

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KURUMSAL TÜKETİCİLERİN SAĞLIK HİZMETİ
SATIN ALMA DAVRANIŞLARI:**

GOSB ÖRNEĞİ

Mustafa GÜNEY

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SATIŞ VE PAZARLAMA PROGRAMI**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Onur YARAR**

İSTANBUL, Temmuz 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KURUMSAL TÜKETİCİLERİN SAĞLIK HİZMETİ

SATIN ALMA DAVRANIŞLARI:

GOSB ÖRNEĞİ

Mustafa GÜNEY
162002018

YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SATIŞ VE PAZARLAMA PROGRAMI

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih:

Tezin Savunulduğu Tarih :

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Onur YARAR
İstanbul Okan Üniversitesi

Diğer Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Halit Targan ÜNAL
İstanbul Okan Üniversitesi
Doç. Dr. Birkan TAPAN
Demiroğlu Bilim Üniversitesi

İSTANBUL, Temmuz 2019

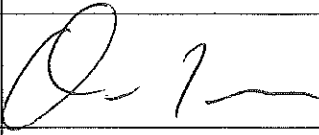
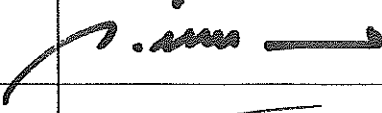

Y Ü K S E K L İ S A N S
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Mustafa Güney Öğrenci No : 162002018
Anabilim/Bilim Dalı : İşletme/Satış Pazarlama Tez Savunma Tarihi : 17.7.2019
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Onur Yarar Tez Savunma Saati : 11:00

Tez Konusu : Kurumsal Tüketicilerin Sağlık Hizmeti Satın Alma Davranışları: GOSB Örneği

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUyla karar verilmiştir.

| JÜRİ ÜYESİ | İMZA | KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME) |
|--|--|-------------------------------------|
| Dr.Öğr.Üyesi Onur Yarar (Danışman) |  | Kabul |
| Prof.Dr. Halit Targan Ünal |  | Kabul |
| Doç.Dr. Birkan Tapan (Demiroğlu Bilim Ün.) |  | Kabul |

| YEDEK JÜRİ ÜYESİ | İMZA | KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME) |
|--------------------------------|------|-------------------------------------|
| Dr. Öğr. Üyesi Yıldırım Gülhan | | |
| Prof.Dr. Haydar Sur | | |

Basarıya destekliyoruz!



ÖNSÖZ

Tezimin tamamlanmasında büyük katkıları olan Dr.Öğr. Üyesi Onur Yazar'a, değerli aileme, açılışından bugüne azimle ve inançla Okan Üniversitesi Hastanesi'nin gelişimi için birlikte çalıştığımız, hem tez konusunun ortaya çıkmasına hem de tezin tamamlanmasına eşsiz katkıları olan çalışma arkadaşlarıma, anketlerin tamamlanmasını olanaklı kılan müşteri portföyüme ve yaşamı boyunca yanımda, şimdi ise anılarıyla bana ilham vermeye devam eden babaanneme teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

| | |
|--|-----|
| ÖNSÖZ..... | i |
| İÇİNDEKİLER..... | ii |
| ÖZET..... | v |
| ABSTRACT..... | vii |
| KISALTMALAR | ix |
| ŞEKİL LİSTESİ..... | x |
| TABLO LİSTESİ..... | xi |
| BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1. ORGANİZE SANAYİ BÖLGESİ KAVRAMI, TANIMI VE AMAÇLARI..... | 3 |
| 2.2. GEBZE ORGANİZE SANAYİ BÖLGESİ..... | 4 |
| 2.2.1. Gebze'nin Demografik, Ekonomik ve Sosyal Yapısı..... | 4 |
| 2.2.2. Kocaeli ve Gebze'de Sanayi Gelişim Süreci..... | 7 |
| 2.2.3. Gebze Organize Sanayi Bölgesi..... | 10 |
| 2.2.4. Gebze ve Çevresinde Verilen Sağlık Hizmetleri..... | 12 |
| 2.3. SAĞLIK KAVRAMI, ÖZELLİKLERİ, AMAÇLARI, SINIFLANDIRMASI..... | 14 |
| 2.3.1. Sağlık Kavramı..... | 14 |
| 2.3.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı..... | 15 |
| 2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri..... | 15 |
| 2.3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması..... | 18 |
| 2.3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri..... | 18 |
| 2.3.4.2. Tedavi Edici (İyileştirici) Sağlık Hizmetleri..... | 18 |
| 2.3.4.3. Rehabilitasyon Edici (Esenleştirici) Sağlık Hizmetleri..... | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.5. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri..... | 19 |
| 2.4. SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI OLARAK HASTANELER..... | 20 |
| 2.4.1. Hastane Kavramı, Tarihçesi, Özellikleri..... | 20 |
| 2.4.2. Kamu Hastaneleri..... | 21 |
| 2.4.3. Özel Hastane..... | 23 |
| 2.4.3.1. Türkiye’de Özel Hastanelerin Tarihsel Gelişimi..... | 26 |
| 2.4.3.2. Özel Hastanelerin Gelir Kalemleri..... | 31 |
| 2.4.3.3. Özel Hastanecilikte Regülasyonlar..... | 34 |
| 2.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama..... | 37 |
| 2.4.4.1. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Önemi..... | 38 |
| 2.4.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması..... | 40 |
| a. Ürün/Hizmet..... | 40 |
| b. Fiyatlandırma..... | 44 |
| c. Tutundurma..... | 45 |
| i. Reklam..... | 46 |
| ii. Kişisel Satış..... | 47 |
| iii. Satış Tutundurma..... | 49 |
| iv. Halkla İlişkiler..... | 50 |
| d. Dağıtım..... | 51 |
| e. Katılımcılar..... | 53 |
| f. Fiziksel Kanıtlar..... | 54 |
| 2.4.4.3. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Yöneltilen Eleştiriler..... | 57 |
| 2.4.4.4. Marka Hastane Kavramı..... | 59 |
| 2.4.4.5. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dijital Mecralar..... | 60 |
| 2.4.4.6 Kurumsal Tüketicilerin Sağlık Hizmeti Satın Alma Davranışları..... | 63 |
| BÖLÜM 3. TEZ ÇALIŞMALARI..... | 66 |
| 3.1. AMAÇ VE ÖNEM..... | 66 |
| 3.2. SINIRLAMALAR..... | 67 |
| 3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM..... | 67 |
| 3.4. VERİ TOPLAMA ARACI VE ANALİZİ..... | 67 |
| 3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ..... | 68 |
| 3.6. BULGULAR..... | 69 |
| 3.6.1. Tanımlayıcı İstatistiksel Bulgular..... | 69 |
| 3.6.2. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgilerine Göre Anlaşılabilir Hastane Sürecinde, Hastane Özelliklerine Verilen Önemin İncelenmesi..... | 80 |

| | |
|--|-----------|
| 3.6.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgilerine Göre Anlaşmalı Hastanenin Varlığına Verilen Önemin İncelenmesi..... | 83 |
|--|-----------|

| | |
|--|-----------|
| BÖLÜM 4. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 86 |
|--|-----------|

| | |
|-----------------------|-----------|
| KAYNAKLAR..... | 89 |
|-----------------------|-----------|

| | |
|-------------------|-----------|
| EKLER..... | 96 |
|-------------------|-----------|

| | |
|------------------------------|-----------|
| EK 1 Anket Formu..... | 96 |
|------------------------------|-----------|

| | |
|----------------------|------------|
| ÖZGEÇMİŞ..... | 100 |
|----------------------|------------|



ÖZET

KURUMSAL TÜKETİCİLERİN SAĞLIK HİZMETİ SATIN ALMA DAVRANIŞLARI: GOSB ÖRNEĞİ

Günümüzde sağlık hizmetleri, tüketilebilen, satın alınabilen, alışveriş yapar gibi seçenekler arasında karşılaştırma yapılabilen bir sektör haline gelmiştir. Özel sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunumunda ciddi rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinde piyasalaşmanın etkisiyle birlikte, sektörde bir rekabet ortamı da meydana gelmiştir. Günümüzde, adeta holdingleşen zincir sağlık kuruluşları yaygınlaşmıştır.

Mevcut pastadan en büyük payı almak isteyen sağlık hizmeti sunucuları, karlılıklarını arttırabilmek için bireysel tüketicilerin yanı sıra kurumsal tüketicilerle de çeşitli çalışmalar yapmayı amaçlamaktadırlar. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan sanayi kuruluşları, hastaneler için önemli birer tüketici haline gelmektedirler. İstanbul ve çevresinde yer alan Organize Sanayi Bölgeleri, yoğun olarak sağlık hizmetini ihtiyaç duymaktadır. Bu bölgelerde yüzlerce şirket faaliyet göstermekte, on binlerce personel çalışmaktadır.

İstanbul'un doğu sınırında Kocaeli'nin Gebze ilçesinde yer alan Gebze Organize Sanayi Bölgesi (GOSB) gerek kurumsal şirketlere ev sahipliği yapması gerek sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan yapısından dolayı, hastaneler tarafından hedef kitle olarak görülmektedir. Hatta 2017 yılında, bölge içinde özel bir tıp merkezi hizmet vermeye başlamıştır.

Araştırmada, bu bölgede yer alan şirketlerin, hastaneler ile anlaşma/işbirliği yapmaya ne kadar önem verdikleri ve hastanelerin hangi özelliklerine önem verdikleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca, kurumların tanımlayıcı bilgilerinin, verilen önem dereceleri üzerinde etkisi olup olmadığı araştırılmıştır.

Araştırmaya 115 şirket katılmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır. Veri analizi aşamasında T-Testi, Anova Testi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Analizi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamında, kurumların ve kişilerin tanımlayıcı özelliklerindeki farklılığın, hastaneler ile anlaşma yapılmasına verilen önem üzerinde bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Yalnızca, beklenen bir çıktı olarak, anlaşmalı olunan hastane sayısı arttıkça, anlaşmalı hastane varlığına verilen önemin arttığı gözlemlenmiştir. Buna ek olarak, tanımlayıcı özelliklerin değişmesinin, hastane anlaşmalarında dikkat edilen öncelikleri değiştirmedığı, beklentilerin yaygın olarak aynı olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kurumsal Tüketiciler, Sağlık Hizmeti Satın Almak, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması



ABSTRACT

BUYING BEHAVIORS OF CORPORATE CLIENTS IN HEALTH SERVICES: GEBZE ORGANIZED INDUSTRIAL ZONE

In the recent years, health care services became a sector which is consumable, purchasable, comparable among alternatives like shopping. Private health care providers play a significant role in the delivery of whole health care services. A new competitive environment also emerged in the industry, as a result of the marketable in the health care sector. Consequently, conglomerated chain health care institutions had become widespread.

Healthcare services providers who aspire to take the highest share from the whole market, aim to do a variety of business with clients as well as consumers for their profit growth. Thereby, industrial enterprises that need health services became a significant client for hospitals. Organized industrial zones located in Istanbul and its surrounding areas need intensive health care services. Hundreds of companies are operating and tens of thousands of employees are working in these zones.

Gebze Organized Industrial Zone (GOSB), which is located next to the eastern border of İstanbul and in Gebze district of Kocaeli, is viewed as the target market by the hospitals; because it hosts corporate companies and its structure needs health services. Even, a private medical center began to operate in 2017 inside of the zone.

The study aims to investigate the extent that the companies located in this zone attach importance to making agreements and cooperation with the hospitals, and further, which features of the hospitals are essential in this process. In addition, the research was conducted on whether the descriptive information of the companies influences the level of importance given or not. 115 companies had participated in the study. Face to face survey method had been used to collect the data. T-Test, Anova Test, Mann Whitney U, and Kruskal Wallis analysis were applied in the data analysis phase.

Within the scope of this research, it has been determined that alteration in descriptive information of the companies and decision-makers have no influence on the importance level

attached to the hospital agreements. Only as an expected outcome, when there is a growth in the number of the hospitals that concluded agreements, a significant increase is observed in the given importance to the hospital agreements. In addition, the study shows that alteration of descriptive features does not change the priorities in hospital agreements, and further, companies' expectations are usually the same as the hospitals.

Keywords: Corporate Clients, Buying Healthcare Service, Healthcare Marketing



KISALTMALAR

| | |
|---------|--|
| GOSB | : Gebze Organize Sanayi Bölgesi |
| GSYH | : Gayri Safi Yurtiçi Hasıla |
| İPRAŞ | : İstanbul Petrol Rafinerisi A.Ş. |
| İSO | : İstanbul Sanayi Odası |
| OSB | : Organize Sanayi Bölgesi |
| SBÜ | : Sağlık Bilimleri Üniversitesi |
| SGK | : Sosyal Güvenlik Kurumu |
| SUT | : Sağlık Uygulama Tebliği |
| TOBB | : Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği |
| TPAO | : Türkiye Petrolleri Anonim Ortaklığı |
| TTB | : Türk Tabipleri Birliği |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| TÜSSİDE | : Türkiye Sanayi Sevk ve İdare Enstitüsü |
| WHO | : Dünya Sağlık Örgütü |

ŞEKİL LİSTESİ

SAYFA NO

| | |
|---|----|
| Şekil: 2.1 Gebze Metro Projesi..... | 5 |
| Şekil: 2.2 2007-2017 Gebze Nüfusu..... | 6 |
| Şekil: 2.3 2014 GSYH'nin Bölgesel Dağılımı..... | 7 |
| Şekil: 2.4 Tuzla ve Gebze Sanayi Bölgeleri Arası Ulaşım..... | 10 |
| Şekil: 2.5 İSO 1000'de Yer Alan GOSB Firmalarının Sayısı..... | 11 |
| Şekil: 2.6 GOSB'da Yer Alan Firmaların Yerli-Yabancı Oranı..... | 11 |
| Şekil: 2.7 GOSB İstihdam Rakamları..... | 12 |
| Şekil: 2.8 Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı..... | 22 |
| Şekil: 2.9 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye | 24 |
| Şekil: 2.10 Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı..... | 24 |
| Şekil: 2.11 Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Yoğun Bakım Yatağı Sayısı..... | 25 |
| Şekil: 2.12 Ortaköy Şifa Yurdu Kral Hüseyin Ziyareti..... | 27 |
| Şekil: 2.13 International Hospital Hizmet Vermeye Başladı..... | 28 |
| Şekil: 2.14 İlk Kez İnternette Doktor Randevusu..... | 28 |
| Şekil: 2.15 Zeki Müren International Hospital'da..... | 28 |
| Şekil: 2.16 International Hospital Doğum Ücretleri..... | 29 |
| Şekil: 2.17 Amerikan Hastanesi'ni Koç Vakfı'nın Oldu..... | 29 |
| Şekil: 2.18 Zincir Özel Hastaneler..... | 30 |
| Şekil: 2.19 Yerli Oyuncular Arasında Konsolidasyon..... | 31 |
| Şekil: 2.20 Özel Hastanelerin Gelir Kaynaklarının Gelişimi..... | 32 |
| Şekil: 2.21 Özel Sermaye Fonlarının Portföy Dağılımları..... | 33 |
| Şekil: 2.22 Özel Sermaye Fonları - Özel Hastane Yatırımları..... | 34 |
| Şekil: 2.23 Kilit Mali Göstergelerin Değişimi..... | 35 |
| Şekil: 2.24 Sağlık Hizmetlerinde Çekirdek ve Genişletilmiş Ürünler..... | 40 |
| Şekil: 2.25 Yeni Nesil Poliklinik Odası..... | 41 |
| Şekil: 2.26 Ge Adventure Series MR Cihazı..... | 41 |
| Şekil: 2.27 Fiyatın Belirleyicileri..... | 45 |
| Şekil: 2.28 Açılış Reklam Billboard Örneği..... | 47 |
| Şekil: 2.29 Şişli Sağlık Kart..... | 50 |
| Şekil: 2.30 Sosyal Medyalar Üzerinden Sağlık Paylaşımları..... | 51 |
| Şekil: 2.31 Sağlık Bakanlığı ve Özel Hastane Logoları..... | 55 |
| Şekil: 2.32 Üç Temel Süreç Modeli..... | 56 |
| Şekil: 2.33 Google Ads Obezite Cerrahisi Reklamları..... | 61 |
| Şekil: 2.34 Hastanelerin Youtube Kullanımı..... | 62 |
| Şekil: 2.35 Hastanelerin Instagram Reklamlarını Kullanımı..... | 63 |
| Şekil: 2.36 Sağlık İnanç Modeli..... | 65 |

TABLO LİSTESİ

SAYFA NO

| | |
|--|----|
| Tablo: 2.1 Sektörlere Göre GSYH..... | 7 |
| Tablo: 2.2 Yabancı Sanayi Kuruluşları Sayısı..... | 8 |
| Tablo: 2.3 Gebze Ve Çevre Bölgelerinde Kurulan OSB’ler..... | 9 |
| Tablo: 2.4 Bölgelere Ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı..... | 13 |
| Tablo: 2.5 Yıllara Ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı..... | 22 |
| Tablo: 2.6 Yıllara Ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı..... | 23 |
| Tablo: 2.7 Yıllara Ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı..... | 26 |
| Tablo: 2.8 Hizmet Karması Örneği..... | 42 |
| Tablo: 3.1 Kurum Ve Kişilerin Tanımlayıcı Özellikleri..... | 69 |
| Tablo: 3.2 Ölçek Sorularının Ortalaması Ve Dağılımı..... | 71 |
| Tablo: 3.3 İkinci Ölçek Sorularının Ortalaması Ve Dağılımı..... | 77 |
| Tablo: 3.4 Şirketler Tarafından Anlaşmalı Hastane Varlığına Verilen Önemin İncelenmesi.... | 79 |
| Tablo: 3.5 Ölçek 1’in Normal Dağılım Analizi..... | 80 |
| Tablo: 3.6 Ölçek 1 Kolomogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk Normallik Testi Sonuçları..... | 80 |
| Tablo:..... 3.7 Katılımcı Şirketlerin Menşesine Göre Hastane Özelliklerine Verdikleri Önemin İncelenmesi..... | 80 |
| Tablo: 3.8..... Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Hastane Özelliklerine Verdikleri Önemin İncelenmesi..... | 81 |
| Tablo. . . : 3.9 Katılımcı Şirketlerin Çalışan Kişi Sayısına Göre Hastane Özelliklerine Verdikleri Önemin İncelenmesi..... | 81 |
| Tablo: 3.10 Katılımcı Şirketlerin Sosyal Güvencelerine Göre Hastane Özelliklerine Verdikleri Önemin İncelenmesi..... | 82 |
| Tablo: 3.11 Katılımcıların Şirket İçindeki Pozisyonları İle Hastane Özelliklerine Verdikleri Önemin İncelenmesi..... | 82 |
| Tablo:3.12 Katılımcıların Şirket İçindeki Pozisyonları İle Hastane Özelliklerine Verdikleri Önemin İncelenmesi..... | 82 |
| Tablo: 3.13 Önem Kolomogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk Normallik Testi Sonuçları..... | 83 |
| Tablo: 3.14... Şirketlerin Menşei İle Anlaşmalı Hastane Varlığına Verilen Önemin İncelenmesi | 83 |
| Tablo: 3.15..... Katılımcıların Cinsiyeti İle Anlaşmalı Hastane Varlığına Verilen Önemin İncelenmesi..... | 84 |
| Tablo: 3.16Şirketlerin Çalışan Sayısı İle Anlaşmalı Hastane Varlığına Verdikleri Önemin İncelenmesi..... | 84 |
| Tablo: 3.17 Şirketlerin Sosyal Güvenceleri İle Anlaşmalı Hastane Varlığına Verdikleri Önemin İncelenmesi..... | 84 |
| Tablo:..... 3.18 Katılımcıların Çalıştıkları Pozisyon İle Anlaşmalı Hastane Varlığına Verdikleri Önemin İncelenmesi..... | 85 |
| Tablo:..... 3.19 Katılımcı Şirketlerin Anlaşmalı Hastane Sayısı İle Anlaşmalı Hastane Varlığına Verdikleri Önemin İncelenmesi..... | 85 |
| Tablo: 3.20 Cronbach’s Alpha Ölçek 1 Güvenirlilik Analizi..... | 85 |



BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İstatistikler, bireylerin hastaneleri her geçen yıl daha çok kullandıklarını göstermektedir. Bu durumun nedenleri, kamu ve özel hastanelerin yaygınlaşması, sosyo-ekonomik gelişmeler, sağlık bilincinin gelişmesi, özel hastaneler tarafından yapılan pazarlama çalışmaları, son yıllarda artan sağlıklı yaşam trendi olarak belirtilebilir, bu nedenleri çoğaltmak mümkündür.

Hastanelere yapılan başvuru sayısının artışı, yatırımcıları bu alana eğilmeleri konusunda teşvik etmiş ve ülkemizde, özellikle de büyük şehirlerde özel hastane sayısı kayda değer bir rakama ulaşmıştır. Sağlık hizmeti sunan kurum sayısının artışı ile birlikte, doğal olarak sektörde bir rekabet durumu ortaya çıkmış ve hastaneler, pazardan en yüksek payları alabilmek için çalışmalar yapmaya başlamıştır. Ekonomik olarak güçlü hastaneler, pazar doygunluk noktasına ulaşmadan yaygınlaşma, marka doktorlarla çalışma ve pazarlama iletişimine önem verme gibi stratejiler izlerken, daha küçük özel hastaneler, daha uygun fiyat politikası izleyerek, sektörde yer edinmeye çalışmışlardır.

Şüphesiz ki, hizmet sektöründe yer alan bir işletmenin kaderini belirleyecek temel konulardan biri bulunduğu lokasyondur. Hastanelerde, bu durumu önemseyerek yatırımlarını yapmaktadırlar. İstanbul'da kurulmuş olan ilk modern özel hastanelere baktığımızda, Yeşilköy, Nişantaşı, Acıbadem gibi gelir seviyesi yüksek insanların ikamet ettiği bölgelerin seçildiği gözlemlenmektedir. Bunun yanında, çevresinde ticari işletmelerin varlığı da bir hastanenin konumlanmasında önemli bir pay almaktadır.

Konuyu İstanbul nezdinde değerlendirirsek, şehrin büyümesi ile birlikte her ilçede özel hastaneler açılmaya başlamıştır. Beyaz yaka ofis çalışanlarının yoğun olduğu Avrupa Yakasında Şişli ve Beşiktaş ilçeleri, Anadolu Yakasında ise Kadıköy ve Ataşehir ilçeleri özel hastanelerin en çok faaliyet gösterdikleri bölgeler olmuşlardır. Bu gibi bölgelere ek olarak sanayi bölgelerine, toplu konut alanlarına, alışveriş merkezlerine yakın özel hastaneler de zamanla hizmet vermeye başlamışlardır. Çalışmamıza konu olan sanayi bölgeleri de doğası gereği sağlık hizmetine çeşitli boyutlarda ihtiyaç duymaktadırlar. İş kazaları, acil durumlar, mesleki hastalıklar bu ihtiyaçların en önemlileridir. Bu durumun yansımaları ise, organize sanayi bölgesi (OSB) deyince aklımıza ilk gelen ilçeler olan Tuzla ve Gebze'de görmekteyiz. Birbirine bitişik veya çok yakın mesafede yer alan sekiz sanayi bölgesi bu iki ilçede yer almaktadır. Bu OSB'lere ek olarak, OSB içinde yer almayan ancak, oldukça yakınında yer

alan yüzden fazla ek fabrika bulunmaktadır. Bu OSB'lerden tezimizin konusunu oluşturan Gebze Organize Sanayi Bölgesi (GOSB) ise, birçok yönden en kapsamlı OSB konumundadır. Sanayi Bölgesinin gelişmesi ile birlikte özellikle Gebze ilçesinde yoğun bir hastane ağı oluşmuştur.

Özel hastaneler, OSB'ler ve OSB'lerde yer alan şirketler ile çeşitli sağlık anlaşmaları gerçekleştirmiş ve kendileri için ek gelir olanakları sağlamaya çalışmışlardır. şirketler ise sağlık ihtiyaçlarını giderebilmek için hastaneler ile anlaşmayı oldukça faydalı bulmuşlardır.

Bu alışmada, GOSB'da yer alan şirketlerin hastaneler ile yaptıkları işbirlikleri ve bu işbirliklerini yaparken hastanelerde hangi özellikleri aradıkları ve dikkat ettikleri faktörler incelenmeye çalışılmıştır.



BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. ORGANİZE SANAYİ BÖLGESİ KAVRAMI, TANIMI VE AMAÇLARI

Sanayi bölgeleriyle ilgili ilk çalışma Marshall tarafından İngiltere sanayi bölgesinde gerçekleştirilmiştir. Marshall, sanayi bölgelerini yatay ve dikey olarak ihtisaslaşmış çok sayıda küçük işletmenin oluşturduğu yoğun bir sosyal, ekonomik, rekabetçi ve işbirlikçi ilişkiler bütünü olarak tanımlar. Sanayi bölgelerinin rekabet avantajını dış çevreyle oluşan ilişkilere bağlayarak bunu taşıma maliyetlerindeki azalma, ortak emek havuzundan yararlanma ve bilginin yayılması etkenleriyle açıklar. (Çetin Koç, 2010)

Sanayi Bölgesinde yer alan şirketler, üretim, dağıtım, depolama gibi alanlarda faaliyet göstermektedirler. Bu gibi işletmeler doğaları gereği taşıdıkları risklerden dolayı, itfaiye, sağlık, güvenlik gibi hizmetlere her daim ihtiyaç duymaktadırlar. Ayrıca, elektrik, su arıtma, yol yapımı gibi altyapı hizmetleri de bu kurumlar için elzemdir. Tüm bunlara ek olarak fabrikaların şehir dışlarına taşındığı günümüzde, çalışanların sosyal ihtiyaçlarını karşılayacak ibadethane, yeme-içme, banka gibi kurumlara çalışanlar ulaşılması güç mesafelerde kalmaktadırlar. Tüm bu ihtiyaçların giderilebilmesi hususunda, sağlayacağı ekonomik, fiziksel, sosyal kolaylıklardan dolayı organize sanayi bölgeleri ortaya çıkmıştır.

Şehirleşmenin gelişmesi de günümüz OSB'lerinin ortaya çıkmasında önemli bir faktör olmuştur. Fabrikaların şehir merkezlerinde kalmaları, şehir için ek trafik, hava kirliliği, yaşam kalitesinin düşmesi gibi sonuçlar ortaya çıkarmaktadır ve bir noktada şehrin gelişimine engel teşkil etmektedir. İstanbul özelinde incelediğimizde şehir içinde ki fabrikaların sayısı her geçen gün azalmakta ve şehrin dış bölgelerinde yer alan OSB'lere taşınmaktadırlar.

OSB oluşumunun kendi içinde ve çevresinde birçok faydasının olduğu da açıktır. Hammaddeye yakınlık ve firmalar arası kurulabilecek işbirlikleri ekonomik olarak firmalara bir avantaj sağlayabilir ve büyüme potansiyellerini arttırabilir. Bölge halkı için istihdam yaratması ve OSB çevresinde açılacak farklı işletmelerin varlığı da bölgenin gelişimine katkıda bulunacaktır.

2.2. GEBZE ORGANİZE SANAYİ BÖLGESİ

Üretim merkezlerinin, çeşitli avantajlar doğrultusunda belli bölgelerde toplanması fikrinin ülkemizdeki en önemli örneği olan Gebze Organize Sanayi Bölgesi, bünyesinde bulundurduğu 162 işletme ve 25 binden fazla çalışan ile yoğun bir üretim hacmine ve gücüne sahiptir. GOSB bünyesindeki ilk fabrika 1990 yılında açılmıştır. Bölgeye gelen yoğun talep neticesinde, 2006 ve 2015 yıllarında bölgeye yeni alanlar eklenmiştir.

2.2.1. Gebze'nin Demografik, Ekonomik ve Sosyal Yapısı

Kocaeli il sınırları içerisinde yer alan Gebze, 350.000'den fazla nüfusa sahip olması, gelişmiş altyapı tesisleri, uluslararası birçok firmaya ev sahipliği yapan OSB'leri ile hem Kocaeli'nin hem de diğer birçok şehrin ilçelerinden farklılık göstermektedir. Tabii, Gebze'nin bu özelliklere kavuşmasındaki yadsınamaz etken ise İstanbul'a komşu oluşudur. Bu durum hem Anadolu'dan İstanbul'a yapılan göçlerde Gebze'yi hem bir giriş kapısı hem de yaşanılacak, iş yapılacak bir konumda tutmuştur. Ayrıca, İstanbul'dan Anadolu'ya ve Anadolu'dan İstanbul'a yapılacak olan dağıtımlarda Gebze bir lojistik bölgesi olarak da konumlanmıştır ve bu özelliğini birçok depolama tesisine (Ceva, Netlog, Ekol, Migros, Bim) ev sahipliği yapması ile hala devam ettirmektedir.

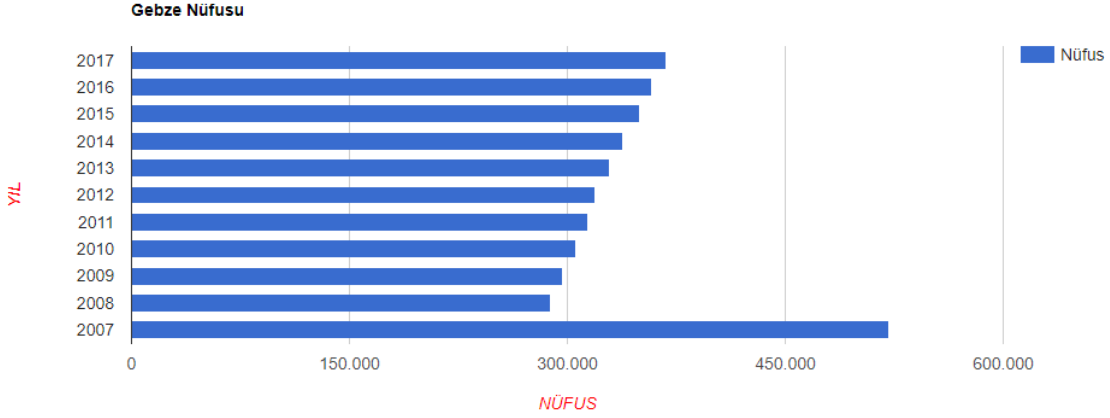
Bölgenin ulaşımını sağlayan iki önemli karayolu olan E-5 ve TEM'e olan yakınlığı, deniz kenarında bir ilçe oluşu ve limanlara yakınlığı, Sabiha Gökçen havalimanına olan ulaşım kolaylığı, Eskişehir – Topçular feribot hattına ev sahipliği yapması, Osmangazi ve Yavuz Sultan Selim köprüleri bağlantı yollarının ilçeden geçmesi, 2012 yılına dek banliyö tren hattı olarak çalışan Gebze-Halkalı hattının varlığı, Marmaray projesinin ilçeden geçecek olması, geçmişten bugüne Gebze'yi çekici kılan faktörler arasındadır. Yeni projeler arasında yer alan Gebze Merkez - GOSB metro hattı, bölgenin değerini arttırmakla birlikte, ulaşım kolaylığı da sağlayacak olması ile önemlidir.



Şekil: 2.1 Gebze Metro Projesi (WEB_1, 2017)

Gebze nüfusu yıllardır yükselme eğilimi göstermektedir. Şuan üç ayrı ilçe olan Dilovası, Darıca ve Çayırova 2008 yılında Gebze'den ayrılmadan önce, Gebze'nin 2007 nüfusu 521.291 idi. Bu rakam 2007 yılındaki tüm Kocaeli nüfusunun yaklaşık olarak üçte birine denk gelmekteydi. Gebze'nin 2017 nüfusu 368.278 olarak belirtilmektedir. (TÜİK, 2018)

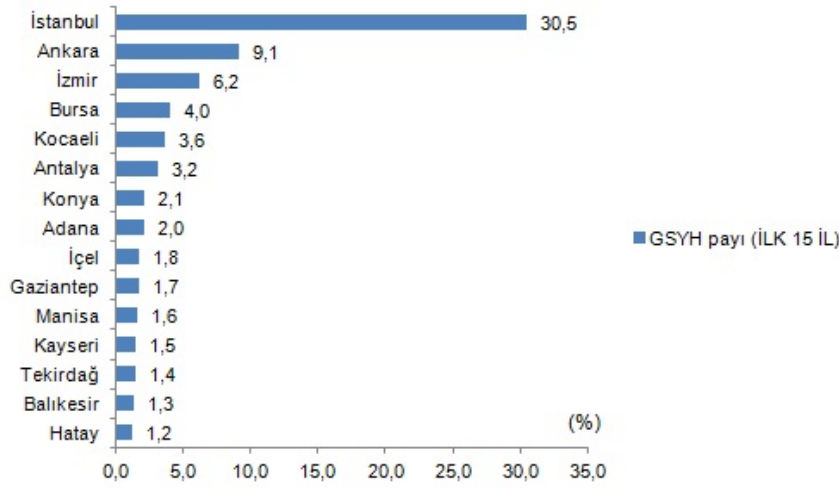
1990'da Gebze OSB'nin faaliyete geçmesi ve daha sonra TOSB (Otomotiv Yan Sanayii), Güzeller OSB ve Plastikçiler OSB'nin açılması ilçeyi aktif nüfus için bir çekim merkezi haline getirmiştir. Artan nüfusun ikamet etmek için konut araması inşaat firmalarının yeni yerleşim alanları oluşturmalarına neden olmuştur. Buda ilçenin tarım ve mera alanlarını kaybetmesine, bunun yerine yerleşme ve sanayi alanlarının çoğalmasına neden olmuştur. Nitekim bu da 2010 yılında toplam nüfusu 305.557 olan Gebze'nin 6 yılda nüfusunu 50.000'in arttırarak 2016 yılında 357.743'e yükselmesine neden olmuştur. (Dumansızoğlu, 2017)



Şekil: 2.2 2007-2017 Gebze Nüfusu (TÜİK, WEB_2, 2018)

İstanbul Sanayi Odası tarafından açıklanan Türkiye'nin 500 Büyük Sanayi Kuruluşu listesinde bulunan 34 şirket Kocaeli Sanayi Odasına kayıtlıdır. Özellikle İSO'ya kayıtlı olan birçok şirketin de Kocaeli de çeşitli üretim ve lojistik merkezleri bulunmaktadır. Bu şirketlere Ford, Arçelik, Çolakoğlu, Aygaz, Yücel Boru, Hayat Kimya, Brisa, Goodyear, Betek örnek olarak verilebilir. Aslında bu durum, farklı bir tespitin de yapılmasını gerektirmektedir. Kocaeli bölgesinde yapılan üretimin, kayda değer bir kısmı İstanbul Sanayi Odasına kayıtlı şirketler tarafından yapılmaktadır. Bu şirketlerin merkezleri Kocaeli dışında, yaygın olarak da İstanbul'da yer almaktadır. Şehirde yaratılmış olan katma değer, şehir dışına akmaktadır. Böylece şehirde ekonomik ve sosyal hakları tartışılacak yoğun bir işçi sınıfı oluşmuştur. Bu durum, şehrin bir üretim üssü olmasına karşın, yaşanabilirlik açısından iyi sinyaller verememesi durumunu ortaya çıkarmıştır. Ülke genelinde yapılan bir çalışmada Kocaeli, ticaret becerisi ve üretim potansiyeli olarak ülkenin en iyi üçüncü kenti olurken, marka becerisi ve yenilikçilik alanında on birinci, temel hizmetlere erişimde on altıncı, yaşanabilirlikte ise yirmi dördüncü sırada yer almaktadır. (Karagüllü, Bozok Akkurt, Forbes 2018)

Kocaeli'nin 2014 GSYH'si 73.963.086 TL olarak kaydedilmiştir. Bu rakam tüm GSYH'nın %3,6 sına denk gelmektedir.



