Grafik 5.8. Özel Serviste Yatan Hastaların Yaş Dağılımı

Özel serviste yatan hastaların medeni hali oransal dağılımı: Özel serviste yatan hastaların %10'u bekâr, %74'ü evli, %4'si boşanmış, %12'si dullardan oluşmaktadır (Tablo 5.1). Sonuç olarak; evli olan hastaların fazla olduğu görülmektedir (Grafik 5.9).



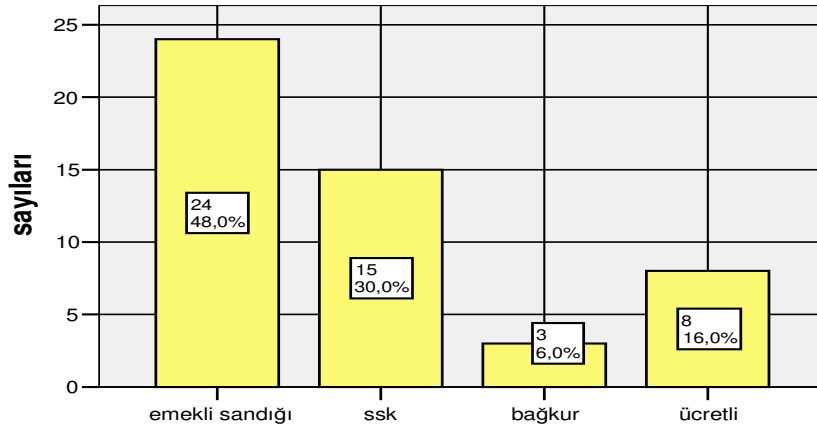
Grafik 5.9. Özel Serviste Yatan Hastaların Medeni Hal Dağılımı

Özel serviste yatan hastaların eğitim durumu oransal dağılımı: Özel serviste yatan hastaların %6'sı okur-yazar değil, %10'u ilköğretim mezunu, %6'sı ortaokul mezunu, %30'u lise mezunu, %42'si üniversite mezunu, %6'sı yüksek lisans mezunudur (Tablo 5.1). Sonuç olarak; üniversite mezunu olanların fazla sayıda olduğu görülmektedir (Grafik 5.10).



Grafik 5.10. Özel Serviste Yatan Hastaların Eğitim Durumu Dağılımı

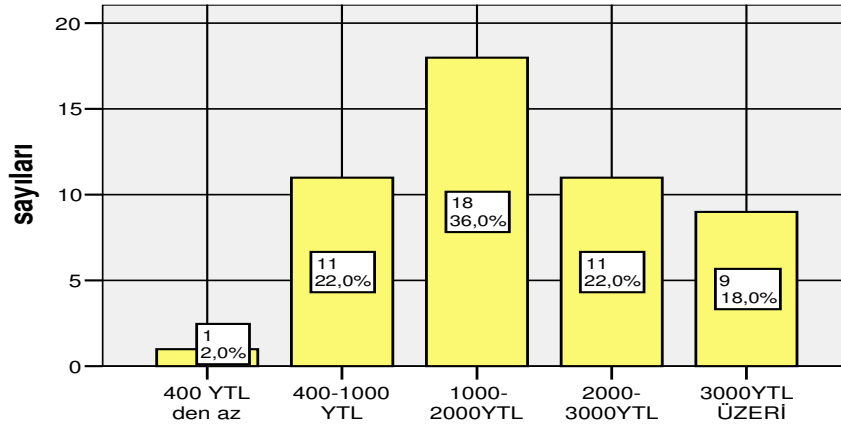
Özel serviste yatan hastaların sosyal güvence oransal dağılımı: Özel serviste yatan hastaların sosyal güvence oranları %48 ile Emekli Sandığı, %30 ile SSK, %6 ile Bağ-Kur ve %16 ile ücretlidir (Tablo 5.1). Sonuç olarak; hastanede özel serviste yatan hastaların sosyal güvence oranlarına bakıldığında, Emekli Sandığı'na bağlı hastaların fazla sayıda olduğu görülmektedir. İkinci olarak ise SSK'lı olanlar gelmektedir (Grafik 5.11).



Grafik 5.11. Özel Serviste Yatan Hastaların Sosyal Güvence Dağılımı

Özel serviste yatan hastaların aylık gelir oransal dağılımı: Özel serviste yatan hastaların %2'sinin geliri 400 YTL'den az, %22'sinin geliri 400 ile 1000 YTL arası, %36'sının geliri 1000 ile 2000 YTL arası, %22'sinin geliri 2000 ile 3000 YTL arası,

%18'inin geliri 3000 YTL ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 5.1). Sonuç olarak; geliri 1000 ile 2000 YTL arası olanlar fazla sayıdadır (Grafik 5.12).



Grafik 5.12. Özel Serviste Yatan Hastaların Aylık Gelir Dağılımı

CERRAHPAŞA'YI TERCİH ETME NEDENİ	SAYILARI	%
İYİ BAKIM OLMASI	17	34,0
EMEKLİ SANDIĞI/MEMUR OLMANIZ	12	24,0
ÜNİVERSİTE HASTANESİ OLMASI	34	68,0
DOKTORUN BURADA OLMASI	36	72,0
TAVSİYE ÜZERİNE	4	8,0
SEVK EDİLDİĞİNİZ İÇİN	3	6,0
FİYATLARIN UYGUN OLMASI	5	10,0
HASTANENİN YAKIN OLMASI	0	0
TOPLAM	111	

Tablo 5.7. Özel Serviste Yatan Hastaların Cerrahpaşa'yı Tercih Etme Nedeni Oransal Dağılımı

Tablodan da anlaşıldığı gibi genel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni %72 oranıyla doktorun burada olması olarak görülmektedir³⁸.

H₄: Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0.032 olarak bulunmuştur. P değeri $< 0,05$ ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında istatistiksel anlamda bir ilişki vardır.

H₅: Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,010 olarak bulunmuştur. P değeri $< 0,05$ ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında istatistiksel anlamda bir farklılık vardır.

H₆: Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0.140 olarak bulunmuştur. P değeri $> 0,05$ ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında istatistiksel anlamda bir ilişki yoktur.

³⁸ Bu soruya birden fazla cevap verilebildiğinden yukarıdaki tabloda toplam sayı (111) cevap seçeneklerinin kaç defa işaretlendiğini gösteriyor. Bir başka ifade ile ankete katılan 50 katılımcının bu soruya vermiş olduğu cevapların kaç defa tekrarlandığını gösteriyor.

NEDENLER	SAYISI	%
1- Daha İyi Bakılacağıma İnanıyorum	7	14,0
2 - Üniversite Hastanesinde Bir Özel Servis Olması Ayrıcalığından Faydalanmak İçin	4	8,0
3 – Hem Benim Hem de Yakınımın Kalabilmesi İçin Rahat Bir Ortam	11	22,0
4 - Daha Temiz ve Sağlık İçin Daha Güvenli	11	22,0
5 - Sağlık Personelinin Benimle Daha Yakından İlgilenebileceğini Düşünüyorum	6	12,0
6 - İşlemlerimin Ve Tedavimin Sıra Beklemeden Yapılmasını İstediğim İçin	1	2,0
7 - Tek Kişilik Bir Odada Kalmak İstiyorum ve Bunu Karşılacak Maddi Gücüm Var	7	14,0
8 - Diğer Nedenlerden Dolayı	3	6,0
TOTAL	50	100,0

Tablo 5.8. Özel Serviste Yatan Hastaların Genel Servis Yerine Özel Servisi Tercih Etme Nedenleri Oransal Dağılımı

Genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni olarak %22 oranı ile hem benim, hem de yakınımın kalabilmesi için rahat bir ortam olması ve %22 oranı ile daha temiz ve sağlık için daha önemli olması görülmektedir (Tablo 5.8).

H₇: Genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,862 olarak bulunmuştur. P değeri > 0,05 ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H₈: Genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,804 olarak bulunmuştur.

P değeri > 0,05 ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H₉: Genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,601 olarak bulunmuştur.

P değeri > 0,05 ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

NEDENLER	SAYISI	%
1- Fiyatlar yüksek o kadar maddi gücüm yok	5	10,0
2 - Burada hem daha az ücret ödeyeceğim hem de daha iyi bakılacağım	10	20,0
3- Doktorum burada yatmamı önerdi çünkü dışarıda çalışmıyor	10	20,0
4 - Özel hastanede ne kadar fatura ödeyeceğimden emin olamadığım için	1	2,0
5 - Özel hastanelerdeki sağlık ekibinin tedavi ve bakım hizmetlerinde yeterli olduğuna inandığım için	5	10,0
6- Hastalığının burada daha ileri tetkiklerle araştırılacağına inandığım için	14	28,0
8- Diğer nedenlerden	3	6,0
9- Yukarıdakilerin hepsi	2	4,0
TOTAL	50	100,0

Tablo 5.9. Özel Serviste Yatan Hastaların Özel Hastaneye Gitmeme Nedeni Oransal Dağılımı

Özel hastaneye gitmeme nedeni olarak %28 oranı ile hastalıkların bu hastanede daha ileri tetkiklerle araştırılacağını düşünmeleri görülmektedir (Tablo 5.9).

H₁₀: Özel hastaneye gitmeme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,145 olarak bulunmuştur. P değeri > 0,05 ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Özel hastaneye gitmeme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H₁₁: Özel hastaneye gitmeme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,196 olarak bulunmuştur. P değeri > 0,05 ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Özel hastaneye gitmeme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H₁₂: Özel hastaneye gitmeme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,164 olarak bulunmuştur. P değeri > 0,05 ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Özel hastaneye gitmeme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

			Çok Memnunum	Memnunum	Fikrim Yok	Memnun Değilim	Hiç Memnun Değilim
1	Hastane personelinin güler yüz ve nezaketle karşılamasından	Sayı	20	29	1	0	0
		%	40,0	58,0	2,0	0	0
2	Hasta şikayetlerinin hemen çözülmesinden	Sayı	21	28	0	1	0
		%	42,0	56,0	0	2,0	0
3	Hasta personelinin yeterli sayıda olmasından	Sayı	7	18	12	13	0
		%	14,0	36,0	24,0	26,0	0
4	Personelin hastaların sorusuna cevap verirken istekli olmasından	Sayı	13	31	4	2	0
		%	26,0	62,0	8,0	4,0	0
5	Tıbbi araç gereç yeterliliğinden	Sayı	10	21	8	8	3
		%	20,0	42,0	16,0	16,0	6,0
6	İşlemlerin hızla ve planlı gerçekleşmesinden	Sayı	20	22	4	3	1
		%	40,0	44,0	8,0	6,0	2,0
7	Hastalıklarla ilgili yeterli bilgi verilmesinden	Sayı	19	24	5	2	0
		%	38,0	48,0	10,0	4,0	0
8	Sevki / yatış işlemlerindeki hizmetlerden	Sayı	14	21	7	6	2
		%	28,0	42,0	14,0	12,0	4,0
9	Tedavi ve bakım hizmetlerinden	Sayı	27	21	1	1	0
		%	54,0	42,0	2,0	2,0	0
10	Doktorların verdiği hizmetlerden	Sayı	31	18	1	0	0
		%	62,0	36,0	2,0	0	0
11	Hemşirelik hizmetlerinden	Sayı	32	17	1	0	0
		%	64,0	34,0	2,0	0	0
12	Personel hizmetlerinden	Sayı	22	25	1	2	0
		%	44,0	50,0	2,0	4,0	0
13	Laboratuvar hizmetlerinden	Sayı	14	28	4	3	1
		%	28,0	56,0	8,0	6,0	2,0
14	Poliklinik hizmetlerinden	Sayı	8	21	10	10	1
		%	16,0	42,0	20,0	20,0	2,0
15	Eczane hizmetlerinden	Sayı	7	19	13	7	4
		%	14,0	38,0	26,0	14,0	8,0
16	Temizlik hizmetleri ve hastanenin genel düzeninden	Sayı	15	22	6	6	1
		%	30,0	44,0	12,0	12,0	2,0
17	Yemek hizmetlerinden	Sayı	13	26	3	6	2
		%	26,0	52,0	6,0	12,0	4,0
18	Güvenlik hizmetlerinden	Sayı	14	25	8	3	0
		%	28,0	50,0	16,0	6,0	0
19	Servisin fiziksel koşullarından	Sayı	19	20	5	6	0
		%	38,0	40,0	10,0	12,0	0
20	Hasta odalarındaki imkanlardan ve konfordan	Sayı	23	22	3	1	1
		%	46,0	44,0	6,0	2,0	2,0

Tablo 5.10. Özel Serviste Yatan Hastaların Belirtilen İfadelere Karşı Memnuniyetlerinin Oransal Dağılımı

Tablo 5.10'daki sayı ve yüzde değerleri sonucunda; ankete katılan 50 hastanın vermiş olduğu cevaplardan hastane personelinin güler yüz ve nezaketle karşılarnasından %58 oranı ile memnun oldukları, hasta şikâyetlerinin hemen çözümlenmesinden %56 oranı ile memnun oldukları, hastane personelinin yeterli sayıda olmasından %36 oranı ile memnun oldukları, personelin hastaların sorularına cevap verirken istekli olmasından %62 oranı ile memnun oldukları, tıbbi araç gereç yeterliliğinden %42 oranı ile memnun oldukları, işlemlerin hızla ve planlı gerçekleşmesinden %44 oranı ile memnun oldukları, hastalıklarla ilgili yeterli bilgi verilmesinden %48 oranı ile memnun oldukları, sevk/yatış işlemlerindeki hizmetlerden %42 oranı ile memnun oldukları, tedavi ve bakım hizmetlerinden %54 oranı ile çok memnun oldukları, doktorların verdiğı hizmetlerden %62 oranı ile çok memnun oldukları, hemşirelik hizmetlerinden %64 oranı ile çok memnun oldukları, personel hizmetlerinden %50 oranı ile memnun oldukları, laboratuvar hizmetlerinden %56 oranı ile memnun oldukları, poliklinik hizmetlerinden %42 oranı ile memnun oldukları, eczane hizmetlerinden %38 oranı ile memnun oldukları, temizlik hizmetleri ve hastanenin genel düzeninden %44 oranı ile memnun oldukları, yemek hizmetlerinden %52 oranı ile memnun oldukları, güvenlik hizmetlerinden %50 oranı ile memnun oldukları, servisin fiziksel koşullarından %40 oranı ile memnun oldukları, hasta odalarındaki imkânlardan ve konfordan %46 oranı ile çok memnun oldukları görölmektedir.

			Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karasızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Genel serviste yatmış olsam tedavi ve bakım hizmetleri yine aynı olurdu	Sayı	14	15	13	6	25
		%	28,0	30,0	26,0	12,0	50,0
2	Sağlıkla ilgili ihtiyaçlarım zamanında karşılanıyor	Sayı	3	5	4	30	8
		%	6,0	10,0	8,0	60,0	16,0
3	Yüksek ücret ödersem tedavi bakım hizmetlerinden daha iyi sonuç alırım	Sayı	9	15	6	12	8
		%	18,0	30,0	12,0	24,0	16,0
4	Herhangi bir ücret ödmeden genel serviste yatsaydım sağlık personelinin bu kadar ilgi ve güler yüz göremezdim	Sayı	6	9	11	14	10
		%	12,0	18,0	22,0	28,0	20,0
5	Eğer hocam burada olmasa özel hastaneyi tercih ederdim	Sayı	8	14	4	12	12
		%	16,0	28,0	8,0	24,0	24,0
6	Tedavim için gereken her şeyin yapıldığına inanıyorum	Sayı	2	1	0	25	22
		%	4,0	2,0	0	50,0	44,0
7	Özel hastanelerde ücretler yüksek ancak hizmet kalitesi daha iyi	Sayı	12	12	8	8	10
		%	24,0	24,0	16,0	16,0	20,0
8	Devlet ve kamu hastanelerinde ücretlerde sorun yok ama hizmet kalitesi yetersiz	Sayı	2	13	8	17	10
		%	4,0	26,0	16,0	34,0	20,0
9	Benim için hastane önemli değil tedavi edilmem önemli	Sayı	7	11	3	13	16
		%	14,0	22,0	6,0	26,0	32,0
10	Sunulan imkânlara göre hastane fiyatlarını oldukça normal buluyorum	Sayı	2	2	9	31	6
		%	4,0	4,0	18,0	62,0	12,0
11	Ödediğim ücretin karşılığını alıyorum	Sayı	2	3	8	30	7
		%	4,0	6,0	16,0	60,0	14,0
12	Eğer ihtiyaç duyarsam tekrar bu hastaneyi tercih ederim	Sayı	2	1	6	22	19
		%	4,0	2,0	12,0	44,0	38,0
13	İyi ücret kaliteli hizmet	Sayı	0	7	7	20	16
		%	0	14,0	14,0	40,0	32,0
14	Türkiye’de sağlık hizmetlerinde olumsuzluklar çok çünkü eleman ve olanak yetersizliği var	Sayı	1	1	4	24	20
		%	2,0	2,0	8,0	48,0	40,0
15	Sağlık hizmetlerinde fiyat ile memnuniyet arasında bir ilişki var	Sayı	0	7	4	24	15
		%	0	14,0	8,0	48,0	30,0

Tablo 5.11. Özel Serviste Yatan Hastaların Belirtilen Düşüncelere Katılımlarının Oransal Dağılımı

Ankete katılan 50 kişinin vermiş oldukları cevaplara göre; “Genel serviste yatmış olsam tedavi ve bakım hizmetleri yine aynı olurdu” ifadesine %50 oranında kesinlikle katıldıkları, “sağlıkla ilgili ihtiyaçlarım zamanında karşılanıyor” ifadesine %60 oranı ile katıldıkları, “yüksek ücret ödersem tedavi bakım hizmetlerinden daha iyi sonuç alırım” düşüncesine %30 oranı ile katılmadıkları, “herhangi bir ücret ödmeden genel serviste yatsaydım sağlık personelinden bu kadar ilgi ve güler yüz göremezdim” düşüncesine %28 oranı ile katıldıkları, “eğer hocam burada olmasa özel hastaneyi tercih ederdim” düşüncesine %28 oranı ile katılmadıkları, “tedavisi için gereken her şeyin yapıldığı”na %50 oranı ile katıldıkları, “özel hastanelerde ücretlerin yüksek ancak hizmet kalitesinin daha iyi olacağı”na %24 oranı ile kesinlikle katılmadığı ve %24 oranı ile katılmadıkları, “devlet ve kamu hastanelerinde ücretlerde sorun yok ama hizmet kalitesi yetersiz” düşüncesine %34 oranı ile katıldıkları, “benim için hastane önemli değil tedavi edilmem önemli” düşüncesine %32 oranı ile kesinlikle katıldıkları, “sunulan imkânlarla göre hastane fiyatlarını oldukça normal buluyorum” düşüncesine %62 oranı ile katıldıkları, “ödediğim ücretin karşılığını alıyorum” düşüncesine %60 oranı katıldıkları, “ihtiyaç olur ise tekrar bu hastaneyi tercih ederim” düşüncesine %44 oranı ile katıldıkları, “iyi ücret-kaliteli hizmet” düşüncesine %40 oranı ile katıldıkları, “Türkiye’de sağlık hizmetlerinde olumsuzluklar çok, çünkü eleman ve olanak yetersizliği var” düşüncesine %48 oranı ile katıldıkları, “sağlık hizmetlerinde fiyat ile memnuniyet arasında bir ilişki olduğu”na %48 oranı ile katıldıkları görülmektedir (Tablo 5.11).

ÖZEL - GENEL SERVİS (BAĞIMSIZ İKİ GRUP) KARŞILAŞTIRMASI

H₁₃: Özel serviste yatan hastaların eğitim durumları ile genel serviste yatan hastaların eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,00 olarak bulunmuştur. P değeri < 0,05 ($\alpha=0,05$)’tir. Yani; özel serviste yatan hastaların eğitim durumları ile genel serviste yatan hastaların eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₄: Özel serviste yatan hastaların sosyal güvenceleri ile genel serviste yatan hastaların sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,027 olarak bulunmuştur. P değeri < 0,05 ($\alpha=0,05$)’tir. Yani; özel serviste yatan hastaların sosyal güvenceleri ile genel serviste yatan hastaların sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₅: Özel serviste yatan hastaların aylık gelirleri ile genel serviste yatan hastaların aylık gelirleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,000 olarak bulunmuştur. P değeri < 0,05 ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; özel serviste yatan hastaların aylık gelirleri ile genel serviste yatan hastaların aylık gelirleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₆: Özel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedenleri ile genel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedenleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? hipotezine ilişkin P değeri 0,148 olarak bulunmuştur. P değeri > 0,05 ($\alpha=0,05$)'tir. Yani; Özel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedenleri ile genel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedenleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

			ORTALAMASI	STD. SAPMA	P DEĞERİ
1	Hastane personelinin güler yüz ve nezaketle karşılaşmasından	Genel servis	1,8133	0,7178	0,082>0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur. Her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmiştir.
		Özel servis	1,6200	0,53031	
2	Hasta şikâyetlerinin hemen çözümlenmesinden	Genel servis	2,1667	0,9298	0,000<0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir.
		Özel servis	1,6200	0,5303	
3	Hasta personelinin yeterli sayıda olmasından	Genel servis	2,7800	1,0860	0,362>0,05 memnuniyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmiştir.
		Özel servis	2,6200	1,0279	
4	Personelin hastaların sorusuna cevap verirken istekli olmasından	Genel servis	2,0533	0,9106	0,279>0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur. Her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmiştir.
		Özel servis	1,9000	0,707	
5	Tıbbi araç gereç yeterliliğinden	Genel servis	2,6400	1,06361	0,313>0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur. Her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmiştir.
		Özel servis	2,4600	1,16426	
6	İşlemlerin hızla ve planlı gerçekleşmesinden	Genel servis	2,2867	1,070	0,013<0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir.
		Özel servis	1,8600	0,94782	
7	Hastahklarla ilgili yeterli bilgi verilmesinden	Genel servis	2,2667	1,06605	0,005<0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir.
		Özel servis	1,8000	0,78246	
8	Sevk / yatış işlemlerindeki hizmetlerden	Genel servis	2,4867	1,03455	0,123>0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur. Her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmiştir.
		Özel servis	2,2200	1,1190	

9	Tedavi ve bakım hizmetlerinden	Genel servis	1,8800	0,7227	0,002<0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir.
		Özel servis	1,5200	0,6465	
10	Doktorların verdiği hizmetlerden	Genel servis	1,5800	0,6782	0,089>0,0505 memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur. Her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmiştir.
		Özel servis	1,4000	0,5345	
11	Hemşirelik hizmetlerinden	Genel servis	1,5200	0,66272	0,177>0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur. Her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmiştir.
		Özel servis	1,3800	0,53031	
12	Personel hizmetlerinden	Genel servis	2,2800	0,9420	0,000<0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir.
		Özel servis	1,6600	0,7174	
13	Laboratuvar hizmetlerinden	Genel servis	2,2600	0,8389	0,046<0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir.
		Özel servis	1,9800	0,89191	
14	Poliklinik hizmetlerinden	Genel servis	2,3933	0,8346	0,517>0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur. Her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmiştir.
		Özel servis	2,5000	1,0546	
15	Eczane hizmetlerinden	Genel servis	2,7533	1,10482	0,534>0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur. Her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmiştir.
		Özel servis	2,6400	1,13856	
16	Temizlik hizmetleri ve hastanenin genel düzeninden	Genel servis	3,3867	1,18030	0,000<0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir.
		Özel servis	2,1200	1,04276	
17	Yemek hizmetlerinden	Genel servis	2,5733	1,02546	0,016<0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir.
		Özel servis	2,1600	1,07590	
18	Güvenlik hizmetlerinden	Genel servis	2,4400	0,9726	0,003<0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir.
		Özel servis	2,000	0,83299	
19	Servisin fiziksel koşullarından	Genel servis	3,0333	1,0707	0,000<0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir.
		Özel servis	1,9600	0,9889	
20	Hasta odalarındaki imkânlardan ve konfordan	Genel servis	3,1933	1,2134	0,005<0,05 memnuniyetler arasında bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir.
		Özel servis	1,7000	0,8391	

Tablo 5.12. Genel Serviste Yatan Hastalar İle Özel Serviste Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması

			ORTALAMASI	STD. SAPMA	P DEĞERİ
1	Sağlıkla ilgili ihtiyaçlarım zamanında karşılamıyor	Genel servis	3,7000	1,02813	1,000>0,05 katılım arasında anlamlı bir farklılık yoktur
		Özel servis	3,7000	1,05463	
2	Yüksek ücret ödersem tedavi bakım hizmetlerinden daha iyi sonuç alırım	Genel servis	3,000	1,30564	0,645>0,05 katılım arasında anlamlı bir farklılık yoktur
		Özel servis	2,9000	1,38873	
3	Eğer ihtiyaç duyarsam tekrar bu hastaneyi tercih ederim	Genel servis	3,8667	0,9876	0,148>0,05 katılım arasında anlamlı bir farklılık yoktur
		Özel servis	4,100	0,9741	
4	İyi ücret kaliteli hizmet	Genel servis	3,5333	1,30120	0,003<0,05 katılım arasında anlamlı bir farklılık vardır. Özel serviste yatan hastalar genel serviste yatan hastalardan daha fazla katılmaktadır
		Özel servis	3,9000	1,0151	
5	Türkiye’de sağlık hizmetlerinde olumsuzluklar çok çünkü eleman ve olanak yetersizliği var	Genel servis	3,8667	1,804	0,020<0,05 katılım arasında anlamlı bir farklılık vardır. Özel serviste yatan hastalar genel serviste yatan hastalardan daha fazla katılmaktadır
		Özel servis	4,2200	1,2584	
6	Benim için hastane önemli değil tedavi edilmem önemli	Genel servis	3,2267	1,36173	0,468>0,05 katılım arasında anlamlı bir farklılık yoktur
		Özel servis	3,4000	1,48461	
7	Tedavim için gereken her şeyin yapıldığına inanıyorum	Genel servis	3,8733	0,98510	0,008<0,05 katılım arasında anlamlı bir farklılık vardır. Özel serviste yatan hastalar genel serviste yatan hastalardan daha fazla katılmaktadır
		Özel servis	4,2800	0,90441	
8	Özel hastanelerde ücretler yüksek ancak hizmet kalitesi daha iyi	Genel servis	3,3467	1,32598	0,024<0,05 katılım arasında anlamlı bir farklılık vardır. Genel serviste yatan hastalar özel serviste yatan hastalardan daha fazla katılmaktadır
		Özel servis	2,8400	1,47579	
9	Devlet ve kamu hastanelerinde ücretlerde sorun yok ama hizmet kalitesi yetersiz	Genel servis	3,4067	1,14749	0,972>0,05 katılım arasında anlamlı bir farklılık yoktur
		Özel servis	3,4000	1,19523	
10	Sağlık hizmetlerinde fiyat ile memnuniyet arasında bir ilişki var	Genel servis	3,5017	1,26781	0,014<0,05 katılım arasında anlamlı bir farklılık vardır. Özel serviste yatan hastalar genel serviste yatan hastalardan daha fazla katılmaktadır
		Özel servis	3,9400	0,97750	

Tablo 5.13. Genel Serviste Yatan Hastalar İle Özel Serviste Yatan Hastaların Ortak İfadelere Katılımlarının Karşılaştırılması

Tablo 5.12’de genel serviste yatan hastalar ile özel serviste yatan hastaların memnuniyetlerinin karşılaştırılmasına ilişkin istatistiksel sonuçlar verilmiştir. Tablo 5.13’te ise genel serviste yatan hastalar ile özel serviste yatan hastaların ortak ifadelerine katılımlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar yer almaktadır.

α katsayısı	Düzeltilmiş α katsayısı	N
0,916	0,922	20

Tablo 5.14. Araştırma İçin Kullanılan 5’li Likert Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi

Ölçeğin genel güvenilirliği ($\alpha = 0,918$) olarak bulunmuştur (Tablo 5.14). Yüksek derecede güvenilir bir ölçek $0,80 < \alpha < 1$ arasında olmalıdır. Demek oluyor ki bu çalışmada kullanılan “çok memnunum, memnunum, fikrim yok, memnun değilim, hiç memnun değilim” şeklindeki Likert ölçeği, yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

	Ortalama	Minimum	Maksimum	Ranj	Maksimum / Minimum	Varyans	N (soru sayısı)
Genel ortalama	2,297	1,380	3,180	1,800	2,304	0,224	20
Sorular arasındaki ortalama korelasyon	0,370	0,023	0,745	0,722	32,435	0,021	20

Tablo 5.15. Genel Ortalama ve Sorular Arasındaki Ortalama Korelasyon

Soruların genel ortalaması 2,297, sorular arasındaki ortalama korelasyon 0,370 olarak bulunmuştur (Tablo 5.15). İstatistiksel olarak anlamlı olabilmesi için korelasyon katsayılarının negatif olmaması ve 0,25 değerinden büyük olması beklenir (Kalaycı, 2005, s:412).