Şekil: 2.3 2014 GSYH'nin bölgesel dağılımı (TÜİK)

GSYH, Kocaeli özelinde ve sektörel bazda incelendiğinde, GSYH içindeki sanayi payının, %6.14'ünün Kocaeli tarafından gerçekleştirildiği izlenmektedir.

Tablo: 2.1 Sektörlere Göre GSYH (TÜİK, 2014)

| Sektörler | Türkiye | Kocaeli | Türkiye İçindeki Oranı (%) |
|-------------------|---------------|------------|----------------------------|
| Tarım | 134.724.745 | 667.407 | 0,5 |
| Sanayi | 564.440.635 | 33.573.632 | 6,14 |
| Hizmetler | 1.097.024.575 | 31.174.242 | 2,84 |
| Sektörler Toplamı | 1.808.189.955 | 65.415.281 | 3,62 |
| Vergi | - | - | - |
| Sübvansiyon | 236.275.921 | 8.547.805 | 3,62 |
| Genel Toplam | 2.044.465.876 | 73.963.086 | 3,62 |

2.2.2. Kocaeli ve Gebze'de Sanayi Gelişim Süreci

Bir önceki bölümde belirttiğimiz sebeplerle ilgili olarak, Kocaeli ve Gebze bölgesi Osmanlı'nın son Cumhuriyet'in ilk yıllarıyla birlikte ülkenin sanayileşme adımlarının en önemli parçalarından biri olmuştur. 1843 yılında, sarayların halı, perde, döşeme ihtiyaçlarının karşılanması için Hereke Halı Fabrikası kurulmuştur. 1910 yılında ise Societe Anonyme Ottomane Arslan adıyla Türkiye'nin ilk çimento fabrikası üretime geçmiştir. Bu fabrika Oyak bünyesinde Aslan Çimento ismi ile üretim yapmaya devam etmekte ve 2007 yılında Gebze'den ayrılarak ilçe olan Darıca'da yer almaktadır.

1934 yılında ise Seka Kağıt Fabrikası, İzmit'de ülkenin ilk yerli kağıdını üretmeye başlamıştır, Seka birçok şehirde farklı fabrikaların açılması ile kapanacağı 2004 yılına dek

ülkenin kağıt ihtiyacının büyük bir bölümünü karşılamıştır. Bölgede fabrika sayısı yıllar geçtikçe artmıştır.

Bölgenin kaderini etkileyen, önemli bir kuruluş da şüphesiz İPRAŞ'dır. 1960 yılında Türkiye Petrolleri Anonim Ortaklığı (TPAO) ve California Texas Oil Corp Şirketi (CALTEX) tarafından ortaklaşa kurulan daha sonra 1972'de tamamen TPAO'nun malı olan İPRAŞ (İstanbul Rafinerisi) Kocaeli'ne taşınmıştır. İpraş'ın işletmeye geçmesiyle petrol ürünleri etrafında genişleyen Dilovası ve çevresinde günümüzün en büyük sanayi kolu olan kimya sanayinin (petro-kimya, ana kimya, sanayi, boya, plastik, vb.) gelişmesini sağlamıştır. (Tezkızan, 2009) Bu kurumun ismi daha sonra TÜPRAŞ olarak değişmiştir ve halen üretim yapmaya devam etmektedir. Ayrıca, kurum ISO tarafından hazırlanan ülkenin en büyük 500 sanayi kuruluşu listesinde, son on yıldır ilk sırada yer almaktadır.

Gebze Bölgesi E-5 karayolu çevresinde fabrikaların sayısı ülkenin sanayileşmeye verdiği önemli doğru orantılı olarak artmıştır. Bazı yerli/yabancı firmalar üretim merkezlerini ilk olarak buraya kurmakta iken birçok diğer firma ise İstanbul'da bulunan üretim merkezlerini, büyüyen şehrin içinden çeşitli nedenlerle çıkarmak istemiş ve Gebze bölgesine taşınmışlardır. Kara, hava, deniz yolu ulaşım kolaylığı, İstanbul'a yakınlığı, arsa bedellerinin görece uygunluğu bu değişimde etkili olan faktörlerdir. Hatta Ümraniye'de yer alan İMES OSB, 2006 yılında, Dilovası'nda Gebze VI. Makina İhtisas Organize Sanayi Bölgesi ismi ile bir OSB kurmuş, zamanla Ümraniye'deki şirketlerin Dilovası'na taşınacağını planlamıştır. Değişim bugün de sürdüğünü söyleyebiliriz. (Tablo:2.4) İstanbul'da bulunan üretim merkezlerinin azaldığı izlenirken bu tesislerin Kocaeli ve Tekirdağ gibi komşu illere taşındığı gözlemlenmektedir. Bir diğer önemli veri ise, yabancı sermayenin varlığı gibi ülke için hayati bir konuda, Kocaeli ilinin sahip olduğu kritik konumdur. Ülkede tüm yabancı üretim tesislerinin %17'si bu ilin sınırlarında yer almaktadır

Tablo: 2.2 Yabancı Sanayi Kuruluşları Sayısı (TOBB)

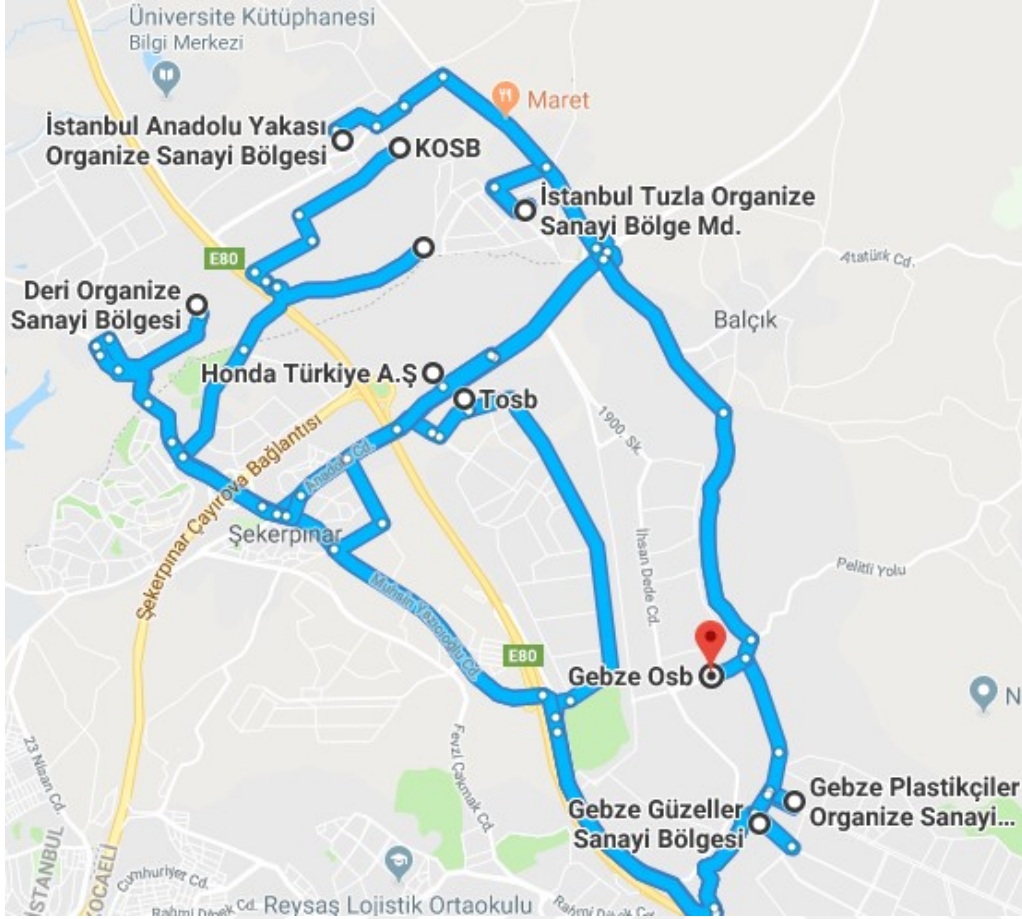
| İller | Yabancı İşletme Sayısı (Üretim) | | |
|----------|---------------------------------|------|----------|
| | 2016 | 2017 | %Değişim |
| Kocaeli | 235 | 237 | 0,85 |
| İzmir | 208 | 209 | 0,48 |
| İstanbul | 201 | 176 | -12,44 |
| Toplam | 1417 | 1373 | -3,11 |

Şehre olan bu ilginin, sonuçlarından biri de kurulan organize sanayi bölgeleridir. İlk kurulan OSB çalışmamıza konu olan GOSB Bölgesidir. GOSB'un kuruluş çalışmalarına 1985 yılında başlanmış ilk fabrika ise 1990 yılında üretime geçmiştir (Tablo:2.3) Bu girişim ile birlikte Gebze çevresinde farklı OSB'ler açılmaya başlamıştır. Bu bölgelerin tercih edilmesindeki nedenler Bölüm 2.1'de belirtilmiştir. Büyük yatırımlar olarak addedilebilecek olan Honda Fabrikası (1996), Anadolu Isuzu Fabrikası (1999) bu OSB'ler içinde yer almayan ancak komşu durumunda bulunan farklı üretim tesisleridir.

Tablo: 2.3 Gebze ve çevre bölgelerinde kurulan OSB'ler

| OSB | Kuruluş Yılı | İlçe |
|--------------------------------------|--------------|----------|
| İstanbul Deri OSB | 1982 | Tuzla |
| Gebze OSB | 1986 | Gebze |
| TOSB Otomotiv Yan Sanayi OSB | 1992 | Çayırova |
| Dilovası OSB | 1998 | Dilovası |
| Kocaeli Gebze Kimya İhtisas OSB | 1999 | Dilovası |
| İstanbul Anadolu OSB | 2000 | Tuzla |
| Birlik OSB | 2000 | Tuzla |
| İstanbul Tuzla OSB | 2000 | Tuzla |
| Gebze Güzeller OSB | 2001 | Gebze |
| Gebze Plastikçiler OSB | 2001 | Gebze |
| Makine İhtisas OSB | 2001 | Dilovası |
| Tuzla Kimya Sanayicileri OSB | 2001 | Tuzla |
| Kocaeli Gebze Kömürcüler İhtisas OSB | 2003 | Dilovası |
| Kocaeli Gebze İmes İhtisas OSB | 2006 | Dilovası |

Özellikle GOSB ve çevresinde konumlanmış olan diğer OSB'ler incelendiğinde, yaklaşık on kilometrelik bir hat boyunca TEM'in etrafında konumlanmış oldukları görülmektedir. (Şekil 2.3)

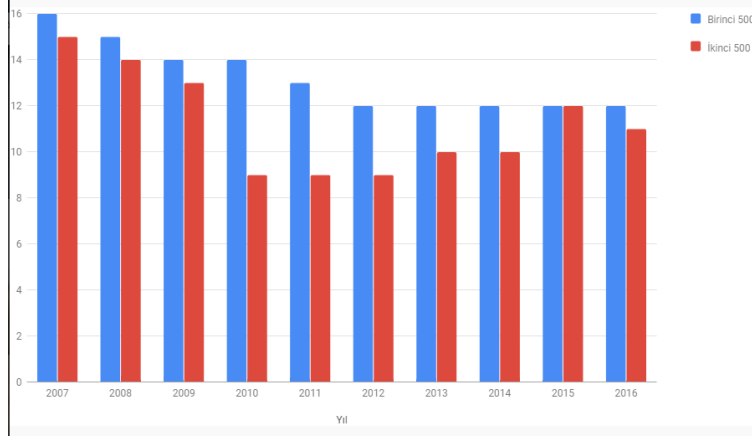


Şekil: 2.4 Tuzla ve Gebze Sanayi Bölgeleri Arası Ulaşım

Gebze'nin coğrafi avantajları ve sanayi oluşumu, çevrede yer alan bilim kuruluşlarının sayısını da arttırdığı gözlenmektedir. Tübitak Gebze Yerleşkesi, Marmara Araştırma Merkezi, Ulusal Metroloji Enstitüsü, Serbest Bölge, Tüside merkezlerine ev sahipliği yapmaktadır. GOSB Teknopark, Bilişim Vadisi, Gebze Teknik Üniversitesi, Türk Standartları Enstitüsü, Tuzla sınırında yer alan Sabancı Üniversitesi bölgede yer alan diğer araştırma merkezleridir.

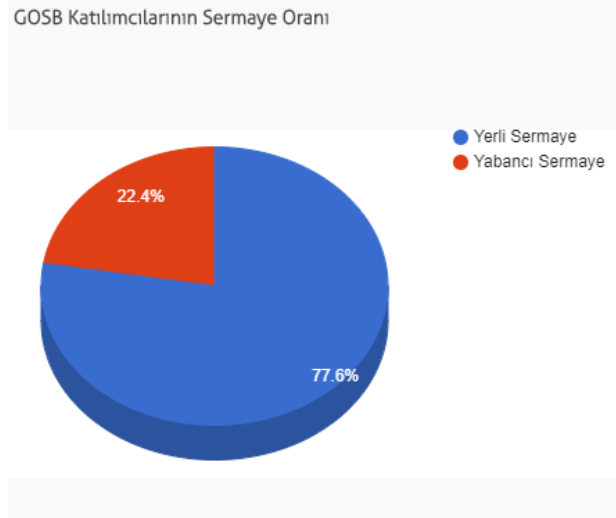
2.2.3. Gebze Organize Sanayi Bölgesi

Gebze Organize Sanayi Bölgesi, taşıdığı birçok özellikle bölgenin en değerli OSB'si durumundadır. Şekil 2.4'deki yerleşimin oluşmasın da GOSB'un öncülük ettiği düşünülmektedir. İstanbul Sanayi Odası (İSO) tarafından açıklanan Türkiye'nin 500 Büyük Sanayi Kuruluşu 2018 raporunda, Gebze Organize Sanayi Bölgesi'nde faaliyet gösteren 10 firma yer almaktadır 10 firmanın 4'ü ise Türkiye'nin İlk 100 Sanayi Kuruluşu arasında yer alıyor. Bu durum, İSO500 listesinin açıklanmaya başladığı, 2007 yılından bugüne istikrarlı olarak devam etmektedir. (Şekil:2.5)



Şekil: 2.5 İSO1000 de yer alan GOSB firmalarının sayısı (WEB_3, 2019)

Bu kurumlara ek olarak OSB'nin katılımcı listesi incelendiğinde, P&G, Colgate-Palmolive, Corning, Sandoz, Saint-Gobain Weber gibi uluslararası dev firmalar görülmektedir.(Şekil:2.6) GOSB'un şirketler için birçok faydası olduğu gözlenmektedir. Bunlar, atık su arıtma tesisi, yol en kesitlerinin otoyol standardında olması, özel bir itfaiye teşkilatının varlığı, GOSB teknopark, sahip olduğu çeşitli kalite belgeleri ve sosyal olanakları olarak belirtilebilir.

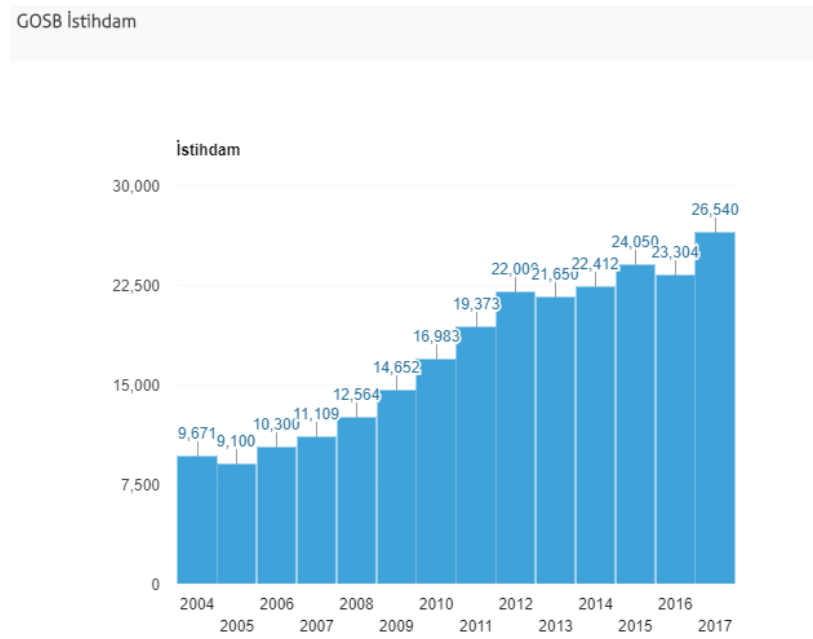


Şekil: 2.6 GOSB'da yer alan firmaların yerli-yabancı oranı (WEB_3, 2019)

OSB'lerin şirketler için birçok faydası olduğu belirtilmiştir. Ancak, doğaları gereği şehir dışlarında kurulabilen bu yapıların, özellikle çalışanlar için getirebildiği bazı olumsuz yanları bulunmaktadır. Çalışanların, sosyal faaliyet, ibadet, banka, yeme-içme, sağlık ihtiyaçları göz ardı edilebilmektedir. Özellikle GOSB özelinde incelediğimizde OSB'de çalışan kişi sayısı 2017 yılında 26.540 olarak belirtilmiştir. (Şekil:2.7) Ancak GOSB bu konuda örnek bir OSB'dir. GOSB içerisinde, on adet banka şubesi, yeme-içme alanları, noter, kırtasiye, eczane, tıp merkezi ve halı sahanın bulunduğu GOSB Meydan isimli sosyal bir kompleks yer

almaktadır. Ayrıca bir adet özel okul (anaokulu, ilkokulu, ortaokul) ve Endüstri Meslek Lisesi yer almaktadır. 2015 yılında ise 2.185 kişinin aynı anda ibadet edebileceği GOSB Camii hizmete girmiştir. Bu sosyal olanaklar sayesinde, çevre OSB'lerde de çalışan kişiler gün içinde GOSB'u ziyaret etmektedirler.

Ayrıca GOSB bünyesinde sanayilerin ARGE çalışmalarına destek olacak bir Teknopark bulunmaktadır.



Şekil: 2.7 GOSB İstihdam Rakamları (WEB_3, 2019)

2.2.4. Gebze ve Çevresinde Verilen Sağlık Hizmetleri

2016 verilerine göre Türkiye'de 1510 hastane faaliyet göstermektedir. Bu hastanelerin 565'i özel hastane statüsündedir. 2015 İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü verisine göre ise, bu hastanelerin 238'i İstanbul'da yer almaktadır. Bu hastanelerin 166'sı Özel hastane, 56'sı Sağlık Bakanlığı, 16'sı ise Üniversitelere aittir. (Tablo:2.4) Ancak Sağlık Bilimleri Üniversitesinin açılışı ile Bakanlık ve Üniversite arasında imzalanan protokole göre, ülke genelindeki birçok hastane ortak olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu noktada, İstanbul özelinde sadece SBÜ'ye ait 25 hastane bulunmaktadır ve bu kurumlar, üniversite hastanesi olarak tanımlanmaya başlanmıştır. İstanbul'un sahip olduğu büyük nüfus ve ekonomik güç her alanda kendisini göstermektedir. Hastane sayıları da bu durumun bir örneğidir.

İnceleme konumuz olan Gebze ile birlikte İstanbul'un doğusu olarak adlandırılabilir, Tuzla ve Pendik bölgeleri sağlık yatırımları açısından, gelişimini yeni tamamlayabilen bölgelerdir. 250bin nüfuslu Tuzla, 2017 yılında kapsamlı bir hastaneye sahip olmuştur. Gebze'nin ise tek

devlet hastanesi olan Gebze Fatih Devlet Hastanesi, bir yenilenme sürecinden geçmektedir. Darıca’da ise Farabi Devlet Hastanesi hizmet vermektedir. Coğrafi alan genişletildiğinde, Pendik Marmara Üniversitesi Hastanesi ve Kocaeli Üniversitesi Hastanesi, bölgedeki en kapsamlı hastanelerdir. Ayrıca, bu bölgedeki Özel Hastane sayısı da her geçen gün artış göstermektedir. Gebze’de 6, Darıca’da 1, Tuzla’da, 3 özel hastane hizmet vermektedir.

Tablo: 2.4 Bölgelere ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016)

| Bölge Adı | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel | Toplam |
|-------------------|------------------|------------|------------|--------------|
| İstanbul | 56 | 16 | 166 | 238 |
| Batı Marmara | 53 | 4 | 23 | 80 |
| Ege | 119 | 7 | 66 | 192 |
| Doğu Marmara | 77 | 4 | 51 | 132 |
| Batı Anadolu | 70 | 13 | 51 | 134 |
| Akdeniz | 81 | 8 | 86 | 175 |
| Orta Anadolu | 72 | 4 | 23 | 99 |
| Batı Karadeniz | 98 | 3 | 19 | 120 |
| Doğu Karadeniz | 68 | 2 | 12 | 82 |
| Kuzeydoğu Anadolu | 52 | 2 | 5 | 59 |
| Ortadoğu Anadolu | 54 | 3 | 18 | 75 |
| Güneydoğu Anadolu | 76 | 3 | 45 | 124 |
| Türkiye | 876 | 69 | 565 | 1.510 |

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şüphesiz, bölgenin sanayi özelliğinin ve sahip olduğu kayda değer nüfusun yanı sıra, havalimanına da yakınlığı sağlık yatırımcıları için bu lokasyonu çekici kılmıştır. Bölgede yer alan üç büyük özel sağlık yatırımı, Anadolu Holding’e ait Anadolu Sağlık Merkezi, MLP’ye ait Medical Park Gebze ve Okan Üniversitesine ait Okan Üniversitesi Hastanesi olarak ön plana çıkmaktadır. Sanayi özelliğinin yanı sıra bölgede açılan Bankacılık Merkezleri de, sağlık yatırımcılarını teşvik etmektedir. Gebze’de, Yapı Kredi, Kuveyttürk ve Akbank’a ait bankacılık operasyon merkezleri bulunmaktadır ve bu kurumlarda çalışan kişi sayısı 10bini bulmaktadır. Ayrıca, Tuzla İş Bankası Operasyon Merkezinde yaklaşık olarak 5bin çalışan görev almaktadır. Ancak, ilçenin var olan sanayi imajı ve toplu konut projelerinin azlığı, hem bankacılık üslerinde hem de OSB’lerde görevli beyaz yakalı çalışanların, ilçede yaşamayı tercih etmemelerine neden olmaktadır.

GOSB içerisinde bir hastane yer almamaktadır. Bu konuda girişimlerin yapıldığı hatta şu an özel okul olarak kullanılan yapının bir özel hastane tarafından kiralandığı ancak faaliyete

geçmeden projeden vazgeçtiği belirtilmektedir. Açıkça belirtilmesi gerekir ki, regülasyonlar bir fabrikanın hatta bir benzin istasyonunun bile yanında hastane kurulmasına izin vermemektedir. Ayrıca, sadece sanayi bölgeleri için bir sağlık yatırımının, ekonomik etkililiği de sorgulanmalıdır. OSB'ye en yakın hastane yaklaşık on beş dakika uzaklıktadır. Ancak yakın zamanda, GOSB Meydan'da Anadolu Sağlık Merkezine ait bir Tıp Merkezi hizmet vermeye başlamıştır. GOSB içerisinde hizmet veren tıp merkezi, Acil Servis, Genel Cerrahi, İç Hastalıkları ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzmanlık alanlarında SGK ve özel sağlık sigortaları ile anlaşmalı olarak sağlık hizmeti sunmaktadır. Ayrıca, laboratuvar ve temel radyolojik görüntüleme işlemleri de tıp merkezi bünyesinde yapılabiliyor.

OSB'lerde yer alan firmalar taşıdıkları risk faktörlerinden dolayı çeşitli temel ihtiyaçlara en yakınında ihtiyaç duymaktadır. GOSB bünyesinde verilen itfaiye, güvenlik gibi hizmetlere, böylece sağlık hizmeti de eklenmiştir. İş kazaları, meslek hastalıkları, periyodik muayeneler, işe giriş kontrolleri, diğer acil durumlar ve acil olmayan hastalıklar (üst solunum yolu enfeksiyonu gibi) OSB çalışanlarının ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleridir. Şüphesiz ki, uluslararası ve ulusal kurumsal şirketlerin GOSB içerisindeki varlığı ve grubun bu bölgeye yakın bir hastanesinin olması da tıp merkezinin bu bölgede açılmış olmasının sebepleri arasındadır.

OSB içerisinde faaliyet gösteren firmaların, sahip oldukları sağlık tehditleri, onları hastaneler ile partnerlik yapma konusunda teşvik etmiş ve bu konuda tarafların istekleriyle çeşitli anlaşmalar yapılmaktadır. Bu faaliyetler; avantajlı kullanım anlaşmaları, sağlıklı yaşam seminerleri, periyodik muayeneler, check-up anlaşmaları, ikinci görüş, iş kazalarında destek olma, meslek hastalıklarını önlemeye ve tedavi etmeye yönelik faaliyetler olarak sıralanmaktadır.

2.3. SAĞLIK KAVRAMI, ÖZELLİKLERİ, AMAÇLARI, SINIFLANDIRMASI

2.3.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, hasta olmama durumunun ötesinde farklı kavramlarla ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık kavramını, sadece hastalık ve hastalığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Fiziksel iyilik durumu, günümüz tıbbının ana konusu olan ve bireyin vücudunda bulunan doku ve organların sağlıklı olması halidir. Sağlık kavramından bahsederken, salt fiziksel iyiliğe odaklanmak bir yanılsama

olacaktır. Ruhsal iyilik durumu ise, bireyin kendisiyle barışık ve huzurlu olması halidir. İlişkiler, inançlar, yaşam tarzları kişinin ruhsal iyilik durumunu doğrudan etkileyebilen faktörlerdir. DSÖ tarafından yapılan bu tanımın orijinaline bakıldığında “mentally well-being” yani ruhsaldan çok zihinsel bir iyilik durumundan bahsedilmektedir. Zihinsel-Ruhsal iyilik durumu bileşenleri arasında stresle mücadele, dini unsurlar, toplumu mutlu eden olgular yer almaktadır. (WEB_4, 2016)

Sosyal iyilik hali, ekonomik durum, refah seviyesi, ilişkiler, barınma, çatışmalar, iletişim, ulaşım gibi kavramları içine alabilecek çok geniş bir durumdur. Bu kavramın sağlık üzerine olan etkisi yakın zamanda sonuçlanan 75 yıl süren Harvard Mutluluk Araştırmasında da ortaya konulmuştur. Araştırmanın sonucuna göre, eşleri, aileleri, arkadaşları ve içinde yaşadıkları cemiyet ile yakın ilişkiler ve güçlü bağlar kurabilen bireylerin daha mutlu oldukları ve daha uzun yaşadıkları tespit edilmiştir. (WEB_5, 2015)

1946 yılında yapılan bu sağlık tanımının, güncelliği ise tartışma konusudur. Günümüz teknolojik gelişmeleri, değişen aile yapısı, şehir hayatı, değişen sağlık sistemleri, tıbbi gelişmeler, tanımın güncellenmesini gerekli kılmaktadır.

Sağlık tanımının ve bu tanımın doğrultusunda çalışan devletlerin nihai hedefi ise, toplumların ve bireylerin sağlığını geliştirmektir. (WEB_4, 2016)

2.3.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Doğası gereği karmaşık olan sağlık hizmetleri, kendileri içinde de onlarca farklı branşa ayrılan hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri tarafından, aile sağlığı merkezleri, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, dal hastaneleri, tıp merkezleri, özel hastaneler ve hekim muayenehanelerince sunulmaktadır. Bu yapıların alt başlıklarda görevleri farklılaşsa da, temel amaçları birey sağlığının korunmasına, iyileştirilmesine, iyilik durumunun sürdürülebilir olmasına katkıda bulunmaktır.

Beslenme ve barınma gibi temel sağlık hizmetinin alınması da insan hayatının olmazsa olmazları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmeti sağlamak, devletlerin öncelikli görevleri arasında sıralanmaktadır.

2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Çalışmamızın birçok yerinde kullanılan “Doğası gereği karmaşık olan sağlık hizmetleri” tanımının açıklayıcısı niteliğinde olan bu bölüm sağlık hizmetlerinin özelliklerini tartışmaktadır.

Sağlık hizmetleri, emeğin yoğun olduğu soyut hizmetlerdir, ertelenemez ve acildir, uzlaşma düzeyi yüksektir, hizmeti alanlar, hizmeti verenlere birçok yönden bağımlıdır. (Ateş, 2011)

Bilgi asimetrisi sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden biridir ve tanımlayacağımız birçok özelliğin de ana sebebidir. Bilgi asimetrisi kavramı, hizmeti alanlar ile hizmet sunanlar arasındaki bilgi farklılığını anlatmak için kullanılır. (WEB_6, 2016) Ateş'in belirttiği uzlaşma düzeyi yüksektir ve hizmeti alanlar, hizmeti verenlere birçok yönden bağımlıdır yorumunun temel nedeni, sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisinin var olmasıdır. Bireyin, kendi vücuduna erişimi neredeyse imkansızdır. Çoğu hekimin tıbbi terimlerle konuşmaya olan mesleki eğilimleri ve bu konuda eğitim almamış herhangi bir bireyin bu dili anlamasının zorluğu bu durumun en büyük nedenidir. Halk arasında grip veya nezle olarak tanımlanan hastalığın "akut üst solunum yolu enfeksiyonu" olarak adlandırılması verilecek en yalın örneklerden biridir. Ayrıca hasta, özellikle cerrahi bir müdahale söz konusu ise yaşayacağı süreci ilk defa deneyimleyecek olması sebebiyle, hekimin söylediklerine bağlı durumdadır. Örneğin, sağ yan ağrısı ile üroloji bölümüne başvurmuş olan bir hastaya, uzman hekim böbreğinde taş olduğunu ve işlem yapılmasının gerektiğini söylerse, hastanın bu yolu izlemekten başka bir çaresi mümkün olamamaktadır. Ayrıca, tedavi süresince yaşayacağı her türlü durumunun normal olup olmadığına da karar verecek olan kişi yine kendisi değil, hekimidir.

Bilgi asimetrisinin çıktılarında biri de, hekim performansını değerlendirme zorluğudur. Hastanın iyilik durumu, iyilik durumunun sürdürülebilir olması bu konudaki en önemli çıktılardır. Ancak, hizmet süresince veya hizmet sonrası oluşabilecek komplikasyonlarda, sorunun nereden kaynaklandığı netleştirilememektedir. Hekim, hasta, hastane ortamı, tedavi sonrası bakım komplikasyonların kaynağı olabilmektedir. Bu durumda sağlık hizmeti sunucusunun değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır.

Bilgi asimetrisinin yol açtığı problemlerden bir diğeri ise, hasta ve hasta yakını davranışlarının gerçekçi olmaktan çok duygusal olabilmesidir. Yani sağlık hizmeti tüketicileri yaygın olarak irrasyonel hareket etme eğilimindedirler. Bunun en acı sonuçlarından biri sağlık çalışanlarına uygulanan şiddettir. Örnekleri çoğaltmak mümkündür. Kardiyoloji muayenesi esnasında, hemen anjiyo yapılması gerekli denilen bir hastanın vereceği tepki rasyonel olmaktan uzak olacak ve muhtemelen hekim ve hastanenin kalitesi, maliyet unsurları gibi komponentleri rasyonel olarak değerlendirmeden hizmeti almaya karar verecektir.

Bu özellikleriyle bilgi asimetrisi, dikkatli olunmadığı takdirde hem sağlık hizmetini sunan hem sağlık hizmetini alan için ciddi sonuçlara, sorunlara neden olabilen bir konudur. (WEB_6, 2016)

Rastlantısaldır. Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran en önemli özelliklerden birisi de talebin belirsiz olmasıdır. Yani kişinin ne zaman, hangi hastalığa yakalanacağı belli olmadığı için alacağı hizmet de doğal olarak belirsiz olmaktadır. Bir insan belli bir yaşa kadar hiçbir sağlık hizmeti alma ihtiyacı duymayıp, bir anda ortaya çıkabilecek kronik bir rahatsızlıktan sonra bir sağlık hizmeti alıcısı olabilmektedir. Sağlık hizmetlerindeki talebin belli olmaması ve bilinmemesi ekonomik olarak da sıkıntıların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Tengilimoğlu, 2009) Çok fazla sağlık hizmeti almayan bir kişinin aniden ortaya çıkabilecek bir böbrek rahatsızlığı sonucunda diyaliz hizmeti almak zorunda kalması onu daimi sağlık hizmeti alıcısı konumuna getirebilmektedir. (Asıgbulmuş, 2016)

Hastaya sağlık hizmeti vermek yerine başka bir hizmet ya da farklı bir tedavi hizmeti verme gibi bir durum söz konusu olamamaktadır (Tengilimoğlu, 2009) Sağlık hizmetleri ikame edilemez. Hizmet sektöründe yoğun olarak karşılaşılan ikame edilebilme durumu sağlık alanında söz konusu değildir. Bir turist Ege yerine Akdeniz’de tatil yapabilir ya da havayolu ile ulaşımı karayolu ve demiryolu ikame edebilir. Ancak böbrek kanseri tanısı konulan bir hastanın tedavisi hiçbir şekilde ikame edilemez. Daha ekonomik diye pankreasına müdahale edilemez. Geleneksel yöntemleri de içerebilen tedavi yaklaşımları değişkenlik gösterebilir, ancak bu sağlık hizmetinin ikamesinden çok yöntemin ikamesi olarak yorumlanmalıdır. Açık cerrahi yerine laparoskopik cerrahi gibi.

Sağlık hizmeti almak sosyal bir haktır. Temel sağlık hizmetlerine ücretsiz erişim devletlerin vatandaşlarına sağlaması gerek bir hak durumundadır.

Soyutluk. Sağlık hizmetleri elle tutulamaz veya gözle görülemez. Diğer mal ve ürünler gibi tüketiciye sunulmadan önce kalite kontrol, depolama, biriktirme söz konusu olmamaktadır. Üretim ve tüketim aynı anda gerçekleşmektedir. Örnek olarak, bir organ nakli cerrahının, laparoskopik başlayan bir ameliyatı, o an ki şartlar yüzünden açık cerrahiye çevirmesi verilebilir.