	İlgili soru silindiğinde ölçeğin ortalaması	İlgili soru silindiğinde ölçeğin varyansı	Her bir sorunun korelasyonu	Her bir sorunun bütün arasındaki korelasyonu	İlgili soru silindiğinde ölçeğin güvenilirlik katsayısı
Soru_G_1_1	44,2400	140,880	0,697	0,796	0,910
Soru_G_2_1	43,7200	137,022	0,559	0,694	0,912
Soru_G_3_1	43,2200	137,522	0,531	0,735	0,913
Soru_G_4_1	43,9400	137,200	0,658	0,767	0,910
Soru_G_5_1	43,5000	142,092	0,457	0,672	0,914
Soru_G_6_1	43,6600	136,433	0,574	0,675	0,912
Soru_G_7_1	43,7600	136,431	0,578	0,732	0,912
Soru_G_8_1	43,5000	141,439	0,430	0,627	0,915
Soru_G_9_1	44,0200	138,306	0,700	0,740	0,909
Soru_G_10_1	44,3000	137,806	0,706	0,787	0,909
Soru_G_11_1	44,5600	145,313	0,637	0,613	0,913
Soru_G_12_1	43,9200	141,136	0,559	0,593	0,912
Soru_G_13_1	43,8200	141,579	0,517	0,699	0,913
Soru_G_14_1	43,6800	138,018	0,715	0,758	0,909
Soru_G_15_1	43,1800	135,457	0,607	0,664	0,911
Soru_G_16_1	42,7600	136,758	0,565	0,596	0,912
Soru_G_17_1	43,3800	139,302	0,489	0,458	0,914
Soru_G_18_1	43,8000	145,959	0,331	0,502	0,917
Soru_G_19_1	42,9800	133,000	0,739	0,776	0,908
Soru_G_20_1	42,9200	133,626	0,590	0,654	0,912

Tablo 5.16. Her Bir Soru İle Bütün Arasındaki İstatistikler

SONUÇ: Tablo 5.16'yı incelediğimizde her bir soru ile bütün arasındaki korelasyonun yüksek ve pozitif olduğunu görmekteyiz. Bu demek oluyor ki soru ile bütün arasındaki içsel tutarlılık çok yüksektir. Soruların ölçek içinde sıralanışı çok uygundur. Bu durum bütün soruların ölçekten çıkarılmamasını ölçekte yer almasını gösterir. Ankete katılan kişilerin hastane hakkındaki düşünceleri güvenilir bir şekilde ölçülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde sağlık kuruluşlarının gerek kendi hizmetlerini değerlendirmesinde, gerekse ürettikleri hizmetlerin karşılaştırılmasında, hasta memnuniyeti araştırmaları giderek yaygınlık kazanmaktadır.

Gelişmiş piyasa ekonomilerinde gündelik yaşamın bir parçası haline gelen bu araştırmalar, özel sağlık sektörünün gelişimini tamamlaması ve sağlık hizmetlerini kamu ve özel sektör arasında rekabete dayandıran sağlık reform projelerinin hayata geçirilmesi ile giderek önem kazanacaktır.

Bu süreci doğuran temel nedenler, sağlık hizmeti niteliğinin hizmet niceliğİ kadar önemsenmeye başlanması, hasta odaklı sağlık hizmeti üretimine ilişkin uygulamaların ve sağlık alanında kalite çalışmalarının hız kazanmasıdır.

Özellikle gelişmiş pazar ekonomisine sahip ABD ve AB ülkelerinde hasta tercihli bir sağlık hizmeti kullanımı için yoğun uğraşlar verilmektedir. Rekabet temelinde hizmet veren özel sağlık sigortaları ve özel sağlık kuruluşları arasında “müşteri” konumundaki hastaların doğru tercihleri yapabilmesi için kalite güvence sertifikasyonu, akreditasyon gibi sağlık kuruluşlarının peşinden koştukları sınıflama ve standartlaştırma çalışmaları yer almaktadır. Bunların yanı sıra, sağlık kuruluşu performans raporları, sağlık sigortası paketlerinin müşteri değerlendirmesi setleri ve bu rapor ve setlerin kamuoyuna açıklanması gibi uygulamalar, bu konudaki çabaların dikkat çeken örneklerindedir.

Hasta memnuniyeti hakkında gerçekleştirilmiş olan önceki çalışmalarda hasta memnuniyetini etkileyen birçok faktör olduğu ileri sürülmüştür. Bu faktörlerin bir kısmı hastanın kişisel özelliklerinden bir kısmı ise hastanenin yapısı ve uygulamalarından kaynaklanmaktadır. Hasta memnuniyetini etkileyen diğerk faktörler ise, sağlık kuruluşları arasındaki gerek yapısal gerekse süreçsel farklılıklardır.

Bu araştırmada, rasyonel ve psikolojik yönleriyle gerçekleşen fiyat değışkeninin, hastanede yatarak hizmet alan hastaların memnuniyeti üzerindeki etkilerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Yapılan alan çalışması sonrasında şu sonuçlar elde edilmiştir.

Genel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların demografik özelliklerine ilişkin bulgular şöyle sıralanabilir:

- Genel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların, %58’ini kadın, %42’sini erkek hastalar oluşturmaktadır. Hastaların yaş

grubuna göre dağılımında minimum değer 18, maksimum değer 87, ortalama değer 52,44 olarak bulunmuştur. Diğer bir deyişle %27,3 oranıyla 40-50 yaş arasındaki hastaların oldukça fazla olduğu görülmektedir.

- Genel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların %84'ünü evli hastalar oluşturmaktadır.
- Genel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların %40 gibi büyük bir çoğunluğu ilkökul mezunudur. %17,3'ü üniversite mezunu, %0,7'si yüksek lisans mezunudur. Başka bir ifadeyle genel serviste yatan hastaların eğitim seviyesinin oldukça düşük olduğu görülmektedir.
- Genel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların %44,7 oranıyla en fazla Emekli Sandığına bağlı oldukları görülmektedir. Bunu %41,3 ile SSK'lı, %9,3 ile Bağ-Kur'lu, %2,7 ile Yeşil Kart'lı ve %2 ile ücretli olan hastalar takip etmektedir. Emekli Sandığı'na mensup hastaların fazla olması, Cerrahpaşa'nın, üniversite hastanesi olması dolayısıyla, öncelikle devlet memurlarına hizmet vermesine, SSK ve Bağ-Kur kurumlarının hastalarını direkt kabul etmemesine bağlı olarak gerçekleştiğini göstermektedir.
- Genel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların aylık gelirlerinin oransal dağılımına göre, %10'unun geliri 400 YTL'den az iken, 3000 YTL'nin üzerinde geliri olanların oranı %2,7'dir. İstatistiksel değerlendirmeye göre hastaların %56 gibi önemli bir çoğunluğunu, geliri 400 ile 1000 YTL arası olanlar oluşturmaktadır.
- Genel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların birden fazla seçeneği işaretleyerek cevapladıkları Cerrahpaşa'yı tercih etme nedenlerinin başında "üniversite hastanesi olması" gelmektedir. İkinci olarak en çok tercih nedeni ise "doktorunun burada olması"dır.
- Araştırmanın birinci hipotezine ilişkin, genel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında istatistiksel anlamda bir ilişki vardır ($p < 0,05$).
- Araştırmanın ikinci hipotezine ilişkin, genel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında istatistiksel anlamda bir ilişki vardır ($p < 0,05$).

- Araştırmanın üçüncü hipotezine ilişkin, genel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında istatistiksel anlamda bir ilişki vardır ($p < 0,05$).

Özel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların demografik özelliklerine ilişkin bulgular şöyle sıralanabilir:

- Özel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların %48'ini kadın hastalar, %52'sini erkek hastalar oluşturmaktadır. Hastaların yaşlarının istatistiksel olarak dağılımında maksimum değeri 86, minimum değeri 27'dir. Yaş ortalaması 54,84'tür. 38–48 yaşları arasındaki hastaların %26 oranı ile fazla olduğu görülmektedir.
- Özel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların %74'ünü evli hastalar oluşturmaktadır.
- Özel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların %42 oranında büyük bir çoğunluğu üniversite mezunudur. Diğer bir ifadeyle, özel serviste yatan hastaların eğitim seviyelerinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir.
- Özel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların %48 oranıyla en fazla Emekli Sandığı, ikinci sırada %30'la SSK'ya bağlı oldukları, bunu %16 ile ücretli ve %6 oranıyla Bağ-Kur'lu hastaların takip ettikleri görülmektedir.
- Özel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların geliri 400 YTL'den az olanlarının oranı %2, 3000 YTL ve üzeri geliri olanların oranı ise %18 olarak görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmeye göre %36 gibi önemli bir çoğunluğu, geliri 1000 ile 2000 YTL arası olan hastalar oluşturmaktadır.
- Özel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların birden fazla seçeneği işaretleyerek cevapladıkları Cerrahpaşa'yı tercih etme nedenlerinin başında “doktorunun burada olması” gelmektedir. İkinci olarak en çok gösterilen tercih nedeni ise “üniversite hastanesi olması”dır.
- Araştırmanın dördüncü hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında istatistiksel anlamda bir ilişki vardır ($p < 0,05$).

- Araştırmanın beşinci hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında istatistiksel anlamda bir farklılık vardır ($p < 0,05$).
- Araştırmanın altıncı hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında istatistiksel anlamda bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).
- Özel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların, genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni olarak en çok, "hem benim hem de yakınımın kalabilmesi için rahat bir ortam" ve "daha temiz ve sağlığım için daha güvenli" ifadelerini, eşit biçimde tercih ettikleri görülmektedir.
- Araştırmanın yedinci hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).
- Araştırmanın sekizinci hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).
- Araştırmanın dokuzuncu hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların genel servis yerine özel servisi tercih etme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).
- Özel serviste yatan ve araştırma kapsamında ankete katılan hastaların %28'i özel hastaneye gitmeme nedeni olarak, hastalıklarının bu hastanede daha ileri tetkiklerle araştırılacağını düşüncesine katılmaktadırlar.
- Araştırmanın onuncu hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların özel hastaneye gitmeme nedeni ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).
- Araştırmanın onbirinci hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların özel hastaneye gitmeme nedeni ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).
- Araştırmanın onikinci hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların Özel hastaneye gitmeme nedeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).

Araştırma kapsamında hazırlanan anketin ikinci bölümünde, genel serviste yatan ve araştırmaya katılan hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla

kendilerine sunulan 20 ifadeye vermiş oldukları cevapların istatistiksel olarak yapılan değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan memnuniyet sonuçları şöyledir:

Genel serviste yatan ve ankete katılan 150 hastanın vermiş olduğu cevaplara göre memnuniyet sonuçları;

- Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılamasından %62,7 oranıyla memnundurlar.
- Hasta şikâyetlerinin hemen çözümlenmesinden %58 oranı ile memnun olduklarını belirtmişlerdir.
- Hastane personelinin yeterli sayıda olduğunu düşünen ve memnun olduklarını belirtenlerin oranı %39,3'tür.
- Ankete katılan hastaların, hastane personelinin sorularına cevap verirken istekli olmasından %60 oranı ile memnun oldukları görülmektedir.
- Tıbbi araç gereç yeterliliğinden %45,3, işlemlerin hızla ve planlı gerçekleşmesinden ise %52,7 oranı ile memnun olduklarını belirtmişlerdir.
- Ankete katılan hastaların, %58,7'si kendilerine hastalıklarıyla ilgili yeterli bilgi verilmesinden ötürü memnun oldukları görülmektedir.
- Sevk ve yatış işlemlerindeki hizmetlerden %52 oranı ile memnun kaldıkları görülmektedir.
- Ankete katılan hastaların, tedavi ve bakım hizmetlerinden %60,7 oranı ile memnun oldukları görülmektedir.
- Doktorların verdiği hizmetlerden %50 oranı ile çok memnun olduklarını belirtmişlerdir.
- Hemşirelik hizmetlerinden %54 oranı ile çok memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
- Personel hizmetlerinden %57,3 oranı ile memnun oldukları görülmektedir.
- Laboratuvar hizmetlerinden %57,3, poliklinik hizmetlerinden %52, eczane hizmetlerinden %43,3 oranı ile memnun oldukları görülürken, temizlik hizmetleri ve hastanenin genel düzeninden %36 oranı ile memnun olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- Yemek hizmetlerinden %46 oranı ile memnun oldukları,
- Güvenlik hizmetlerinden %56 oranı ile memnun oldukları,
- Servisin fiziksel koşullarından (ısı, ışık aydınlanma vs.) %32,7 oranı ile memnun oldukları,

- Hasta odalarındaki imkânlardan ve konfordan %34 oranı ile hem memnun %33,3 oranı ile hem de memnun olmadıkları görülmektedir.

Araştırma kapsamında hazırlanan anketin üçüncü bölümünde, genel serviste yatan ve araştırmaya katılan hastaların algılarını ölçmek amacıyla kendilerine sunulan 15 ifadeye katılıp katılmama dereceleri ölçülmüştür. Verilen cevapların istatistiksel olarak yapılan değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan sonuçlar şöyledir:

Genel serviste yatan ve ankete katılan 150 hastanın belirtilen ifadelere katılım derecelerine göre sonuçlar;

- Servise kabul hizmetlerinin genel olarak yeterli olduğuna %60,7 oranı ile katıldıklarını belirtmişlerdir.
- Sağlık ile ilgili ihtiyaçlarının zamanında karşılanmasına %63,3 oranı ile katıldıkları,
- Yüksek ücret ödeyerek tedavi ve bakım hizmetlerinden daha iyi sonuç alınacağına %33,3 oranı ile katılmadıkları, eğer ücret ödeseydim hastane personelinin davranışı ve tutumu daha iyi olurdu ifadesine %33,3 oranı ile katılmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- Maddi imkânım olsa özel servis/özel hastaneyi tercih ederdim ifadesine katılmayanların oranı %28,7'dir.
- Ankete katılan hastalar, sosyal güvencem var sağlık kuruluşu bana bakmak zorunda ifadesine %46,7 oranı ile katıldıklarını, %48,7 oranı ile kesinlikle katıldıklarını belirtmişlerdir.
- Hastaların, hastanenin değil de tedavi edilmenin önemli olduğu ifadesine %36 oranı ile katıldıkları görülmektedir.
- Sosyal güvencenin olmasına rağmen birçok işlem ve malzeme için para ödemek zorunda kalındığına %52 oranı ile katıldıkları görülmektedir.
- Ankete katılan hastalar, eğer ihtiyaç duyarlarsa tekrar bu hastaneyi tercih edeceklerine %52,7 oranı ile katıldıklarını belirtmişlerdir.
- Tedavi için gereken her şeyin bu hastanede yapıldığına %55,3 oranı ile katıldıkları, sonucu görülmektedir.
- Özel hastanelerde ücretlerin yüksek ancak hizmet kalitesinin daha iyi olduğuna %28,7 oranı ile katılmaktadırlar.
- Devlet ve kamu hastanelerinde ücretlerde sorun olmadığı fakat hizmet kalitesinin yetersiz olduğuna %34 oranı ile katıldıklarını belirtmişlerdir.