2.3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

2.3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Tehlikelerin kendilerine karşı bir mücadele şekli olan koruyucu sağlık hizmetleri, temelde birey ve toplumun güvenliğine katkıda bulunmayı hedeflemektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, doğrudan bireylerin hastalıklarının tedavileri ile ilgili değildir. Aşı dışında bireylerin fiziki durumları ile ilgili olmayıp, çevresine yönelik uygulamalar yaparak sağlıklarının devamlılığını sağlamaya ve iyileştirmeye, dolaylı yoldan fayda sağlamaya çalışmaktadır. (Hayran ve Sur, 1998)

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye yönelik ve çevreye yönelik olarak ikiye ayrılır. Kişiye yönelik olan çalışmalarda, hedef bireyin sağlık durumunun bağışıklama, aşılama gibi çalışmalarla iyi olmasını sağlamak ve gelecek tehdit oluşturabilecek hastalıklara karşı, önlem almaktır. Çevreye yönelik olan çalışmalar da ise, çevre hedef alınır. Amaç, çevreyi sağlıklı tutarak kişileri korumaktır. Belediyeler tarafından zararlı atıkların atılmasının önlenmesi, denetlenmesi, örnek olarak verilebilir. (WEB_7, 2016)

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığını sürdürülebilir kılmanın önemli etkenlerinden biridir. Sağlık hizmeti hepimiz için bazen hayati olmaktadır, fakat toplum sağlığı hepimiz için her zaman hayatidir (WEB_8) Ülkemizde, koruyucu sağlık hizmeti verme görevi, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, belediyeler ve çeşitli sivil toplum kuruluşları tarafından verilmektedir.

2.3.4.2. Tedavi Edici (İyileştirici) Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu hizmetlerin yeterli olmayıp kişinin sağlığının bozulmasından sonra kişileri eski sağlığına kavuşturmak için uygulanan hizmetlerdir. Bu hizmetler hekimlerin sorumluluğu ve diğer sağlık çalışanlarının da yardımları ile gerçekleştirilir. Tedavi hizmetleri kişilerin sağlığı bozulduktan sonraki aşamada hastaya verilen tüm hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002)

Birinci basamak hizmetler, ayaktan verilen hizmetler olarak da tanımlanabilir. İlk akla gelen birinci basamak uygulayıcıları ise aile hekimlikleridir. Poliklinikler ve ayaktan hasta kabul eden tıp merkezleri diğer birinci basamak uygulayıcıları olarak kabul edilebilir.

İkinci basamak hizmetler, teşhis ve tedavi hizmetinin verilebildiği hasta yatışı yapabilen hastaneler olarak tanımlanmaktadır. Tüm devlet hastaneleri bu başlığın içinde yer alır. Özel

hastaneler, cerrahi tıp merkezleri ikinci basamağa yönelik hizmet veren diğer kurumlardır. Bu kurumların amacı, birinci basamak yönlendirilen veya doğrudan ikinci basamağa başvuran hastaların tüm tanı ve tedavi ihtiyaçlarının yerine getirilmesidir.

Üçüncü basamak hizmetler ise yine yatarak teşhis- tedavi hizmetlerinin verildiği kurumlarda verilen hizmettir ama bu uzmanlığın ötesinde akademik bilgi gerektiren hizmetlerdir. Örneğin ülkemizdeki üniversite hastaneleri ve sağlık bakanlığının eğitim araştırma hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetlerini veren hastanelerdir. Burada ikinci basamaktaki uzman hekimlerin de teşhis edemediği ya da teşhis edipte tedavi edemediği komplike vakalar var ise bunlar buralara gönderilir. Burada üçüncü basamaktaki akademisyen doktorlar tarafından en güncel bilgilerle teşhis ve tedavi edilir. (WEB_7, 2016)

2.3.4.3. Rehabilitasyon Edici (Esenleştirici) Sağlık Hizmetleri

Koruyucu ve daha sonraki aşama olan tedavi edici hizmetlerin de yeterli olmadığı noktada rehabilitasyon hizmetleri devreye girmektedir. İnsanlar hastalık ve sakatlık geçirmelerinden sonra kendi işini yapamama konumuna gelebilmektedir. Bu noktadan sonra kişilerin kaybettiği güçlerini geri kazanabilmeleri için verilmekte olan hizmetlere rehabilitasyon hizmetleri denilmektedir (Tengilimoğlu, 2009)

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri de iki başlık altında incelenmektedir. Tıbbi olarak verilen hizmetlerle, hastalığın kalıcı hasarları en aza indirilmeye çalışılır, Bu hizmet fizyoterapist ve ergoterapist tarafından verilebilir. Sosyal olarak verilen hizmet ise, sosyal çalışmacılar tarafından, engelliliği ve hastalığı dolayısıyla zarar görmüş kişinin, sosyal zararlarının telafi edilmeye çalışıldığı hizmetlerdir. Bu hizmet ise, sosyal çalışmacılar ve psikologlar tarafından verilebilmektedir. (WEB_7, 2016)

2.3.5. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Ottawa Şartı, sağlık teşvikini insanların sağlıklarını iyileştirecek ve kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artıracak hale getirme süreci olarak tanımlamaktadır. (Aydın, 2008)

WHO tarafından Health Promotion başlığı altında incelenen bu konu, dilimize sağlık promosyonu, sağlığın teşviki, sağlığın geliştirilmesi şeklinde çevrilebilmektedir. Bu kavram, ilk bakışta koruyucu sağlık hizmetleri gibi algılanabilmektedir. Ancak kavram, bağımsızlık, koruyucu hekimlik, sağlık eğitimi, sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite gibi birçok farklı başlığı bünyesinde barındırmaktadır. Aydın, sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini, yitirmeden önce sağlığın kıymetini bilme, olarak özetlemektedir. Bu kıymeti koruma adına yapılan bütün

davranışlar, sağlığın geliştirilmesi kavramı içinde yer alabilmektedir. Örneğin, WHO tarafından tütünle mücadele çalışmaları başlatılmış ve bu mücadele ülkemizde de karşılığını bulmuştur. Bu çalışma kapsamında, sağlık bakanlığı, belediyeler, sivil toplum kuruluşları aksiyonda bulunmuşlardır. Eğitim, sağlık okuryazarlığının artırılması, tanıtıcı afiş ve broşürler hazırlanmıştır. Tüm bunlar sağlığın geliştirilmesi için yapılan çalışmalardır. Bu çalışmaların nihayetinde, tütünle mücadele tüm toplumun benimsediği, tütün kullanımının toplumda sağlığa zararlı bir davranış olduğunun anlaşıldığı zaman, sağlığın geliştirilmesi hizmetleri amacına ulaşmış sayılmaktadır. ([WEB_9](#), 2016)

Hizmet sağlayıcı olan hastanelerin ise, sağlığın geliştirilmesinde hizmetlerindeki rolü çok net değildir. Sur, şimdiye kadar sağlığın hastaneleri geliştirdiğini, biraz da hastanelerin sağlığı geliştirmesi gerektiğini belirtmektedir. (Sur, 2006)

2.4. SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI OLARAK HASTANELER

2.4.1. Hastane Kavramı, Tarihçesi, Özellikleri

Sağlıklı olmayan, sağlık durumlarından endişe eden veya sağlıklı yaşam için sadece kontrolden geçmek isteyen bireylere, hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile, kendi uzmanlık alanlarına göre hizmet sağlayan yataklı kuruluşlar, hastane olarak adlandırılmaktadır.

Hastaneler, farklı başlıklarda sınıflandırılabilirler;

- Verdikleri hizmete göre hastaneler; Eğitim Hastaneleri, Genel Hastaneler, Özel Dal Hastaneleri
- Mülkiyetlerine Göre Hastaneler; Devlet Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, Özel Hastaneler / Dernek ve Vakıf Hastaneleri,
- Hastaların Yatış Sürelerine Göre Hastaneler; Uzun dönemli, kısa dönemli
- Büyüklüklerine Göre Hastaneler
- Hizmet Basamaklarına Göre Hastaneler; Birinci Basamak Hastaneler, İkinci Basamak Hastaneler, Üçüncü Basamak Hastaneler,
- Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007; Tengilimoğlu,2009)

Hastane kelimesine ulaşıncaya dek, sağlık hizmeti sunan yapılar farklı isimlerle anılmışlardır. Osmanlı döneminde, Genellikle “darüşşifa” adıyla anılan bu yapıların şifahane, maristan,

bimaristan, Bimarhane, darüssihha, darürraha, darüttıbb, darülafiye, darülmerda gibi şekilde isimlendirildikleri görülmektedir. (Uzel, 1991; Kazancıgil, 1997; Cantay, 2007; Öztürk,2007)

Batılılaşma hareketinin başlamasından sonra 19.yüzyılın başında Avrupa tarzında moderne hastanelerin ve modern tıp eğitimi için eğitim hastanelerinin açılmaya başladığı görülür. Bunları diğer modern sağlık kuruluşları takip etmiş ve Tanzimat'tan sonra kurulan büyük yataklı tedavi kuruları için artık... “hastahane” tabiri kullanılmaya başlamıştır. (Tokaç, 2002; Yıldırım, 2010; Dramur, 2008; Terzioğlu, 1992)

Cumhuriyet dönemiyle birlikte, hastahane adıyla anılan hastaneler “hastane” adını almaya başlamışlardır. (Metintaş ve Elçinoğlu, 2007)

Sağlık hizmeti, çalışmanın farklı bölümlerinde belirtildiği gibi kompleks hizmetlerdir. Bunun en önemli nedenlerinden biri de, görev alan sağlık profesyoneli sayısının aşırılığıdır. Bugün Kuzey Amerikan sağlık sisteminde ana meslek olarak 80’i aşkın, uzmanlık ve ilgi alanı açısından zenginleştirilmiş listede ise 400’ü aşkın sağlık mesleği veya disiplini bulunmaktadır. Yalnızca hekimlikte 40’ı aşkın uzmanlık ve 100’ü aşkın üst uzmanlık dalı bulunduğu bilinmektedir. (Sur, 2016)

Hastaneler yüksek maliyetli kuruluşlardır. Bunun en büyük nedeni ise, kalifiye insan kaynağı ve yüksek teknoloji ile hizmet veriyor oluşlarıdır.

Halk Sağlığı Uzmanı Bruce Y. Lee, hastane yönetimini, deli sürüsüne çobanlık yapmak olarak, ifade etmiştir. (WEB_10, 2017)

2.4.2. Kamu Hastaneleri

Bugün için Sağlık Bakanlığı, irili ufaklı bine yakın hastanenin işletmecisi olarak Türkiye'nin belki de en büyük holdingi durumundadır. (Aydın, 2006) Yıllar geçtikçe Sağlık Bakanlığına bağlı hastane sayısı da artış göstermiştir.

6.1.2005 tarihli Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile, Tcdd, ptt, polis teşkilatları gibi kurumlara ait olan hastaneler ile SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. (Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimleri, 2005)

9.11.2016 tarihinde kabul edilen kanunla ise Askeri Hastanelerin, Sağlık Bakanlığına devri gerçekleştirilmiştir. (Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler, 2016)

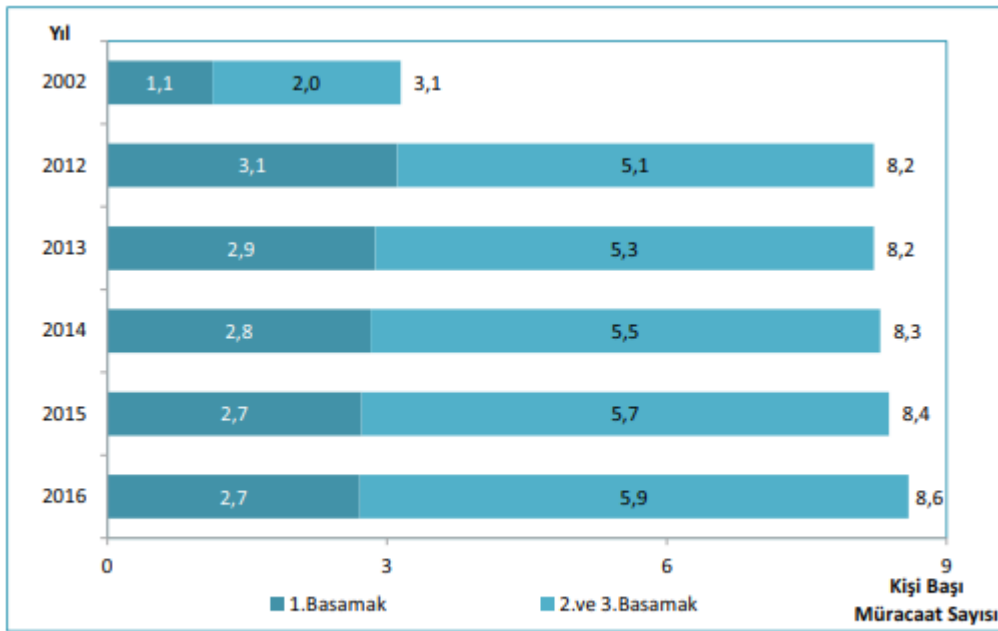
İstatistikler, kamu hastanelerinin ülkenin sağlık yükünün büyük bir kısmını üstlendiğini göstermektedir. 2016 yılında vatandaşlar 447.648.830 kez hastanelere sağlık hizmeti almak için müracaat etmişlerdir. Bu başvuruları 340.080.539'u SB hastanelerine yapılmıştır. (Tablo:2.5)

2016 yılında tüm sağlık kurumlarına kişi başı başvuru sayısı ise 8,6'dır. (Şekil:2.8) Hastanelere ise kişi başı 5,6 kez başvurulmuştur. Bu başvurular içindeki en yüksek oran ise ciddi bir fark ile sağlık bakanlığı hastanelerine aittir. SB Hastanelerine başvuru sayısı kişi başı 4,3'dür. (Tablo:2.6)

Tablo: 2.5 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017)

| | 2002 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Sağlık Bakanlığı | 109.793.128 | 260.974.401 | 277.485.135 | 292.100.331 | 306.825.524 | 340.080.539 |
| Üniversite | 8.823.361 | 27.080.436 | 29.985.697 | 32.143.930 | 34.539.363 | 36.420.413 |
| Özel | 5.697.170 | 66.582.098 | 71.341.411 | 72.333.383 | 77.217.044 | 71.147.878 |
| Toplam | 124.313.659 | 354.636.935 | 378.812.243 | 396.577.644 | 418.581.931 | 447.648.830 |

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil: 2.8 Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017)

Tablo: 2.6 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017)

| | 2002 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|
| Sağlık Bakanlığı | 1,7 | 3,5 | 3,6 | 3,8 | 3,9 | 4,3 |
| Üniversite | 0,1 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,5 |
| Özel | 0,1 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 0,9 |
| Toplam | 1,9 | 4,7 | 4,9 | 5,1 | 5,3 | 5,6 |

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

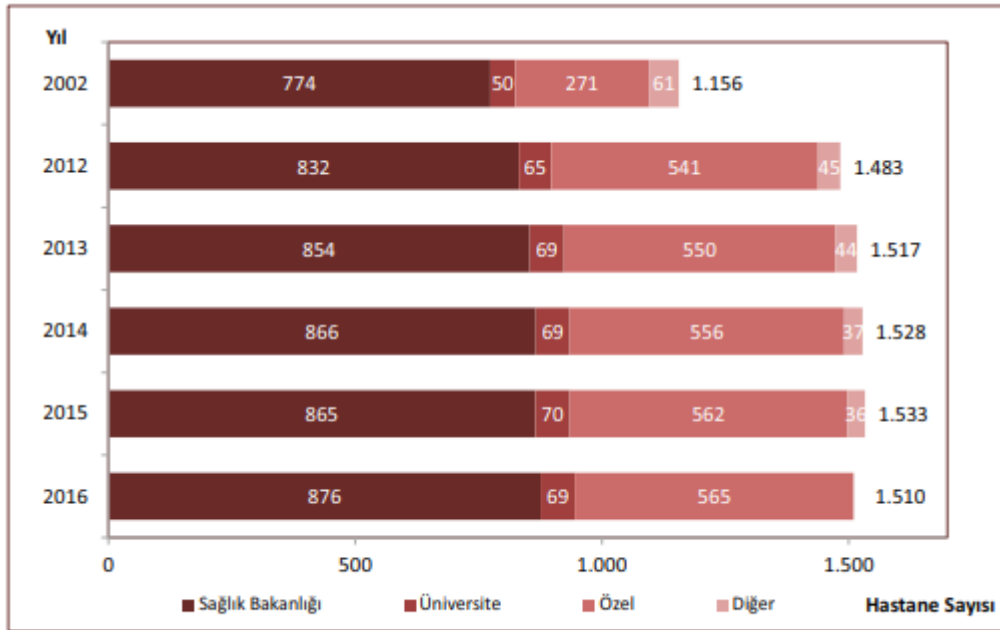
SB Hastanelerinin yanı sıra, yine sağlık bakanlığına bağlı olan ancak, özerk bir yapıya sahip olan üniversite hastaneleri, kamu hizmeti veren üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır. Özellikle Sağlık Bilimleri Üniversitesinin açılması ve eğitim araştırma hastanelerinin bu üniversiteye devredilmesi ile gelecek istatistiklerde üniversite hastanelerinin payının, tüm grafiklerde artacağı öngörülmektedir.

Sağlık hizmetine ulaşımın kolaylaşması, sağlıklı yaşam bilincinin artışı, nüfusun yaşlanması, şehir hastaneleri gibi çeşitli yeni sağlık yatırımları ile hastaneye başvuru sayısının artacağı düşünülmektedir. Bu artışın en çok olacağı yer ise gerek yeni hastanelerin açılması gerekse hastadan doğrudan bir ücret talep edilmemesi sebebiyle, SB hastanelerinde olacaktır.

2.4.3. Özel Hastane

Ülkemizde özel hastanelerin açılması ve işletilmesi 1933 tarihli ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanununa dayanmaktadır. Kanunun uygulanmasına yönelik önce Özel Hastaneler Tüzüğü daha sonra da Özel Hastaneler Yönetmeliği yayımlanmıştır (Bilgili, 2009).

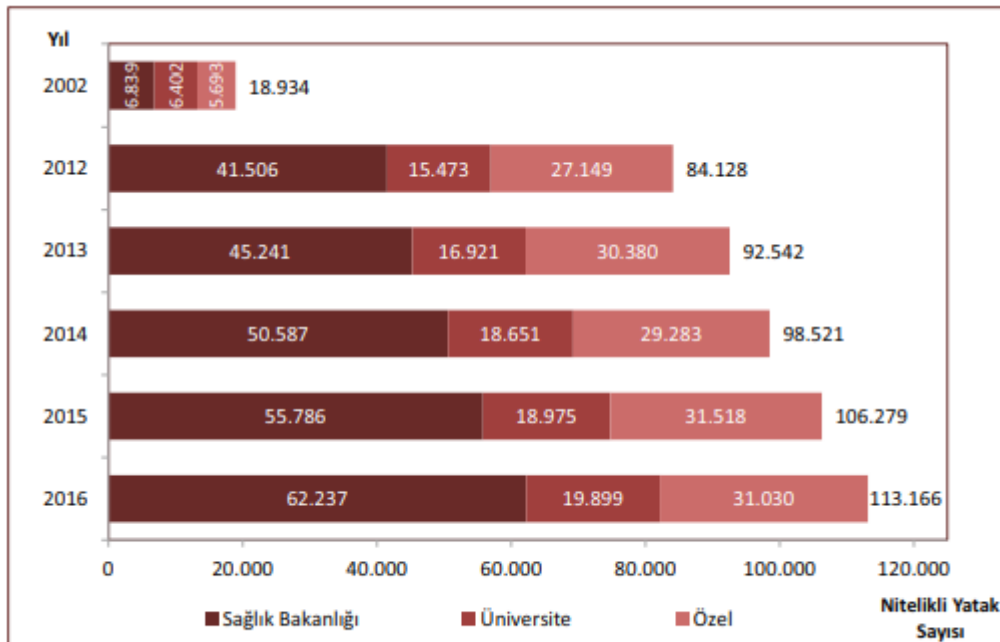
Devletin sağlık ile ilgili görevlerini, özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği 1982 Anayasasında belirtilmiştir. 1981’ de sağlık sektörü teşvik kapsamına alınmış, 1982 yılında ilk teşvik verilmiştir. Teşviklerle birlikte özel hastane sayısı hızlı bir artış göstermiştir. 1980 yılında özel hastane sayısı 75 iken, 2009 yılında bu sayı 420’e yükselmiştir (Işık, 2011). 2016 yılında ise özel hastane sayısı 565’e ulaşmıştır. (Şekil:2.9)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil: 2.9 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017)

İstatistikler, özel sektörün sağlık hizmeti sunumundakini önemini göstermektedir. Özel sektöre ait nitelikli yatak sayısı, 2016 yılı itibari ile 31.030'dur. Bu rakam, tüm nitelikli yatakların, %27,4'ü demektir. (Şekil:2.10)

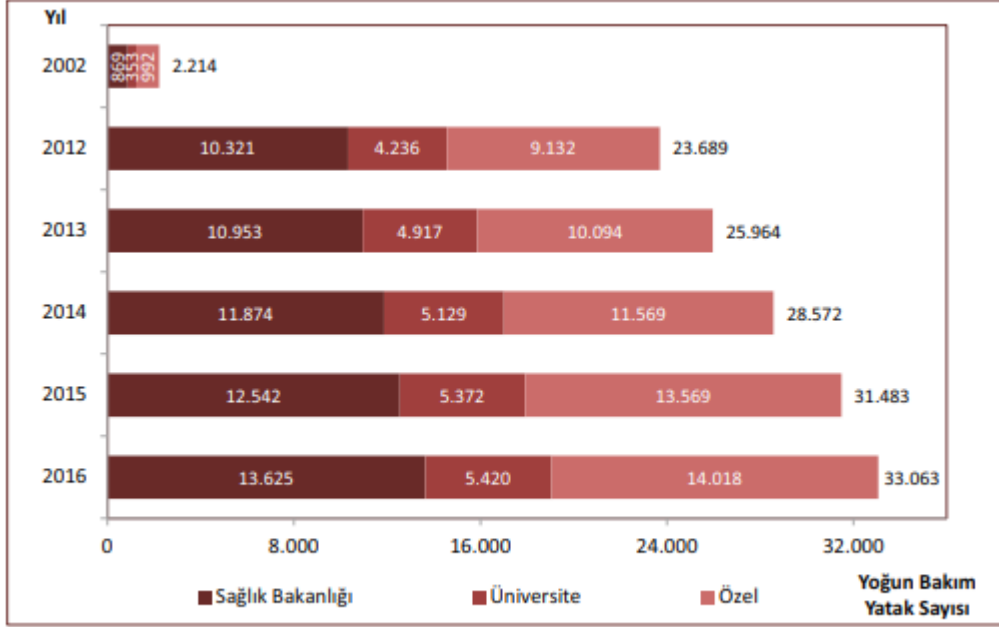


Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil: 2.10 Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017)

Yoğun bakım yatağı sayısı ise, devlet hastanelerinde bulunan yatak sayısından fazladır. Özel hastaneler 14,018 yoğun bakım yatağına sahiptirler. Bu rakam karşısında devlet hastanelerinin

yatak kapasitesi ise 13,625 de sınırlı kalmıştır.(Şekil:2.11) Bu durumun oluşmasındaki nedenler arasında, devletin yatak sayısının azlığını gören özel sektörün pazardaki ihtiyacı görerek bu alana yatırım yapması ve sosyal güvenlik kurumu ödemelerinin tatmin edici düzeyde olması belirtilebilir. Ancak, mevcut devlet hastanelerinin iyileştirilmesi ve yenilerinin eklenmesi ile sağlık bakanlığına ait yoğun bakım yatağı sayısının artacağı öngörülmektedir.



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil: 2.11 Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Yoğun Bakım Yatağı Sayısı (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017)

2016 yılında, tüm hastanelerde 13.452.686 hasta yatarak tedavi görmüştür. Bu hastaların %30'u özel hastanelerde yatış yapmışlardır. (Tablo:2.7)

Şekil:2.8 Hastanelere yapılan başvuruların %16'sının özel hastanelere yapıldığını göstermesine karşın Şekil:2.6 hastanelere yapılan yatışlarda özel sektörün %30'luk payını ön plana çıkarmaktadır. Arada ki farkın çeşitli nedenleri olduğunu düşünülmektedir. Hekim tercihi, otelcilik hizmetleri, pazarlama aktiviteleri gibi konular bu farkı ortaya çıkartabilmektedir.

Tablo: 2.7 Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017)

| | 2002 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Sağlık Bakanlığı | 4.169.779 | 6.891.857 | 7.023.313 | 7.396.239 | 7.404.570 | 7.561.989 |
| Üniversite | 781.990 | 1.601.878 | 1.630.464 | 1.737.627 | 1.891.094 | 1.842.001 |
| Özel | 556.494 | 3.485.092 | 3.719.780 | 3.900.407 | 4.237.453 | 4.048.696 |
| Toplam | 5.508.263 | 11.978.827 | 12.373.557 | 13.034.273 | 13.533.117 | 13.452.686 |

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Ülkemizde özel hastaneler, üniversite hastaneleri ve devlet hastaneleri ürettikleri hizmeti satmaya dayalı hizmet başı ödeme yöntemleri ile finanse edilmektedir. (Aydın, 2005) Bu hizmetin en büyük alıcısı ise Sosyal Güvenlik Kurumu aracılığıyla devlet müessesesidir. Devlet, SGK ile anlaşma yapmayı tercih etmiş özel sağlık kuruluşlarının en önemli müşterisi konumundadır. Özel sağlık hizmetinin, hem finansörü hem de düzenleyicisi devlettir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, bu hizmetin sunumu özel işletmeler tarafından verilse dahi, özel sağlık hizmet sunumunu, kamu hizmet olarak yorumlamakta mümkündür.

Özel hastanelerin sağlık sektöründe ki önemi açıktır. Özel sektör, kamu hastanelerinin yükünü hafifletmekle birlikte, rekabet ortamı oluşturarak, sağlık sektöründe hizmet kalitesinin artmasında da pay sahibi olmuştur. Ancak, sosyal bir hak olan sağlığın, özel işletmelerce sunulması çeşitli etik kaygıları da yanında getirmektedir.

Ağrı çeken, ıstırap duyan, umut arayan bir hasta insanın bu hastalığını gidermek için kar amaçlı tesisler kurmanın ne derece doğru olduğunu tartışmak gerekir. Her ne pahasına olursa olsun hizmet almak ve bunun bedelini ödemek zorunda olan insanların verdiklerinden artı değer oluşturarak bunun yatırımcılar arasında paylaşıldığı bir yapının etik çatısını sorgulamamak mümkün değildir. (Aydın, 2006)

2.4.3.1. Türkiye’de Özel Hastanelerin Tarihsel Gelişimi

1858 yılında, Sultan 2.Abdülmecid’in annesi Bezmialem Valide Sultan’ın yaptırdığı hastane darüşşifa geleneğinden sonra bir vakıf tarafından yapılan ilk modern hastanedir. Uzun yıllar Bezmialem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi adıyla hizmet vermiştir. (Tokaç ve Topçu, 2013) Halen, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi olarak hizmet vermeye devam etmektedir. Azınlıklara ait vakıf hastaneleri de aynı dönemlerde faaliyet göstermekteydiler. İstanbul’da Balıklı Rum (1746), Yedikule Surp Pıgiç Ermeni(1834), Surp Agop (1856), Or-

Ahayim Musevi(1898) gibi azınlıkların kendi açtıkları hastaneler mevcuttu. (Şehsuvaroğlu, 1984; Yıldırım, 2010)

St.Benoit, Pasteur (1853), Lape (La Paix) (1856) gibi Fransız hastaneleri yanında Avusturya-Macaristan (1830), Avusturya St.Jorj (1854), Alman Katolik, Alman (Protestan) (1847), Alman-İsviçre, Aya Nikola Rus (1874), Dersaadet İtalyan (1876), İngiliz (1855), İran(1901), Bulgar(1902) ve Amerikan(1920) hastaneleri de yabancı misyon hastanelerinin örnekleridir. (Şehsuvaroğlu, 1984; Yıldırım, 2010) Günümüzde, bu hastanelerden birçoğu özel hastane statüsünde, hizmet vermeye devam etmektedirler.

Maison de Sante, Şifa Hastanesi, Şişli Kliniği, Fatih, Alemdar ve Şişli Sıhhat Yurtları 10 Mart 1898 tarihli Hususi Hastaneler Nizamnamesi'ne göre 19.yüzyıl sonlarından itibaren açılan ve hastaneler tarihinde önemli yeri olan bazı özel hastanelerdir. (Yıldırım, 2010)

Ömür Kliniği, Teşvikiye Sağlık Yurdu, Ortaköy Şifa Yurdu, Dr. Pakize Tarzi Doğum Evi Cumhuriyet döneminde faaliyet göstermiş farklı özel hastanelerdir. (Şekil: 2.12)

17.04.1960



Milliyet
Sayfa 1

Kral Hüseyin Ürdünlü talebelerle görüştü Misafir Kral "Gayem Arap ve Müslüman camiasını bir bütün halinde toplamaktır,dedi ÜRDÜN.Krah Hüseyin,dün Ortaköy Şifa Yurdunda yatan babasını ziyaret etmiş,öğl

[Haberini Oku](#)

[Sayfayı Oku](#)

Şekil: 2.12 Ortaköy Şifa Yurdu Kral Hüseyin Ziyareti (WEB_11, 1960)

Devletin sağlık ile ilgili görevlerini, özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği 1982 Anayasasında belirtilmiştir. (Işık, 2011) 1980'lerin ikinci yarısından itibaren sağlık alanında devlet teşvikleri başladı, 1990'larda özel sağlık kurumları da giderek artan bir hızla devreye girdiler... Sağlık hizmetlerinde kalitenin düşmesi ve kapasite darlığı nedeniyle resmi kurumların dışında hizmet satın almak isteyen, geliri daha yüksek olan tabakaya yönelik bir özel sağlık sektörü gelişmeye başladı. Eskiden de kendi adına çalışan doktorlar, özel hastane ve klinikler vardı, fakat bu dönemde hacmin dikkat çekici bir biçimde büyüdüğü görülmektedir. Nitekim 2000'lerin ortasında, yatak kapasitesinin onda biri özel sektör hastanelerinde bulunuyordu. (Keyder, 2007)

Modern hastanecilik tarihi, International Hospital'ın 1989 yılında İstanbul Yeşilköy'de kurulmasıyla başlamıştır. International, batılı anlamda Türkiye'ye hastaneciliği getirmiştir.

(Şekil:2.13) International, günümüzde hastanelerin yaptığı pazarlama çalışmalarını, o günlerde yapmaya başlamıştır. Televizyon kanallarına doktorların katılımı, internetten randevu, gazete ilanları yapılmış bazı çalışmalardır. (Şekil:2.14) Zamanının ünlü isimleri Zeki Müren, Erdal İnönü, Semra Özal, Sadri Alışık, Zerrin Özer, Öztürk Serengil hizmet almak için bu hastaneyi tercih etmişlerdir. (Şekil:2.15)

Bunula birlikte, hastanenin görece fahiş fiyatları da eleştirilere konu olmuştur. (Şekil:2.16)



Şekil: 2.13 International Hospital Hizmet Vermeye Başladı (WEB_12, 1989)



Şekil: 2.14 İlk Kez İnternette Doktor Randevusu (WEB_13, 2000)

10.07.1993



Milliyet
Sayfa 1

Zeki Müren hastanede Türk Sanat Müziği'nin ünlü sanatçısı Zeki Müren, Bodrum'dan helikopterle İstanbul'a getirildi. International Hospital Hastanesi'ne yatan sanatçının kalp rahatsızlığı geçirdiği öne s

[Haber Oku](#)

[Sayfayı Oku](#)

Şekil: 2.15 Zeki Müren International Hospital'da (WEB_14, 1993)

17.12.1992



Milliyet
Sayfa 5, Ekonomi Araştırma

Ana-baba olmak pahalı BEBEK doğum ücretleri 25 milyon liraya kadar çıkıyor. Zeynep Kâmil Hastanesinde 625 bebeğe yapılan harcama International Hospital'da bir bebeğe yapılıyor. İstanbul'da en ucuz doğum

[Haber Oku](#)

[Sayfayı Oku](#)

Şekil: 2.16 International Hospital Doğum Ücretleri (WEB_15, 1992)

Koç Holding'in Amerikan Bristol Hastanesini 1994 yılında satın almasıyla birlikte, büyük bir holdingin sağlık alanına yatırım yapmış olması, diğer yatırımcıları da cesaretlendirmiş ve özel sağlık yatırımları hız kazanmıştır. Vehbi Koç Vakfı, 16.000m2 olarak devraldığı hastaneye, 200 milyon dolardan fazla yatırım yaparak, yeni modern binalarıyla 2007 yılında 60.500 m2'lik bir modern sağlık tesisine dönüştürmüştür. Hastane o güne kadar New York kökenli, kar amacı gütmeyen Amerikan Hastanesi Şirketi tarafından yönetiliyor ve destekleniyordu. Vakıf, daha sonrasında İtalyan Hastanesi'ni de kısa bir dönem elinde bulundurmuştur. (Şekil:2.17)

29.10.1994



Milliyet
Sayfa 16 , İç Haber

AMERİKAN BRISTOL HASTANESİ KOÇ VAKFI'NIN OLDU 1920'den bu yana, ülkemizde yaşayan yerli yabancı tüm insanlara hizmet veren Amerikan Bristol Hastanesi, hem yeni yatırımları, hem de içinde bulunduğu imkans

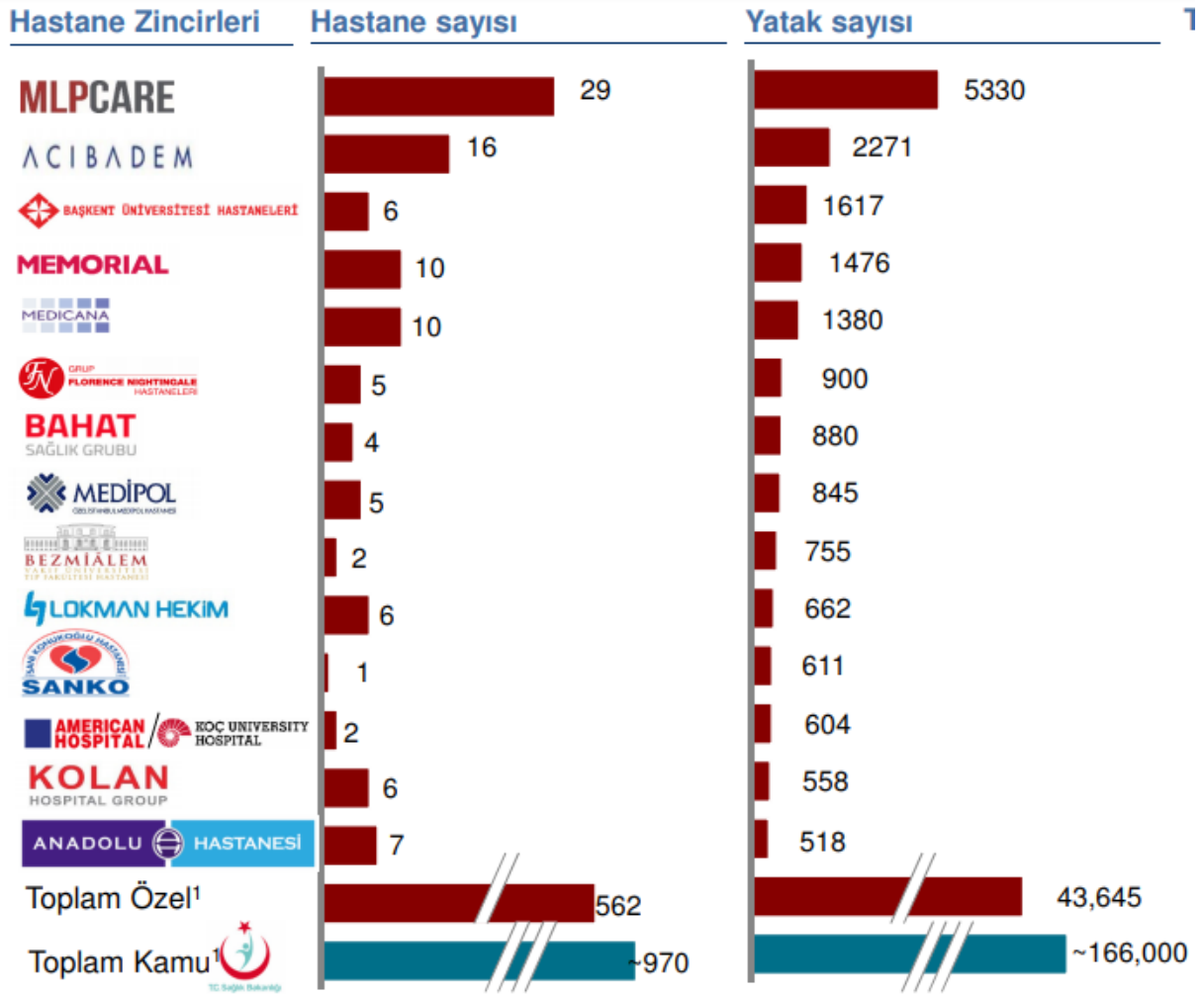
[Haber Oku](#)