- İyi ücret kaliteli hizmet anlayışına %28,7 oranı ile katılırken, %26,7 oranı ile katılmamaktadırlar.
- Hastaların, Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki olumsuzlukların eleman ve olanak yetersizliğinden kaynaklandığına %40,7 oranı ile katıldıkları görülmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde fiyat ile memnuniyet arasında bir ilişkinin var olmasına %36,7 oranı ile katıldıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamında hazırlanan anketin ikinci bölümünde, özel serviste yatan ve araştırmaya katılan hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla kendilerine sunulan 20 ifadeye vermiş oldukları cevapların istatistiksel olarak yapılan değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan memnuniyet sonuçları şöyledir:

Özel serviste yatan ve ankete katılan 50 hastanın vermiş olduğu cevaplara göre memnuniyet sonuçları;

- Hastane personelinin hastaları güler yüz ve nezaketle karşılaşmasından %58, şikâyetlerinin hemen çözümlenmesinden %56 oranı ile memnun oldukları görülmektedir.
- Ankete katılan hastaların, hastane personelinin yeterli sayıda olduğunu düşünen ve memnun olduklarını belirtenlerin oranı %36’dır.
- Ankete katılan hastaların, hastane personelinin sorularına cevap verirken istekli olmasından %62 oranı ile memnun olduklarını belirttikleri görülmüştür.
- Tıbbi araç gereç yeterliliğinden %42, işlemlerin hızla ve planlı gerçekleşmesinden %44 oranı ile memnun oldukları görülmektedir.
- Ankete katılan hastaların kendilerine hastalıklarıyla ilgili yeterli bilgi verilmesinden %48 oranı ile memnun oldukları sonucu görülmektedir.
- Sevk ve yatış işlemlerindeki hizmetlerden %42 oranı ile memnun olduklarını belirtirken,
- Tedavi ve bakım hizmetlerinden %54 oranı ile çok memnun oldukları görülmektedir.
- Doktorların verdiği hizmetlerden %62 oranı ile çok memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
- Hemşirelik hizmetlerinden %64 oranı ile çok memnun oldukları,
- Personel hizmetlerinden ise %50 oranı ile memnun oldukları görülmektedir.

- Laboratuvar hizmetlerinden %56, poliklinik hizmetlerinden %42, eczane hizmetlerinden de %38 oranı ile memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
- Temizlik hizmetleri ve hastanenin genel düzeninden %44, yemek hizmetlerinden %52 ve güvenlik hizmetlerinden %50 oranı ile memnun olduklarını belirtmişlerdir.
- Servisin fiziksel koşullarından %40 oranı ile memnun oldukları ve
- Hasta odalarındaki imkânlardan ve konfordan %46 oranı ile çok memnun oldukları sonucu görülmektedir.

Araştırma kapsamında hazırlanan anketin üçüncü bölümünde, özel serviste yatan ve araştırmaya katılan hastaların algılamalarını ölçmek amacıyla kendilerine sunulan 15 ifadeye katılıp katılmama dereceleri ölçülmüştür. Verilen cevapların istatistiksel olarak yapılan değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan sonuçlar şöyledir:

Özel serviste yatan ve ankete katılan 50 hastanın belirtilen ifadelere katılım derecelerine göre sonuçlar;

- Genel serviste yatmış olsam tedavi ve bakım hizmetlerinin yine aynı olacağı ifadesine %50 oranında kesinlikle katıldıkları,
- Sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının zamanında karşılanıyor olmasına %60 oranı ile katıldıklarını belirtmişlerdir.
- Ankete katılan hastaların, yüksek ücret ödeyerek tedavi bakım hizmetlerinden daha iyi sonuç alınmasına %30 oranı ile katılmadıkları,
- Herhangi bir ücret ödemedem genel serviste yatsaydım sağlık personelinde bu kadar ilgi ve güler yüz göremezdim düşüncesine %28 oranı ile katıldıkları sonucu görülmektedir.
- Eğer hocam burada olmasa özel hastaneyi tercih ederdim düşüncesine %28 oranı ile katılmadıklarını belirtmişlerdir.
- Tedavim için gereken her şeyin yapıldığına inanıyorum ifadesine %50 oranı ile katıldıkları görülmektedir.
- Ankete katılan hastaların, özel hastanelerde ücretlerin yüksek ancak hizmet kalitesinin daha iyi olduğu yönündeki ifadeye %24 oranı ile kesinlikle katılmadığı ve %24 oranı ile de katılmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- Devlet ve kamu hastanelerinde ücretlerde sorun yok ama hizmet kalitesi yetersiz düşüncesine %34 oranı ile katıldıkları görülmektedir.
- Benim için hastane önemli değil tedavi edilmem önemli düşüncesine %32 oranında kesinlikle katıldıkları,

- Sunulan imkânlara göre hastane fiyatlarını oldukça normal buluyorum düşüncesine %62 oranı ile katıldıklarını belirtmişlerdir.
- Ödediğim ücretin karşılığını alıyorum ifadesine %60 oranı ile katıldıkları,
- İhtiyaç duyarsam tekrar bu hastaneyi tercih ederim düşüncesine %44 oranı ile katıldıkları görülmektedir.
- Ankete katılan hastaların, iyi ücret kaliteli hizmet düşüncesine %40 oranında katıldıkları,
- Türkiye’de sağlık hizmetlerinde olumsuzluklar çok çünkü eleman ve olanak yetersizliği var ifadesine %48 oranı ile katıldıklarını ve
- Sağlık hizmetlerinde fiyat ile memnuniyet arasında bir ilişki olduğuna %48 oranı ile katıldıklarını belirttikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Özel servis ile genel servis (bağımsız iki grup) karşılaştırması sonucuna göre;

- Araştırmanın onüçüncü hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların eğitim durumları ile genel serviste yatan hastaların eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- Araştırmanın ondördüncü hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların sosyal güvenceleri ile genel serviste yatan hastaların sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- Araştırmanın onbeşinci hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların aylık gelirleri ile genel serviste yatan hastaların aylık gelirleri arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- Araştırmanın onaltıncı hipotezine ilişkin, özel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa’yı tercih etme nedenleri ile genel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa’yı tercih etme nedenleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Genel serviste yatan hastalar ile özel serviste yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması sonucuna göre;

- **Hastane personelinin güler yüz ve nezaketle karşılaşmasından;** her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur ($p >0,05$).

- **Hasta şikâyetlerinin hemen çözümlenmesinden;** genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir. Memnuniyetler arasında bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- **Hasta personelinin yeterli sayıda olmasından;** her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Memnuniyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- **Personelin hastaların sorusuna cevap verirken istekli olmasından;** her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- **Tıbbi araç gereç yeterliliğinden;** her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- **İşlemlerin hızla ve planlı gerçekleşmesinden;** genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir. Memnuniyetler arasında bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- **Hastalıklarla ilgili yeterli bilgi verilmesinden;** genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir. Memnuniyetler arasında bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- **Sevk / yatış işlemlerindeki hizmetlerden;** her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- **Tedavi ve bakım hizmetlerinden;** genel serviste yatan hastaların özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir. Memnuniyetler arasında bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- **Doktorların verdiği hizmetlerden;** her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- **Hemşirelik hizmetlerinden;** her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- **Personel hizmetlerinden;** genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir. Memnuniyetler arasında bir farklılık vardır ($p<0,05$).

- **Laboratuvar hizmetlerinden;** genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir. Memnuniyetler arasında bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- **Poliklinik hizmetlerinden;** her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- **Eczane hizmetlerinden;** her iki serviste de yatan hastalar memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Memnuniyetler arasında bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- **Temizlik hizmetleri ve hastanenin genel düzeninden;** genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir. Memnuniyetler arasında bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- **Yemek hizmetlerinden;** genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir. Memnuniyetler arasında bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- **Güvenlik hizmetlerinden;** genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir. Memnuniyetler arasında bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- **Servisin fiziksel koşullarından;** genel serviste yatan hastaların, özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir. Memnuniyetler arasında bir farklılık vardır ($p<0,05$).
- **Hasta odalarındaki imkânlardan ve konfordan;** genel serviste yatan hastaların özel serviste yatan hastalardan daha memnun oldukları görülmektedir. Memnuniyetler arasında bir farklılık vardır ($p<0,05$).

Genel serviste yatan hastalar ile özel serviste yatan hastaların ortak ifadelere katılımlarının karşılaştırılmasına göre;

- **Sağlıkla ilgili ihtiyaçların zamanında karşılanıyor;** katılım arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- **Yüksek ücret ödersem tedavi bakım hizmetlerinden daha iyi sonuç alırım;** katılım arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- **Eğer ihtiyaç duyarsam tekrar bu hastaneyi tercih ederim;** katılım arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

- **İyi ücret kaliteli hizmet;** katılım arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Özel serviste yatan hastalar, genel serviste yatan hastalardan daha fazla katılmaktadır.
- **Türkiye’de sağlık hizmetlerinde olumsuzluklar çok çünkü eleman ve olanak yetersizliği var;** katılım arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Özel serviste yatan hastalar, genel serviste yatan hastalardan daha fazla katılmaktadır.
- **Benim için hastane önemli değil tedavi edilmem önemli;** katılım arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- **Tedavim için gereken her şeyin yapıldığına inanıyorum;** katılım arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Özel serviste yatan hastalar, genel serviste yatan hastalardan daha fazla katılmaktadır.
- **Özel hastanelerde ücretler yüksek ancak hizmet kalitesi daha iyi;** katılım arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Genel serviste yatan hastalar, özel serviste yatan hastalardan daha fazla katılmaktadır.
- **Devlet ve kamu hastanelerinde ücretlerde sorun yok ama hizmet kalitesi yetersiz;** katılım arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- **Sağlık hizmetlerinde fiyat ile memnuniyet arasında bir ilişki vardır;** katılım arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Özel serviste yatan hastalar, genel serviste yatan hastalardan daha fazla katılmaktadır.

Yapılan bu çalışma ile ankete katılan kişilerin hastane hakkındaki düşünceleri güvenilir ($\alpha = 0,918$) bir şekilde ölçülmüştür. Bu sonuçlara göre sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve hasta memnuniyetinin artırılması için şu değerlendirme ve önerilerde bulunulabilir:

Cerrahpaşa’da araştırma kapsamında ankete katılan hastaların memnuniyet algılamalarında, genel serviste yatan hastaların %54 oranında ve özel serviste yatan hastaların %64 oranında hemşirelik hizmetlerinden en yüksek düzeyde çok memnun oldukları ölçülmüştür. Bunun nedeni olarak ise, hastanedeki hemşirelik hizmetlerinin 2003 yılında ISO 9001–2000 kalite belgesi alarak kalite çalışmalarına başlaması gösterilebilir. Kalite ve memnuniyet çalışmaları halen yürürlüktedir.

Araştırma sonucundaki memnuniyet düzeyleri incelendiğinde hem genel hem de özel serviste ankete katılan hastaların genel anlamda hastanede sunulan hizmetlerden memnun oldukları anlaşılmaktadır. Ancak oran dağılımına bakıldığında

memnuniyetsizliklerin daha çok genel serviste yatan hastalar tarafından belirtildiği, özel serviste memnuniyetsizlik algılamasının çok düşük olduğu görülmektedir. Bunun ise, özel serviste yatan hastaların, daha rahat, temiz, özenli ve genel servise göre konforlu bir ortamda olmaları yanı sıra, tedavi ve bakım hizmetlerinde işlemlerinin hızlı ve planlı gerçekleşmesi, yatak sayısının az olduğu bir servis olması dolayısıyla hizmet sunan sağlık ekibinin her bir hastaya daha fazla zaman ayırması ve ihtiyaçlarını hızla gidermesi, gibi etkenlerden kaynaklandığı söylenebilir.

Genel serviste yatan hastalar “temizlik hizmetleri ve hastanenin genel düzeninden” %36 oranında memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Hastanede temizlik hizmetleri dışarıdan sağlanmaktadır ve bu hizmeti sağlayan özel temizlik şirketinin mesai saatleri her gün 07-16’dır. Bu saatler dışında temizlik hizmeti verilmemektedir. Hastalar 16-07 saatleri arasında oda ve çevre temizliklerini kendi imkânlarıyla yapmaktadırlar. Hastane tuvaletlerinin hasta ve yakınları için yeterli sayıda olmaması ve tesisatların sık sık bozulması, hastanede kullanılan yapı malzemeleri ile yer döşemelerinin eski ve yıpranmış olması gibi durumlar da göz önüne alınırsa genel olarak temiz bir görüntü sağlamak neredeyse mümkün olmamaktadır.

Genel serviste yatan hastaların hasta odalarındaki imkânlardan ve konfordan %34 oranında memnun, %33,3 oranında ise memnun olmadıkları sonucu dikkat çekmektedir. Bunun ise birden fazla nedeni olabileceği düşünülmektedir. Odalarda bulunan yatakların oldukça eski olması sonucu bazı yatakların işlevini kaybettiği, yatak, çarşaf, yastık, battaniye vb. malzemelerin eski ve yırtık oluşu ve yeterince fazla olmaması sonucu çoğunlukla sıkıntı yaşandığı bununda odalarda görüntü kirliliği yarattığı görülmektedir. Uzun süre yatakta yatan ve yeterli sıklıkta beden temizliği sağlanamayan ameliyat olmuş hastaların yara pansumanından kaynaklanan sızıntılar ve kanamalar nedeniyle sık değiştirilmeyen yatak takımları koku yapmakta ve hava kirliliği yaratmaktadır. Bu durum genel serviste çoğunlukla dört kişilik koşullarda yatan hastaları daha fazla rahatsız etmektedir. Bunun dışında genel servisteki odaların birçoğunda buzdolabı ve televizyon bulunmamaktadır. Varolanlarda ise bunların bir kısmının işlevlerini kaybettiği ve çok eski olduğu söylenebilir. %34 oranında memnuniyet belirtenlerin tek kişilik odalarda kalarak televizyon, tuvalet, banyo ve refakat için çekyat imkânlarından faydalananlardan olduğu düşünülmektedir. Genel serviste bulunan tek kişilik odalarda bile tuvalet banyo, elektrik ve su tesisatlarında sürekli sorunlar görülmektedir.