[Sayfayı Oku](#)

Şekil: 2.17 Amerikan Hastanesi'ni Koç Vakfı'nın Oldu (WEB_16, 1994)

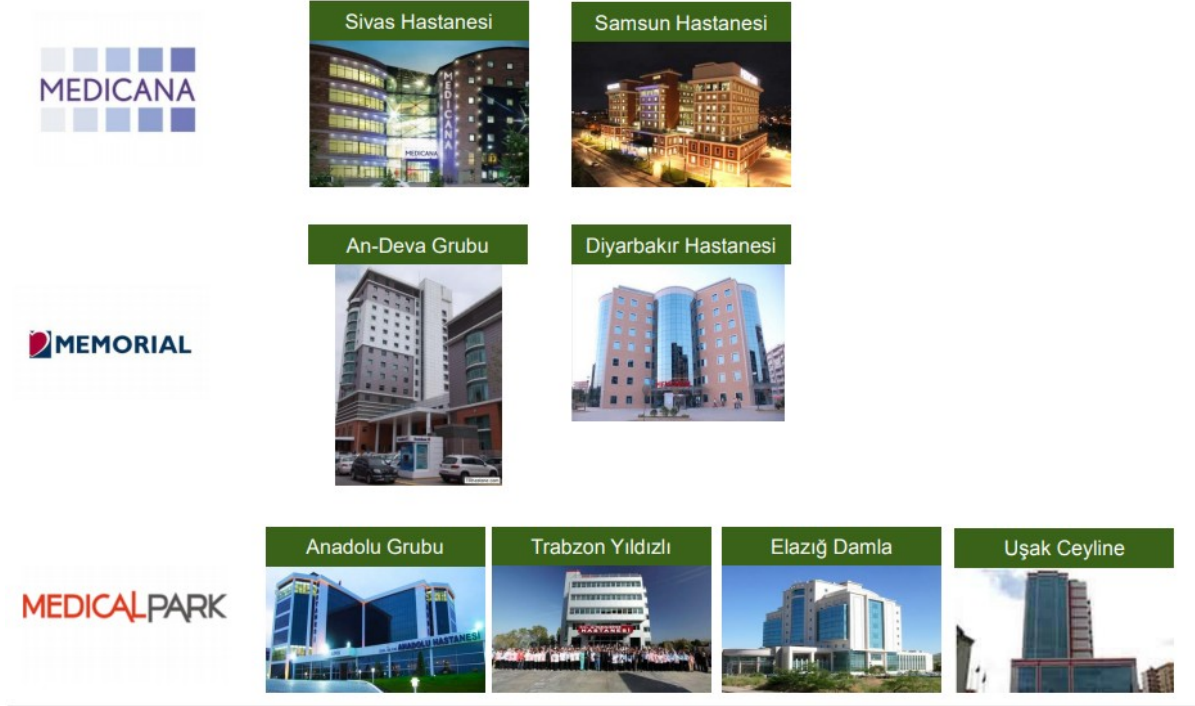
Günümüzün büyük oyuncularını incelendiği takdirde, iki ana kriter olarak düşünülebilecek hastane sayısı ve yatak sayısı faktörlerine göre, Medical Park, VM, Liv markalarını

bünyesinde bulunduran MLP ve Acıbadem Sağlık Grubu dikkat çekmektedir. Sıralama, Başkent Üniversitesi Hastaneleri, Memorial ve Medicana olarak devam etmektedir. En büyük 5 özel hastane zinciri, toplam özel yatak sayısının %28'ini oluşturmaktadır. (Şekil:2.18)



Şekil: 2.18 Zincir Özel Hastaneler (TOBB, 2015)

SGK'nın özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın almaya başlaması ile zincir hastanelerin oluşmaya başladığı ve yatırımlarında arttığı gözlemlenmektedir. Bu amaç doğrultusunda, yerli hastaneler arasında konsolidasyon gerçekleşmiştir. (Şekil:2.19) Daha çok hastanesi olan, arkasında güçlü bir sermaye bulunduran kuruluşlar kendilerinden daha küçük oyuncuları satın alma yoluna giderek, büyümeyi hedeflemişlerdir.

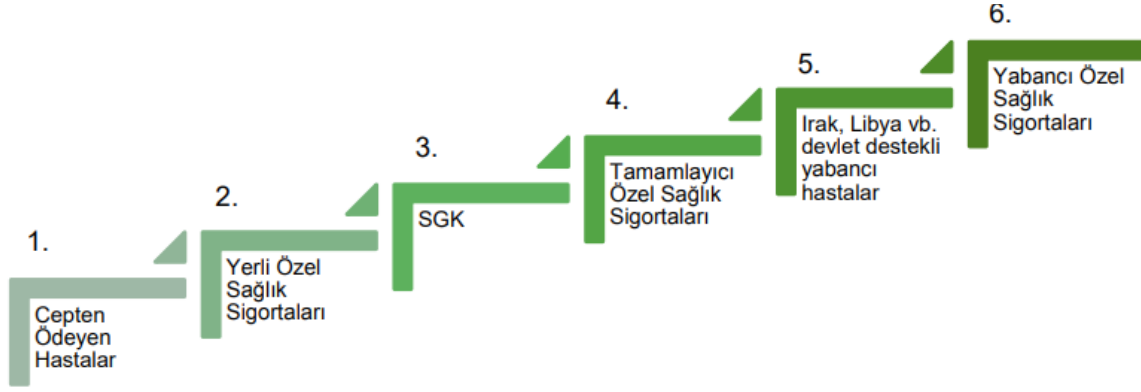


Şekil: 2.19 Yerli Oyuncular Arasında Konsolidasyon (Yavaşal, 2015)

2.4.3.2. Özel Hastanelerin Gelir Kalemleri

Özel hastaneler, kamu hastanelerinden farklı olarak kar amacı güderler. Bu işletmelerin, yapılan özel hastane yatırımından getiri beklentisi olan, çeşitli yatırımcıları, paydaşları ve üst düzey yöneticileri mevcuttur.

Hastaneler, yüksek giderlere sahip olan işletmelerdir. İnsan kaynağı ve teknoloji bu giderlerin en tepesindedir. Hizmeti sunan kişiler olan hekimler, yoğun bir eğitim hayatından geçtikleri, hastanelerin kar zarar durumlarına doğrudan etki edebildikleri ve sağlık hizmetlerinin tam merkezinde yer aldıkları için yüksek gelir grubuna sahip kişilerdir. Ayrıca, yüksek teknoloji ürünleri olan MR, Pet-Ct, Robotik Cerrahi, Cyber Knife gibi sağlık hizmetinin sunumuna yardımcı olan cihazlar, yüksek maliyetlere sahiplerdir. Bu nedenlerle, hastaneler karlarını maksimize edebilmek için çeşitli çalışmalar yapmaktadırlar. Bunun yöntemlerinden biri de gelir kalemlerini çeşitlendirebilmektir. Özel sağlık işletmelerinin gelir kalemleri, yıllar içinde artış göstermektedir. (Şekil:2.20)



Şekil: 2.20 Özel Hastanelerin Gelir Kaynaklarının Gelişimi (Yavaşal, 2015)

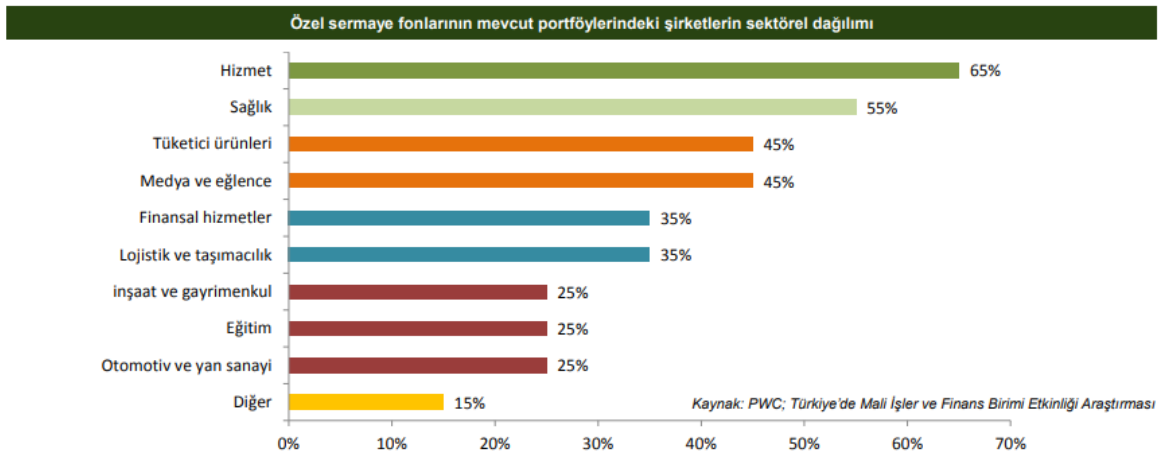
Özel hastanecilik gelişmeden, yalnızca muayenehaneler, klinikler, doğum evleri, küçük çaplı hastanelerin ilk gelir kaynakları, cepten ödemeli hastalar olmuştur. Özel sağlık sigortalar, vakıf sandıklar ve sosyal güvenlik kurumu ödemeleri hastanelerin gelir kaynaklarını farklılaştırmıştır. Özellikle devletin, özel sektörden hizmet satın alma kararı ile birlikte, özel sağlık kuruluşları için yeni bir dönem başlamıştır ve birçok özel hastane SGK ile anlaşma yoluna gitmiştir. Böylece devlet, SGK'lı olarak özel hastanelerden hizmet alan bireyler için, Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilen fiyatlandırma esaslarına göre, Genel Sağlık Sigortası kapsamında, özel hastanelere ödeme yapmayı kabul etmektedir. SUT'da her tanı ve tedavi için belirlenmiş farklı fiyatlar yer almaktadır. Hastanelerin en büyük gelir kaynağı bu kanaldan gerçekleşmektedir. Daha öncede belirtildiği gibi devlet, özel sağlık kuruluşlarının en büyük müşterisi durumundadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, özel hastanelerin kullanımını teşvik eden ve kolaylaştıran bir ürün olarak piyasada yer almaktadır. Bu ürün, SGK ile anlaşmalı hastanelerde geçerlidir. Bireyler özel sağlık sigortasına göre daha az prim ödeyerek, özel hastanelerde SGK kullanımlarında çıkan fark ücretleri ödememektedirler.

Özel hastaneleri heyecanlandıran, yatırımlarını teşvik eden en güncel konu ise, sağlık turizmidir. Sağlık turizmi kapsamında hastaneler, ülkelerinde gerek hizmetin kalitesizliği veya sunulmayışı gerek mali sebeplerle, şifasını farklı ülkelerde arayan hastalara hizmet verirler. Sağlık turizmi çeşitli kanallardan gerçekleşebilmektedir. Savaş mağduru olan kişiler, ülkeleri tarafından tedavi amaçlı farklı ülkelere gönderilebilmektedir. Bunun yakın bir örneği olarak, ülkemize gelen Libya ve Iraklı hastalar gösterilebilir. Sadece mağduriyet durumunda değil, sağlık hizmeti sunumu gelişmemiş olan yabancı devletler, çeşitli fonlar oluşturarak vatandaşlarını farklı ülkelere tedavi amaçlı gönderebilmektedirler. Uluslararası özel sağlık sigortalarına sahip kişilerde, farklı ülkelerde hizmet alabilmektedirler. Acenteler ve aracı

kuruluşlar da sağlık turizminin gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Bu alanda ki gelirin çekiciliğini gören sağlık kuruluşları, uluslararası düzeyde stratejik çalışmalar yapmaktadırlar;

- Özellikle komşu ülkelerde açılan klinikler
- Partner hastaneler
- Özellikle cerrahların, hedef pazara giderek ameliyat yapmaları
- Sponsorluk çalışmaları

Hastanelerin farklı bir gelir kaynağı da, aldıkları yatırımlardır. Özel sermaye fonlarının, ülkemizde yaptıkları yatırımlar incelendiğinde, fonların portföylerinden %55 oranında sağlık sektörüne yatırım yaptıkları görülmektedir. (Şekil:2.21)



Şekil: 2.21 Özel Sermaye Fonlarının Portföy Dağılımları (PWC, 2014)

Özel Hastane sektöründeki satın alımlar ise SGK'nın sağlık hizmetlerini özel sektörden almaya başlaması ile hızlanmış ve oyuncuların yatırım kriterlerini karşılama olanağı sağlamıştır. (Yavaşal, 2015) Ayrıca 2007'den itibaren yoğun bir şekilde yatırım fonlarının hastanelere ilgi gösterdiği, izlenmektedir. (Şekil:2.22)

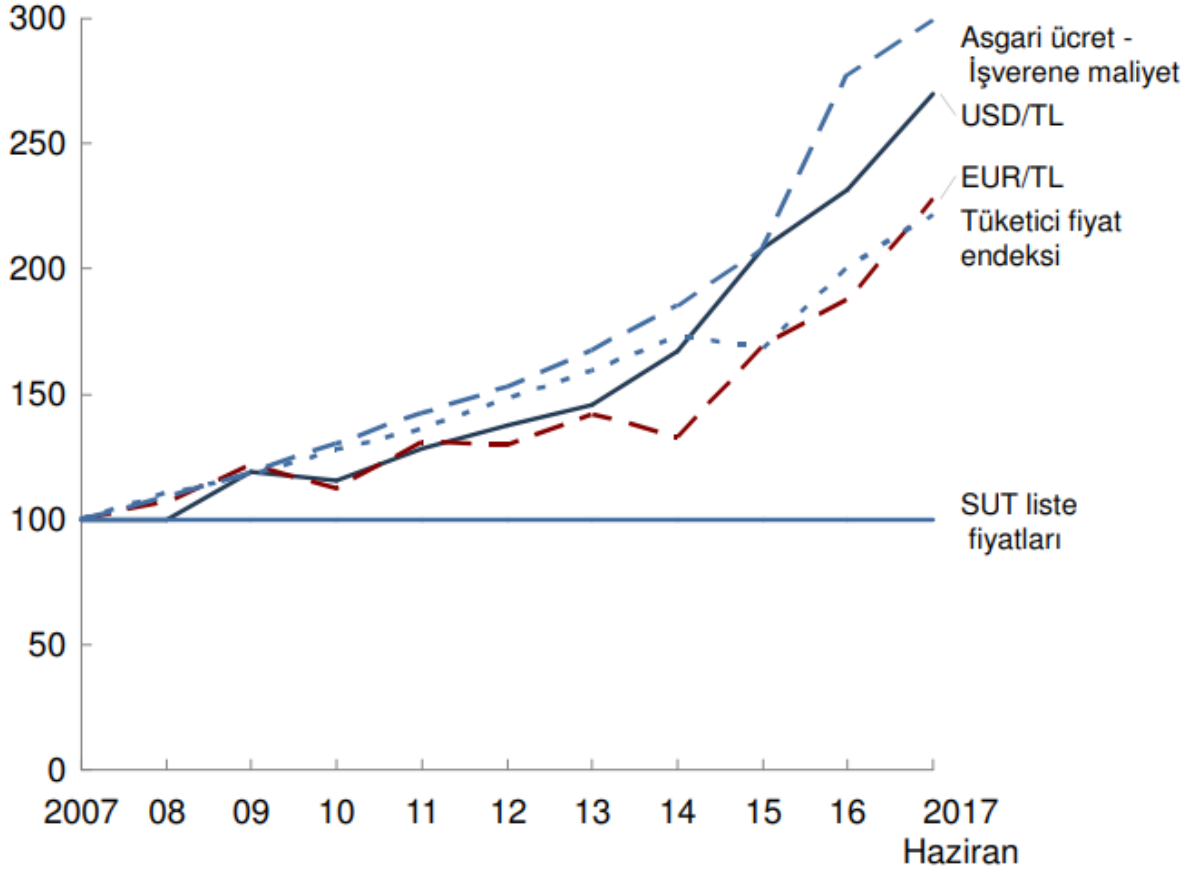


Şekil: 2.22 Özel Sermaye Fonları – Özel Hastane Yatırımları (Yavasal, 2015)

2.4.3.3. Özel Hastanecilikte Regülasyonlar

Temel sağlık hizmetlerine erişimin, dünyanın birçok ülkesinde bir hak olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple, sağlık hizmetlerinin önemli oyuncularından biri her zaman devlettir. Ülkemizde devlet, sağlık bakanlığına bağlı kurumlar ve aile, çalışma ve sosyal hizmetler bakanlığına bağlı olan SGK ile sağlık hizmetlerini kontrol etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumu özel sektör tarafından yapılsa dahi, ülkemizde ki tüm hastaneler sağlık bakanlığı tarafından denetlenmektedir ve bakanlık, özel hastaneler üzerinde doğrudan yapıtım yapma hakkına sahiptir. Bu yaptırımlar, ruhsat iptali, kısa süreli faaliyet durdurma, para cezası, branş kapatma şekline kendini göstermektedir. Çalışmamızın amacı gereği, bu başlıkta belirteceğimiz hususlar, sağlık hizmetinin kendisine yönelik yapılan regülasyonlar değil, konunun işletme, özellikle de pazarlamanın dört bileşeninden ikisi olan fiyat ve tutundurma yönü ile ilgili yapılan regülasyonlar olacaktır.

SGK ise kendisi ile anlaşma yapmayı tercih etmiş özel hastanelerin, sunduğu hizmeti fiyatlandırmalarına doğrudan müdahale etmekte, hangi işlem için kurum tarafından hastaneye ne kadar ücret ödeneceğini ve hastadan en fazla ne kadar fark ücreti alabileceğini, SUT ve eklerinde belirtmektedir. Ancak 2007 yılında sisteme giren SUT'un büyük ölçüde halen sunuculara aynı ücretleri ödüyor oluşu, özel hastaneler tarafından eleştirilere konu olmaktadır. Kilit mali göstergelere bakıldığında, SUT fiyatlarının yükselen döviz kurları, enflasyon ve maliyetler karşısında fiyat endeksi oranında artmadığı izlenmektedir. (Şekil:2.23)



Şekil: 2.23 Kilit Mali Göstergelerin Değişimi (TOBB, 2017)

Özel hastaneler, SGK'lı olarak hizmet sundukları hastalardan SUT rakamlarının %200'ü oranında ek ödeme talep edebilirler. Ancak, teori de bu şekilde olan uygulama, pratikte çeşitli sorunlara sahiptir. Güneren, SGK tarafından SUT ile belirlenmiş, ücretlendirilmeye zorunlu olarak uyduğunuzda ürününüzün satış ücreti belirlenmiştir. Size kaç mal olacağı, sizin sorunuzdur, diye belirtmiştir. Özel hastaneler özel işletmelerdir, giderlerini satışlarına yansıtırlar... Özel hastaneler hastadan fark almakta her ne kadar nisbi oranlar söz konusu gibi görünse de, aslında özgürdürler. (Güneren, 2012) Birçok özel hastanenin yasal farkın üzerinde hastadan fark ücreti talep etmek zorunda kaldığı, bilinen bir gerçektir.

Örneğin diyabetik ayaktaki doku defekti için deri grefti ile tedavi ücreti yaklaşık 400 TL'dir, oysa diyabet hastalarının yara iyileşmesi bozuktur, deri grefti öncesinde defalarca temizlik ameliyatlarına ve uzun yatış süresine ek olarak günümüzde doku rejenerasyonunu artırıcı uygulamalar hatta alloplastik ürünler de kullanılmaktadır. Bu durumda fatura 4000 TL'ye çıkabilir. Bu olay örnek bir olguda yaşanmıştır ve SGK yetkilisi, 'biz bu ameliyatı önemsememiş olsaydık ücretini yüksek tutardık, bizim küçük ameliyat grubuna aldığımız bir tedavide siz

yüksek maliyetli sarf kullanmışsınız, bu bizi ilgilendirmez' demiş ve kesinti yapmıştır. (Güneren, 2012)

Kamu ve meslek birlikleri tarafından düzenlenen diğer bir konu ise, sağlık hizmet sunucularının pazarlama çalışması yapmaması gerekliliğidir.

Türkiye'de, sağlık hizmetlerinde reklam araçları olarak bugün gazete, dergi, televizyon, radyo, el ilanları, broşür, doğrudan posta ve hatta billboard gibi tüm medya araçları kullanılmaya başlanmıştır. Örneğin: sağlık kuruluşları, iddialı oldukları alanları, basın-yayın organları aracılığıyla; bazı hastaneler ise hastaneye kurulan yeni bir cihazı, uzman doktor kadrosunu, açılan yeni bölümleri reklam vasıtasıyla duyurarak dikkat çekmeye çalışmaktadırlar (Sezer, 1999)

Tüketicilerin korunmasına yönelik olarak belirlenmiş olan bu yasal düzenlemeler, birçok eksiklik içermesi bakımından, özde tüketicilerin yeterince korunmasına katkı sağlayamamaktadır, denilebilir. Genel olarak reklam faaliyetleri, Basın ve Ahlak Yasası, Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu Reklam Yönetmeliği, Reklam Kurumu Yönetmeliği çerçevesinde yürütülmektedir. (Ekiyor, Tengilimoğlu, 2014)

Ayrıca, sağlık hizmetlerinde reklamı sınırlandıran 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Tıbbi Deontoloji Kanunu, 1262 Sayılı İspançiyari ve Tıbbi Müstehzarlar Kanunu, Beşeri ve Tıbbi Müstahzarların Tanıtım Yönetmeliği, Ayaktan Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik, Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanun, Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkındaki Kanun ve Türk Tabipler Birliği Yasası gibi düzenlemeler bulunmaktadır (Tengilimoğlu, 2011)

Sağlığın korunması için ihtiyacın saptanması konusunda tek belirleyici kişi hasta değildir. Sağlık hizmetine gereksinim duyanlar daha güçsüz durumdadır. Bu kişiler, hastalık olgusunun kişide yarattığı etkiler sebebiyle uyarılara büyük ölçüde açıktır. Bir başka anlatımla hastaların sağlık hizmetleri ile ilgili reklamlardan etkilenme olasılıkları çok yüksektir. Bu nedenle, sağlık alanında yapılacak olan reklamlar, hasta ve hasta yakınlarının sağlıklı karar verebilmelerini engelleyici, çeliştirici bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. (Giritlioğlu, 2017)

Ancak, kar amacı güden özel işletmelerin olduğu bir alanda, oyuncular doğal olarak kendilerini tanıtmaya isteği duymaktadırlar. Esasında, aynı SUT'da olduğu gibi, özel sağlık

hizmet sunucuları çeşitli yollarla bu yasakları çiğnemek zorunda kalmakta ve gerekirse bir ceza bütçesi dahi oluşturabilmektedirler.

Türkiye’de son yıllarda gerek kamu gerekse özel sağlık kuruluşlarının ilgili mevzuat hükümlerini ihlal eder tarzda sağlıkta reklam yasaklarını delmek üzere örtülü reklam yöntemlerinin uygulamaya konulduğu gözlenmektedir. (Ekiyor, Tengilimoğlu, 2014)

Özel Hastaneler Yönetmeliğinin 60.maddesinde, Özel hastanelerin sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgilendirme ve tanıtımlar yapmalarına izin verilirken, talep yaratmaya yönelik açıklamalara yer verilemeyeceği belirtilmiştir. Yine aynı maddede, kuruluşların hizmet alanları ve sunacağı hizmetler ile açılış bilgileri ve benzeri konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapıp, ilan verebilecekleri bildirilmiştir. Hastanelerin web sitelerinde, hiçbir şekilde tedavi edici sağlık hizmetine yönelik bilgi verilemeyeceğinin altı çizilmektedir. Yönetmelikte ayrıca, belirtilen esaslara uymayan özel hastane sahipleri ve mesul müdürleri hakkında yaptırım uygulanacağı ifade edilmiştir. (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2002)

Tıpkı hastaneler gibi, hekimlerde görünür olma isteği duymaktadırlar. Ancak, özel sağlık işletmeleri için geçerli olan kısıtlamalar, ister bir kuruluşa bağlı ister serbest çalışsın, hekimler için de geçerlidir.

Sonuç olarak; tüm bu düzenlemeler, hekimlik mesleğine ve tedavi kurumlarına ticari bir görünüm verilmesini ve bu alanda reklam yapılmasını tartışmaya yer bırakmayacak şekilde yasaklandığını göstermektedir. Hekimler ve özel sağlık kuruluşları tarafından hukuksal düzenlemelerde gösterilen sınırlar içinde kalmak kaydı ile ilan verebileceğini, kişilerin evrensel kabul görmüş bilimsel doğrular ışığında ve yine hukuksal düzenlemelerdeki sınırlamalara uygun olarak bilgilendirilebileceğini, ancak tüm bunların reklam niteliğinde olmaması gereğini ortaya koymaktadır. (Giritlioğlu, 2017)

2.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama

Sağlık hizmetlerinin pazarlanması veya bir diğer deyişle sağlıkta pazarlama dünyada olduğu gibi son yıllarda ülkemizde de önem kazanmış konulardan biridir. Daha düne kadar “sağlık” ve “pazarlama” gibi iki kavramın çoğu zaman sağlık sektörü içerisinde yer alanlar tarafından bir arada kullanılmasını değil işitmek, düşünmek bile mümkün değildi. Sağlığın pazarlanması gibi bir yaklaşımı kabul etmek ise pek çoklarına göre hala kabul edilemez bir şey olarak görülmektedir. Ancak dünyada, ülkemizde ve sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler sağlık

pazarlamasına olan bakışı değiştirmiştir. Pazarlamanın sektördeki yatırımcılar, yöneticiler, tedarikçiler, doktorlar, tüm sağlık personeli ve devlet kadar hastaları da çok yakından ilgilendirdiği geçte olsa anlaşılmıştır. (Cengiz, 2013)

Ülkemizde sağlık hizmetleri pazarlamasının gelişimine, devlet politikaları öncülük etmiştir. 1982 Anayasasında geçen, devletin özel sağlık kuruluşları aracılığıyla sağlık hizmeti sunabileceği yasaı ile başlayan süreç, 2007’de devletin SGK aracılığı ile özel hastanelerle anlaşma yapmaya karar vermesi ile devam etmiştir. Bu yenilikler, sağlık sektörünü bir iş haline dönüştürmüş ve kar amacı güdülen bir alan haline getirmiştir. Böylece bu kuruluşlar, yönetim sürecinin bir fonksiyonu olan pazarlamaya da önem vermeye başlamışlardır.

90’lı yılların sonu 2000’li yılların başıyla sağlık sektöründe hedef “hasta insanlar” değil aynı zamanda “sağlıklı insanlar” olarak yeniden tanımlanmıştır. (Cengiz, 2013) ABD’de yeşeren bu düşünce, sağlık hizmetleri pazarlamasını hastaneler açısından önemli bir yönetim fonksiyonu haline getirmiştir. Günümüz tüketim toplumunda ise “sağlıklı yaşam” bir motto haline almıştır. Bu slogan “hayatın tıplaştırılması” veya “medikalizasyon” olarak isimlendirilen, yeni kavramların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Medikalizasyon; genellikle hastalık ya da rahatsızlık bakımından tıbbi olarak tanımlanmayan problem ve tedavilerin tıbbi problemler olarak tanımlanmasıdır. Örneğin, alkolizm, hiperaktivite vs. davranışların önce tıbbi olarak tanımlanması daha sonra da tıbbi destek sağlanacak bir problem haline gelmesini (Gabe-Bury-Elston,2004) anlatan bir kavramdır. Bundan yaklaşık 30-40 yıl öncesinde tıbbi literatürde ve günlük yaşam dilinde kullanılmayan; hiperaktivite (ADHD), anoreksiya, kronik yorgunluk sendromu (CFS), travma sonrası stres hastalığı (PTSD), panik atak, fetal alkol sendromu (PMS) vs. bir çok durum artık tıbbi profesyonellerin onları tanımlamasıyla beraber, yaygın olarak bilinen hastalık ya da rahatsızlık haline gelmişlerdir (Conrad,2007) Yeni oluşan bu durumlar, insan sağlığının gelişmesine katkı sağladığı gibi sağlık hizmeti sunucularının gelişimine de katkı sağlamıştır.

Günümüzde sağlık hizmetlerinde pazarlama kavramından söz edilse de, hastanelerin ne ölçüde pazarlama faaliyetleri yürütebildikleri, tartışılmaktadır. Bu durumun iki ana nedeni olduğu düşünölmektedir. İlki, kamu politikalarının sağlık sektöründe pazarlama çalışmalarına getirdiği yasaklar ve sınırlandırmalardır. İkincisi ise, hastane yönetimlerinin bu alana yönelik bakış açılarıdır. Sektörde, bütünleşik pazarlama anlayışından uzak olarak, tanıtım ekseninde yoğunlaşılmıştır.

2.4.4.1. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Önemi

Türkiye sağlık sistemi 2003 yılından bu yana “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında bir reforma tabi tutuldu ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanında köklü değişimler yaşandı. Bu dönüşümün ikili bir sonucu olduğu söylenebilir: Bir yandan tüm kamu fonlarının tek bir çatı altında birleştirilerek tek ödeyicisi olan sisteme geçilmesi ve nüfusun tamamına yakınının bu sağlık sigortası kapsamına alınması ile eskisine nazaran daha adil/daha az hiyerarşik bir yapı oluşturuldu ve sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırıldı. Ancak öte yandan çok sayıda uygulama ile sağlık hizmetlerinde piyasalaşma ve metalaşması aşırı şekilde hızlandırıldı. (Kılıçaslan, 2015) Bu durumun olağan bir sonucu olarak, zaten literatürde olan sağlık hizmetlerinin pazarlanması kavramı önem kazanmaya başlamıştır.

Bireylerin sağlıklarına verdikleri önemle, hastanelerin sağlık hizmetleri pazarlamasına verdikleri önem arasında bir doğru orantı mevcuttur ve iki durumunda birbirini etkilediği düşünülmektedir. Bireyin sağlığına verdiği önem, hastanelerin pazarlamaya önem vermesini arttırmaktadır. Aynı şekilde hastanelerin pazarlamaya önem vermesi de bireylerin sağlıklarına verdikleri önemi arttırmaktadır. İşletmeler, tüketicileri dürterek daha sağlıklı yaşamaları ve hastaneleri daha çok kullanmaları gerektiğini iletmektedir. Keyder, yaşam kalitesini yükseltme çabası içinde, sağlık güvencesinden daha önemli bir unsur olamayacağını belirtmektedir. (Keyder, 2007)

Hastanelerin gerek insan gücü gerek yoğun teknolojiden kaynaklı, sahip olduğu ağır mali yük, pazarlamanın işletmeler için önemini arttırmaktadır.

MR, BT, US gibi tanı cihazları, genel olarak sadece mesai saatlerinde, kimi hastaneler tarafından gece yarısına kadar kullanılmaktadır. Robotik cerrahi, cyberkife gibi gelişmiş teknolojik tedavi cihazları ise yalnızca mesai saatlerinde kullanılabilir. Zincir hastaneler tek bir hastanesine bu cihazları alarak, geri kalan hastanelerinin de hizmetine açık bir maliyet avantajı yakalayıp, cihazları daha yoğun kullanabilmektedirler. Aydın, hiçbir sanayi kuruluşunun, bu kadar pahalı yatırımı haftada 40-45 saat faal tutup, 117-128 saat atıl bekletmeye tahammül edemeyeceğini, bu cihazların sağlık kuruluşlarında, bu kadar kısıtlı zamanda kullanıldığını, geri kalan zaman diliminde, hastanelerin sadece acil hizmeti vermekte olduğunu, belirtmiştir. (Aydın, 2006) Pazarlama stratejileri ile bu cihazların, daha etkili kullanılması sağlanabilir. Akla gelen ilk yöntem, cihazların daha çok hasta görmesi için çalışmaktır. Aynı zamanda, Robotik cerrahi cihazına sahip olmadan, bu teknolojiye sahip hastaneler ile anlaşma yapılarak, cihaz müşterek olarak kullanılabilir veya bu yatırımın altına girerken maliyet, farklı kurumlar arasında paylaşılabilir.

Hastanelerin, yüksek gider kalemlerinden biri de hekim ödemeleridir. Hastaneler, sürdürülebilir mali yapılaraya sahip olmak için istihdam ettikleri tüm hekimleri etkili çalıştırmak zorundadırlar. Hekimin, hasta bakmadan geçirdiği her bir randevu aralığı, hastane için ek bir maliyet demektir. Pazarlama ile hekimlerin daha efektif çalışması sağlanabilmektedir.

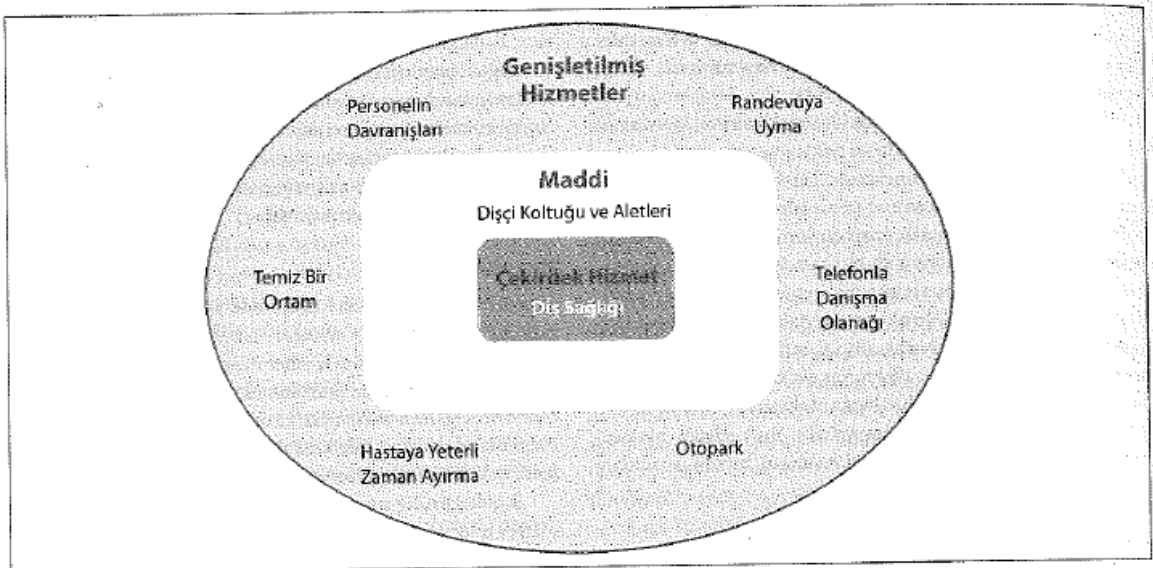
2.4.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması

a. Ürün/Hizmet

Çalışmanın birçok yerinde belirtilen, sağlık hizmetlerinin özelliklerinden biri olan bilgi asimetrisi kavramı, tüketici konumunda olan hastanın, satın alacağı ürün/hizmet hakkında net bilgi sahibi olamamasına neden olmaktadır. Bu durumdan dolayı, sağlık hizmetini uygulayan kişi olan hekim ve sağlık hizmetini sağlayan kurum olan hastane, tüketicilerin karar vermesinde başrol oynamaktadır.

Günümüzde tüketici konumuna gelen, hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmeti sağlayıcılarından beklentileri yükselmiştir. Deloitte 2018 sektör raporunda, sağlık hizmetlerinin “shoppable” bir hizmet olduğunu belirtmiştir. (Deloitte, 2018)

Sağlık hizmetlerinin ana(çekirdek) ürünü, hastanın ihtiyacı doğrultusunda verilen sağlık hizmetidir. Örneğin, menisküs yırtığı olan bir hastaya verilecek çekirdek ürün, hastanın eski sağlığına kavuşması için sunulacak olan sağlık hizmetidir. (Şekil:2.24)



Şekil: 2.24 Sağlık Hizmetlerinde Çekirdek ve Genişletilmiş Ürünler (Cengiz,2013)

Ancak tüketici, bilgi asimetrisinden dolayı, ürünü satın alma sürecindeyken, farklı bir takım kriterleri değerlendirebilir. Bu noktada, hekimin iletişimi, ulaşılabilirlik, temiz ortam gibi

faktörler tüketicinin kararını etkileyebilmektedir. Bu faktörler, genişletilmiş hizmetler olarak tanımlanır. Memorial Sağlık Grubunun, Zorlu Center bünyesinde hizmet verdiği, Wellness konsepti buna örnek olarak verilebilir. (Şekil:2.25) Çocukların MR, BT gibi cihazlara girmekten çekindiklerini fark eden GE firması ise Adventure Series ile bu bariyeri aşmayı hedefleyen bir inovasyon ve genişletilmiş hizmet örneği sunmaktadır. (Şekil:2.26)



Şekil: 2.25 Yeni Nesil Poliklinik Odası



Şekil: 2.26 GE Adventure Series MR Cihazı

Günümüz rekabet koşulları ve tüketim ortamında, hastaneler ürünlerini çeşitlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu çeşitlendirme branş bazlı olarak yapılabilir. Örneğin, ortopedi kliniği

çatısı altında, çocuk ortopedi, spor hekimliği, onkolojik ortopedi gibi alt bölümler açılarak ürün derinleştirilebilir.(Tablo:2.8) Hastane bünyesinde özellikli yeni klinikler açmakta ürün çeşitlendirmesine örnek olarak verilebilir. Bu amaç doğrultusunda, Palyatif Bakım Merkezi, Girişimsel Radyoloji Ünitesi gibi bölümler hastane bünyesine eklenebilir.Yapılacak bir diğer çalışmada check-up paketleri oluşturularak, ürün gamına yenileri eklenebilir, ayrıca bu check-up çalışmaları tüketiciyi dürterek, check-up içeriği dışında da sağlık hizmeti almasını sağlayıp ciroda artış sağlayabilir. Check-up seçenekleri, kadın 40 yaş altı, 40 yaş üstü, erkek 40 yaş altı, 40 yaş üstü, kardiyoloji, çocuk, jinekoloji, üroloji, metabolizma gibi alt başlıklara kolayca ayrılabilir ve içeriği azaltarak ve çoğaltarak farklı birçok paket daha elde edilebilir.

Tablo: 2.8 Hizmet Karması Örneği (Cengiz, 2013)

| | | Hizmet Karmasının Uzunluğu | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|------------------|
| | | Ortopedi ve Travmatoloji | İç Hastalıkları | Genel Cerrahi | Ağız ve Diş Sağlığı | Göz Hastalıkları |
| Hizmet Karmasının Genişliği | Artroplasti-Kalça Cerrahisi | Endokrinoloji ve Metabolizma | Meme Cerrahisi | Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi | Glokom | |
| | Spor Yaralanmaları | Gastroenteroloji | Endokrin Cerrahisi | Protez | Katarakt ve Refraktif Cerrahi | |
| | Ortopedik Onkoloji | Hematoloji | Organ Nakli Merkezi | Endodonti | Göz Tembelliği | |
| | Omuz ve Dirsek Cerrahisi | Nefroloji | Karaciğer, Pankreas, Safra Yolları Cerrahisi | Estetik Diş Hekimliği | Kornea ve Kontakt Lens | |
| | Omurga Cerrahisi | Tıbbi Onkoloji | | Oral İmplantoloji | | |
| | El Cerrahisi ve Mikro-cerrahi | Romatoloji | | Ortodonti | | |
| | Diz Cerrahisi | | | | | |
| | Çocuk Ortopedisi | | | | | |
| | Ayak Cerrahisi | | | | | |

Sektörde, kalp hastanesi, göz hastanesi, diş hastanesi, kanser hastanesi, kadın doğum hastanesi gibi kavramların olması, tüketiciyi de bu alanda düşünmeye itmekte ve genel hastanelerin de hangi branşa odaklandıklarını sorgulamaktadırlar. Bundan dolayı, genel hastanelerin tüm hastane için bir pazarlama çalışması yürüttüğü gibi ayrıca, branş bazlı olarak da pazarlama ve ek bir satış çalışması da yürütmekte oldukları gözlenmektedir.

Sağlık hizmetlerinde ürün, soyuttur. Sağlık hizmetlerinin soyutluğu bunların elle tutulamayacağı gözle görülemeyeceği anlamına gelir. Bu sağlık hizmetleri sunumu açısından çok önem taşır. Çünkü sağlık hizmetleri diğer mal ve ürünler gibi piyasaya sunmadan önce hizmet bekleyen kişilere sunmadan önce kalite kontrolünden geçirmek, depolamak, biriktirmek söz konusu değildir. Bunlar gözle görülüp elle tutulmadığı için üretildikleri anda

tüketilen şeylerdir. (WEB_17, 2016) Hizmet sunan işletmeler, soyut olan hizmetleri satın alıcılar açısından somut yararlarla dönüştürebilmeyi başarmalıdır (Kotler, 2000)

Hizmetin çıktıları değişkenlik gösterebilir. Sağlık hizmetlerinde ürün, sağlık personeli özellikle de hekim tarafından üretilmektedir. Ürünün kalitesi temelde, hekimin bilgi beceri ve tecrübesine bağlıdır. Hizmetin, kişiler tarafından el emeği yoğun bir şekilde üretiliyor oluşu, sürekli aynı ürünün ortaya çıkabilmesini zorlaştırmaktadır. Tüketicinin bu konuda hekim tarafından bilgilendirilip, yapılacak müdahale için ikna edilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde tüketicinin hangi ürünü satın alacağına, hizmeti satın alan taraftan çok hizmeti sunan/satan taraf karar vermektedir. Prostat kanseri olan bir hastaya, ameliyat, radyasyon tedavisi veya gözetim altında bekleme (şimdilik hiçbir şey yapmama) gibi üç seçenek sunulduğunu varsayalım. Bu seçeneklerin her birinde, tedavinin yan etkileri, yaşam tarzı, ömür süresi ve benzeri bazı muhtemel sonuçları düşünmek gerekir. Seçenekleri kıyaslarken hasta kendine, “Ömrümü birkaç yıl arttırmak için üçte bir iktidarsızlık yada idrar tutamama hali riskini almaya hazır mıyım?” sorusunu sormalıdır. Bu tür bir karar vermek çok zordur. Çünkü hasta bu risklerden habersizdir ve idrar tutamama durumunda hayatının nasıl olacağını bilemez. Ama bu senaryoyla ilgili iki korkunç gerçeği açıklayabiliriz. Birincisi, hastaların çoğu, hastalığının ne olduğunu doktorundan öğrendiği ilk gün tedavi şekline karar verir. İkincisi, seçtikleri tedavi şekli doktorun uzmanlık alanına bağlıdır. Bazı doktorlar ameliyat yanlısı cerrah, bazıları radyasyon uzmanıdır. Gözetim altında bekleme konusunda uzman olan ise yoktur (Thaler ve Sunstein, 2008)

Bir ürün olarak sağlık hizmetinin iki komponenti mevcuttur. Hekim, hizmeti sunan kişi olarak bu bileşimde rol almaktadır. Hastaneler ise hizmetin sunulmasını sağlayan, bünyelerinde ameliyathane, medikal teknoloji, hemşire ve yardımcı sağlık personeli gibi ürünün oluşmasını sağlayan altyapı ve insan gücüne sahip olan kuruluşlardır. Bu iki tamamlayıcı unsurun birbirinden ayrılması mümkün değildir.

Her üründe olduğu gibi sağlık hizmetinin çıktısını maksimize edebilmek için de çeşitli denetimler, sınırlandırmalar yapılmaktadır. Kamu da bunun önemli bir örneği, performans kriteridir. Ancak, bu ölçüt nicelik esaslıdır. Aydın, en azından bir boyutun ölçülmeye başlanmış olmasının nitelikle ilgili boyutun ölçülmesi için de fırsat oluşturacağını belirtmiştir. “Sayısını ölçemediğimiz bir şeyin kalitesini ölçtüğümüzü iddia edemeyiz. Sıkı takiple denetim mekanizmaları geliştirmek mümkündür. Bütün bunlara rağmen hekimin en güçlü denetçisi meslek eğitiminde aldığı nosyon, ettiği yemin ve vicdanıdır. Gece yatağına

uzandığında görevini iyi yapmış olmanın huzuruyla uykuya dalabiliyorsa en iyi performansı göstermiş demektir.” (Aydın, 2006)

b.Fiyatlandırma

Fiyat, dar anlamıyla, mal ve hizmetler için talep edilen bedel olarak tanımlanabilir. Daha geniş anlamda ise fiyat, bir mal veya hizmete sahip olma veya kullanmaktan kaynaklanan faydalar karşılığında tüketicilerin ödediği değerlerin toplamıdır (Kotler ve Armstrong, 2000). Pazarlama açısından fiyat sadece pazardaki ürünlerin üzerindeki etiketlerde bulunan rakamlardan ibaret değildir. Fiyat kullanıldığı yere göre farklı anlamlarda karşımıza çıkmaktadır. Örneğin; vizite ücreti, kira, okul harcı, faiz, komisyon, aidat, maaş vb. kavramlarının tamamı fiyatın farklı görüntülerinden başka bir şey değildir. (Schwartz, 1981)

Sağlık hizmet ve ürünlerinin fiyatlandırılmasında başta kamu otoritesi olmak üzere çok sayıda kurumun etkisi bulunmaktadır. Türkiye açısından ise en büyük sağlık hizmeti alıcısı olan SGK aynı zamanda sağlık hizmetlerinin fiyatlandırmasında belirleyici role sahiptir. SGK sistemine dahil olmak isteyen tüm hastanelerin SGK tarafından belirlenen fiyat baremlerini ve ödeme şartlarını peşinen kabul etmesi gerekmektedir. SGK ile anlaşma yapmayan veya belirli branşlar dışında anlaşma yapmayan hastane ve sağlık kuruluşları üretmiş oldukları sağlık hizmetinin fiyatını belirleme konusunda serbesttir. Piyasa şartları içerisinde arz ve talep yapısı çerçevesinde yapılan bu fiyatlandırma özel sağlık kuruluşunun kendi özel amaçlarını, hedeflerini ve rakiplere göre durumunu göz önünde bulundurarak çeşitli fiyatlama amaçlarını gerçekleştirmek üzere yapılmaktadır. Bu sistem içerisinde her sağlık kuruluşu kendine ait pazarlama amaç ve alt amaçlarına ulaşmak için en doğru fiyatlandırma yöntemini seçmekle mükelleftir. (Cengiz, 2013)

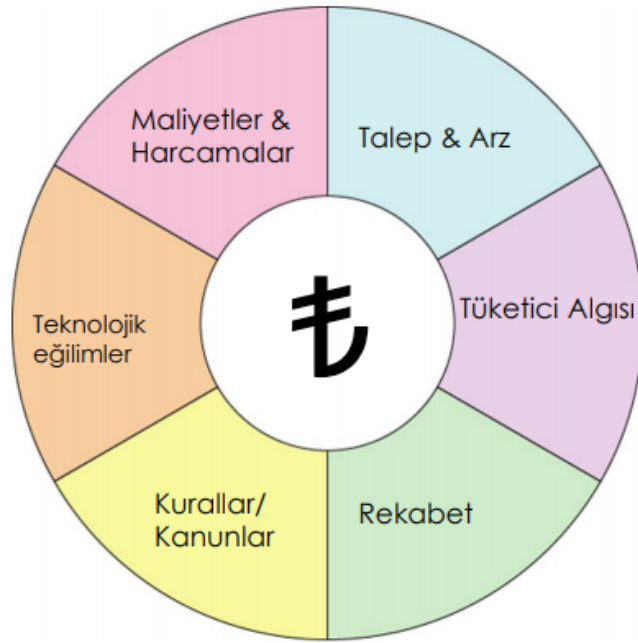
Genel olarak sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma uygulamalarını üç grupta toplamak mümkündür. Devlet düzenlemesine tabi olan uygulamalar, dernek ve odaların düzenlemelerine tabi olan uygulamalar ve pazar koşullarının düzenlemelerine tabi olan uygulamalar. (Karafakioğlu, 1998)

SGK ile anlaşmalı hastaneler, SUT rakamlarının iki katı kadar ilave ücreti, hastadan talep edebilmektedirler. Ancak, bu yönetmeliğe ne derecede uyum sağlanabildiği soru işaretidir.

SUT fiyatlarına göre, muayene başına yapılan ödemeler incelendiğinde, SGK Dermatoloji Muayenesi için hastanelere 27 TL ödeme yapmaktadır. Bu durumda hastanelerin hastadan talep edebileceği fark ücreti, 15 TL'lik muayene katılım payı da eklendiğinde 69 TL olmaktadır. Yani, hastanenin hastadan talep edebileceği maksimum ücret 69 TL'dir. Bu rakam

üzerinden hizmet veren hastaneler olduğu gibi, daha yüksek fiyatlarla hizmet veren hastaneler bulunduğu, bilinen bir gerçektir. Özellikle komplike işlemlerde özel hastaneler, SUT fiyatlarını aşmak zorunda kalmaktadırlar. (Bkz: 2.4.3.3)

SGK ile anlaşma yapmamayı tercih eden, özellikle marka bilinirliği yüksek hastaneler ise hizmet fiyatlarını belirlemede özgürdürler. Bu durum da pazar koşulları, hastanenin lokasyonu, markası, hekimin kalitesi, otelcilik hizmetleri gibi faktörler fiyatları belirlemede yol gösterici etkenlerdir. (Şekil:2.27)



Şekil: 2.27 Fiyatın Belirleyicileri (Şaylan, 2018)

SUT fiyatlarına ek olarak, özel hastanelerin hizmetlerini fiyatlandırmasına kılavuzluk eden bir diğer doküman ise Türk Tabipler Birliği (TTB) fiyatlarıdır. Özellikle hastaneler ve özel sağlık sigorta şirketleri arasında yapılan anlaşmalar da bu tarife merkez alınmaktadır. Ayrıca, bu fiyat listesi, hastanelerin cari fiyatlarını belirlemede ve sağlık turistine sunulacak olan hizmetin fiyatlandırılmasında da yol gösterici olmaktadır.

c. Tutundurma

Her markanın, insanların söz konusu kategoriye akıllarına getirdikleri anlarda onların zihninde beliren marka olmayı hedeflemesi gerekir (Aksoy,2017) Bu amaç doğrultusunda yapılan çalışmalar tutundurma kavramı altında incelenmektedir.

Sağlık sektöründe yer alan kamu ve özel sağlık işletmeleri aynı diğer sektörlerde olduğu gibi kendileri ve faaliyetleri hakkında hedef kitlelerini haberdar etmek, kendileri ve hizmetleri hakkında bilgilendirmek ve kendilerini hatırlatmak için tutundurma bileşenlerine ihtiyaç duyarlar. (Cengiz, 2013)

Sağlık hizmeti sunucuları, tutundurma bileşenleriyle, tüketiciyi hizmeti kullanırmaya teşvik etmeye çalışırlar. İnsanlar en çok, etkileri gecikmeli olan, zor, nadir, zayıf geri itme sunan, seçim ve deneyim arasındaki ilişkisi belirsiz olan seçimlerde iyi bir dürtüye ihtiyaç duyarlar. (Thaler ve Sunstein, 2008)

Meyveyi göz hizasına koymak bir dürtme olarak kabul edilir. (Thaler ve Sunstein, 2008)

Tutundurma bileşenleri yaygın olarak dört başlıkta incelenmektedir. Bunlar, reklam, kişisel satış, satış tutundurma ve halkla ilişkiler kavramlarıdır.

i.Reklam

Türkiye’de, sağlık hizmetlerinde reklam araçları olarak gazete, dergi, TV, radyo, el ilanları, broşür, doğrudan posta ve billboard gibi tüm medya araçları kullanılmaya başlanmıştır. Örneğin; sağlık kuruluşları, iddialı oldukları alanları, basın-yayın organları aracılığıyla halka duyurarak ve bazı hastaneler hastaneye kurulan yeni bir cihazı, uzman doktor kadrosunu, açılan yeni bölümleri reklam vasıtasıyla duyurarak dikkat çekmeye çalışmaktadırlar. (Sezer, 1999) Sezer’in belirtmiş olduğu kanallara ek olarak, sosyal medya platformları da hastaneler tarafından yine aynı amaçlar doğrultusunda son yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Facebook, twitter, youtube, instagram gibi sosyal medya hizmetleri, hastaneler tarafından yoğun olarak kullanılmaktadır. Aksoy’un belirttiği gibi, her marka kitlelerin olduğu yerde onlara reklam yapmak ister. (Aksoy, 2017)

Reklam kampanyaları çeşitli amaçlara hizmet edebilir. Bir hastane pazarlama iletişimi çalışması yaparak, hizmete başladığının duyurusunu yapabilir. (Şekil:2.28) SGK ve Özel Sağlık Sigortaları ile anlaşmasını, özellikli branşlarını, hizmet verdiği lokasyonu veya tek başına bir hekiminin tanıtımını yapabilir.

Ancak daha önce belirtildiği gibi, hastaneler reklam kampanyaları hususunda ciddi denetim altındadırlar ve çeşitli yaptırımlarla da karşılaşabilmektedirler. Örneğin, bir hastane SGK ile anlaşmalı olduğunu duyurabilmekte serbestken, “SGK ile farksız kalp ameliyatı” gibi bir reklam yaptığında çeşitli cezalar ile yüzleşmek zorunda kalabilir. (Bkz: 2.4.3.3)



Şekil: 2.28 Açılış Reklam Billboard Örneği (WEB_18,2014)

Televizyon reklamları, birçok sektörde olduğu gibi hastaneler tarafından da ilgi çekici bulunmaktadır. Bu çalışmalar, açılışa özel reklam, hatırlatıcı reklam, marka bilinci oluşturmaya yönelik yapılan reklamlar olarak sınıflandırılabilir. Açılışa özel yapılan reklamlar, kısa, hastanenin adı ve lokasyonunu belirten reklamlar olabileceği gibi (WEB_19, 2014) daha uzun süreli hastanenin yatak sayısını, branşlarını, kurumsal kimliğini ileten çalışmalar olabilir. (WEB_20, 2016) Marka bilinci oluşturmaya yönelik yapılan reklamlar ise sektörün gelişimine bağlı olarak son yıllarda üretilmeye başlanmıştır. 2016 yılında Acıbadem Sağlık Grubu tarafından yapılan, *25 yıldır sağlıklı bir nefes tek dileğimiz!* reklamı bu amacı yönelik hazırlanmış, başarılı bir örnektir. (WEB_21, 2016) Günümüzün trend konusu olan, reklamlarda ürünün/hizmetin üstün teknolojik özelliklerinin belirtilmesi, hastanelerin pazarlama iletişimi çalışmalarına da yansımıştır. Medipol Sağlık Grubu, 2015 yılında yayınlanan Sağlık Teknolojiler reklamında, bünyesinde bulundurduğu tanı ve tedavi cihazlarını başrole taşımıştır. (WEB_22, 2015)

Reklamlar, önce ürünün fark edilmesini, bazen ürün hakkında bilgi edinilmesini, nadiren ürünün tercih edilmesini ve daha nadir olarak ürünün satın alınmasını sağlar. Bu nedenle, bütün işi tek başına reklam yapamaz. Satın almayı tetiklemek için satış promosyonu gerekebilir. Ürünün yararlarını ayrıntılarıyla açıklaması ve satışı yapması için bir satışçıya ihtiyaç duyulabilir. (Kotler,2005)

ii. Kişisel Satış

Klasik pazarlama döneminde, ilk kullanılan tutundurma yönteminin, kişisel satış olduğu ifade edilse, yanlış olmaz. Kişisel satış, bütünleyici pazarlama iletişimlerinde ve tüm pazarlama stratejilerinde önemli bir rol oynar. (Tengilimioğlu, 2011)

“Herkes bir şeyler satarak yaşıyor” diyor romancı Robert Louis Stevenson. İnsanlar, ya bir ürün, ya bir hizmet, ya bir yer, ya bir fikir, ya bir bilgi ya da kendilerini satıyor. (Kotler, 2005)

Kişisel satış, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için de B2C (bireysel tüketiciye yönelik) ve B2B (kurumsal tüketiciye yönelik) olarak ikiye ayrılabilir. Bireysel tüketiciye yönelik yapılan satışların akla gelen ilk örneği, check-up satışlarıdır.

Kurumsal tüketiciye yapılan satışlar da ise, çalışmamızın farklı bölümlerinde de belirtildiği gibi, en önemli müşteri SGK kanalıyla devlettir. Özel sağlık sigorta şirketleri, banka sandıkları, TBMM, meslek odaları (barolar birliği, istanbul ticaret odası, borsa istanbul) ve diğer kurumsal şirketler hedef kitleyi oluşturmaktadır.

İki kavramın özelliklerine de tam uymayan diğer bir kişisel satış yöntemi de, bireysel araçlara yönelik yapılan çalışmalardır. Bu kişiler, özellikle birinci ve ikinci basamakta görev alan hekimlerden oluşmaktadır. Örneğin, hastanenin organ nakli merkezinin pazarlanmasında, bünyesinde bu merkezi barındırmayan farklı bir hastanede görev yapan, dahiliye, nefroloji ve üroloji uzmanlarıyla görüşülebilir ve ihtiyacı olan hastalarının kendilerine yönlendirilmesi istenir. Bu amaç doğrultusunda bu hekimlerle ilişki yönetimi yapılır ve çeşitli promosyonlar verilebilir. Farklı bir örnekte aile sağlığı merkezi hekimleri için belirtilebilir, kardiyolojik muayene ve tetkikleri yapılması gereken bir hastasını hekim, ikinci basamak bir hastaneye yönlendirebilir. Yine bu durumda da, özel hastanede görev alan satış uzmanı, hekimle ilişki yönetimi yaparak ve çeşitli promosyonlar vererek, hastanın kendi hastanesine yönlendirilmesi için çalışmalar yapılabilir. Buradaki promosyonlar, yönlendirme yapan hekime yönelik, indirimli veya ücretsiz sağlık hizmeti, küçük hediyeler, bilimsel toplantılara davet şeklinde olabilir. Bu ilişkideki hassas nokta ise maddi beklentilerdir, etik değerlere sahip çıkılması hem ilişkilerin hem de hastanenin sürdürülebilir olabilmesi için son derece önemlidir. Aracı kavramı, yurtdışı hastalarının ülkemize gelmesinde de önem taşımaktadır.

Eskiden, doğuştan satışı diye “değer iletebilen” kişiye denilirdi. Ancak, ürünler birbirine daha çok benzemeye başladığı için, her rakip satışı esasen aynı mesajı vermektedir. Dolayısıyla, artık, müşterinin daha fazla para kazanmasına ya da para tasarruf etmesine yardımcı olarak “değer yaratabilen” satışıya gereksinim duyulmaktadır. Satışçılar ikna etmekten danışmanlık yapmaya yönelmelidir. Bu, teknik yardım sağlamak, müşteri için zor bir durumu çözmek veya müşterinin iş yapma şeklini tümüyle değiştirmesine yardımcı olmak şeklinde bile olabilir. (Kotler, 2005) Sağlık sektörü, satış uzmanının bir danışman kimliğine sahip olabileceği en müsait alanlardan biridir. Sağlık tüketicileri, birçok konuda tavsiye ve

yardıma ihtiyaç duyarlar. Örneğin genel cerrahi uzmanı olarak meme cerrahi alanında çalışan bir hekim arayan hastaya, hekim tavsiyesinde bulunulabilir. Dört yaşındaki çocuğu konuşma problemine sahip bir hastaya, kulak burun boğaz uzmanı, konuşma terapisti, çocuk psikoloğu, pedagog tercihlerinden hangisine gitmesi gerektiği konusunda bilgilendirebilir. Sağlık hizmetlerinin bilgi asimetrisi özelliği, bir hastaneyi temsil eden satış uzmanının, danışman hüviyeti kazanmasına imkan vermektedir.

iii. Satış Tutundurma

Satış tutundurma kavramı literatürde, satış geliştirme veya satış promosyonu olarak da karşımıza çıkmaktadır.

Satış geliştirme, kişisel satış, reklam, halkla ilişkiler ve doğrudan pazarlama çabaları dışında kalan, genellikle sürekli olarak yürütülmeyen, fuarlara katılma, sergiler, teşhirler gibi devamlılığı olmayan satış çabalarıdır. (Mucuk, 2001) Satış promosyonu, müşterilerin, ürünleri, daha sonra değil de şimdi satın almalarını sağlayan teşvikleri ve ödülleri tanımlar. (Kotler, 2005)

Satış tutundurma faaliyetleri çeşitli yöntemlerle icra edilebilir. Tüketicilerin, yaygın olarak bir kereye mahsus ve sınırlı bir zaman içinde ücretsiz olarak hizmet alabileceği, kuponlar verilebilir. Örneğin, sağlık kuruluşları, risk grubunda yer alan kırk yaş üstü kadınlara, ekim ayı meme kanseri farkındalık ayı boyunca kullanabilecekleri, ücretsiz mamografi çekimi kuponu hediye etmektedirler. İndirimli sağlık hizmeti sunumu ise bir diğer satış tutundurma faaliyetidir. Hastaneler, kendilerini ilk kez kullanacak tüketicilere bir kullanımlık indirimli sağlık hizmeti sunulabildiği gibi, kendi lokasyonuna yakın bir alan da yaşayan topluluklara yönelik, kalıcı indirimler de sunabilmektedir. Örneğin, Şişli Kart projesi kapsamında özellikle Avrupa yakasında hizmet veren birçok sağlık kuruluşu, Şişli ilçesi sakinlerine çeşitli oranlarda indirim fırsatı sunmaktadırlar. (Şekil:2.29) Sık kullanıcıların ödüllendirilmesi ile de satış tutundurma çalışmaları yapılabilmektedir. Acıbadem Sağlık Grubu tarafından bir dönem uygulanan Plus Puan uygulaması ile tüketiciler aldıkları hizmet ve ödedikleri ücret karşılığında puan biriktirmelerini ve bu puanları hastane tarafından belirlenen, özel sağlık sigortalarının ve SGK'nın kapsamında olmayan bölümlerde (diyetisyen, psikolog) kullanmaları sağlayan bir satış tutundurma örneğiydi. Sağlık hizmetlerinde yapılması pek mümkün olmayan, tüketiciye örnek ürün sunma ise yapılabilecek farklı bir çalışmadır. Bu kavrama örnek olarak, ilaç firmalarının doktorlara verdikleri ürünler, robotik cerrahi ile yapılan ameliyatların konferanslarda canlı yayınlanması belirtilebilir.



Şekil: 2.29 Sıslı Sağlık Kart (WEB_ 23, 2016)

iv. Halkla İlişkiler

Halkla ilişkiler en genel anlamda, işletme ile ilgili çevreler arasında karşılıklı iyi niyet ve anlayışı sağlayıp, sürdürmeye yönelik planlı ve sürekli, para ödmeden sürdürülen çabalar olarak tanımlanmaktadır. Bu çabalar, işletmenin sunduğu hizmetleri kamuoyuna duyurarak toplumda olumlu bir tutum geliştirilmesi ve toplumdaki değişik kesimlerin işletme hakkındaki düşüncelerinin öğrenilmesini içerir... Halkla ilişkiler, basın sözcülüğü, lobicilik, kamu yararına faaliyetler, sponsorluk ve kurumsal reklamcılık gibi bir dizi faaliyetten oluşur. (Sezer, 1999) Halkla ilişkiler, dikkat çekmeye ve “söz edilme değeri” yaratmaya yönelik bir dolu araçtan oluşur. (Kotler,2005)

Bir sağlık örgütünün başında bulunan yöneticinin ilk olarak ilgileneceği konu, halk ile hastane arasında kurulan karşılıklı güvene dayalı ilişkidir. Hastanelerin başarılı bir hizmet sunabilmesi için çevre halkının inanç ve desteği zorunludur. (Tengilimioğlu, 2011)

Sohbet etmek günümüzde hala en önemli ve değerli iletişim aracıdır. (Schmidt, Rosenberg, Eagle, 2015) Bunu bilen kuruluşlar, tüketicilerle sürekli iletişimde olmanın yollarını ararlar ve bu amaçla geleneksel ve yeni mecraları kullanmak isterler. Halka yönelik sağlık seminerleri, sosyal medya paylaşımları, bilimsel çalışmalara sponsorluk, sınırlandırılmış ücretsiz sağlık hizmeti ve diğer sponsorluk faaliyetleri bunlardan bazılarıdır. (Şekil: 2.30) Hastalar, hasta yakınları, potansiyel tüketiciler, politika uygulayıcıları, paydaşlar, sivil toplum kuruluşları ve medya, yapılan halkla ilişkiler çalışmalarının hedef kitleleridir. Pazarlama çalışmalarının kısıtlandığı sağlık sektöründe halkla ilişkiler, kuruluşların kendilerini tanıtabilmeleri için önemli bir aksiyon alanıdır.

Facebook, Instagram ve Twitter'da!

CANLI YAYIN!



Prof. Dr. Ali İlker Filiz
Genel Cerrahi Uzmanı

Tarih: 12 Ekim 2018
Saat: 13:30

Konu:
Meme Kanserinde Tanı ve Tarama

 OkanHastanesi
 OkanHastanesi
 OkanHastanesi

444 98 63
www.okanhastanesi.com.tr

 **OKAN UNIVERSİTESİ**
—HASTANESİ—

Şekil: 2.30 Sosyal Medyalar Üzerinden Sağlık Paylaşımları (WEB_24, 2018)

Sağlık kuruluşlarının spor kulüplerine yönelik sponsorluk çalışmaları son yıllarda ilgi çekmektedir. Özellikle Acıbadem Sports ile Acıbadem Sağlık Grubu, birçok kulüp ve federasyon ile sponsorluk anlaşması imzalamıştır. Bunun yanında, görünür olmak adına paydaşlar arasında isim sponsorlukları da yapılmaya başlanmıştır. Medipol Başakşehirspor, Medicana Sivasspor, Medicalpark Antalyaspor, Medical Park Trabzonspor (Basketbol), Galatasaray Liv Hospital (Basketbol), Fenerbahçe Acıbadem (Voleybol) bu çalışmalara örnek oluşturmuştur.

d. Dağıtım

Hizmetlerin özellikleri nedeni ile depolama ve ambalajlama gibi faaliyetlerin olmaması dağıtımı daha da karmaşık hale getirir... Pek çok hizmet ciddi şekilde dağıtımı sınırlayan fiziksel bir lokasyonu gerekli kılar. O nedenle, hizmetlerde özellikle de sağlık hizmetlerinde sağlık işletmelerinin kuruluş yeri seçimi, teşhis ve tedavi kuruluşlarına ulaşımı ve hastaların hizmetleri istedikleri anda hazır bulmaları çok önemlidir. Hastaların sağlık kuruluşuna uzaklığı sağlık kuruluşunu kullanma sıklığını da etkilemektedir. (Tengilimioğlu, 2011)

Sağlık hizmetleri üreticileri açısından, sağlık hizmetinin dağıtımı ile ilgili üç önemli konu olduğu düşünülmektedir. (Kotler ve Clarke, 1987): Fiziksel erişebilirlik (kanal, lokasyon ve tesisler), hizmetlere ulaşmada geçen zaman, danışma ve sevk sistemleri.

Kuruluş yeri seçimi sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir biçimde verilebilmesi için üzerinde önemle durulması gereken hassas bir konudur. Yapılan yanlış fizibilite ve planlama çalışmaları, yer seçiminin doğru yapılmaması sonucunu doğurduğunda bunun yaratacağı maliyetler, direkt olarak sağlık kuruluşunun geleceğini tehdit edebilecek nitelik taşımaktadır. (Cengiz, 2013) Özel hastaneler hizmet sunacakları lokasyonları belirlerken, tüketicilerin satın alma kabiliyetlerini ve şehrin merkezi alanlarını dikkate alırlar. İstanbul özelinde incelendiğinde Anadolu yakasının merkezi durumunda olan Kadıköy’de 12, Avrupa yakasının merkezi durumunda olan Şişli’de ise 15 hastane hizmet vermektedir. Bu rakamlara, tıp merkezleri ve bireysel muayenehaneler eklendiğinde sayı yükselmektedir. Bağdat Caddesi (Kadıköy) ve Osmanbey, Halaskargazi Caddesi (Şişli) boyunca yüründüğünde alanında marka olmuş, birçok hekimin serbest muayenehanesi ile karşılaşmak mümkündür.

Hastane içi yerleşim düzeni de kuruluş yeri kadar önemli bir konudur. Hastanın hastaneye girdikten sonra tanı teşhis ve tedavi ile ilgili hizmetlere en kolay ulaşabilecek şekilde yerleştirme yapılması; poliklinik, laboratuvar, görüntüleme, ameliyathane, servis gibi birimlerin en etkin biçimde yerleştirilmesi hastane içi verimliliğin artırılması için dikkatle planlanmalıdır. (Cengiz, 2013) Bu planlama, hastanın zaman tasarrufu yapmasını ve daha memnun bir deneyime sahip olmasını sağlayabilir.