Özel serviste yatan hastalar ise hasta odalarındaki imkânlardan ve konfordan %46 oranında çok memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bunun nedeni ise, tek kişilik odalarda, televizyon, buzdolabı, telefon, tuvalet, banyo, çağrı zili, yakınlarının kalması için çekyat, sıcak su, 24 saat temizlik hizmeti, refakatçi yemeği, kablosuz (wireless) internet ağı gibi birçok hizmetten faydalanabilmeleridir.

Cerrahpaşa hastanesinin bu noktadan hareketle hasta memnuniyetini arttırabilmesi için özellikle otelcilik hizmetlerine yönelmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu çerçevede, genel servisteki odalarda koğu sisteminden vazgeçilerek tekli ve ikili odaların düzenlenmesi ile hastaların hareket özgürlüğü kazanabilecekleri ve yakınlarının da kalabileceği daha geniş alanlar sağlanmalıdır. Yatak, çarşaf, yastık benzeri sarf malzemelerinin ihtiyacı karşılayacak düzeyde hatta daha fazla sayıda olması, servis ve ünite de kullanılan demirbaşların çalışır durumda olması hatta mümkünse yenilenmesi, tuvaletlerin hasta kullanımına uygun olarak sayısının arttırılması, hasta ve yakınlarının kişisel hijyen ve temizlik ihtiyaçları için yeterli sayıda banyonun yapılması gerekliliği düşünülmektedir. Temizlik hizmetlerinin 24 saat boyunca devam etmesi, her hasta odasında refakat için açılabilir tekli bir koltuk, buzdolabı, televizyon hatta hastaların yakınları ile rahat iletişim kurabilmesi için telefon bulunması sağlanmalıdır. Genel serviste, hastalığı daha hafif seyreden hastalar için sosyal etkinlikte (televizyon gazete ve sohbet) bulunabilecekleri mekânlar düzenlenmelidir.

Genel serviste yatan hastaların Cerrahpaşa'yı tercih etme sebeplerinin başında "üniversite hastanesi olması" gelmektedir. İkinci olarak belirtilen tercih sebebi ise "doktorunun burada olması"dır. Özel serviste yatan hastalar ise tercih sebebi olarak ilk sırada "doktorunun burada olması", ikinci olarak ise "üniversite hastanesi olması" nedenini göstermişlerdir. Bu sonuçtan da anlaşılacağı gibi Cerrahpaşa'nın üniversite hastanesi olmasından ötürü kurum kimliğinin nitelikli ve güçlü olduğu ayrıca kuruma prestij kazandırarak toplumsal olarak güven sağladığı görülmektedir.

Doktorların tercih üzerindeki etkisinin özel servis hastalarında daha sık görülmesinin nedeni ise, hastane çatısı altında çalışan doktorların alanında uzman birer akademisyen ve aynı zamanda profesyonel iş tecrübeleri ile alanlarında en iyiler olduklarını düşünmeleridir. Profesör kadrolarında yer alan hocaların birçoğu part-time (yarı zamanlı) çalışma haklarını kullanarak aynı zamanda dışarıda başka özel bir hastane/klinik veya muayenehanesinde çalışma fırsatı bulabilmektedir. Cerrahpaşa özel servisinde yatan hastaların ödemiş oldukları özel fark ücretleri ile özel

hastanelerin fiyatları arasında önemli bir fark olduğundan hastalar doktorunun çalıştığı bu hastaneyi tercih etme şansı bulabilmektedirler. Özel serviste yatan hastaların bazıları özel hastaneyi tercih ettiklerini ancak hocalarının dışarıda çalışmamasından ötürü Cerrahpaşa'ya geldiklerini belirtmişlerdir. Hem genel hem de özel serviste yatan hastaların hastalıkları ile ilgili alanında en iyi hocaları araştırıp bularak ve inanarak geldikleri ve büyük çoğunlukla memnuniyet duydukları anlaşılmaktadır.

Özel serviste yatan hastalar, genel servis yerine özel servisi tercih etme sebebi olarak en çok, kendilerinin ve yakınlarının kalabilmesi için rahat bir ortam oluşu ile daha temiz ve sağlıkları için daha güvenli olduğu ifadelerini belirtmişlerdir. Özel hastaneye gitmeme nedenleri olarak, %28 oranında “hastalığımın burada daha ileri tetkiklerle araştırılacağına inandığım için” ifadesini belirtmişlerdir. Bunun nedeni, üniversite ve araştırma hastanelerinin sağlık hizmetlerinde son nokta olmasıdır. Teknik donanımı güçlü cihazların bulunması, ileri tıp teknolojilerin kullanılması ile her branşta profesyonel sağlık kadrolarıyla ileri düzeyde tetkik ve tedavi imkânları sunmalarıdır.

Genel serviste yatan hastaların fiyat algılarını ölçmek için uygulanan ankete katılan hastalar, servise kabul hizmetlerinin yeterli olduğu ve sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının zamanında karşılandığını belirtmişlerdir. Ancak yüksek ücret ödeyerek tedavi hizmetlerinden daha iyi sonuç alınacağı düşüncesine %33,3 oranında katılmamaktadırlar. “Eğer ücret ödeyerek yatsaydım hastane personelinin bana karşı tutumu daha iyi olurdu” ifadesine de %33,3 oranında katılmamaktadırlar. %28,7 oranında da maddi imkânları olsa dahi özel hastaneyi ya da özel servisi tercih etmeyeceklerini belirtmişlerdir. Hastaların %36'sı hastaneden çok tedavi edilmelerinin önemli olduğunu düşünmektedirler. %52 oranında büyük bir çoğunluk sosyal güvencelerinin olmasına rağmen yinede birçok işlem ve malzeme için para ödemek zorunda oldukları ifadesine katılmışlardır. Bu da sosyal güvenlik sisteminden kaynaklanan önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal güvenlik reformu ve genel sağlık sigortası ile bu durumda iyileştirmeye gidileceği düşünülmektedir. Hastaların %52,7'si ihtiyaç duyarsa tekrar bu hastaneyi tercih edebileceğini belirtmiş, %28,7'si tedavileri için gereken her şeyin yapıldığı inancındadır. Bu da aldıkları sağlık hizmetlerinden memnun kaldıklarını ve güven duyduklarını göstermektedir.

Genel serviste yatan ve ankete katılan hastaların %28,7'si özel hastanelerdeki ücretlerin yüksek olmasına rağmen hizmet kalitesinin daha iyi olduğu fikrine katılmışlardır. Devlet ve kamu hastanelerinde ücretlerin iyi olmasına karşın hizmet kalitesini yetersiz bulduklarını ifadesine katılanların oranı %34'tür. Devlet ve kamu hastanelerinin hizmet kalitesindeki yetersizliğin nedenlerinin başında hasta sayısının çalışan personel sayısına oranla oldukça fazla olması gösterilebilir.

Genel serviste yatan ve ankete katılan hastalar "iyi ücret kaliteli hizmet" ifadesine %28,7 oranında katılmaktadırlar. Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki olumsuzlukların eleman ve olanak yetersizlikleri ile ilişkili olduğu düşüncesine katılım gösteren hastaların oranı %40,7'dir. Genel serviste yatan ve ankete katılan hastaların %36,7'si sağlık hizmetlerinde fiyat ile memnuniyet arasında bir ilişki olduğu ifadesine katılmışlardır. Genel servisteki hastaların memnuniyet algılamalarında fiyattan daha önemli etkenlerin olduğu ancak fiyat ile memnuniyetin birleştiği noktada hizmet kalitesi ve sunulan imkânlarda farklılıkların ilgi çekici olduğu, fiyat ödeyerek sadece hizmetin kalitesinde farklılık olacağı, hizmet sunucularının kişisel yaklaşımlarının pek fazla değişim göstermeyeceği kanısında oldukları sonucuna varılmaktadır.

Özel serviste yatan ve ankete katılan hastaların fiyat algılamalarına yönelik olarak çıkan sonuçlarda öncelikle genel serviste yatmış olsam tedavi ve bakım hizmetleri yine aynı olurdu ifadesine %50 oranında kesinlikle katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuca göre tedavi ve bakım hizmetlerinde görev alan hizmet sunucularını fiyat ve özel kavramlarının dışında profesyoneller olarak algıladıkları görülmektedir. Sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının zamanında karşılandığına katılanların oranı %60'tır. Bu da işlemlerinin hızla ve planlı gerçekleştiğinden duyulan memnuniyet algısının göstergesidir. Özel servisteki hastalar, yüksek ücret ödeyerek tedavi ve bakım hizmetlerinden daha iyi sonuç alınabileceği ifadesine %30 oranında katılmamaktadırlar. Ancak genel serviste yatmış olsalar sağlık personelinin yeterince ilgi ve güler yüz göremeyecekleri düşüncesine %28 oranında katılım gösterdikleri görülmektedir. Bunun, genel serviste yatan hastaların sayısının hizmet veren personele göre bir hayli fazla olması, dolayısıyla iş yükünün özel servise göre oldukça ağır olması nedeniyle her hastaya ayrılabilen zamanın sınırlı ve az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Özel serviste yatan ve ankete katılan hastalar eğer hocam burada olmasa özel hastaneyi tercih ederdim ifadesine %28 oranında katılmıyorum demişlerdir. Aynı ifade için dikkat çeken diğer bir sonuç ise %24 oranında katıldıkları hatta %24'ünün

ise kesinlikle katıldığını belirtmesidir. Bu sonuca göre, hastaların özel hastaneler ile Cerrahpaşa'yı kıyaslamaları neticesinde, ankete katılanların hem maddi hem de manevi anlamda çeşitlilik gösterdiği, büyük bir kısmının sadece doktorlarının Cerrahpaşa'da çalışmasından ötürü bu hastaneyi tercih ettikleri anlaşılmaktadır.

Özel serviste yatan ve ankete katılan hastalar %50 oranında tedavileri için gereken her şeyin yapıldığına inanmaktadırlar. Özel hastanelerde ücretlerin yüksek ancak hizmet kalitesinin daha iyi olduğunu düşünenlerin %24'ü katılmadıklarını, %24'ü ise kesinlikle katılmadıklarını belirtmişlerdir. Özel serviste yatan hastaların büyük bir çoğunluğunun, daha önce en az bir kez özel hastaneden hizmet aldıkları, özel hastanelerde daha çok otelecilik hizmetlerinin ön plana çıkması nedeniyle tercih edildiğini ancak Cerrahpaşa özel serviste de hizmet kalitesinin gayet iyi olduğunu belirtmişlerdir. Devlet ve kamu hastanelerinde fiyatların uygun ancak hizmet kalitesinin yetersiz olduğuna katılanların oranı %34'tür. Özel servisteki hastalar için her şeye rağmen hangi hastane olduğu değil, tedavi edilmeleri ön plandadır ve %32 oranında bu ifadeye kesinlikle katıldıklarını belirtmişlerdir.

Özel serviste sunulan imkânlar göre hastanenin fiyatlarını oldukça normal bulanların bu ifadeye %62 oranında katıldıkları görülmektedir. Özel serviste yatan hastalar, sosyal güvencesi olsa dahi belirli bir oranda, oda, yatak, hoca ve yapılan işlemin niteliğine göre fark ücreti ödemektedir. Ancak bu özel hastane fiyatları ile kıyaslanamayacak kadar azdır. Ödediğim ücretin karşılığını alıyorum düşüncesine katıldıklarını belirtenlerin oranı %60'tır. Eğer ihtiyaç olursa tekrar bu hastaneyi tercih edebilecekleri düşüncesine %44 oranında katılmışlardır. Bu sonuca göre Cerrahpaşa özel servisinde fiziksel şartlar, verilen hizmetler, zaman yönetimi ve fiyatlandırma politikaları iyi yönde bir izlenim yaratmıştır. Bu çalışmaların sürekliliğinin sağlanabilmesi, hizmet kalitesini daha ileri noktaya taşıyarak eksik yönlerin tamamlanması ve hizmet çeşitliliğinin artırılarak hasta memnuniyetinin daha üst seviyelere çıkarılması amaçlanmalıdır.

Özel serviste yatan ve ankete katılan hastaların iyi ücret kalite hizmet ifadesine %40 oranında katıldıkları görülmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinde eleman ve olanak yetersizliği olduğuna katılanların oranı ise %48'dir. Bu sonuca göre özellikle devlet ve kamu hastanelerinde sağlık personelinin hasta sayısına göre oldukça az olması, örneğin, 20-25 hastaya bir hemşire düşmesi, hatta bazı servislerde, yıllık izin ve tatiller gibi özel durumlarda bir hemşireye düşen hasta sayısının daha da arttığı görülmektedir. Bu durumda hastaların her birine ayrılan zaman azalmakta hatta

ancak tedavileri yapılabilmekte, özbakım ve psikolojik yaklaşımda bulunmak neredeyse imkânsız hale gelmektedir. Bununla birlikte ileri araştırma ve tetkik için kullanılan ileri teknoloji ürünü tıbbi cihazların genellikle her hastanede olmaması, özellikle devlet ve kamu hastanelerinde bu cihazlardan bir ya da birkaç tane olması hasta yığılmalarına neden olmaktadır. Bu hizmetleri dışarıdan, özel hastane/klinik görüntüleme merkezi ve laboratuvar vb. yerlerden almak zorunda kalan hastalar için bu durum hem zaman kaybı hem de ek maliyet unsurudur.

Özel serviste yatan ve ankete katılan hastaların %48'i sağlık hizmetlerinde fiyat ile memnuniyet arasında bir ilişki olduğu düşüncesine katıldıklarını belirtmişlerdir.