Sağlık hizmeti sunumunun dağıtımında, önemli bir unsur da, hizmete ulaşmakla geçen zaman faktörüdür. Hastanın, istediği saate randevu alabilmesi, randevu saatinde hekimle görüşebilmesi, muayene süresi, özel sağlık sigortası veya avuç içi okutma gibi formaliteler, hastanın memnuniyetini etkilemektedir. Özel hastaneler bu konularda çeşitli çalışmalar yapmaktadırlar. Mesai sonrası poliklinik hizmeti verilerek, hastanın iş çıkışı da sağlık hizmeti alması sağlanmaktadır. Tam zamanında muayeneye girmek ise, birçok hastanın sıkıntılı olduğu bir konudur. Özellikle cerrahi branşlarda, ameliyatların uzaması, hekimin rutin vizite çıkması, gün içinde servise çıkmasını gerektiren durumlar, acil gelen vakalar, poliklinik hizmeti alacak olan hastanın beklemesine yol açabilmektedir. Bu gibi durumlarda hasta memnuniyetsizliği oluşmaktadır, ancak bekleyen hastanın mümkünse randevusuna gelmeden önce değilse bekleme alanında, bilgilendirilmesi hem hekim ve hastane imajı hem de hasta memnuniyeti için son derece önemlidir.

Sağlık hizmetlerin etkin, verimli kullanılması ve dağıtımı için sistemde yer alan kurumlarında katkılarına ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinden yararlananların da aldıkları hizmetten maksimum faydayı sağlamaları, problemlerin çözümünde doğru yerden hizmeti almalarına bağlı olduğu için sistemin etkin bir biçimde çalışması gerekmektedir. (Cengiz,

2013) Ülkemizde tam anlamıyla bir sevk sistemi olmasa da, genel pratisyenlerin uzmanlık gerektiren konularda, hastaları hastanelere yönlendirdiği, uzmanların da yetersiz kaldıkları noktalarda hastaları, eğitim araştırma ve üniversite hastanelerine yönlendirdikleri bilinmektedir. Daha önce belirttiğimiz gibi, bu döngüde özel hastanelerin yapacakları pazarlama çalışmaları önem arz etmektedir. (Bkz: 2.4.4.2.c)

e.Katılımcılar

Katılımcılar bileşeni iki alt başlıkta incelenebilir. Hizmeti üreten/sunan personel ve hizmeti satın alan/tüketen kişiler.

Sanayi sektöründe, örneğin otomobil üretiminde aracı satın alan müşteriler aracın kendisine ulaşımaya kadar geçen süreç içerisinde fabrikada çalışan personelin iş önlüğü, kıyafeti, işe geç gelmesi ve çalışanların birbirleri ile ilişkisi gibi konulara fazla ilgi göstermez. Halbuki hizmet sektöründe personelin faaliyetleri ve müşteriler ile ilişkisi ve hatta hizmet ortamında bulunan diğer müşterilerin davranışları müşterileri direkt olarak etkilemektedir. Bu yüzden hizmet sektöründeki herkes “part-time pazarlamacı” (yarı zamanlı pazarlamacı) olarak adlandırılmaktadır. (Palmer, 1994)

Hizmet faaliyetlerinde yer alan birçok personelin statüsü karmaşıktır; ikili sorumlulukları vardır. Hastanede görev yapan bir sekreter, hemşire, doktor, kapıdaki güvenlik görevlisi ya da sağlık teknisyeni ilk önce görevlerini teknik açıdan yerine getirmek zorundadır. Ancak, görevlerini yerine getirme biçimlerinin bir pazarlama görevi olduğunun da bilincinde olmalıdırlar. Bu insanlar part-time pazarlamacılar ya da pazarlamacı olmayan pazarlamacılar olarak adlandırılırlar. (Tengilimioğlu, 2011) Bu noktada, personel seçimi yapan insan kaynakları veya hekim seçimi yapan hastane yönetiminin büyük sorumluluğu söz konusudur. Kişilerin iletişim kabiliyetleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin, hastane yönetimi bir cerrah ile anlaşırken, kabiliyeti ve mesleki tecrübesinin yanı sıra hasta iletişimine verdiği önemi de göz önünde bulundurmalıdır. Kotler, iş doğru insanları işe almakla başlar, demiştir. (Kotler,2005) Sağlık hizmetleri sunan işletmelerin en önemli girdisi nitelikli sağlık çalışanları, en önemli çıktısı ise başarılı tıbbi sonuçlardır. Bir hastanenin, en önemli pazarlama materyali de aynı şekilde bu gereçlerdir. Esasında bir hastanenin, çalışmayı tercih ettiği insan kaynağı ve özellikle hizmeti sunan ve karar verici rol de olan hekim türü (deneyim, kabiliyet, akademik yayınlar, bilimsel kongre katılımları, iletişim becerisi, itibar, popülerite), o hastanenin nasıl bir işletme olmak istediğine vermiş olduğu yanıttır.

Müşteri, bir kurumun varoluş nedenidir. Hastalar, hasta yakınları, anlaşmalı kurumlar, devlet, sigorta şirketleri, dernekler hastanelerin akla gelen ilk müşterileridir. Tüketiciler arasındaki ilişkiler de hasta memnuniyeti için önem arz etmektedir. Örneğin, poliklinik bekleme salonunda bekleyen bir hasta, diğer hastaların konuşmalarından olumlu veya olumsuz olarak etkilenebilir. Bununla birlikte tüketici, sosyal, kültürel, ekonomik açılardan kendisi gibi olmayan tüketicilerle aynı ortamda bulunmak, aynı hizmeti satın almak istemeyebilir. Bu durum özellikle tüm branşlarda SGK anlaşmalı hastaneler için sorun oluşturabilmektedir. Özel sağlık sigortalı veya kurum ödemeli hastaların, SGK'lı hastaların yoğun olarak kullandığı hastanelerden uzaklaşabildiği izlenmektedir. Buna çözüm olarak hastaneler, bu hastalar için özel bankolar ve bekleme alanları düzenlemektedirler.

f. Fiziksel Kanıtlar

Fiziksel kanıtlar, hizmet işletmesi tarafından kontrol edilebilen ve tüketicinin hizmeti algılamasında önem taşıyan bir pazarlama karması unsurudur. Hizmet ortamı ve kullanılan araç ve gereç hizmet kalitesi hakkında bir fikir vermektedir. Fiziksel varlıklar, hizmet işletmesinin olumlu bir imaj yaratmasında ve oluşan imajı sürekli kılmada yararlanılan önemli bir tutundurma faaliyetidir. İmaj yaratmada çalışılan ortamla ve kişilerle ilgili, en küçük detay bile büyük önem taşımaktadır. (Tengilimioğlu, 2011) Tüketici, bir hizmeti satın alındığında evine somut bir ürün götüremez, bunun yerine deneyim götürür. Fiziksel katılar da, bu deneyimi somutlaştırabilecek en önemli bileşenlerden biridir.

Hastanelerin fiziksel kanıtları, hizmetin sunulduğu bina mimarisi, bina içi ve dışı yönlendirmeler, malzeme kalitesi, hasta bekleme alanları, hekim odaları gibi somut materyaller olduğu gibi, hastanenin logosu ve ismi gibi daha soyut kavramlarda olabilir. Özellikle son yıllarda yapılan sağlık kuruluşlarında, mimari yoğun görünümü engellemek üzerine kurulmaktadır. Bu doğrultuda, hasta bekleme alanları, hekimlerin uzmanlık branşları göz önünde bulundurularak bölünmektedir. Ayrıca genel hastane koridorları, hasta bekleme alanları ve hekim odası koridoru birbirinden ayrılmaktadır. Hekim odasına girildiği zaman ise diplomalar, kitaplar, plaketler fiziksel kanıtlar olarak ön plana çıkar. Fiziksel kanıtların, içeriği ve etkisi hastanelerin segmentine göre farklılık gösterebilir. SGK anlaşmalı bir hastanede durum farklıyken, anlaşma olmayan bir hastanede ki durum farklı olabilir. Özellikle bireysel muayenehaneler de bu kanıtlar daha da güçlenebilir ve bununla paralel olarak hastanın cebinden çıkan ücrette artabilir. Daha iyi tespitlerde bulunabilmek için, Ataşehir'de bir plazanın yirminci katında bulunan bir muayenehane ziyaret edilmiştir. Muayenehaneye giren hasta, hostes(danışman) tarafından karşılanır, çok iyi aydınlatılmış, canlı renkli mobilyaların

olduğu salona geçirilir ve bir şey içip içmeyeceği sorulur. Bekleme alanındaki televizyonda, müzik kanalı açıktır. Masada ise kurabiye ve çerezler bulunur. Yandaki dergilikte national geographic sayıları ve hekimin bazı yayınları vardır. Hekim odasına girildiğinde ise, hekimin baktığı ekranın aynısından bir de hastanın önünde vardır ve tetkikleri birlikte incelerler.

Hastanelerin logoları incelendiğinde, yaratıcı örneklere rastlamak güç olsa da, isim ve renk konusunda sektörde bir uyum olduğu gözlenmektedir. Logo ve marka isimlerinde mavi ve kırmızı renkler kullanılmakta iken (Sağlık bakanlığının eski logosu da mavi ve kırmızıdan oluşmaktadır), marka isminde medical ve medicine kelimelerinin kökü niteliğinde olan medi kelimesi, birçok marka adına ilham vermiştir. Medipol, MedicalPark, Medicana akla gelen ilk isimlerdir ve bu isimleri çoğaltmak mümkündür. (Şekil:2.31)



Şekil: 2.31 Sağlık Bakanlığı ve Özel Hastane Logoları

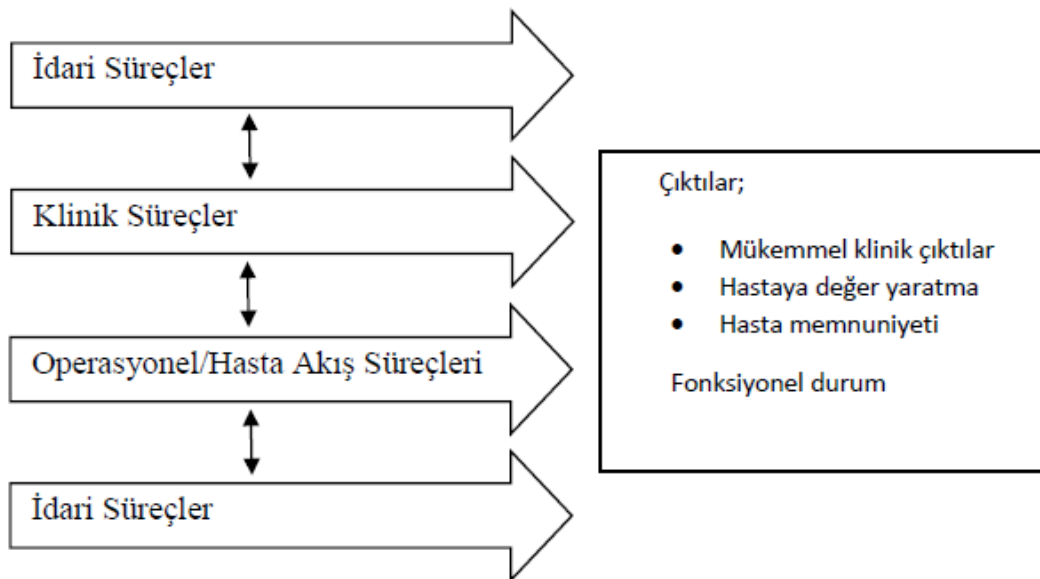
Birçok bakımdan, hizmet ortamı, fiziksel bir eşyanın paketlenmesine benzer. Ürünün kullanımını kolaylaştırabilir ya da zorlaştırabilir ve iletişimsel fonksiyonu olabilir. (Tengilimioğlu, 2011)

Müşterilerin yanı sıra hizmeti sunan profesyoneller için de, fiziksel kanıtlar oldukça önemlidir. Günümüzde, fiziksel ortamın çalışan verimliliği, motivasyonu ve iş tatmini üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Özellikle yeni nesil teknoloji şirketlerinde bu etki üzerinde yoğun bir şekilde durulmakta ve çalışmalar yapılmaktadır. Ancak aynı fabrikalar gibi üretim tesisleri olan sağlık kurumlarında da bu etki ne yazık ki yeterince göz önünde bulundurulmamaktadır.

g. Süreç Yönetimi

Süreç yönetimi, süreçlerin sürekli ve düzenli olarak izlenmesi ve geliştirilmesini garanti altına almak için yapılan faaliyetler dizisidir (Bozkurt, 2003). Süreç yönetimi en yalın tanımıyla süreçlerin sistematik olarak yönetilmesidir. Süreç yönetimi kapsamında bir organizasyon içinde yürütülen işlerin süreçler bazında tanımlanarak, amaç ve hedefler doğrultusunda idamesi, güncelleştirilmesi, iyileştirilmesi ve bunların sürekliliğinin sağlanması gerekir (Aras, 2005).

Üç temel süreç modeline göre sağlık hizmeti sunan örgütteki süreçler üç grupta toplanmaktadır; klinik süreçler, operasyon ya da hasta akış süreçleri, idari süreçlerdir. (Şekil:2.32) Klinik/Medikal süreçler, sağlık hizmeti arayan kişilere yönelik süreçlerdir. Teşhis, tedavi, önleme ve hafifletici bakım gibi konular süreçlerle ilişkilendirilebilir... Bu süreç ameliyat süreci gibi bir tıbbi süreç olabilir, hastanın fonksiyonel durumunun iyileştirilmesi için fiziksel tedavi ile ilişkilendirilebilir ya da ailenin yardım olmadan yapamayacağı günlük bakımın hemşire tarafından yapılmasıyla da ilişkilendirilebilir. Operasyon ya da hasta akış süreçleri, hastanın hastanede kaldığı süre içinde klinik süreçlere erişimini sağlayan süreçlerdir. Bu süreç; hastanın tanınması ve kayıt edilmesini, tanıya yönelik testlerin yapılmasını, hastanın yönlendirilmesini, hastanın transfer ya da taburcu edilmesini, hastanın zamanında ilaçlarını almasını ve yemeğini yemesini, hastanın ve ailesinin taburcu işlemleri için hazırlanmasını içermektedir. İdari karar alma süreçleri... karar almak, iletişim, kaynak tahsisi ve performans değerlemeden oluşur. (Poyraz, 2015)



Şekil: 2.32 Üç Temel Süreç Modeli (Ateş, 2012)

Hastaneler kompleks yapılar olmaları sebebiyle karmaşık süreçlere sahiptirler. Hastanın çağrı merkezini arayarak randevusunu almasıyla başlayan süreç, hasta karşılama, hasta kayıt, provizyon işlemleri, fiziksel muayene, gerekli test ve tetkikler, tedavi planlaması, maliyet ölçümü, fiyatlandırma, hastanın tedaviye karar vermesi, hasta yatış işlemleri, ameliyat öncesi hazırlık, anestezi muayenesi, ameliyathane süreci, operasyon sonrası hasta izleme, hastanın servise alınması, reçete ve tavsiyelerle hastanın taburcu edilmesi ile devam eder. Tüm bu deneyimlerin olumlu sonuçlanmasıyla, hasta ve hasta yakınları memnun olarak sağlık kuruluşundan ayrılır.

Süreç yönetimi aynı zamanda, hastane kaynaklarının verimli kullanılması açısından da kritik öneme sahiptir. Örneğin, gün içerisinde üç ameliyatı olan ortopedi bölümünün, tüm ameliyatlarının aynı ameliyathane de planlanması, zamandan ve mekandan tasarruf yaptırır.

2.4.4.3. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Yöneltilen Eleştiriler

Neoliberal ekonomi politikalarının zorlamalarına rağmen sağlık hizmetlerinin tamamen piyasalara bırakılmamasının başlıca nedenlerinden biri, hizmeti sunanlarla alanlar arasındaki bilgi farklılığından kaynaklanan “sunucu tarafından uyarılan talep” konusudur. Sağlık hizmeti piyasasındaki arz-talep ilişkisi diğer piyasalardan farklı işlemekte, bazı durumlarda arz fazlalığı talep artışını uyarmakta, bazen de arz edenlerin manipülasyonu sonucu ihtiyaçtan kaynaklanmayan talepler oluşturulabilmekte veya kışkırtılabilmektedir. Buna bağlı olarak da aşırı hizmet kullanımı ve hasta güvenliği sorunları, zaten artmakta olan sağlık harcamalarında sürdürülmesi zor artışlar ortaya çıkabilmektedir. Örneğin İngiltere’de sağlık harcamalarındaki artış NHS kurulduğundan beri geçen süre içerisinde, aralıksız her yıl %4 artış ile ekonomideki büyümeden çok daha hızlı artmış olup, diğer OECD ülkeleri için de benzer bir durum söz konusudur. ABD’nin 2007 yılında GDP’sinin %16’sını oluşturan sağlık harcamalarının 2025’te %25’e, bu şekilde gitmesi halinde 2082’de %49’a çıkacağı hesaplanmıştır. Yakın zaman kadar hep sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden, eksik ya da hatalı sunumundan kaynaklanan sorunlar dikkati çekmekte iken bir süredir aşırı ve gereksiz kullanıma bağlı sorunlar da dile getirilmeye başlanmıştır. ABD’de yılda 57 bin kişinin, yani her hafta binden fazla kişinin aşırı sağlık hizmet sunumu nedeniyle öldüğü anlaşılmaktadır. (Hayran, 2015)

Pazarlamanın amacı, insanları tüketmek için teşvik etmek, dürtmektir. Kotler de, pazarlama şirketin müşteri üretme departmanıdır, demiştir. (Kotler,2005) Bu teşvik, çalışmanın farklı yerlerinde belirtildiği gibi kampanyalar, kuponlar, reklam filmleri gibi dışarıdan bir dürtme ile

olabileceği gibi, insanların içten gelen bir motivasyonla tüketmelerini teşvik eden gerilla pazarlama gibi çalışmalar da olabilir. Sağlık hizmetlerinde ise bu dürtme, önceki bölümlerde belirttiğimiz gibi gerçekleşebilir. (Bkz: 2.4.4.2.c) Bu noktada, erken tanının önemi reddedilemezdir ancak, tam olmasa da bir piyasa ekonomisinin varlığından söz edebildiğimiz, özel sağlık hizmeti sunumunda gereksiz tanı ve tedavi uygulamaları riski de her zaman gündemde yer almaktadır. Tıp etiğinde yer alan, “önce zarar verme” kuralı pratik uygulamalarda kimi zaman göz ardı edilebilmekte ve tıbbi hatalar ortaya çıkabilmektedir.

Tıbbi hatalar konusunda ülkelerde güvenilir istatistik bulunmamaktadır. Ancak konu üzerine ciddi çalışmaların yapıldığı ve tıbbi hataların hukuki karşılıklarının olduğu ABD’de de bir yıl içerisinde tıbbi hatalar nedeniyle ölen kişilerin sayısı 251.000 kişi olarak hesaplanmıştır. Bu kişiler tedavilerin komplikasyonları nedeniyle ölen kişiler değil; tıbbi hatalar, yanlış tedaviler sebebiyle ölen kişilerdir. (Makary ve Daniel, 2016) Kısaca şu yorum yapılabilir; 251.000 kişi eğer hekime başvurmasa, hastaneye gitmese, tedaviye başvurmasa ölmeyecekmiş.

Bazı insanlar sağlık hizmetlerine ulaşmazken, sağlık hizmetlerini bulamazken bazı insanlara niye fazla hizmet veriliyor? Bu da tıbbi hataları önlemek amacıyla, malpraktis yaptırımları dediğimiz hukuki düzenlemeler devreye girince bu sefer hekimler ve sağlık kuruluşları kendilerini korumak amacıyla gereksiz birtakım tetkikleri de istemeye başlıyorlar. Ki buna tıpta “Defansif Tıbbi Uygulamalar” diyoruz. Yani korunma amacıyla yapılan tıbbi uygulamalar. Birtakım tetkikleri, işlemleri ne olur ne olmaz, kendimi garantiye alayım diye istiyor hekim ya da sağlık kuruluşu. Ama bu uygulamalar sonucunda da kişiler zarar görebiliyor ve ölümlere neden olunabiliyor. (WEB_25,2016)

Yapılan araştırmalara göre hizmet kullanımının fazlalığı, örneğin hekime başvuru sayısının, hastanede yatış sürelerinin ve yatış oranlarının yüksekliği gibi göstergeler, kronik hastalık prevalansı ile ilişkili olmaktan ziyade hastane yatak sayısı, uzman hekim sayısı, yoğun bakım birimi sayısı gibi sunulan hizmetlerin fazlalığı ile ilişkili bulunmakta ve hizmetlerin fazla kullanılmasının hastaların yaşam süreleri ile yaşam kalitelerine pek katkısı olmadığı anlaşılmaktadır. Hatta hizmetlerin yoğun olduğu bölgelerdeki kronik hastalık ölümlerinin diğer bölgelerden daha yüksek olduğu, hasta memnuniyetinin de daha düşük olduğu dikkati çekmektedir. (Hayran, 2015)

Hayran, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, karşılanmamış ihtiyaçların karşılanmasına mı yardımcı olmakta, yoksa kullanımına gerek olmayan bazı hizmetlerin kullanımını mı arttırmaktadır, sorusunu sormaktadır. (Hayran, 2015)

Özetle, eğer pazarlama potansiyel tüketicileri dürtme eylemiyse, sağlık hizmetlerinde pazarlama, insanların hayatlarını iyileştirebileceği gibi, mevcut durumlarından daha kötü bir duruma götürme potansiyeline de sahiptir. Bu yüzden, sağlık hizmetlerinin bir iş olarak görülmesi ve pazarlanması kimi kesimlerce zararlı olarak görülebilmektedir. Özellikle bilgi asimetrisi gibi kritik bir özelliğe sahip olan bu alanda hastaneler, hekimler ve pazarlama profesyonelleri, pazarlama çalışmaları yaparken çok daha dikkatli olmakla yükümlüdürler. Konuya daha geniş bir açıdan bakılmaya çalışıldığında, sadece sunucuların değil, ilaç firmaları, sağlık teknolojileri şirketleri gibi tedarikçilerin, buna ek olarak yeme-içme ve gıda sektörü, spor salonları, kozmetik firmaları gibi “daha sağlıklı yaşam” mottosuyla, tüketicileri etkilemeye çalışan işletmelerin, bu terimi kullanırken dikkatli olmaları gerekmektedir. Çünkü, tüketicilere vaad edilen çıktı, çok büyüktür “daha sağlıklı bir yaşam”.

2.4.4.4. Marka Hastane Kavramı

Biyolojik sınırlarını aşmaya çalışan insan; yine biyolojik sınırları aşabilmiş insanlara, fiziksel sınırları aşabilmiş ürünlere, maddi sınırlarını aşabilmiş hizmetlere, coğrafi sınırlarını aşabilmiş ülke ve şehirlere ilgi gösterir. Kısaca bu, marka olgusu olarak adlandırılır. (Tuncer, 2018)

Marka, bir ürün ve bu ürünle ilgili çağrışımların insanın zihninde kapladığı yerdir. Bir marka ne kadar çok insanın zihninde ne kadar geniş bir yer kaplarsa, o kadar güçlü bir marka olur. Bir marka hakkında gördükleri, duydukları ve o markayı kullanırken yaşamış oldukları deneyimlerin bıraktığı izler, insanların beyninde bir “marka hafızası” oluşturur. (WEB_26, 2018)

Hastalar markalar arasında karar vermeye çalışırken markanın fonksiyonel kapasitesinin yanı sıra markanın kimliği ve imajını da değerlendirirler. Fonksiyonel ve duygusal ihtiyaçlar için markalar satın alınır. Markadan beklenen ürünün işlevsel kısmı olan fonksiyonel boyut, markanın tüketici zihninde yarattığı boyut ise duygusal boyuttur (Chernatony, 1994)

Markalaşmanın, hizmet kalitesi, kurumsal imaj, müşteri sadakati, pazarlama iletişimi çalışmaları gibi bileşenleri olduğu bilinmektedir. Ayrıca markalamanın temelinde, isim, amblem, renk, slogan gibi faktörler öne çıkmaktadır. Sağlık kuruluşlarının, “medi” köklü isimleri tercih ettikleri gözlemlenmektedir. Hastane logolarında ise, mavi ve kırmızı renk hakimdir. Markalamanın önemli bir unsuru da sloganlardır. Ülkemizde hizmet veren bazı özel hastanelerin sloganları şöyledir;

- Dünya Göz - Dünya Görmeye Değer
- Memorial - Çünkü Sağlığınız Değerli
- Okan Üniv. Hastaneleri - Her İşin Başı Sağlık Dediğin O An
- Medipol - Burada Hayat Var
- Liv Hospital - Hayat Güzeldir

Sağlık hizmetleri, karmaşık ve aşırı uzmanlık gerektiren hizmetlerdir. Bu yüzden, bir markanın tüm sağlık branşlarında geçerli olacak bir marka yaratması güç olabilmektedir. Zincir sağlık gruplarına göre daha küçük sağlık kuruluşları gerek yatırım maliyetlerinin yüksekliği gerek marka olabilmenin güçlüğü nedeniyle tek bir alanda uzmanlaşarak hizmet vermeye yönelmektedirler. Bu işletmeler yaygın olarak, Göz, Diş, Estetik, Görüntüleme daha seyrek olarak ise, Ortopedi, KBB, Fizik Tedavi merkezleri şeklinde sektörde yer bulabilmektedirler. Ayrıca, tüketicilerde de her hastanenin her alanda uzman olamayacağı düşüncesi mevcuttur. Bu amaç doğrultusunda büyük sağlık grupları da, mikro markalar oluşturmaktadırlar. Örneğin; MedipolKalp, Acıbadem Sports, Memorial Tüp Bebek.

Her markanın, insanların söz konusu kategoriye akıllarına getirdikleri anlarda onların zihninde beliren marka olmayı hedeflemesi gerekir. (Aksoy,2017)

Ülkemizde özel sağlık kuruluşları da, marka olma amacı gütmektedirler. Uluslararası Marka Değerlendirme kuruluşu Brand Finance tarafından, Türkiye'nin En Değerli 100 Markası sıralamasında Acıbadem Sağlık Grubu, 2015 yılında 38. 2016 yılında ise 60. Sırayı almıştır. Aynı kuruluşun 2018 sıralamasında ise Lokman Hekim Sağlık grubu 100. Sırada kendisine yer bulmuştur.

Sağlık hizmetlerinde marka olmanın, pazarlama iletişimi çalışmalarıyla yakından ilgili olmasına karşın, sağlıkta marka olmanın temel girdisinin tüm yönleriyle kaliteli bir hizmet olduğu gözlemlenmektedir. The ONE Awards 2018 Bütünleşik Pazarlama Ödülleri için yapılan ankette, sağlık sektörü için öne çıkan ilk üç kurum şu şekildedir; Amerikan Hastanesi, Grup Florence Nightingale Hastaneleri ve Medipol Hastaneleri. Özellikle Amerikan ve Florence Nightingale Hastanelerinin, diğer özel hastaneler ile kıyaslandığında çok daha sınırlı pazarlama iletişimi çalışmaları yaptıkları bilinmektedir. (WEB_ 27, 2019)

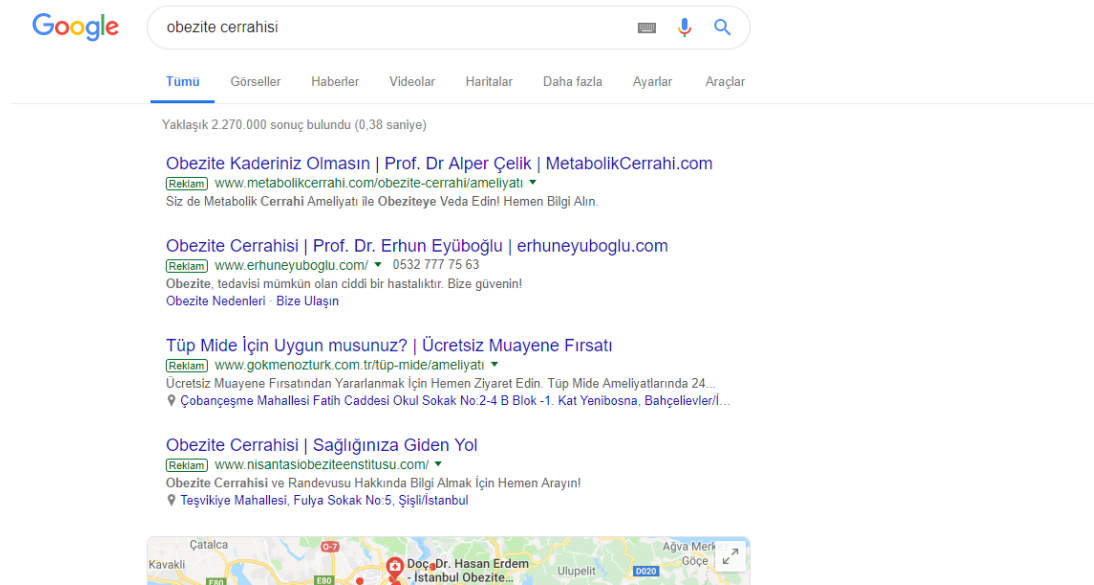
2.4.4.5. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dijital Mecralar

Tüketicilerin, bir ürün/hizmet satın almadan önce, dijital ortamlarda çeşitli araştırmalar yaptıkları, bilinen bir gerçektir. Sağlık hizmetleri sunumunun, iki temel girdisi olan, hastane ve hekim isimleri/markaları da bu mecralarda araştırılmaktadır. Google, facebook, instagram, youtube, twitter, blog hesapları, doktor randevu ve yorum siteleri, en kaliteli hizmeti sunan

kurum ve kişileri bulabilmek için hasta ve hasta yakınlarının kullandıkları dijital yardımcılardır.

Dijital pazarlama mecralarının iki önemli oyuncusu bünyesinde, Youtube, Gmail, Google Ads, Google Search ürünlerini bulduran Google'ın çatı şirketi Alphabet ve Facebook, Instagram, Whatsapp ürünlerinin sahibi Facebook'dur. Dijital ortamlarda harcanan her bir dolardan Google 40 cents, Facebook ise 37 cents, pay almaktadır. (WEB_28, 2018)

Sağlık hizmeti sunucuları, SEO (arama motoru optimizasyonu) yatırımları ile potansiyel tüketicilerin, hastalık/şikayetlerini arattıkları ilk sayfada ve en üstte organik olarak yer almaya çabalamaktadırlar. Bu optimizasyonun amacı reklam seçeneklerini doğrudan yok saymaya eğilimi olan tüketicilerin, ilk başvuru yapacaklarını sağlık kurumu olabilmektir. SEO çalışmalarının, uzun vadeli ve yüksek harcamaları yatırımlar oldukları bilinmektedir. Google'ın bir diğer ürünü olan Google Ads ise, doğrudan Google arama motoruna veya Google aracılığıyla diğer web sitelere reklam verilmesini sağlayan pazarlama mecrasıdır. Google, açık arttırma yoluyla, müşterilerinin bir reklam görüntülemesine ne kadar para harcamayı kabul ettiğine göre reklam alır ve buna göre işletmelerin reklamlarını tüketiciye sunar. Özellikle, tüp bebek, obezite cerrahisi gibi popüler konularda Google, tüketicinin karşısına gelen ilk sayfanın tamamına reklam alabilmektedir. (Şekil:2.33)



Şekil: 2.33 Google Ads Obezite Cerrahisi Reklamları

Bir diğer Google ürünü olan Youtube ise, yayın olarak sağlık hizmeti sunucuları tarafından hastalıkların tanı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirme yapmak amaçlı

kullanılmaktadır. (Şekil:2.34)Sağlık dışı birçok işletme tarafından kullanılan “influencer” kişilerin, konunun hassasiyeti ve ciddiyeti nedeniyle kullanılması güç olsa da, hasta deneyimlerini/hikayelerini anlatan içeriklerin hem sunuculara hem tüketicilere faydalı olabileceği düşünülmektedir.



Şekil: 2.34 Hastanelerin Youtube Kullanımı

Dijital pazarlama mecrasının diğer lider platformları Facebook ve Instagram’da ise, sağlık hizmet sunucuları, hem kendi hesapları aracılığıyla hem de ücretli gönderiler ile bilinirliklerini ve satışlarını arttırmayı amaçlamaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısından dolayı eski hastaların deneyim paylaşımları, potansiyel tüketicilerin yolunu aydınlatabilmektedir. Özellikle 2000ler başında popüler olan ve sonrasında değerini yitirmeye başlayan blog hesapları, sağlık hizmetlerinin özelliklerinden dolayı kullanılacak farklı bir sosyal mecra seçeneğidir. Doğrudan satış amacı gütmeyen, kurumun marka ve itibarını arttırmaya yönelik bu gibi çalışmaların, hasta ve hasta yakınlarının hizmet sunucusu tercihlerini önemli ölçüde etkilediği düşünülmektedir.



Şekil: 2.35 Hastanelerin Instagram Reklamlarını Kullanımı

2.4.4.6 Kurumsal Tüketicilerin Sağlık Hizmeti Satın Alma Davranışları

EKB olarak bilinen tüketici davranış modeline göre, karar verme süreci beş aşamada gerçekleşmektedir.

- Problemin doğuşu
- Problemi tarif etme, çözüm arayışı
- Araştırma ve alternatifleri belirleme süreci
- Belirlenen alternatifler doğrultusunda seçim yapma
- Sonuçları değerlendirme (Engel vd., 1982)

Bu modelin, kurumsal tüketicilerin sağlık hizmeti satın alma davranışları üzerine nasıl yorumlanabileceğini, GOSB özelinde şu şekilde örneklendirilebilir.

1.Aşama: Çalışanların ortopedik sorunlardan dolayı sürekli izin aldıkları, hastaneye sevk edildikleri fark edilir.

2.Aşama: Bu durumun, iş gücü kaybına, yeni personel alımına, maliyetlerin artmasına neden olduğu gözlemlenir. Şirket içi ve şirket dışı çözüm arayışlarına başlanır.

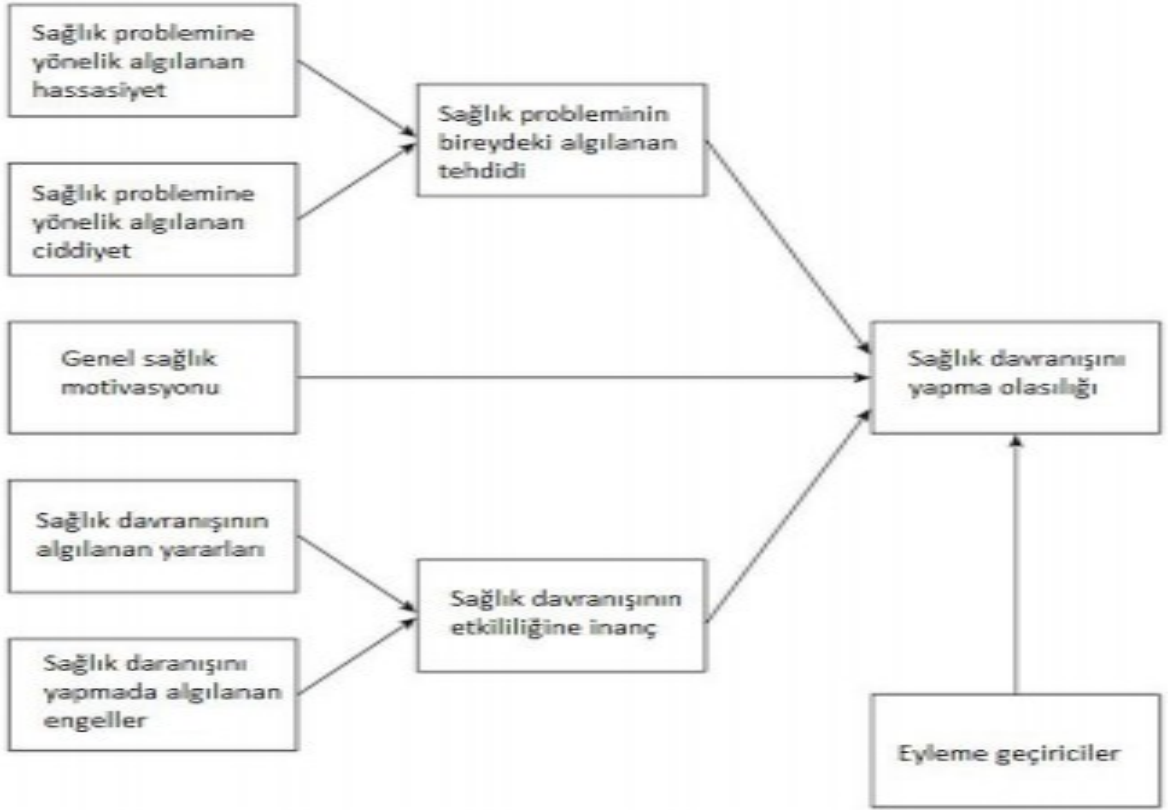
3.Aşama: Şirket içinde üretim hattının iyileştirilmesi, personelin daha iyi eğitilmesi, tıbbi destek alınması gibi çözümler ve bu çözümlerin hangi kuruluştan satın alınacağı değerlendirilir.

4.Aşama: Ortopedi alanında tanınmış olan bir hastane ile anlaşmaya varılır. Uzmanlar tarafından, üretim hatlarının sağlığa uygun hale getirilmesi, personelin eğitimi, tıbbi desteğe ihtiyacı olan personelin belirlenmesi ve hastane koşullarında tedavisinin sağlanmasına yönelik bir ürün paketi şirket tarafından satın alınır.

5.Aşama: İlk ve ikinci aşamada belirlenen sorunların çözüme kavuşup kavuşmadığı ve hizmetten duyulan memnuniyet değerlendirilir. Mevcutta anlaşılan hastane ve proje ile devam etme veya etmeme kararı verilir.

1950’li yıllarda, araştırmacılar yaş, cinsiyet, sosyoekonomik statü, etnik köken gibi tanımlayıcı faktörlerin sağlık davranışlarında etkili olduğunu, fakat sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulduğu zamanlarda dahi, düşük sosyoekonomik statülü bireylerin hizmeti yine daha az kullanmaya devam ettikleri fark etmişlerdir. Bu bulgu, sağlık davranışı göstermede farklı faktörlerin de etkisi olduğu gerçeğini ortaya çıkarmıştır (Conner ve Brkshire, 2005). Bu konuya yönelik bir çalışma olarak, 1966 yılında Rohleder, Sağlık İnanç Modelini geliştirmiştir (Şekil:2.36).

Model doğrultusunda tüketicileri, sağlık davranışı uygulamak için teşvik edebilecek sekiz bileşen ortaya çıkmıştır. Bu sekiz bileşeni, bireysel tüketiciler için uygulayabileceğimiz gibi kurumsal tüketiciler içinde değerlendirmemiz mümkündür. Örneğin; Hayden, yarar algısını bireyin hastalıktan korunmak veya hastalığın şiddetini azaltmak için önerilen koruyucu davranışın kendinde oluşturacağı yarara inanmasıdır, şeklinde yorumlamıştır. (Hayden, 2009) Aynı yorumu kurumsal tüketiciler içinde kabul etmemiz mümkün gözükmemektedir. Kurumsal tüketicilerinde, aynı amaçlar doğrultusunda sağlık hizmetlerini kullanmaları beklenmektedir.



Şekil: 2. 36 Sağlık İnanç Modeli (Rohleder, 2012)

BÖLÜM 3. TEZ ÇALIŞMALARI

3.1. AMAÇ VE ÖNEM

Tüketiciler tarafından sağlık hizmetlerine verilen önem her geçen gün biraz daha artmaktadır. Buna bağlı olarak, bireyler sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma ve daha çok harcama yapma eğilimindedirler. Bu değişimin farkında olan sağlık hizmet sunucuları, hem yatırımlarını arttırmakta hem de tüketicileri sağlık hizmetlerini kullanmaları için çeşitli pazarlama iletişimi kanallarıyla teşvik etmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı, tüketicilerin karar verme aşamasında çevresel faktörlerden, diğer ürün ve hizmetlere göre daha çok yararlanabileceklerini düşündürmektedir. Bu çevresel faktörlerden biri de şüphesiz kişinin çalıştığı kurumdur. Özellikle işletmelerin yoğun olduğu bölgelerde hastaneler, kurumsal şirketler ile işbirliği yapmaya çalışmaktadırlar. Buradaki ilk amaç, kişinin çalıştığı kurumunda sağlık hizmetleri konusunda karar verici kişileri (doktor, hemşire, yönetici) etkileyerek, tüketicileri ilgili hastaneye yönlendirmeleri konusunda onlara bir temsilci özelliği kazandırmaktır.

İkinci amaç ise, şirketlerin sağlık için ayırdıkları bütçelerinden en yüksek payı alabilmektir. Şirketler, işe giriş muayeneleri, periyodik sağlık kontrolleri, iş kazaları, meslek hastalıkları gibi konularda hastaneler ile işbirlikleri yapabilmektedirler. Özellikle çalışmanın evrenini oluşturan GOSB firmaları, üretim yapmaları sebebiyle bu hizmetlere daha çok ihtiyaç duymaktadırlar.

Çalışmanın amacı kurumların anlaşmalı hastane tercihlerinde en çok hangi faktörleri dikkate aldıklarını bulmaya çalışmaktır. Bu hedef doğrultusunda, kurumların sosyal güvence, çalışan sayısı, menşei, anlaşmayı yapan kişinin cinsiyeti gibi özellikleri sorulmuştur. Faktörlerde, fiziksel, kurumsal, hizmet ve pazarlama alt başlıklarında sunulmuştur. Böylece, hangi faktörlerin daha çok öne çıktığı ve kurum özelliklerinin bu faktörlere etki edip etmediği tespit edilmeye çalışılmıştır.

3.2. SINIRLAMALAR

Bu araştırma Kocaeli ilinin Gebze ilçesinde yer alan GOSB içinde faaliyet gösteren işletmeleri kapsadığı için sonuçlar bu evrenin özelliklerini yansıtmaktadır.

3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Kurumsal tüketicilerin hastane tercihlerini etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmanın evrenini, Kocaeli ilinin Gebze ilçesinde bulunan GOSB bünyesinde faaliyet gösteren işletmeler oluşturmaktadır. Bölgedeki işletme sayısı 162, evren olarak kabul edilmiştir. Bu sayı dikkate alınarak %95 güven aralığında ve 0,05 hata payı ile örneklem sayısı 114 olarak bulunmaktadır. Bu hedef doğrultusunda 115 anket yapılmış ve %95 olan güven aralığına da ulaşılmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI VE ANALİZİ

Belirlenen işletmelerde, anketi dolduracak olan kişiye anketin amacı hakkında ön bilgi verilerek anketin amacına ulaşma gücü arttırılmaya çalışılmıştır. Bu çerçevede 115 kurum yetkilisi ile yüz yüze görüşülerek anketler tamamlanmıştır. İlgili kurumlarda, hangi hastaneyle, hangi kapsamda anlaşma yapılacağına karar veren kişi ile anlaşmayı imzalayacak yetkili ayrı kişiler olabilmektedir. Bu durumda, anlaşma yapmak için görüşmeler yürütülen karar verici kişi ile anket yapılmıştır.

Anketin birinci bölümünde işletmenin çalışan sayısı, sosyal güvencesi, menşei, anlaşmalı hastane sayısı gibi belirleyici özellikleri yer almaktadır. İkinci bölümünde ise hastanelerin fiziksel, kurumsal, hizmet ve pazarlama özelliklerini incelemek için 30 soru yer almaktadır. Anketin üçüncü bölümünde birden fazla hastane ile anlaşma yapmış olan işletmelerin, bu tutumlarının nedenini öğrenmek için ek 10 soru yer almaktadır. Anket soruları, sağlık hizmetleri sektör profesyonelleriyle görüşülerek ve literatür taraması ile belirlenmiştir.

Anket geçerlilik açısından değerlendirmesi için ilk olarak pilot 31 işletme üzerinde uygulanmıştır. Bu işletmelerden beşi birden fazla hastane ile anlaşmalı olmadığı için 26 adet veri ile çalışma yapılmış ve SPSS programında yapılan “CronbachAlpha” kat sayısı 0,93 olarak bulunulmuştur.

31 kurumun cevapladığı ilk ölçeğin değeri 0,91 olarak, 26 kurumun cevapladığı ikinci ölçeğin değeri ise 0,75 bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (Aritmetik Ortalama, Sayı, Yüzde) ve T Testi, Anova Testi, Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilerek veriler yorumlanmaya çalışılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmada, şirketlerin çeşitli kurumsal özelliklerinin yanı sıra anlaşmayı yapan kişinin cinsiyetinin, hastane ile anlaşma yaparken faktörlere verdikleri önem arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda sınanacak hipotezler aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

Hipotez 1: Yetkilinin cinsiyeti ve özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yaparken dikkat edilen faktörlere verilen önem arasında fark yoktur.

Hipotez 2: şirketin çalışan kişi sayısı arttıkça, özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yaparken dikkat edilen faktörlere verilen önem de artmaktadır.

Hipotez 3: şirketin sosyal güvencesi ve özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yaparken dikkat edilen faktörlere verilen önem arasında fark vardır.

Hipotez 4: şirketin menşei ve özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yaparken dikkat edilen faktörlere verilen önem arasında fark yoktur.

Hipotez 5: şirketin anlaşmalı olduğu özel hastane sayısı arttıkça, özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yaparken dikkat edilen faktörlere verdiği öncelik de artmaktadır.

Hipotez 6: Yetkilinin kurum içi pozisyonu ve özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yaparken dikkat edilen faktörlere verilen önem arasında fark yoktur.

Hipotez 7: şirketin menşei ve özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yapmaya verilen önem arasında fark yoktur.

Hipotez 8: Yetkilinin cinsiyeti ve özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yapmaya verilen önem arasında fark yoktur.

Hipotez 9: şirketlerin çalışan sayısı değiştikçe, özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yapmaya verdikleri önemde değişmektedir.

Hipotez 10: şirketin sosyal güvencesi ve özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yapmaya verilen önem arasında fark vardır.

Hipotez 11: Yetkilinin pozisyonu, özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yapılmasında etkili olmamaktadır.

Hipotez 12: Şirketin anlaşmalı hastane sayısı arttıkça, özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yapmaya daha çok önem vermektedir.

3.6. BULGULAR

3.6.1. Tanımlayıcı İstatistiksel Bulgular

Ankete katılan kişi ve kurumlara ait özellikler Tablo 3.1’de özetlenmiştir. Tablo’da, anketi dolduran kişilerin cinsiyeti ve pozisyonları ile kurumun çalışan sayısı, sosyal güvencesi, menşei, anlaşmalı hastane sayısı belirtilmiştir.

Tablo: 3.1 Kurum ve Kişilerin Tanımlayıcı Özellikleri

| Değişkenler | Kategoriler | F | % |
|--------------------------|-----------------------|-----|------|
| Cinsiyet | Kadın | 38 | 33 |
| | Erkek | 77 | 67 |
| | Toplam | 115 | 100 |
| Çalışan Sayısı | 100 altı | 12 | 10,4 |
| | 100-300 | 23 | 20 |
| | 301-500 | 21 | 18,3 |
| | 501-700 | 9 | 7,8 |
| | 701 ve üstü | 50 | 43,5 |
| | Toplam | 115 | 100 |
| Sosyal Güvence | Sadece SGK | 22 | 19,1 |
| | SGK + ÖSS | 55 | 47,8 |
| | SGK + TSS | 16 | 13,9 |
| | SGK + ÖSS + TSS | 22 | 19,1 |
| | Toplam | 115 | 100 |
| Menşei | Yerli | 79 | 68,7 |
| | Yabancı | 36 | 31,3 |
| | Toplam | 115 | 100 |
| Pozisyon | İnsan Kaynakları | 34 | 29,6 |
| | İdari İşler | 23 | 20 |
| | İş Sağlığı, Güvenliği | 3 | 2,6 |
| | Sağlık Çalışanı | 55 | 47,8 |
| | Toplam | 115 | 100 |
| Anlaşmalı Hastane Sayısı | 0 | 22 | 19,1 |
| | 1 | 9 | 7,8 |
| | 2 ve 4 | 51 | 44,3 |
| | 5 ve 7 | 19 | 16,5 |

| | | | |
|--|-------------|-----|------|
| | 7'den fazla | 14 | 12,2 |
| | Toplam | 115 | 100 |

Tablo 3.1' göre;

Ankete katılan kişilerin %33'ü kadın %67'si erkektir. Örneklem grubunun bir sanayi bölgesi olması sebebiyle erkek çalışanların daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Ankete katılan şirketlerin çalışan sayısı farklılık göstermektedir. %10,4'ü 100 kişinin altında çalışana sahipken, %20'si 100 ve 300 arası çalışana, %18,3'ü 301 ve 500 arası çalışana, %7,8'i, 501 ve 700 arası çalışana, %43,5'i ise 701 ve üstü çalışana istihdam sağlamaktadır. GOSB'da üretim firmalarının yoğunluğu sebebiyle, çalışan sayısı yüksek seyretmektedir.

Firmaların sosyal güvenceleri incelendiğinde ise, sadece SGK'ya sahip olan firmaların oranı %19,1 iken, firmaların %47,8'i SGK'nın yanında çalışanlarına ayrıca Özel Sağlık Sigortası sunmaktadırlar. %13,9'u SGK ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, %19,1'i ise SGK ile birlikte hem özel hem de tamamlayıcı sağlık sigortası sunmaktadır. Özellikle çalışmanın birçok yerinde anılan sağlık hizmetlerinin yoğun olarak piyasaya bırakılması nedeniyle, işletmeler bir yan hak olarak, özel ve/veya sağlık sigortasını çalışanlarına vermiştir. Ayrıca, bölgede yoğun sendikalaşmanın olması, üretim hattında çalışılmasından dolayı iş kazası riskinin yüksekliği, uluslararası şirketlerin varlığı ve genel olarak yerli kurumsal şirketlerin bölgedeki varlığı bu oranı arttırmıştır. Ek olarak, bu rakamlar özel sağlık hizmeti sunucularının da, bu bölgede pazarlama faaliyetleri yürütmelerinin bir nedeni olmuştur. Çünkü, özel ve tamamlayıcı sağlık sigortalarına sahip olan kişiler, maddi bir kaygı duymaksızın özel hastanelerden hizmet alabilmektedirler. Ayrıca, özel sağlık sigortalı hastaların, özel sağlık hizmeti sunucuları için de daha karlı hastalar oldukları bilinmektedir.

Ankete katılan firmaların, %68.7'si yerli, %31,3'ü ise yabancı firmalardır. Bölge de yer alan tüm firmaların dörtte birinin yabancı, dörtten üçünün ise yerli oldukları bilinmektedir.

Şirketlerde, sağlık anlaşmaları ile ilgilenen departmanlar değişiklik gösterebilmektedir. Karar vericilerin %29,6'sı insan kaynakları profesyoneliyken, %20'si idari işler çalışanı, %2,6'sı iş sağlığı ve güvenliği yetkilisidir. Büyük pay ise, sağlık çalışanlarına aittir. Birçok sanayi kurumu yaptıkları işin tehlikesinden ve yasal mecburiyetten dolayı, bünyesinde hemşire ve doktor istihdam etmektedir. %47,8 oranında sağlık çalışanları, şirketlerin hastane anlaşmalarında karar verici rolü oynamaktadır. Burada şöyle bir nüans da vardır. Karar vericiler, her zaman imza yetkisine sahip olan kişiler değildir ve anlaşmaların imzalanma

veya onaylanma aşamasında farklı bir yetkiliyle görüşmekte söz konusu olabilmektedir. Bu araştırmada, karar verici olan kişiler ankete katılmışlardır.

Kurumların, anlaşmalı olduğu hastane sayısı da değişiklik göstermektedir. Ankete katılan 115 şirketin, %19,1'i hiçbir sağlık kurulu ile anlaşma veya işbirliği yapmadığını iletmiştir. Yalnızca tek bir hastane ile anlaşmalı kurum oranı %7,8 iken, 2 ve 4 arası hastane ile anlaşmalı kurum oranı 44,3'tür. Kurumların %16,5'i 5 ve 7 arası hastane ile anlaşmalıyken 12,2'si yediden fazla sağlık hizmeti sunucusu ile anlaşmalıdır. Kurumların yaygın olarak, kendilerine alternatif hastaneler aradıkları, ancak belli bir sayıya ulaştıktan sonrada anlaşma yapma gerekliliğinin, isteğinin azaldığı düşünülmektedir.

Ölçekte yer 30 soruya katılımcıların verdikleri yanıtların dağılımı, ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 3.2'de özetlenmiştir.

Tablo: 3.2 Ölçek Sorularının Ortalaması ve Dağılımı

| Sorular | Hiç Önemli Değil | | Önemli Değil | | Kararsızım | | Önemli | | Çok Önemli | | Ortalama | Standart Sapma |
|--|------------------|-----|--------------|------|------------|------|--------|------|------------|------|----------|----------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | |
| Yakınlık | 1 | 0,9 | 5 | 4,3 | 0 | 0 | 47 | 40,9 | 62 | 53,9 | 4,42 | 0,78 |
| Hastane büyüklüğü/hacmi | 7 | 6,1 | 7 | 6,1 | 0 | 0 | 70 | 60,9 | 31 | 27 | 4,08 | 0,75 |
| Toplu taşıma ile ulaşılabilirlik | 1 | 0,9 | 7 | 6,1 | 9 | 7,8 | 60 | 52,2 | 38 | 33 | 4,1 | 0,85 |
| Hastane iç mimarisi | 1 | 0,9 | 12 | 10,4 | 19 | 16,5 | 75 | 65,2 | 8 | 7 | 3,66 | 0,79 |
| Hasta güvenliğini sağlayan çevresel şartlar | 4 | 3,5 | 9 | 7,8 | 0 | 0 | 62 | 53,9 | 40 | 34,8 | 4,2 | 0,72 |
| Hastane dış görünümü | 4 | 3,5 | 19 | 16,5 | 23 | 20 | 63 | 54,8 | 6 | 5,2 | 3,41 | 0,94 |
| Bireysel olarak hizmet almış olmam | 3 | 2,6 | 15 | 13 | 14 | 12,2 | 49 | 42,6 | 34 | 29,6 | 3,83 | 1,07 |
| Çalışan tavsiyesi | 8 | 7 | 11 | 9,6 | 0 | 0 | 64 | 55,7 | 32 | 27,8 | 4,04 | 0,8 |
| Tanınan hekimlerin varlığı | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,9 | 31 | 27 | 83 | 72,2 | 4,71 | 0,47 |
| İş kazalarında yardımcı olunması | 0 | 0 | 2 | 1,7 | 4 | 3,5 | 27 | 23,5 | 82 | 71,3 | 4,64 | 0,63 |
| Güçlü teknolojik altyapı | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2,6 | 39 | 33,9 | 73 | 63,5 | 4,6 | 0,54 |
| Telefon ile ulaşılabilirlik | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 3,5 | 41 | 35,7 | 70 | 60,9 | 4,57 | 0,56 |
| Yan hizmetlerin kalitesi (kafe, otopark vd.) | 1 | 0,9 | 14 | 12,2 | 22 | 19,1 | 68 | 59,1 | 10 | 8,7 | 3,62 | 0,84 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|------|------|
| Zincir sağlık grubu olması | 3 | 2,6 | 25 | 21,7 | 32 | 27,8 | 35 | 30,4 | 20 | 17,4 | 3,38 | 1,08 |
| Holding bünyesinde yer alması | 8 | 7 | 35 | 30,4 | 41 | 35,7 | 24 | 20,9 | 7 | 6,1 | 2,88 | 1,01 |
| Ünv. Hastanesi olması | 2 | 1,7 | 9 | 7,8 | 18 | 15,7 | 60 | 52,2 | 26 | 22,6 | 3,86 | 0,91 |
| Hastanede tanıdık çalışanların varlığı | 7 | 6,1 | 23 | 20 | 20 | 17,4 | 49 | 42,6 | 16 | 13,9 | 3,38 | 1,13 |
| Hastane sahiplerinin, yöneticilerinin politik görüşü | 30 | 26,1 | 52 | 45,2 | 15 | 13 | 13 | 11,3 | 5 | 4,3 | 2,22 | 1,09 |
| Sosyal mecralardaki aktifliği | 12 | 10,4 | 35 | 30,4 | 30 | 26,1 | 36 | 31,3 | 2 | 1,7 | 2,83 | 1,04 |
| Hastane web sitesi | 5 | 4,3 | 13 | 11,3 | 20 | 17,4 | 69 | 60 | 8 | 7 | 3,53 | 0,93 |
| Çevremizdeki farklı işletmelerle olan işbirlikleri | 5 | 4,3 | 19 | 16,5 | 32 | 27,8 | 55 | 47,8 | 4 | 3,5 | 3,29 | 0,93 |
| Açık hava reklamları | 13 | 11,3 | 46 | 40 | 43 | 37,4 | 10 | 8,7 | 3 | 2,6 | 2,51 | 0,9 |
| Ekonomik olması | 3 | 2,6 | 1 | 0,9 | 3 | 2,6 | 50 | 43,5 | 58 | 50,4 | 4,38 | 0,81 |
| ÖSS ile anlaşmalı olması | 2 | 0,9 | 6 | 5,2 | 0 | 0 | 37 | 32,2 | 71 | 61,7 | 4,48 | 0,82 |
| SGK ile anlaşmalı olması | 1 | 0,9 | | | | | 24 | 20,9 | 90 | 78,3 | 4,75 | 0,53 |
| Hastaneyi temsil eden bireyler | | | 2 | 1,7 | 10 | 8,7 | 54 | 47 | 49 | 42,6 | 4,3 | 0,7 |
| Hastane bilinirliği | 2 | 1,7 | 6 | 5,2 | 13 | 11,3 | 65 | 56,5 | 29 | 25,2 | 3,98 | 0,85 |
| Hastane itibarı | 1 | 0,9 | 2 | 1,7 | 4 | 3,5 | 39 | 33,9 | 69 | 60 | 4,5 | 0,72 |
| Kurumumuzda sağlık söyleşileri düzenlemeleri | 5 | 4,3 | 10 | 8,7 | 14 | 12,2 | 58 | 50,4 | 28 | 24,3 | 3,81 | 1,03 |
| Özel müşteri temsilcisi | 0 | 0 | 5 | 4,3 | 9 | 7,8 | 46 | 40 | 55 | 47,8 | 4,31 | 0,79 |

Tablo 3.2'ye göre;

Kurumların anket sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde hastanelerin SGK ile anlaşmalı olmasına verilen önem oldukça yüksektir. 115 katılımcının %78,3'ü çok önemli şıkkını işaretlemişlerdir. Sorunun ortalaması ise 4,75'dir. Bu durumun, somut bir çıktısı da 13 yıldır Gebze'de faaliyet gösteren ve SGK anlaşması bulunmayan Anadolu Sağlık Merkezi hastanesinin, GOSB'da açtığı tıp merkezinde SGK ile anlaşma yapmayı tercih etmesidir.

Çalışmanın farklı yerlerinde değinildiği gibi, özellikle bireysel seçimlerde hastane değil hekim tercih edilir, iyi hekim neredeyse hasta o hastaneyi tercih eder. Araştırmamızın sonucuna göre bu durum kurumsalın tercihlerine de etki etmektedir. 115 katılımcının %72,2'si hastanede tanınmış hekimlerin varlığının anlaşma sürecinde çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Sorunun ortalaması ise 4,7'dir.

GOSB'un bir fabrika bölgesi olmasından dolayı, şirketlerin sağlık gündemlerinin ilk sırasında iş kazaları yer almaktadır. Hatta bazı şirketlerin sadece iş kazalarında hizmet almak için özel hastaneler ile anlaşma yaptıkları düşünülmektedir. 115 katılımcının %71.3'ü iş kazalarında yardımcı olunmasının hastane anlaşması sürecinde çok önemli olduğunu belirtmiştir. Sorunun ortalaması ise 4,64'dür. Bu durumun farkında olan hastaneler, hekim kadrolarında, mikrocerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi ekiplerine yatırım yapmaktadırlar. Gebze bölgesinde olmasa da, İstanbul İkitelli Organize Sanayi Bölgesinin yakınında sadece mikrocerrahi üzerine çalışan cerrahi tıp merkezleri bulunmaktadır.

Sağlık teknolojileri oldukça hızlı gelişmektedir. Her sektörde, tüketicilerin üstün teknolojinin cazibesine kapıldığı da bilinen bir gerçektir. Hastaneler yoğun teknolojinin kullanıldığı merkezlerdir. Katılımcılar da hastanelerin bu özelliğine ciddi önem vermektedirler. Güçlük teknolojik altyapı sorusunun ortalaması 4,6 olarak tespit edilmiştir.

Devlet hastanelerine, merkezi randevu sistemi hariç telefon ile ulaşmak oldukça güçtür. Bu durumdan dolayı katılımcıların özel hastanelerden bekledikleri en önemli özelliklerden biri de telefon ile ulaşılabilir olmalarıdır. Sorunun ortalaması 4,57'dir.

Hastane itibarı, katılımcılar için bir diğer çok önemli özelliktir. Sorunun ortalaması 4,5'dir. Burada değinilmesi gereken nokta, benzer içerikli bir soru olan hastane bilinirliğine verilen önemin 3,98 olmasıdır. Özellikle kurumsal tüketicilerin bu ayrımın farkında oldukları gözlemlenmektedir. Sağlık hizmet sunucularının, bilinirlikten çok itibarları için yatırım ve pazarlama iletişimi çalışmaları yapmaları kritik bir konudur.

Katılımcı şirketin %66,9'u özel sağlık sigortasına sahiptir. Bu durumla paralel olarak katılımcıların %61,7'si hastanelerin kendi özel sağlık sigortaları ile anlaşmalı olmasını çok önemli olarak belirtmiştir. Sorunun ortalaması ise 4,48'dir.

Hastanenin, kuruma olan yakınlığı bir diğer önemli faktördür. Tüketiciler, yaygın olarak kendi çevrelerinden alışveriş yapmaya eğilimlidirler. Çünkü bu daha konforlu ve ulaşılabilir. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç her an ortaya çıkabilir. Bu yüzden yakınlık, kurumlar için önemlidir. Sorunun ortalaması ise 4,42'dir.

Hastanenin ekonomik olması seçeneği kurumsal tüketiciler tarafından önem verilen bir diğer faktördür. Kurumlar, özel sağlık sigortaları ve doğrudan hastane harcamaları için bütçeler ayırırlar. Kurumun, hizmet satın alan durumunda olması bu faktöre verilen önemi arttırmaktadır. Ortalaması ise 4,8'dir.

Özel hastaneden hizmet alan her hasta, kendisi özel hissetmek ister. Devlet hastanesinde, koridorda oturacak yer bulamayıp, doktor kapısında bekleyen ve doktorla yalnızca beş dakikalık bir zaman diliminde görüşebilen ve bu durumdan şikayetçi olmayan bir hasta, özel bir sağlık hizmet sunucusunda randevusunun on dakika gecikmesinden dolayı, şikayetçi olabilmektedir. Hastaneler, kurumsal müşterileri için özel müşteri temsilcileri görevlendirebilmektedirler. Kurumsal, işlerinin kolay halledilebilmesi, sürekli ulaşabilecekleri bir yetkili olması ve ayrıcalıklı hissettikleri için bu hizmete önem verirler. Yanıtların ortalaması ise 4,31'dir.

Hastaneyi temsil eden bireyler, hastanenin tanıtım, iletişim, pazarlama, satış gibi departmanlarında görevli kurumsal ilişkileri kuran ve yöneten profesyonellerdir. Bu kişiler, kurum ve hastane arasında bir köprü kurarak çalıştığı hastaneye kar, müşterisi olan kuruma da maliyet avantajı ve yüksek hizmet kalitesi sunmaya çalışmaktadırlar. Ayrıca, birçok sağlık kurumunun benzer hizmetleri sunduğu günümüzde, müşteri ilişkileri yönetimi önemli bir beceridir. Katılımcıların verdikleri yanıtların ortalaması 4,3'dür.

Hasta olan bireyin, hastanede güvenliğinin sağlanması hastaneler için elzem bir konudur, bu konuda birçok çalışma yapılmakta ve hastane için konseyler kurulmaktadır. Dış kurumların da bu duruma önem verdikleri gözlemlenmektedir. Merdiven, asansör, kaygan zemin, hijyen gibi çevresel unsurlara verilen yanıtların ortalaması 4,2'dir. Katılımcıların kurumsal tüketiciler olmaları bu faktöre verilen önemi yükselttiği düşünülmektedir.

Hastanenin metro, tren, otobüs gibi toplu taşıma istasyonlarına yakın olması kurumsal tüketiciler için önemli olan diğer bir faktördür. Örneğin, iş kazası geçirmiş ve otuz seans fizik tedavi hizmeti alması gereken bir hasta, hem iş gücü kaybının azaltılması hem de hasta konforu için ulaşımı kolay bir hastaneye yönlendirilecektir. Hastaneye toplu taşıma ile ulaşabilmeye verilen yanıtların ortalaması 4,1'dir.

Hastanenin büyüklüğü/hacmi kurumsal tüketicilerin önemli olarak addettiği bir faktördür. Hem karşılaşılabilecek herhangi bir komplikasyonda müdahale edebilecek bir uzmanın varlığı hem de işlerin tek bir hastane de çözülebilmesi, tüketiciler için kritik bir konudur. Verilen yanıtların ortalaması 4,08'dir. Ayrıca, tüketicilerin büyük yapılar için de daha güvenli hissettikleri düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde referans hayati bir konudur. Gerek kurumsal gerek bireysel tüketiciler, başka biri tarafından güvenilmiş, memnun kalınmış, referans gösterilmiş bir hastaneden hizmet almak konusunda olumlu düşünmektedir. Kurumlarda da, bir hastaneden veya

doktordan hizmet almış ve bunu ilgili departmana tavsiye etmiş kişilerin görüşlerine, anlaşma süreçlerinde önem verilmektedir. Çalışan tavsiyesine verilen önem ortalaması 4.04'dür.

Hastanenin bilinir olmasına verilen önemin ortalama 3,98'dir. Burada dikkat edilmesi gerek nokta, itibara verilen önemin bilinirliğe verilen önemden yarım puan yüksek oluşudur.

Anlaşmalı hastanenin, üçüncü basamak bir üniversite hastanesi olmasına verilen önem ortalaması 3,86'dır. Katılımcıların %52,2'si bu faktörün hastane anlaşmalarında önemli olduğunu belirtmektedir. Yan dal uzmanlarının varlığı, öğretim üyelerinin çalışması, üniversite algısı bu faktöre verilen önemi arttırdığı düşünülmektedir.

Anlaşma yapacak yetkilinin, anlaşma sürecinde olan hastaneden hizmet almış olmasına verdiği önemin ortalaması 3,83'dür. Yetkili, çalışan tavsiyesine verdiği önemle benzer şekilde kendi deneyimlerine de önem vermektedir.

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar, anlaşmalı oldukları şirketlere çeşitli ek faydalar vermeye gayret ederek, ilişkileri güçlendirmeyi ve kurumdan hastaneye olan hasta akışını arttırmayı amaçlarlar. Bu çalışmalardan biri de uzman hekimlerin kurumda, personelde sağlık bilinci oluşturabilmek ve sorularını yanıtlayabilmek için yaptıkları sağlık söyleşileridir. Faktöre verilen önemin ortalaması 3,81'dir.

Günümüzde hastane mimarisi, hastaların konforu ve algısını iyileştirecek şekilde gelişme kaydetmiştir. Hastanın, ortopedi randevusundan sonra MRI çekirmek için beş dakika boyunca yürümesi gerekmemektedir. Ayrıca, hastaya konforlu bir bekleme alanı, iç açıcı renkte mobilyalar sunulur. Hastane koridoru, hasta bekleme alanı, poliklinik koridoru birbirinden ayrılır ve hastanın hastane yoğunluğu ile yüzleşmemesi sağlanmaya çalışılır. Anlaşma süreçlerinde hastane iç mimarisine verilen önemin ortalaması 3,66'dır.

Kafe, otopark gibi yan hizmetlere hem hasta hem de hastane tarafından verilen önem gün geçtikçe artmaktadır. Birçok hastanede vale ve otopark hizmeti mevcuttur. Hastane segmentine göre kafe hizmetinin kalitesi de değişmektedir. Beşiktaş Ulus'da hizmet veren hastane ultra lüks bir kafeye sahipken, büyük bir özel hastane zincirinin her lokasyonunda da Starbucks mağazası mevcuttur. Genel olarak kurumsal tüketiciler bu konuyu önemli addetmekle birlikte, esas olan tıbbi hizmete önem verip, bu tür tamamlayıcı hizmetleri önemsiz bulan bir kitle de mevcuttur. Katılımcıların %59,1'i önemli, %19'i kararsız, %12,2'si ise önemli değil olarak görüşlerini belirtmişlerdir. Faktörün ortalaması ise 3,62'dir.

Hastane web sitesi, sağlık hizmeti veren bir kurumun hastaneyi hiç kullanmış tüketicinin gözünde hizmetini somutlaştırabileceği en önemli mecradır. Site üzerinden doktorlar hakkında her detaya ulaşılabilir, güncel sağlık yazıları okunabilir, hastanenin kurumsal yapısı hakkında bilgi sahibi olunabilir, hatta randevu oluşturulabilir. Kurumsal tüketiciler tarafından sözleşme sürecinde faktöre verilen önemin ortalaması 3,53'dür.

Kurumsal tüketiciler tarafından anlaşma sürecinde hastane dış görünümüne verilen önemin ortalaması 3,41'dir. Estetik güzelliğin önemli olduğu bir çağda sağlık hizmeti veren bir kurumun dış yapısı da dikkat çekmektedir. Bir hastanenin camdan ve oldukça dikkat çekici bir binası olmasına karşın, i alanı basık ve iç karartıcı olabilir. Farklı bir hastane içinde tam tersi durum söz konusu olabilir. Bu durum faktör verilen önemin de ortalamasına yansımıştır. Katılımcıların %54,8'i önemli, %20'si kararsız, %16,5'i ise önemsiz olarak görüş bildirmişlerdir.

Hastanede tanidik çalışanların varlığı, tüketiciler için her zaman kolaylaştırıcı bir faktör olmuştur. Çünkü hastanede çalışan bir tanidik, randevuyu daha erken bir tarihe çekebilir, ödenen miktarı düşürebilir, daha özel bir otelcilik hizmeti sağlayabilir. Faktöre verilen önemin ortalaması ise 3,38'dir.