Genel ve özel serviste yatan hastalar demografik özellikleri bakımından karşılaştırıldığında, eğitim durumları, sosyal güvenceleri ve aylık gelir durumları arasında anlamlı farklılıklar vardır. Cerrahpaşa'yı tercih etme nedenleri açısından ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Hastanede sunulan hizmetler ve değerlendirmeye alınan özelliklere göre her iki serviste yatan hastaların memnuniyet sonuçları karşılaştırıldığında genel beklentinin aksine istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların tamamının genel serviste yatan hastalar lehine yüksek bulunduğu görülmektedir. Karşılaştırma sonucunda genel servisteki hastaların özel servisteki hastalara göre daha memnun oldukları bu hizmetler ve özellikleri; hasta şikâyetlerinin hemen çözümlenmesi, işlemlerin hızla ve planlı gerçekleşmesi, hastalıklarla ilgili yeterli bilgi verilmesi, tedavi ve bakım hizmetleri, personel hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, temizlik hizmetleri ve hastanenin genel düzeni, yemek hizmetleri, güvenlik hizmetleri, servisin fiziksel koşulları, hasta odalarındaki imkânlar ve konfor olarak bulunmuştur. Diğer yandan, fiyat algılamalarına yönelik her iki gruba ortak olarak belirtilen ifadelere katılımlar karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bütün farklılıkların (iyi ücret kaliteli hizmet, Türkiye'de sağlık hizmetlerinde olumsuzluklar çok çünkü olanak ve eleman yetersizliği var, tedavim için gereken her şeyin yapıldığına inanıyorum, özel hastanelerde ücretler yüksek ancak hizmet kalitesi daha iyi, sağlık hizmetlerinde fiyat ile memnuniyet arasında bir ilişki vardır) özel serviste yatan hastaların lehine olarak bulunduğu görülmektedir. Elde edilen bu sonuçların ise hem genel hem de özel serviste yatan hastaların sosyo-ekonomik düzey, eğitim seviyesi ve beklentilerindeki temel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Genel serviste yatan hastaların büyük bir çoğunluğu Cerrahpaşa'daki hizmetleri, ya sevk edildikleri ya da çoğunlukla hizmet aldıkları Vakıf, SSK ya da Devlet hastaneleriyle

kıyaslamaktadırlar. Özel serviste yatan hastaların büyük çoğunluğu ise Cerrahpaşa'da aldıkları hizmetleri özel hastanelerle kıyaslamaktadırlar. Genel serviste yatan hastaların çoğu için sunulan hizmet ve imkânlar, memnuniyet beklentilerini yeterince karşılayabilirken; özel serviste ise mevcut iyileştirilmiş hizmet ve imkânlar dahi, burada yatan hastaların yüksek beklenti seviyeleri nedeniyle yetersiz olarak algılanabilmektedir.

Yapılan bu çalışmanın sonucunda fiyatın memnuniyet üzerindeki etkisine ilişkin hastaların algılamaları doğrultusunda elde edilen sonuçlara göre, fiyat tek başına her şey demek değildir. Sağlık alanında fiyattan daha önemli olan, bireylerin sağlıklarına kavuşma istekleridir. Ancak bu inanca sahip olarak güven duyduktan sonra hasta, öncelikle hizmette kaliteyi, daha sonra diğer özellikleri aramaktadır. Tüm hastalar, özellikle rahat edebilecekleri, beslenme, temizlik, uyku, sosyal etkinlik vb. imkânları iyi olan ortamlara ihtiyaç duymaktadırlar. Sosyal güvencesi olan hastalar bu imkânlardan faydalanabilme şansını kendi kurumlarına hizmet veren hastanelerde aramaktadırlar. Bu nedenle küçük bir fark ödeyerek tercihen tek kişilik özel odalarda kalabilmeyi talep etmektedirler. Devlet ve kamu hastanelerinde bu tip odaların sınırlı sayıda olması nedeniyle taleplerin karşılanması zor olmaktadır. Bu da hastaların memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

Sağlık hizmetleri alanında işletmecilik ile pazarlama anlayışının benimsenmesi ve uygulanmasının oldukça zor olmaktadır. Sağlık sektörünün müşterilerini genellikle hasta bireyler oluşturduğu için sunulan hizmetlerin alınmaması gibi bir durum söz konusu değildir. Kişiler ihtiyaçları halinde bu hizmetleri satın almak zorundadırlar. Ancak son yıllarda birçok sektörde olduğu gibi sağlık hizmetleri sektöründe de birçok seçenek oluşmuş ve sunulan hizmetlerin çeşitliliğinin bir hayli arttığı görülmüştür. Dolayısıyla hastalar hizmetler arasında kıyaslama yaparak tercihte bulunabilmektedir.

Bu sebeple sağlık kurumlarının gerek devlet ve kamu, gerekse özel hastanelerin birbirleriyle rekabet edebilir durumda olabilmeleri ve hizmetlerini en iyi şekilde sunabilmeleri için modern pazarlama anlayışı çerçevesinde hareket etmeleri ve pazarlama faaliyetlerini yürütmelerini gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi yani sağlık müşterileri/hastaların ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık sektöründe hizmet sunan kurum ve kuruluşların kendilerinden hizmet alan kişilerin, hizmet kalitesini değerlendirmede önem verdikleri özellikleri belirleyerek hareket etmeleri gerekmektedir.

Sonuç olarak rekabetçi ve sürekli gelişen bir çevre içerisinde sağlık hizmetlerinin verimli ve etkili bir şekilde yürütülebilmesi, çevresel faktörlerin çok yönlü değerlendirilmesini amaçlayan modern pazarlama yaklaşımıyla sağlanabilmektedir. Burada amaç, modern ve kaliteli sağlık hizmetinin sürekli insan faktörü gözönünde tutularak en iyi şekilde yerine getirilmesi ve sağlık kuruluşlarının hizmet potansiyellerinin açığa çıkarılarak optimum verimliliğin sağlanmasıdır. Bu nedenle pazarlama disiplininin, sağlık hizmetinin kendine özgü unsurları kullanılarak büyük ölçüde yararlanması gerekir. Kısaca sağlık işletmelerinin, müşteri/hasta yönlü pazarlama anlayışını benimseyerek bu anlayışa göre sağlık alanındaki pazarlama faaliyetlerini yürütmesinin, hizmet kalitesinin yükseltilmesini sağlayacağı ve hasta memnuniyetini arttıracığı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

A. KİTAPLAR

1. AKDUR, Recep; **“Sağlık Sektörünün Temel Kavramları”**, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi, No: 20, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2003.
2. ALASTAIR, Morrison; **“Hospitality and Travel Marketing”**, Delmar Publishers, USA, 1989.
3. ALTUNIŞIK, Remzi; ÖZDEMİR, Şuayıp; TORLAK, Ömer; **“Modern Pazarlama”**, Değişim Yayınları, İstanbul, 2002.
4. ARMSTRONG, Gary and KOTLER, Philip; **“Marketing: an Introduction”**, 5th ed., Upper Saddle River, N.J., prentice-Hall, Inc., 2000.
5. ARPACI, T.; AYHAN, D.Y.; BÖGE, E.; TUNCER, D.; ÜNER, M.M.; **“Pazarlama”**, Gazi Yayınları, Ankara, 1992.
6. BİRDAL, İlker; **“İşletme Ekonomisi”**, Çağlayan Kitabevi, İstanbul, 1986.
7. BOONE, Louise E.; KURTZ, David L.; **“Contemporary Marketing Wired”**, 9th Ed., Orlando, FL,: The Dryden Pres, 1997.
8. CEMALCILAR, İlhan; **“Pazarlama”**, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 1994.
9. CEMALCILAR, İlhan; **“Pazarlama Kavramlar-Kararlar”**, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, Aralık, 1999.
10. COWELL, Donald; **“The Marketing of Services”**, William Heinemann Ltd., London, 1984.
11. GRÖNROSS, Christian; **“Service Management and Marketing”**, Massachusetts, Lexington Books, 1990.
12. İDİL, Orhan; **“İşletmeciler İçin Genel İstatistik”**, İşletme Fakültesi Yayın No:207, İşletme İktisadı Enstitüsü yayın no:103, Cilt:1, İkinci Basım, İstanbul, 1989.
13. KALAYCI, Şeref; **“SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri”**, Asil Yayın Dağıtım Ltd.Şti., 1. Baskı, Ankara, 2005.
14. KARAFKİOĞLU, Mehmet; **“Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, 1. Baskı, İstanbul, 1998.

15. KARAHAN, Kasım; VARİNLİ, İnci; **“Pazar Yönlülük Ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama”**, Pazarlama Dünyası, Yıl:16, Sayı:2002-01, Ocak-Şubat, 2002.
16. KAŞIKÇI, Ercan; **“Para-Mosyon Pazarlamanın 7 P’si”**, Kariyer Yayınları, İstanbul, Haziran, 2002.
17. KAVUNCUBAŞI, Şahin; **“Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.
18. KERMAN, Uysal; **“Sosyal Devletin Tavsiyesi Ve Sağlık”**, Basım, Mucize Reklâm ve Matbaacılık, Ankara, 2004.
19. KOTLER, Philip; Pazarlamanın Yeni Yüzü, **“Winning Through Value-Oriented Marketing”** Konferansı, Capital Yayınları, Yönetim Dizisi:1, İstanbul, Mart, 1998.
20. KURAL, Nurdan; POLAT, Zeynep; **“Sağlık Bilgisi (Hijyen) ve İlk Yardım”**, A.Ü. A.Ö.F.Yayınları, No.648/323, Eskişehir, 1998.
21. LYONS, A. S.; PETRUCELLI, R. J.; **“Çağlar Boyu Tıp”**, Roche Yayını, İstanbul, 2000.
22. MUCUK, İsmet; **“Pazarlama İlkeleri”**, Türkmen Kitabevi, 13. Basım, İstanbul, 2001.
23. MUCUK, İsmet; **“Modern İşletmecilik”**, Türkmen Kitabevi, Yenilenmiş 14. Basım, İstanbul, 2003.
24. NAKİP, Mahir; **“Pazarlama Araştırmalarına Giriş” (SPSS Destekli)**, Seçkin Yayıncılık, San. Tic. A.Ş., Ankara, Eylül, 2004.
25. ÖZTÜRK, Ayşe Sevgi; **“Hizmet Pazarlaması”**, Ekin Kitabevi, 5. Baskı, 2005.
26. ÖZTÜRK, Mehmet; **“İşletmelerde Paradigmatik Yönetimden Enigmatik Yönetime Geçerken Örnek Olaylar Yönetimi”**, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1. Baskı, İstanbul, Ekim, 2002.
27. ROSS, J.E.; **“Total Quality Management”**, Florida Atlantic University, Second Edition, Florida, 1994.
28. SEÇİM, Hikmet; **“Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)”**, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, 1995.
29. SOLOMON, Michael; BAMOSSY, Gary; ASKEGAARD, Søren; **“Consumer Behaviour”**, 4. Baskı, Prentice-Hall Inc., Barcelona, Spain, 1999.
30. SÖZEN, Cemil; **“Sağlık Yönetimi”**, Palme Yayıncılık, Ankara, 2003.

31. STANTON, William J.; Etzel, Michael J.; Walker, Bruce J.; **“Fundamentals of Marketing”**, 10th Ed., New York, Mcgraw Hill Inc, Co, 1994.
32. TATLIDİL, Rezan; OKTAV, Mete; **“Pazarlama Yönetimi”**, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, D.E.Ü. Matbaası, İzmir, 1992.
33. TURAN, Nurcan; **“Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları”**, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, No.1555, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları; No.182, Eskişehir, 2004.
34. YEREBAKAN, Metin; **“Özel Hastaneler Araştırması”**, İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2000–26, İstanbul, 2000.
35. YÜKSEL, Ülkü; MERMOD, Yüksel Aslı; **“Hizmet Pazarlaması” Turizm Pazarlaması- Bankacılık Pazarlaması**, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1.Baskı, İstanbul, Ağustos, 2004.
36. YÜKSELEN, Cemal; **“Pazarlama” İlkeler-Yönetim**, Detay Kitap Yayıncılık, 3. Baskı, Ankara, Ekim 2001.
37. ZIGMUND, W.G.; D’AMICO, M.; **“Effective Marketing”**, New York: West Publishing, 1994.

B. TEZLER

38. BAĞÇECİ, Aylin; **“Hizmet Pazarlamasında Fiyat ve Hizmet Kalitesi Bilincinin Oluşturulması: Cep Telefonu Markaları Üzerine Bir Araştırma”**, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2003.
39. DEVEBAKAN, Nevzat; **“Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü”**, MBA, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2005.
40. ERBİL, Işıl; **“Modern Pazarlamada “Pazar Odaklı” Yöntemi: Ege Bölgesi’nde Gıda Sanayii İşletmelerinde “Pazar Odaklı Yönetim Uygulamaları” ”**, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2001.
41. GİDER, Ömer; **“Hastanelerde İndirgenmiş Nakit Akımı ve Yönetimi İle Firma Değerinin Tespiti ve Ekonomik Katma Değer (EVA) Yöntemine Göre Finansal Performansın Değerlendirilmesi”**, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
42. KARAİBİŞ, Melih; **“Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü”**, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1990.

43. KIRDAR, Yalçın; **“İşletmelerde ‘Mevcut’ Ürünlerin Pazarlama Stratejilerinin Oluşturulması”**, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2003.
44. MAZGİT, İsmail; **“Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması”**, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1998.
45. PERİLİ, Sinem; **“Hizmet Pazarlamasında, Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti ‘Bankacılık Sektöründe Örnek Bir Uygulama’**, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2004.
46. ŞAHİN, Hacı Murat; **“Hastanelerde ISO 9000 Uygulamaları ve Hastanelerin Finansal Göstergelerine Etkisi Üzerine Bir Araştırma”**, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
47. ŞEMSİOĞLU, Hülya Ayşe; **“Müşteri İlişkileri Yönetimi İle İşletmelerde Müşteri Sadakatinin Sağlanmasında Müşteri Kartlarının Rolü ve Bir Uygulama”**, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2004.
48. VENTURA, Keti; **“Tüketicilerin Süpermarket/Hipermarketlerden İnternet Üzerinden Alışveriş Yapma Eğilimleri: İzmir Örneği”**, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2002.
49. YILDIRIM, Hasan Hüseyin; **“Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği’ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik Analizi”**, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
50. YILDIRIM, Savaş; **“Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi”** Uzmanlık Tezi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, DTP, Ankara, 1994.

C. ÇEVİRİLER

51. KOTLER, Philip; **“Kotler on Marketing”**, (1999), Çev. Ayşe Özyağcılar, Sistem Yayıncılık, 3. Baskı, İstanbul, Mayıs, 2003.
52. KOTLER, Philip; **“Pazarlama Yönetimi”**, Millennium Baskı, Onuncu Baskıdan Çev. Nejat Muallimoğlu, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, Ekim, 2000.
53. KOTLER, Philip; **“A’dan Z’ye Pazarlama”**, Pazarlamayla İlgilenen Herkesin Bilmesi Gereken 80 Kavram, Çev. Aslı Kalem Bakkal, Kapital Medya Hizmetleri A.Ş., 2. Basım, İstanbul, Kasım, 2005.

54. WILSON, Mike; **“Pazarlama Yönetimi”**, Çev. Ayşe Haykır, Öteki Yayınları, İstanbul, 1999.

D. MAKALELER

55. ALTAN, Şenol; ATAN, Murat; **“Bankacılık Sektöründe Toplam Kalite Hizmetinin Servqual Analizi İle Ölçümü”** Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı:1, Ankara, 2004.
56. ALTUĞ, Nevin; **“Yeni Mamülün Pazara Sunulmasında Alınan Stratejik Kararlar”**, Pazarlama Dünyası, Yıl:17, Sayı:2003-5, İstanbul, 2003.
57. ALTUĞ, Nevin Üzerem; **“Pazarlama Karması Kavramında Gelişmeler”** Pazarlama Dünyası, Sayı:2, İstanbul, Mart-Nisan, 2002.
58. ANDALEB, S.; **“Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in A Developing Country”**, Social Science & Medicine 52: 1359-1370, 2001.
59. ARDIÇ, Kadir; GÜLER, Aliye; **“Reklâmlarda Vurgulanan Ürün ve Hizmet Kalite Boyutlarının Belirlenmesi ve Bir Uygulama”**, Pazarlama Dünyası, Yıl:14, Sayı:2000-04, İstanbul, Temmuz-Ağustos, 2000.
60. ASLAN, Şebnem; **“Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama”**, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:11, Konya, 2004.
61. BİÇKES, Durdu Mehmet; DENİZ, Onur; **“Tutundurma Ve Tutundurma Bileşiminin Optimizasyonu”**, Pazarlama Dünyası, Yıl:16, Sayı:2002-4, İstanbul, 2002.
62. BİRCAN, Hüdaverdi; BAYCAN, Serap; **“Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği”**, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:28, No:2, Sivas, Aralık, 2004.
63. BISP, Soren; **“Barriers to Increased Market-Oriented Activity: What the Literature Suggests”**, Journal of Market Focused Management, Vol.4, Number 1, June, 1999.
64. BOZKURT, Sevginaz; **“Sağlıkta Etik Anlayış”**, Hastane Dergisi, Sayı:21 İstanbul, 2002.
65. ÇATI, Kahraman; YILMAZ, Abdullah; **“Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesini Algılama Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma”**, Pazarlama Dünyası, Yıl:16, Sayı:2002-4, İstanbul, 2002.
66. ÇİPİL, Mahir; **“Türk Sigortacılık Sektörünün Pazarlama Karması”**, Hazine Dergisi, Ankara, 2003.

67. ÇOBAN, Hilmi; DEYNELİ, Fatih; **“Kamuda Kalite Artırma Çabaları ve Performansa Dayalı Bütçeleme”**, 20. Türkiye Maliye Sempozyumu, Türkiye'de Yeniden Mali Yapılanma, T.C. Pamukkale Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü, (Yayın No:1), 2005
68. DEVEBAKAN, Nevzat; AKSARAYLI, Mehmet; **“Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması”**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 5, İzmir, 2003.
69. DOĞAN, Özlem İpekgil; **“Kalite Uygulamalarının İşletmelerin Rekabet Gücü Üzerine Etkisi”**, Yayınlanmış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:2, Sayı:1, İzmir, Ocak, Şubat, Mart, 2000.
70. DURSUN, Yunus; ÇERÇİ, Meral; **“Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma”**, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı:23, Kayseri, Temmuz-Aralık, 2004.
71. ERGÜL, Neslihan Uraz; **“Halk Kütüphanesi Hizmetlerinin Pazarlamasına Genel Bir Bakış”**, Pazarlama Dünyası, Yıl:16, Sayı: 2002-01, İstanbul, Ocak-Şubat, 2002.
72. GENÇTÜRK, F. Esra; KARAKAŞ Fahri; **“Kâr Amaçsız Kuruluşlarda Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Müşteri Odaklılık: Bir Kütüphane Uygulaması”**, Pazarlama Dünyası, Yıl:16, Sayı:2002-02, İstanbul, 2002.
73. GÜLMEZ, Mustafa; **“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, Sivas, 2005.
74. **“Hastanın Seçme Hakkı”**, Makro Bakış, Sayı:1, İstanbul, 2005.
75. İÇÖZ, Orhan; TAVMERGEN, İge; ÖZDEMİR, Pınar; **“Hizmet Pazarlamasında İnternet Kullanımı”**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:1, Sayı:3, İzmir, 1999.
76. KARAHAN, Kasım; VARİNLİ, İnci; **“Pazar Yönlülük ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama”**, Pazarlama Dünyası, Yıl:16, Sayı:2002-01, İstanbul, Ocak-Şubat, 2002.
77. KURTULUŞ, Kemal; OKUMUŞ, Abdullah; **“Fiyat Algılamasının Boyutları Arasındaki İlişkilerin Yapısal Eşitlik Modeli İle İncelenmesi”**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi, Yönetim, Yıl:17, Sayı:53, İstanbul, Şubat, 2006.
78. LOFLER, Elke; **“Defining And Measuring Quality in Public Administration”**, Teaching and Research Review, No:5, 2001.

79. LOVELOCK, Christopher; **“Classfying Services to Gain Strategic Marketing Insights”**, Journal of Marketing, Summer, 1983.
80. MUNCY, J.A.; VITELL, S.J.; **“Consumer Ethics: An Investigation of the Ethical Beliefs of the Final Consumer”**, Journal of Business Research, 24, 1992.
81. SHOU-HSIA, Cheng; PhD, **“Quality Competition Among Hospitals: The Effects of Perceived Quality and Perceived Expensiveness on Health Care Consumers”**, American Journal of Medical Quality, Vol. 21, No:1, 2006.
82. SHINE, Kenneth I.; **“Health Care Quality and How to Achieve It”** Academic Medicine, 77, 2002.
83. STRASEN, L; **“Incorporating Patient Satisfaction Standards into Quality of Care Measures”**, JONA, 18(11), 1988.
84. TARCAN, Ertuğrul; **“Hizmet Yönetiminde Kalite ve Müşteri Tatmini Ölçümü”**, Teknik Bil. M.Y.O. No:6, Üniversite Yayın No: 4288, İstanbul, 2001.
85. TARIM, Mehveş; **“Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Sevqual Modeli Bir Hastane Uygulaması”**, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, Cilt:52, Sayı:2, Yayın No.4374, İstanbul, 2002.
86. TEZCAN, S.; ALTUNTAŞ, K.H.; YEŞİLDAL, N.; **“Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Hizmetlerden Memnuniyet Düzeyi”**, Hacettepe Tıp Dergisi, 3, Ankara, 1999.
87. UÇAR, Muharrem; **“Askeri Bağlamda Sağlık Hizmetlerinin Etik Boyutu”**, Derleme, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005:4(1), Ankara, 2005.
88. URAL, Tülin; BALIKÇIOĞLU, Betül; YÜKSELEN, Cemal; **“Pazar Yönlülük, Pazarlama Yönlülük ve İşletme Performansı İlişkisi, Bilgi ve İletişim Sektöründe Bir Araştırma”**, Pazarlama Dünyası, Yıl:16, Sayı:2002-01, İstanbul, Ocak-Şubat, 2002.
89. VARİNLİ, İnci; **“Hizmet İşletmelerinde Çalışanların Etik Olmayan Davranışlara İlişkin Değerlendirmeleri Otel İşletmelerinde Bir Uygulama”**, Ege Akademik Bakış, Cilt:4, Sayı:1-2, İzmir, Ocak-Temmuz, 2004.
90. VARİNLİ, İnci; ÇAKIR, Aysel; **“Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki-Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma”**, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:17, Kayseri, Yıl:2004/2.

91. VARİNLİ, İnci; İLKAY, M. Sıtkı; ERDEM, Orhan; **“Erciyes Üniversitesi Hastanesi’nde Yatan Hastaların Tatmin Düzeylerinin Ölçümü”**, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, No:66, Kayseri, 2001.
92. YÜKSEL, Ülkü; **“Türk Turizminin Temel Sorunu. Hizmet Kalitesi”**, Pazarlama Dünyası, Yıl:16, Sayı:2002-02, İstanbul, 2002.
93. ZEITHAML, Valarie A.; PARASURAMAN, A.; BERRY Leonard L.; **“A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications For Future Research”**, Journal of Marketing, Vol:49, Fall, 1985.

E. İNTERNET

94. http://www.die.gov.tr/yma/yma2004_bolum3.pdf, (Erişim, 03 Mayıs, 2006)
95. <http://www.dpt.gov.tr>, **VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı - 2005 Yılı Programı, “İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi: Sağlık, Mevcut Durum”** 2004. (Erişim, 12 Nisan, 2006)
96. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
97. <http://www.who.int>, 2002, 2006.
98. <http://www.saglik.gov.tr>
99. <http://www.dpt.gov.tr>
100. <http://www.bilgiyonetimi.org>, MAZGİT, İsmail; **“Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi”** 2002. (Erişim, 14 Haziran, 2006)
101. <http://www.ab.saglik.com>, YILDIRIM, Hasan Hüseyin; **“Türkiye İlerleme Raporu 2004 ve Sağlık Hizmetleri”** Sağlık ve Siyaset, 2004. (Erişim, 12 Nisan, 2006)
102. <http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/tanritan/ab.html> TANRITANIR, Nuray; **“Türkiye ve Avrupa Birliği’ndeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması”**, 1997. (Erişim, 12 Nisan, 2006)
103. <http://www.dpt.gov.tr/abigm/abmeg/ekonomikgelisme>, (Erisim, 01 Temmuz, 2006)
104. <http://www.sabem.saglik.gov.tr>, PAKDİL, Fatma; **“Konur Hastanesi’nde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti”**, 1999.
105. <http://www.en.wikipedia.org>, **“Canadian Health Care in Comparison”**, Health Care In Canada - Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2006’da gözden geçirilmiştir. (Erişim 04 Temmuz, 2006).

106. <http://www.nhc.org>, “Building a better health care system. Specifications for reform. A report from the national coalition on health care”, 2004, (Erişim, 24 Haziran, 2006)
107. <http://www.ttb.org.tr/mevzuat>, “**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun**”, (Erişim 03 Temmuz, 2006).
108. <http://www.oecd.org> , “**OECD Health Data**”, 2004.
109. <http://www.emekli.gov.tr>
110. <http://www.ttb.org.tr>
111. <http://www.istabip.org.tr/yasa/temel.html>
112. <http://www.saglicakla.net>, ŞİMŞEK, Lutfu; “**Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Türk Sağlık Sektörünün Bugünü**”, Özel Selçuklu Hastanesi, Sağlık E-Dergisi, Yıl:1, Sayı:8, Konya, Eylül-Ekim, 2005.
113. <http://www.kaliteofisi.com>, ŞAHİN, Ümit; “**Hastane İşletmeciliğinde Temel Kavramlar**”, Eskişehir, 1999.
114. http://www.ato.org.tr/Guncel/2004/Zafer_Oztek_Sunumu.Ppt, ÖZTEK, Zafer; “**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlıkta Dönüşüm**”, Ankara, 2004.
115. <http://www.pazarlamadunyasi.com.tr>, DEğERMEĞEN, Anıl; “**Hizmet Kalitesi Ölçüm Modellerinden Servqual'ın Zayıf Olduğu İleri Sürülen Teorik ve Uygulama Yönle**”, Pazarlama Dünyası Dergisi, Ekim, 2005.
116. <http://www.tbmm.info/kemalkilicदारoglu>, KILIÇDAROğLU, Kemal; “**Türkiye'nin Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri**”, Birgün Gazetesi, 01 Mart, 2000.
117. <http://sağlıkukuku.net>, DERYAL, Yahya; “**Bazı İlaçların Dönüşümlü Olarak (Nöbet Usulü İle) Eczanelerde Satılabileceğine İlişkin Uygulamanın Türk Rekabet Hukuku Açısından Değerlendirilmesi**”, 2002. (Erişim, 18 Şubat, 2006)
118. <http://www.kristalis.org.tr>, ÇELİK, Aziz; “**Türkiye ve AB'de Sosyal Güvenlik Finansman**”, 2006. (Erişim, 12 Temmuz, 2006)
119. <http://www.dtm.gov.tr>
120. <http://www.un.rg.tr/who/EU/bul6avbirsaglik.HTM>, CAN, Nejla; “**Avrupa Birliği İle Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu**”, Ankara, 2001. (Erişim, 2 Mayıs, 2006)

121. <http://www.bilgiyönetimi.org>, BAŞ, Türker; ARDIÇ, Kadir; **“Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatminin) Ölçülmesi, Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama”**, 2001. (Erişim, 02 Nisan, 2006)
122. <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf> ASUNAKUTLU, Tuncer; **“Sağlık Hizmetlerinde Kalite”**, (Erişim, 16 Nisan, 2006)
123. <http://www.milliyet.com.tr>, TAMER, Meral; **“Sağlık Sistemi, Batı'da da İflas Ediyor”**, 01 Şubat, 2005.
124. <http://www.saglik.gov.tr/extras/dokuman/80.yil%20Kitap-son.pdf> **“80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923–2003)”**, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.

F. DİĞER

125. AKALIN, H. Erdal; **“Makro Bakış”** Sayı:1, 2005.
126. DPT; Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, **“Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu”**, Ankara, 2001.
127. ŞENER, N., F.; **“Çağdaş Kalite Anlayışı: Önce İnsan”**, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. Dokuz Eylül Üniversitesi, 4-7 Mayıs, 1994.
128. **“Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 3 Yıl” (Mayıs 1999-Mayıs 2002)**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2002.

EK 1.

GENEL SERVİSTE YATAN HASTALARA UYGULANAN ANKET

1. CİNSİYET : K (....) E (....)

2. YAŞ : (.....)

3. MEDENİ HALİNİZ : BEKAR (....) EVLİ (....) BOŞANMIŞ (....) DUL (....)

4. EĞİTİM DURUMUNUZ: OKUR YAZAR DEĞİL (....) İLKOKUL (....) ORTAOKUL (....)

LİSE (....) ÜNİVERSİTE (....) YÜKSEK LİSANS (....)

5. SOSYAL GÜVENCENİZ : EMEKLİ SANDIĞI (....) SSK (....) BAĞ-KUR (....)

YEŞİL KART (....) ÖZEL SİGORTA (....) ÜCRETLİ (....)

6. AYLIK GELİRİNİZ NE KADARDIR:

DÜZENLİ BİR GELİR YOK	
400 YTL DEN AZ	
400-1.000 YTL	
1.000-2.000YTL	
2.000 -3.000 YTL	
3.000 YTL ÜZERİ	

7. CERRAHPAŞA'YI TERCİH ETME

NEDENİNİZ: (Birden Fazla İşaretleyebilirsiniz.)

İYİ BAKIM OLMASI	
EMEKLİ SANDIĞI/ MEMUR OLMANIZ	
ÜNİVERSİTE HASTANESİ OLMASI	
DOKTORUNUN BURADA OLMASI	
TAVSİYE ÜZERİNE	
SEVK EDİLDİĞİNİZ İÇİN	
FİYATLARIN UYGUN OLMASI	
HASTANENİN YAKIN OLMASI	

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak karşısında yer alan; çok memnunuz, memnunuz, fikrim yok, memnunuz, memnun değilim, hiç memnun değilim, tanımlamalarından size uygun olan bir tanesinin karşısına X işareti koyarak cevaplayınız.

		ÇOK MEMNUNUM	MEMNUNUM	FIKRİM YOK	MEMNUN DEĞİLİM	HIÇ MEMNUN DEĞİLİM
1	Hastane Personelinin Hastaları Güler yüz ve Nezaketle Karşılamasından					
2	Hasta Şikâyetlerinin Hemen Çözümlemesinden					
3	Hastane Personelinin Yeterli Sayıda Olmasından					
4	Personelin Hastaların Sorularına Cevap Verirken İstekli Olmasından					
5	Tıbbi Araç Gereç Yeterliliğinden					
6	İşlemlerinizin Hızla ve Planlı Gerçekleşmesinden					
7	Hastalıklarla İlgili Yeterli Bilgi Verilmesinden					
8	Sevk/Yatış İşlemlerindeki Hizmetlerden					
9	Tedavi ve Bakım Hizmetlerinden					
10	Doktorların Verdiği Hizmetlerden					
11	Hemşirelik Hizmetlerinden					
12	Personel Hizmetlerinden					
13	Laboratuvar Hizmetlerinden					
14	Poliklinik Hizmetlerinden					
15	Eczane Hizmetlerinden					
16	Temizlik Hizmetleri ve Hastanenin genel Düzeninden					
17	Yemek Hizmetlerinden					
18	Güvenlik Hizmetlerinden					
19	Servisin Fiziksel Koşullarından					
20	Hasta Odalarındaki İmkanlardan ve Konfordan					

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak karşısında yer alan; kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum, tanımlamalarından size uygun olan bir şıkkın karşısına X işareti koyarak cevaplayınız.

		KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1	Servise Kabul Hizmetleri Genel Olarak Yeterliydi.					
2	Sağlık İle İlgili İhtiyaçlarım Zamanında Karşılıyor.					
3	Yüksek Ücret Ödersem Tedavi ve Bakım Hizmetlerinden Daha İyi Sonuç Alırım.					
4	Eğer Ücret Ödeseydim Hastane Personelinin Bana Davranışı ve Tutumu Daha İyi Olurdu.					
5	Maddi İmkânım Olsa Özel Servisi/Özel Hastaneyi Tercih Ederdim.					
6	Sosyal Güvencem Var. Sağlık Kuruluşu Bana Bakmak Zorunda					
7	Benim İçin Hastane Önemli Değil Tedavi Edilmem Önemli					
8	Sosyal Güvencemiz Olmasına Rağmen Yinede Birçok İşlem ve Malzeme İçin Para Ödemek Durumunda Kalıyorum.					
9	Eğer İhtiyaç Duyarsam Tekrar Bu Hastaneyi Tercih Ederim.					
10	Tedavim İçin Gereken Her Şeyin Yapıldığına İnanıyorum.					
11	Özel Hastanelerde Ücretler Yüksek Ancak Hizmet Kalitesi Daha İyi					
12	Devlet ve Kamu Hastanelerinde Ücretlerde Sorun Yok Ama Hizmet Kalitesi Yetersiz					
13	İyi Ücret Kaliteli Hizmet					
14	Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Olumsuzluklar Çok Çünkü Eleman ve Olanak Yetersizliği Var.					

EK 2:

ÖZEL SERVİSTE YATAN HASTALARA UYGULANAN ANKET

1. CİNSİYET : K (....) E (....)

2. YAŞ : (.....)

3. MEDENİ HALİNİZ : BEKAR (....) EVLİ (....) BOŞANMIŞ (....) DUL (....)

4. EĞİTİM DURUMUNUZ : OKUR YAZAR DEĞİL (....) İLKOKUL(....) ORTAOKUL (....)

LİSE (....) ÜNİVERSİTE (....) YÜKSEKLİSANS (....)

5. SOSYAL GÜVENCENİZ : EMEKLİ SANDIĞI (....) SSK (....) BAĞ-KUR (....)

YEŞİL KART (....) ÖZEL SİGORTA (....) ÜCRETLİ (....)

6. AYLIK GELİRİNİZ NE KADARDIR :

DÜZENLİ BİR GELİR YOK	
400 YTL DEN AZ	
400-1.000 YTL	
1.000-2.000YTL	
2.000 -3.000 YTL	
3.000 YTL ÜZERİ	

8. GENEL SERVİS YERİNE ÖZEL SERVİSİ TERCİH ETTİM ÇÜNKÜ:

1. Daha iyi bakılacağıma inanıyorum
 2. Üniversite hastanesinde bir özel servis olması ayrıcalığından faydalanmak için
 3. Hem benim hem de yakınımın kalabilmesi için daha rahat bir ortam
 4. Daha temiz ve sağlığım için daha güvenli
 5. Sağlık personelinin benimle daha yakından ilgileneceğini düşünüyorum.
 6. İşlemlerimin ve tedavimin sıra beklemeden yapılmasını istediğim için
 7. Tek kişilik bir oda da kalmak istiyorum ve bunu karşılayabilecek maddi gücüm var.
- Diğer nedeni yazınız.....

7. CERRAHPAŞA'YI TERCİH ETME NEDENİNİZ:(Birden Fazla İşaretleyebilirsiniz.)

İYİ BAKIM OLMASI	
EMEKLİ SANDIĞI/ MEMUR OLMANIZ	
ÜNİVERSİTE HASTANESİ OLMASI	
DOKTORUNUN BURADA OLMASI	
TAVSİYE ÜZERİNE	
SEVK EDİLDİĞİNİZ İÇİN	
FİYATLARIN UYGUN OLMASI	
HASTANENİN YAKIN OLMASI	

9. ÖZEL HASTANEYE GİTMEDİM ÇÜNKÜ:

1. Fiyatları çok yüksek o kadar maddi gücüm yok
 2. Burada hem daha az ücret ödeyeceğim hem de daha iyi bakılacağım
 3. Doktorum burada yatmamı önerdi çünkü dışarıda çalışmıyor.
 4. Özel hastanede ne kadar fatura ödeyeceğimden emin olamadığım için
 5. Özel hastanelerdeki sağlık ekibinin tedavi ve bakım hizmetlerinde yeterli olduklarına inanmadığım için
 6. Hastalığının burada daha ileri tetkiklerle araştırılacağına inandığım için
 7. Tamamen tesadüf
- Diğer nedeni yazınız.....

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak karşısında yer alan; çok memnunuz, memnunuz, fikrim yok, memnunuz, memnun değilim, hiç memnun değilim, tanımlamalarından size uygun olan bir tanesinin karşısına **X** işareti koyarak cevaplayınız.

		ÇOK MEMNUNUM	MEMNUNUM	FIKRİM YOK	MEMNUN DEĞİLİM	HİÇ MEMNUN DEĞİLİM
1	Hastane Personelinin Hastaları Güler yüz ve Nezaketle Karşılamasından					
2	Hasta Şikâyetlerinin Hemen Çözümlemesinden					
3	Hastane Personelinin Yeterli Sayıda Olmasından					
4	Personelin Hastaların Sorularına Cevap Verirken İstekli Olmasından					
5	Tıbbi Araç Gereç Yeterliliğinden					
6	İşlemlerinizin Hızla ve Planlı Gerçekleşmesinden					
7	Hastalıklarla İlgili Yeterli Bilgi Verilmesinden					
8	Sevk/Yatış İşlemlerindeki Hizmetlerden					
9	Tedavi ve Bakım Hizmetlerinden					
10	Doktorların Verdiği Hizmetlerden					
11	Hemşirelik Hizmetlerinden					
12	Personel Hizmetlerinden					
13	Laboratuvar Hizmetlerinden					
14	Poliklinik Hizmetlerinden					
15	Eczane Hizmetlerinden					
16	Temizlik Hizmetleri ve Hastanenin genel Düzeninden					
17	Yemek Hizmetlerinden					
18	Güvenlik Hizmetlerinden					
19	Servisin Fiziksel Koşullarından					
20	Hasta Odalarındaki İmkanlardan ve Konfordan					

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak karşısında yer alan kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum, tanımlamalarından size uygun olan bir şıkkın karşısına X işareti koyarak cevaplayınız.

		KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1	Genel Serviste Yatmış Olsam Tedavi ve Bakım Hizmetleri Yine Aynı Olurdu.					
2	Sağlık İle İlgili İhtiyaçlarım Zamanında Karşılıyor.					
3	Yüksek Ücret Ödersem Tedavi Ve Bakım Hizmetlerinden Daha İyi Sonuç Alırım.					
4	Herhangi Bir Ücret Ödemeden Genel Serviste Yatsaydım Sağlık Personelinden Bu Kadar İlgili ve Güler Yüz Göremezdim.					
5	Eğer Hocam Burada Olmasa Özel Hastaneyi Tercih Ederdim.					
6	Tedavim İçin Gereken Her Şeyin Yapıldığına İnanıyorum.					
7	Özel Hastanelerde Ücretler Yüksek Ancak Hizmet Kalitesi Daha İyi					
8	Devlet ve Kamu Hastanelerinde Ücretlerde Sorun Yok Ama Hizmet Kalitesi Yetersiz					
9	Benim İçin Hastane Önemli Değil Tedavi Edilmem Önemli					
10	Sunulan İmkânlara Göre Hastane Fiyatlarını Oldukça Normal Buluyorum.					
11	Ödediğim Ücretin Karşılığını Alıyorum					
12	Eğer İhtiyaç Duyarsam Tekrar Bu Hastaneyi Tercih Ederim.					
13	İyi Ücret Kaliteli Hizmet					
14	Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Olumsuzluklar Çok Çünkü Eleman ve Olanak Yetersizliği Var.					
15	Sağlık Hizmetlerinde Fiyat İle Memnuniyet Arasında İlişki Vardır.					

EK 3.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ETİK
KURUL İZİN BELGESİ



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı



Sayı : /9967
Konu :

18054 +25.04.06

..... / / 200

SAYIN İLKAY ATALAY
SANCAKTAR HAYRETTİN MAH.
İZCİ TÜRK SOK. NO:21/8
KOCAMUSTAFAPAŞA/İSTANBUL

İlgi : Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığına verdiğiniz 10.04.2006 tarihli dilekçe.

Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Yüksek Lisans öğrencisi İlkay ATALAY'ın "Sağlık Sektöründen hizmet alanların memnuniyetlerinin ölçülmesinde fiyat değişkeninin rolü ve bir uygulama" başlıklı tez çalışmasını Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı servislerinde yatmakta olan hastalara uygulaması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgi edinilmesini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mevlüt BOYDAK
Rektör Yardımcısı
REKTÖR

Dağıtım:
Gereği İçin :
Haliç Üniversitesi Rekt.
İlkay ATALAY

Bilgi İçin :
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dek.



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı



Sayı : 10543
Konu :

..... / / 200

19190 *02.05.06

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 23.03.2006 tarihli 48 sayılı yazınız.

Yüks.Lis.Öğr.İlkay ATALAY'ın yürüteceği "Sağlık Sektöründen Hizmet Alanların Memnuniyetlerinin Ölçülmesinde Fiyat Değişkeninin Rolü ve Bir Uygulama" başlıklı çalışma hakkında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığından alınan 24.04.2006 tarihli 9206 sayılı yazının fotokopisi ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.İrfan PAPILA
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

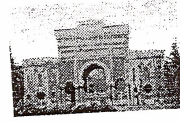
Ek : 1 yazı ve eki
Klasör

Gelen Evrak
Tarih : 09.05.2006
Sayı : 114
Ek :

Not : Yanıtlarda yazımın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur. Tel : (0212) 440 00 00 Faks : (0212) 440 00 35



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



24 Nisan 2006

İstanbul, / /

Sayı : 9206
Konu :

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü
Personel Daire Başkanlığına

İLGİ: 27.03.2006 tarihli, 13226 sayılı yazınıza:

Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Programı tezli **Yüks.Lis.Öğr. İLKAY ATALAY**'ın yürüteceği "Sağlık Sektöründen Hizmet Alanların Memnuniyetlerinin Ölçülmesinde Fiyat Değişkeninin Rolü ve Bir Uygulama" başlıklı çalışma hakkındaki ilgi yazınız ve ekleri **04 Nisan 2006** tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi durumun adı geçen eğitim ve araştırma hastanesine bildirilmesini saygılarımla arz ederim.

Eki:
1 dosya

Hacer H.

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ	
Personel D. Başkanlığına Genel Sekreterlik	Yazı İşleri ve Genel Evrak Md. Gelen Evrak
25.04/200....	Sayı: 17495

Prof.Dr. Halil YANARDAĞ
Dekan Yardımcısı ve Etik Kurul Başkanı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Personel Daire Başkanlığı

34



Sayı : / 7522
Konu :

13226 *27.03.06

..... / / 200

CERRAHPASA TIP FAKÜLTESİ
Yerel Etik Kurulu Başkanlığına

T.C.
İ.Ü. CERRAHPASA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI
Sayı:
Gelişti Tarihi:

Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Programı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi **İlkay ATALAY**'ın hazırlamakta olduğu "Sağlık Sektöründen Hizmet Alanların Memnuniyetlerinin Ölçülmesinde Fiyat Değişkeninin Rolü ve Bir Uygulama" başlıklı Yüksek Lisans tezi adigeçen Enstitü Müdürlüğünden alınan 23.03.2006 tarihli 48 sayılı yazı ekinde ilişikte gönderilmiştir.

Bilgi edinilmesini ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.İrfan PAPİLA
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek : 1 yazı ve eki
2 Klasör

ÖZGEÇMİŞ

İlkay Atalay, 1973 Keşan doğumludur. 1990 yılında İstanbul Kızılay Özel Hemşirelik Lisesinden mezun oldu ve aynı yıl Trakya Üniversitesi Edirne Tıp Fakültesinde mecburi hizmete başladı. 2000 yılında İstanbul Teknik Üniversitesi Türk Musikisi Devlet Konservatuarından mezun oldu. 2006 yılında Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümünde Yüksek Lisansını Tamamladı. Halen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Hemşire olarak Görev yapmaktadır.