Zincir sağlık grupları ile anlaşmalı olmak özellikle, birden fazla lokasyonda fabrikası, deposu, hizmet merkezi olan işletmeler için önemli olabilmektedir. Faktöre verilen önemin ortalaması 3,38'dir. Tüketiciler yaygın olarak kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Hastanenin, kurum çevresinde referans gösterebileceği anlaşmalı farklı kurumlarının olması kimi kurumsal tüketiciler tarafından önemli bulunabilmektedir. Anlaşma sürecinde faktörün önem ortalaması 3,29 olarak tespit edilmiştir. Tüketicilerin yaygın olarak kararsız oldukları gözlemlenmektedir.

Sağlık sektörünün mali açıdan çekici hale gelmesiyle birlikte, büyük holdinglerde sektöre giriş yapmışlardır. Koç, Anadolu, Okan bu holdinglerden bazılarıdır. Ancak, anlaşma sürecinde bu faktörün önemi konusunda tüketicilerin yaygın olarak kararsız oldukları tespit edilmiştir. Ortalama 2,88'dir. Katılımcıların %35,7'si kararsız, %30,4'ü önemsiz olarak görüş bildirmişlerdir.

Bireysel tüketiciler tarafından yoğun olarak takip edilen ve hastanelerinde çeşitli şekillerde yatırım yaptıkları sosyal mecraların önemi gün geçtikçe artmakta ve yeni kanallar eklenmektedir. Ancak kurumsal tüketiciler, anlaşma sürecinde sosyal mecra kanallarının

önemi konusunda yaygın olarak kararsızdırlar. Ortalama 2,83'dür. Bununla birlikte, doğru sosyal medya kullanımının itibar ve bilinirlik için faydalı olduğu düşünülmektedir. Bu iki faktöre verilen önemin yüksek oluşu, sosyal mecralarında doğrudan olmasa da dolaylı olarak önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Ortalaması 2,51 olan açık hava reklamları için de, bir üst açıklama aynı şekilde kullanılabilir. Faktör için katılımcıların %40'u önemsiz, %37,4'ü kararsız olarak görüş bildirmişlerdir.

Bireysel tüketiciler tarafında zaman zaman önemli sayılabilecek, hastane sahiplerinin ve yöneticilerinin politik görüşü, kurumsal tarafta, önemsiz olarak yorumlanmaktadır. Ortalama 2,22'dir.

İkinci ölçekte yer alan ve birden fazla hastane ile anlaşma yapmış 88 kurumu hedefleyen 10 soruya katılımcıların verdikleri yanıtların dağılımı, ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 3.3'de özetlenmiştir.

Tablo: 3.3 İkinci Ölçek Sorularının Ortalaması ve Dağılımı

| Sorular | Hiç Önemli Değil | | Önemli Değil | | Kararsızım | | Önemli | | Çok Önemli | | Ortalama | Standart Sapma |
|--|------------------|-----|--------------|------|------------|------|--------|------|------------|------|----------|----------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | |
| İşletmemize yakın yeni bir hastanenin açılması | 1 | 0,9 | 17 | 14,8 | 22 | 19,1 | 45 | 39,1 | 3 | 2,6 | 3,36 | 0,87 |
| Çalışanlara farklı alternatifler sunma | 1 | 0,9 | 2 | 1,7 | 2 | 1,7 | 52 | 45,2 | 31 | 27 | 4,25 | 0,71 |
| Hastaneler arası rekabet oluşturup, fiyat düşürmek | 2 | 1,7 | 14 | 12,2 | 25 | 21,7 | 36 | 31,3 | 11 | 9,6 | 3,45 | 0,98 |
| Mevcut anlaşmalı hastanelerden alınan tıbbi hizmetten memnuniyetsizlik | 1 | 0,9 | 4 | 3,5 | 14 | 12,2 | 42 | 36,5 | 27 | 23,5 | 4,02 | 0,87 |
| Yeni hastanenin iş kazalarında yardımcı olma vaadi | | | 2 | 1,7 | 9 | 7,8 | 37 | 32,2 | 40 | 34,8 | 4,3 | 0,74 |
| Mevcut anlaşmalı hastanelerden memnun kalınmaması | 6 | 5,2 | | | 9 | 7,8 | 44 | 38,3 | 29 | 25,2 | 4,09 | 0,83 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|---|-----|----|------|----|------|----|------|------|------|
| Mevcut anlaşmalı hastanelerden alınan hizmet sonrası iletişim problemleri | | | 3 | 2,6 | 3 | 2,6 | 42 | 37,4 | 39 | 33,9 | 4,34 | 0,7 |
| Yeni hastaneyi temsil eden kişiler | | | 9 | 7,8 | 16 | 13,9 | 34 | 29,6 | 29 | 25,2 | 3,94 | 0,96 |
| Hizmet aldığımız doktorların, bu yeni hastanede hizmet vermesi | | | 6 | 5,2 | 17 | 14,8 | 42 | 36,5 | 23 | 20 | 3,93 | 0,85 |
| Yeni hastanenin kurumumuza özel fiyatlar sunması | 2 | 1,7 | 2 | 2,7 | 38 | 33 | 46 | 40 | 88 | 76,5 | 4,43 | 0,75 |

Tablo 3.3'e göre;

Kuruma yakın yeni bir hastanenin açılması, tek bir faktör olarak tüketiciler tarafından yeni bir hastane ile anlaşmak için yeterince önemli görülmemektedir. Sorunun ortalaması 3,36'dır. Yaygın olarak tüketicilerin kararsız oldukları gözlemlenmektedir.

Çalışanlara farklı bir hastane alternatifi sunmak, kurumsal tüketiciler için yeni hastaneler ile anlaşma yapmak konusunda önemli bir motivasyondur. Sorunun ortalaması 4,25'dir.

Kurumsal tüketiciler, kaliteli olmakla birlikte en uygun fiyatlı sağlık kuruluşuna da ulaşmak amacındadırlar. Bu amaçla, birden fazla hastane ile de anlaşma sağlayabilirler. Hastaneler arası rekabet oluşturup, fiyat düşürmek kimi kurumlar için önemli olabilmektedir. Verilen yanıtların ortalaması 3,45'dir. Yaygın olarak, tüketicilerin kararsız oldukları gözlemlenmektedir.

Anlaşmalı hastanelerden alınan hizmetten memnun kalmamak, kurumları yeni bir hastane ile anlaşma sürecine gitmeye teşvik edebilir. Katılımcılara özellikle tıbbi hizmetten memnuniyetsizliklerinin yeni bir hastane ile anlaşma sürecindeki etkisi sorulmuştur. Ortalama 4,02'dir. Faktörün, yaygın olarak önemli olduğu düşünülmektedir.

Örnekleminizin bir sanayi bölgesi olması nedeniyle, hastanelerin kurumlara karşılaşılabilecekleri iş kazalarında sunabilecekleri destek büyük önem taşımaktadır. Katılımcılar yeni bir hastane ile anlaşma nedenlerinden biri olarak, kurumların iş kazalarında yardımcı olma vaadine verdikleri önem ortalaması 4,3'dür. Faktörün, katılımcılar tarafından yaygın olarak önemli olduğu düşünülmektedir.

Yeni bir hastane ile anlaşma yapılmasında, mevcut anlaşmalı hastanelerden memnun kalınmaması önemli bir faktör olarak gözlemlenmektedir. Verilen yanıtların ortalaması 4,09'dur.

Ölçek 1'de ortalama 4,57 ile anlaşma sürecinde çok önemli olduğu belirtilen hastanelere telefon ile ulaşabilirliğe, benzer bir sonuç Ölçek 2'de ortaya çıkmaktadır. Mevcut anlaşmalı hastaneye hizmet sonrası ulaşabilirlikte problem yaşanması, kurumlara yeni hastaneler ile anlaşma yapmak için motive etmektedir. Katılımcı yanıtlarının ortalama değeri 4,34'tür.

Kurumların, yeni bir hastane ile anlaşma yapmasında, hastaneyi temsil eden kişiler önemli olabilmektedir. Daha önce belirtildiği gibi, yapılan işlerin aynışmasıyla birlikte, müşteri ilişkilerine verilen önem artmaktadır. Ancak, anlaşmalı hastane sayısı arttıkça, temsil eden kişilere verilen önem de azalabilmektedir. Ölçek 1'de hastaneyi temsil eden bireylere verilen önem 4,3 iken birden fazla hastane ile anlaşma yapılmasında kişilerin kendisine verilen önem 3,94'e gerilemiştir. Yine de, faktörün yaygın olarak önemli olduğu gözlemlenmiştir.

Hastaneler arası doktor transferleri gerçekleşebilir. Aynı bireysel tüketiciler gibi kurumsal tüketiciler de, hizmet aldıkları doktorlarından peşinden gidebilir ve hizmet vermeye başladıkları yeni hastane ile anlaşma yapmak isteyebilirler. Kurumların bu faktöre verdikleri önemin ortalaması 3,93'dür. Yaygın olarak önemli olarak düşünülmektedir.

Bazı firmaların fiyatlara daha duyarlı oldukları düşünülmektedir. Katılımcıların %40'ı, birden fazla hastane ile anlaşma yapılmasında yeni hastanelerin fiyat avantajı sunmalarını anlaşma sürecinde çok önemli olarak addetmektedir. Ortalama 4,43'dür. Faktör, birden fazla hastane ile anlaşma yapan kurumları motive eden en önemli değişken durumundadır.

| Tablo: 3.4 Şirketler Tarafından Anlaşmalı Hastanenin Varlığına Verilen Önemin İncelenmesi X | Hiç Önemli Değil | | Önemli Değil | | Kararsızım | | Önemli | | Çok Önemli | | Ortalama | Standart Sapma |
|--|------------------|---|--------------|---|------------|---|--------|---|------------|---|----------|----------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|-----|---|---|----|------|----|------|------|------|
| Anlaşmalı bir hastanenin varlığı şirketiniz için ne kadar önemlidir ? | 0 | 0 | 1 | 0,9 | 8 | 7 | 56 | 48,7 | 50 | 43,5 | 4,34 | 0,65 |
|---|---|---|---|-----|---|---|----|------|----|------|------|------|

Tablo 3.4’de şirketlerin, özel bir hastane ile anlaşmalı olmaya addettikleri önem gösterilmektedir. Şirketler, oldukça yoğun bir şekilde, hastane anlaşmalarına önem vermektedir.

3.6.2. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgilerine Göre Anlaşmalı Hastane Sürecinde, Hastane Özelliklerine Verilen Önemin İncelenmesi

Tablo: 3.5 Ölçek 1’in Normal Dağılım Analizi

| | Statistic | Std. Error |
|----------|-----------|------------|
| Ortalama | 3,82 | 0,04 |
| Skewness | -0,28 | 0,22 |
| Kurtosis | 0,38 | 0,44 |

Ölçek 1’in ortalamasına göre değerlendirilen normal dağılım analizinde, Skewness ve Kurtosis değerleri +1.0 ve -1.0 aralığında oldukları için, ölçeğimizin normal bir dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir. (Hair vd., 2013)

Tablo: 3.6 Ölçek 1 Kolomogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk Normallik Testi Sonuçları

| | Kolomogorov-Smirnov | | Shapiro-Wilk | |
|---------|---------------------|-----|--------------|------|
| | Statistic | p | Statistic | p |
| Ölçek 1 | 0,5 | 0,2 | 0,99 | 0,54 |

Tablo 3.6’de görülen kolmogorov smirnov ve shapiro-wilk sonuçları değerlendirildiğinde; araştırma ölçeğinin normal dağılım gösterdikleri gözlenmektedir ($p > 0,05$). Buradan hareketle parametrik çıkarımsal analiz yöntemleri uygulanmasına karar verilmiştir. Gruplar arası farklılığa yönelik olarak bağımsız örnekler t-testi ve anova analizi uygulanmıştır.

Tablo: 3.7 Katılımcı Şirketlerin Menşesine Göre Hastane Özelliklerine Verdikleri Önemin İncelenmesi

| | Menşei | N | Ort. | Ss. | t | p |
|---------|---------|----|------|-------|-------|------|
| Ölçek 1 | Yerli | 79 | 3,82 | 0,446 | 0,14 | 0,62 |
| | Yabancı | 36 | 3,83 | 0,396 | 0,146 | |

Tablo 3.7’de görülen bağımsız örneklem t-testi sonuçları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan katılımcı şirketlerin menşei ile hastane özelliklerine verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>.05$). Seçenekler ayrı ayrı incelendiğinde otuz seçeneğin, yirmi sekizinde anlamlı bir farklılık oluşmazken, yalnızca iki seçenekte anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. 24. Soru olan hastanelerin özel sağlık sigortalarıyla olan anlaşmalarına verilen önem ile menşei arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur. Yabancı şirketler bu seçeneğe daha çok önem vermektedirler. Tüm yabancı şirketlerin bir öss ve/veya tss ile anlaşmalı olmasından dolayı bu sonucun ortaya çıktığı düşünülebilir. Ayrıca 25. Soru olan hastanenin SGK anlaşmasına verilen önem ile menşei arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle analiz sonuçlarının H4 hipotezini desteklediği görülmektedir.

Tablo: 3.8 Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Hastane Özelliklere Verdikleri Önemin İncelenmesi

| | Cinsiyet | N | Ort. | Ss. | t | p |
|---------|----------|----|------|-------|-------|------|
| Ölçek 1 | Kadın | 38 | 3,79 | 0,622 | 0,609 | 0,89 |
| | Erkek | 77 | 3,84 | 0,397 | 0,567 | |

Tablo 3.8’de görülen bağımsız örneklem t-testi sonuçları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan kişilerin cinsiyeti ile hastane özelliklerine verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>.05$). 30 seçenek ayrı ayrı incelendiğinde de hiçbir seçenekte anlamlı bir farklılığa rastlanmamaktadır. Buradan hareketle analiz sonuçlarının H1 hipotezini desteklediği görülmektedir.

Tablo: 3.9 Katılımcı Şirketlerin Çalışan Kişi Sayısına Göre Hastane Özelliklere Verdikleri Önemin İncelenmesi

| | Çalışan Sayısı | N | Ort. | Ss. | F | p |
|---------|----------------|----|------|-------|------|-------|
| Ölçek 1 | 100 altı | 12 | 3,89 | 0,385 | 2,27 | 0,066 |
| | 100-300 arası | 23 | 3,97 | 0,438 | | |
| | 301-500 arası | 21 | 3,77 | 0,339 | | |
| | 501-700 arası | 9 | 3,49 | 0,286 | | |
| | 701 ve üstü | 50 | 3,83 | 0,464 | | |

Tablo 3.9’de görülen Anova analizi sonuçları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan şirketlerin çalışan kişi sayısı ile hastane özelliklerine verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>.05$). 30 seçenek ayrı ayrı

incelendiğinde de hiçbir seçenekte anlamlı bir farklılığa rastlanmamaktadır. Buradan hareketle analiz sonuçlarının H2 hipotezini desteklemediği görülmektedir. Özellikler ayrı ayrı incelendiğinde 30 soru içinde, hastane güvenliğini sağlayan çevresel şartlara verilen önem, hastanelerin sosyal mecalardaki aktifliğine verilen önem ve açık hava reklamlarına verilen önem için gruplar arası bir anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Tablo: 3.10 Katılımcı Şirketlerin Sosyal Güvencelerine Göre Hastane Özelliklere Verdikleri Önemin İncelenmesi

| | Güvence | N | Ort. | Ss. | F | p |
|---------|-----------------|----|------|-------|-------|-------|
| Ölçek 1 | Sadece SGK | 22 | 3,90 | 0,420 | 0,542 | 0,655 |
| | SGK + ÖSS | 55 | 3,77 | 0,466 | | |
| | SGK + TSS | 16 | 3,87 | 0,302 | | |
| | SGK + ÖSS + TSS | 22 | 3,84 | 0,429 | | |

Tablo 3.10'da görülen Anova analizi sonuçları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan şirketlerin sosyal güvenceleri ile hastane özelliklerine verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>.05$). 30 seçenek ayrı ayrı incelendiğinde şirketlerin güvenceleri ile iş kazalarında yardımcı olunması ve özel sağlık sigortası anlaşmalarına verilen önem arasında anlamlı bir farklılık vardır. Buradan hareketle analiz sonuçlarının H3 hipotezini desteklemediği görülmektedir.

Tablo: 3.11 Katılımcıların Şirket İçindeki Pozisyonları ile Hastane Özelliklerine Verdikleri Önemin İncelenmesi

| | Pozisyon | N | Ort. | Ss. | F | p |
|---------|----------------------|----|------|-------|-------|-------|
| Ölçek 1 | İnsan Kaynakları | 34 | 3,71 | 0,488 | 1,983 | 0,121 |
| | İdari İşler | 23 | 3,80 | 0,363 | | |
| | İş Sağlığı Güvenliği | 3 | 4,17 | 0,481 | | |
| | Sağlık Çalışanı | 55 | 3,89 | 0,402 | | |

Tablo 3.11'de görülen Anova analizi sonuçları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan katılımcıların çalıştıkları pozisyon ile hastane özelliklerine verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>.05$). 30 seçenek ayrı ayrı incelendiğinde özelliklerin beşinde anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir. Katılımcıların pozisyonları ile hastanenin kuruma olan yakınlığı, yan hizmetlerin kalitesi, hastanede tanıdık çalışanların varlığı, hastanenin sosyal mecalardaki aktifliği ve çevredeki farklı işletmelerle olan işbirliklerine verilen önem dereceleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle analiz sonuçlarının H6 hipotezini desteklediği görülmektedir.

Tablo: 3.12 Katılımcıların Şirket İçindeki Pozisyonları ile Hastane Özelliklerine Verdikleri Önemin İncelenmesi

| | Anlaşılmalı Hst. Sayısı | N | Ort. | Ss. | F | p |
|--|-------------------------|---|------|-----|---|---|
|--|-------------------------|---|------|-----|---|---|

| | | | | | | |
|---------|-----------|----|------|-------|------|-------|
| Ölçek 1 | Yok | 22 | 3,83 | 0,378 | 1,97 | 0,104 |
| | 1 | 9 | 4,07 | 0,367 | | |
| | 2-4 arası | 51 | 3,72 | 0,425 | | |
| | 5-7 arası | 19 | 3,92 | 0,458 | | |
| | 7+ | 14 | 3,90 | 0,455 | | |

Tablo 3.12’de görülen Anova analizi sonuçları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan şirketlerin anlaşmalı oldukları hastane sayısı ile hastane özelliklerine verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p > .05$). 30 seçenek ayrı ayrı incelendiğinde özelliklerin dördünde anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir. Kurumların anlaşmalı hastane sayısı ile çalışan tavsiyesi, alanında tanınmış hekimlerin varlığı, hastanenin iş kazalarında kuruma yardımcı olması ve hastanenin bir holding bünyesinde yer almasına verilen önem arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle analiz sonuçlarının H5 hipotezini desteklemediği görülmektedir.

3.6.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgilerine Göre Anlaşmalı Hastanenin Varlığına Verilen Önemin İncelenmesi

Tablo: 3.13 Önem Kolomogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk Normallik Testi Sonuçları

| | Kolomogorov- Smirnov | | Shapiro-Wilk | |
|------|----------------------|---|--------------|---|
| | Statistic | p | Statistic | p |
| Önem | 0,27 | 0 | 0,76 | 0 |

Tablo 3.13’de görülen kolmogorov smirnov ve shapiro-wilk sonuçları değerlendirildiğinde; araştırma ölçeğinin normal dağılım göstermedikleri gözlenmektedir ($p < 0,05$). Buradan hareketle parametrik olmayan analiz yöntemleri uygulanmasına karar verilmiştir. Gruplar arası farklılığa yönelik olarak mann whitney u ve kruskal wallis analizi uygulanmıştır.

Tablo: 3.14 Şirketlerin Menşei ile Anlaşmalı Hastane Varlığına Verilen Önemin İncelenmesi

| | Menşei | N | Ort. | Ss. | Z | p |
|------|---------|----|------|-------|-------|------|
| Önem | Yerli | 79 | 4,41 | 0,59 | 1,438 | 0,15 |
| | Yabancı | 36 | 4,19 | 0,749 | | |

Tablo 3.14’de görülen mann whitney u testi sonuçları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan katılımcı şirketlerin menşei ile anlaşmalı hastane varlığına verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olmadığı gözlenmektedir ($p > .05$). Analiz sonuçlarının H7 hipotezini desteklediği görülmektedir.

Tablo: 3.15 Katılımcıların Cinsiyeti ile Anlaşmalı Hastane Varlığına Verilen Önemin İncelenmesi

| | Cinsiyet | N | Ort. | Ss. | Z | p |
|------|----------|----|------|-------|-------|-------|
| Önem | Kadın | 38 | 4,21 | 0,622 | 1,799 | 0,072 |
| | Erkek | 77 | 4,41 | 0,655 | | |

Tablo 3.15’de görülen mann whitney u testi sonuçları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyetleri ile anlaşmalı hastane varlığına verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olmadığı gözlenmektedir ($p>.05$). Analiz sonuçlarının H8 hipotezini desteklediği görülmektedir.

Tablo: 3.16 Şirketlerin Çalışan Sayısı ile Anlaşmalı Hastane Varlığına Verdikleri Önemin İncelenmesi

| | Çalışan Sayısı | N | Ort. | Ss. | df | p |
|------|----------------|----|--------|---------|----|------|
| Önem | 100 altı | 12 | 4 | 0,60302 | 4 | 0,39 |
| | 100-300 | 23 | 4,4348 | 0,50687 | | |
| | 301-500 | 21 | 4,1429 | 0,57321 | | |
| | 501-700 | 9 | 4,3333 | 0,70711 | | |
| | 701 ve üstü | 50 | 4,48 | 0,70682 | | |

Tablo 3.16’de görülen Kruskal Wallis Testi sonuçları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan katılımcı şirketlerin çalışan sayıları ile anlaşmalı hastane varlığına verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olmadığı gözlenmektedir ($p>.05$). Analiz sonuçlarının H9 hipotezini desteklemediği görülmektedir.

Tablo: 3.17 Şirketlerin Sosyal Güvenceleri ile Anlaşmalı Hastane Varlığına Verdikleri Önemin İncelenmesi

| | Güvence | N | Ort. | Ss. | df | p |
|------|-----------------|----|--------|---------|----|------|
| Önem | Sadece SGK | 22 | 4,3182 | 0,47673 | 3 | 0,76 |
| | SGK + ÖSS | 55 | 4,3818 | 0,65237 | | |
| | SGK + TSS | 16 | 4,1875 | 0,83417 | | |
| | SGK + ÖSS + TSS | 22 | 4,4091 | 0,66613 | | |

Tablo 3.17’de görülen Kruskal Wallis Testi sonuçları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan katılımcı şirketlerin sosyal güvenceleri ile anlaşmalı hastane varlığına verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olmadığı gözlenmektedir ($p>.05$). Analiz sonuçlarının H10 hipotezini desteklemediği görülmektedir.

Tablo: 3.18 Katılımcıların Çalıştıkları Pozisyon ile Anlaşmalı Hastane Varlığına Verdikleri Önemin İncelenmesi

| | Pozisyon | N | Ort. | Ss. | df | p |
|------|------------------|----|--------|---------|----|-------|
| Önem | İnsan Kaynakları | 34 | 4,2353 | 0,60597 | 3 | 0,128 |
| | İdari İşler | 23 | 4,3043 | 0,5588 | | |
| | İSG | 3 | 4 | 0 | | |
| | Sağlık Çalışanı | 55 | 4,4545 | 0,71539 | | |

Tablo 3.18’de görülen Kruskal Wallis Testi sonuçları değerlendirildiğinde; katılımcıların çalıştıkları pozisyon ile anlaşmalı hastane varlığına verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olmadığı gözlenmektedir ($p > .05$). Analiz sonuçlarının H11 hipotezini desteklediği görülmektedir.

Tablo: 3.19 Katılımcı Şirketlerin Anlaşmalı Hastane Sayısı ile Anlaşmalı Hastane Varlığına Verdikleri Önemin İncelenmesi

| Anlaşmalı Hastane Sayısı | N | Ort. | Ss. | df | p |
|--------------------------|----|--------|---------|----|------|
| 0 | 22 | 3,9545 | 0,89853 | 4 | 0,15 |
| 1 | 9 | 4,4444 | 0,52705 | | |
| 2-4 arası | 51 | 4,3529 | 0,55941 | | |
| 5-7 arası | 19 | 4,7368 | 0,45241 | | |
| 7+ | 14 | 4,3571 | 0,49725 | | |

Tablo 3.19’da görülen Kruskal Wallis Testi sonuçları değerlendirildiğinde; katılımcı şirketlerin anlaşmalı hastane sayısı ile anlaşmalı hastane varlığına verdikleri önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olmadığı gözlenmektedir. ($p < 0,05$)

Tablo: 3.20 Cronbach’s Alpha Ölçek 1 Güvenirlik Analizi

| | Cronbach's Alpha | N |
|---------|------------------|----|
| Ölçek 1 | 0,891 | 30 |

Tablo 3.20 incelendiğinde Cronbach’s Alfa değerinin 0,89 olduğu ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

BÖLÜM 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde sağlık hizmetleri, tüketilebilen, satın alınabilen, alışveriş yapar gibi seçenekler arasında karşılaştırma yapılabilen bir sektör haline gelmiştir. Araştırmada, GOSB’da hizmet veren sanayi kuruluşlarının, sağlık süreçlerinde işbirliği yapabileceği özel sağlık kuruluşları ile anlaşma yaparken dikkat ettikleri faktörler ve bu anlaşmaların kendileri için ne kadar önemli olduğu incelenmeye çalışılmıştır. Kurumların tanımlayıcı bilgilerinin yanı sıra, anlaşmalı hastane varlığının kendileri için ne kadar önemli olduğu, otuz soruluk bir ölçekle hastane anlaşması yaparken hastanenin hangi özelliklerine daha çok önem verdikleri ve on soruluk bir ölçekle de hangi motivasyonlarla birden fazla hastane ile anlaşma yaptıkları sorulmuş ve yanıtları aranmıştır.

Araştırmaya katılan kişiler tarafından verilmiş yanıtlara göre, özel hastaneler ile anlaşma yaparken en çok önem verilen faktörler; hastanenin SGK ile anlaşmalı olması, tanınmış hekimlerin varlığı, iş kazalarında yardımcı olunması, güçlü teknolojik altyapı, telefon ile ulaşılabilirlik ve hastanenin itibarı seçeneklerine verilen cevapların ortalamaları 4,5 ve üzerinde konumlanmıştır. Bu seçeneklerin, şirketler tarafından anlaşma sürecinde çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Şirketlerin birden fazla hastane ile anlaşma yapmalarında ise en önemli motivasyonu yeni bir hastane tarafından avantajlı fiyat uygulamaları, mevcutta anlaşmalı hastanelerden alınan hizmet sonrası iletişim problemleri ve bu yeni hastanenin iş kazalarında yardımcı olma vaadi olarak dikkat çekmektedir. Ek olarak, şirketlerin özel hastaneler ile işbirliği halinde olmaya büyük önem attıkları gözlemlenmiştir.

Katılımcı şirketlerin menşei, çalışan sayısı, sosyal güvencesi, anlaşmalı hastane sayısı ve katılımcı kişilerin şirket içi pozisyonları ve cinsiyetleri tespit edilmiştir. Bu tanımlayıcı bilgilerin, hastane özelliklerine verilen önem ve anlaşmalı hastanenin varlığına verilen önem üzerindeki etkisi incelenmeye çalışılmıştır.

Araştırmada şirketlerin yerli veya yabancı olması ile ne hastane özelliklerine verilen önem ne de anlaşmalı hastanenin varlığına verilen önem arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bu durumda, 4 numaralı hipotez olan, şirketin menşei ve özel hastaneyle

anlaşma yaparken dikkat edilen faktörlere verilen önem arasında fark yoktur ve 7 numaralı hipotez olan, şirketin menşei ve özel hastaneyle anlaşma yapmaya verilen önem arasında fark yoktur, kabul edilmiştir. Araştırma bölgesinin özelliğinden dolayı yerli şirketlerin fazlalığı ve yabancı şirket sayısının daha az kalmasının bu durumu ortaya çıkarmış olabileceği de düşünülmelidir.

Araştırmaya katılan kişilerin cinsiyetleri ile hastane özelliklerine verilen önem ve anlaşmalı hastanenin varlığına verilen önem arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Böylece, 1 numaralı hipotez olan, yetkilinin cinsiyeti ve özel hastaneyle anlaşma yaparken dikkat edilen faktörlere verilen önem arasında fark yoktur ve 8 numaralı hipotez olan, yetkilinin cinsiyeti ve özel hastaneyle anlaşma yapmaya verilen önem arasında fark yoktur, kabul edilmiştir. Çalışma alanının sanayi bölgesi olması ve üretim şirketlerinin çokluğundan dolayı katılımcıların yoğun olarak erkeklerden oluştuğu tespit edilmiştir.

Şirketlerin çalışan sayısı ile hastane özelliklerine verilen önem ve anlaşmalı hastanenin varlığına verilen önem arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir. Bu durumda, 2 numaralı hipotez olan, şirketin çalışan sayısı arttıkça, özel hastaneyle anlaşma yaparken dikkat edilen faktörlere verilen önem de artmaktadır ve 9 numaralı hipotez olan şirketin çalışan sayısı değiştikçe, özel hastaneyle anlaşma yapmaya verdikleri önemde değişmektedir, reddedilmiştir.

Şirketlerin sosyal güvenceleri ile hastane özelliklerine verilen önem ve anlaşmalı hastanenin varlığına verilen önem arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Böylece, 3 numaralı hipotez olan, şirketin sosyal güvencesi ve özel hastaneyle anlaşma yaparken dikkat edilen faktörlere verilen önem arasında fark vardır ve 10 numaralı hipotez olan şirketin sosyal güvencesi ve özel hastaneyle anlaşma/işbirliği yapmaya verilen önem arasında fark vardır, reddedilmiştir.

Araştırmaya katılan kişilerin şirket içinde görev aldıkları pozisyon ile hastane özelliklerine verilen önem ve anlaşmalı hastanenin varlığına verilen önem arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Böylece, 6 numaralı hipotez olan yetkilinin kurum içi pozisyonu ve özel hastaneyle anlaşma yaparken dikkat edilen faktörlere verilen önem arasında fark yoktur ve 11 numaralı hipotez olan yetkilinin pozisyonu, özel hastaneyle anlaşma yapılmasında etkili olmamaktadır, kabul edilmiştir.

Şirketlerin anlaşmalı hastane sayısı ile hastane özelliklerine verilen önem arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu durumda, şirketin anlaşmalı olduğu özel hastane sayısı arttıkça,

özel hastaneyle anlaşma yaparken dikkat edilen faktörlere verdiği önem de artmaktadır, şeklindeki 5 numaralı hipotez reddedilmiştir. Ancak, şirketlerin anlaşmalı hastane sayısı ile anlaşmalı hastanenin varlığına verilen önem arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Beklenen bir çıktı olarak, daha fazla anlaşmalı hastaneye sahip olan şirketler, anlaşmalı hastanenin varlığına daha fazla önem atfetmektedirler. Böylece, şirketin anlaşmalı hastane sayısı arttıkça, özel hastaneyle anlaşma yapmaya daha çok önem vermektedir, şeklindeki 12 numaralı hipotez kabul edilmiştir.

Araştırmanın sonucuna göre, kurumsal tüketicilerin anlaşmalı özel hastanelerden beklentilerinin oldukça benzer oldukları tespit edilmiştir. GOSB da yer alan tüm şirketlerin benzer yapılarda olmalarının bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülebilir. Tüm şirketlerin üretim merkezleri olmaları beklentilerinin de aynışmasını sağlayabilir. Gelecek çalışmalarda, hizmet, bankacılık, teknoloji gibi alanlarda faaliyet gösteren şirketlerin de çalışmaya eklenmesi, hastane özelliklerine verilen önemde iş koluna bağlı bir değişim olup olmayacağını anlaşılmasına yardımcı olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Aksoy, T. (2017), Efsaneler ve Gerçekler: Pazarlama Nasıl Yapılır?, Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık Tic. A.Ş., İstanbul
2. Aras, A.A. (2005), Sürdürülebilir Süreç Yönetimi, İstanbul: Kalder, 8
3. Asıgbulmuş,H., (2016), Hasta Memnuniyeti Çerçevesinde Hastane Tercihinde Etkili Olan Faktörler: Isparta İlinde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye, 6
4. Ateş, M, (2011) Sağlık Sistemleri, Beta Yayıncılık, İstanbul, Türkiye, 3
5. Ateş, M. (2012), Sağlık İşletmeciliği, İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., 407
6. Aydın, S., (2008), “Hayata Yüksekten Bakabilmek, Bir Devrin Anatomisi”, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 87-97
7. Aydın, S., (2008), “Hayata Yüksekten Bakabilmek, Döner Sermayede Yeni Dönem: Performansa Dayalı Katkı Payı Ödenmesi” Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 157-165
8. Aydın, S., (2008), “Hayata Yüksekten Bakabilmek, Kamu Hastane Birliklerine Doğru”, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 105-113
9. Aydın, S., (2008), “Hayata Yüksekten Bakabilmek, Sağlıkın Geliştirilmesi: Görevimizin Farkındamıyız,” Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 141-149
10. Aydın, S., (2008), “Hayata Yüksekten Bakabilmek, Sağlık Hizmetlerinde Gözden Kaçanlar” Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 115-122
11. Aydın, S., (2008), “Hayata Yüksekten Bakabilmek, Vakıf Hastaneciliği”, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 123-131
12. Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, (6.1.2005), Resmi Gazete, 5283, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/01/20050119M1-1.htm>
13. Bilgili, Ö. (2009). Özel Sağlık İşletmelerinde Personel İstihdamı. İzmir,127
14. Bozkurt, R. (2003), Süreç İyileştirme, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları,8
15. Brand Finance, (2016), Türkiye'nin En Değerli Markalarının Yıllık Raporu
16. Brand Finance, (2018), Türkiye'nin En Değerli Markalarının Yıllık Raporu
17. Cantay, G. (2007), Osmanlı Mimarisinde Darüşşifalar, Osmanlı Sağlık Kurumları Sempozyumu, 2 Haziran 2007, Bildiri Kitabı, 67-80
18. Cengiz, E., (2013), Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması, Hastane Yönetimi, , Sur,H. Ve Palteki T., Nobel Tıp Kitapevleri, 961-980

19. Chernatony, L. D. , (1999), “The Challenge of Service Branding: Knowledge, Management to the Rescue”, The Journal of Brand Management, 6, 4-5.
20. Congressional Budget Office, The Long-Term Outlook for Health Care Spending November 2007.
21. Conrad, P., (2007). The Medicalization of Society, USA: The Johns Hopkins University Press, 3
22. Çetin Koç, A., (2010), Organize Sanayi Bölgelerinin Amaçları Ve Gebze Organize Sanayi Bölgesi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 3
23. Deloitte Global, (2018), 2018 Global health care outlook: The evolution of smart health care, UK, 24
24. Dramur, R. (2008), Osmanlı Devleti Saraylarında Tıp ve Eczacılık, Aya Kitap, İstanbul, 42-57
25. Dumansızoğlu, M., (2017), Gebze Organize Sanayi Bölgesinin Gelişim Süreci Ve Mekânsal Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 115
26. Editorial. Why is Health Care Inflation Greater Than General Inflation? J Health Serv Res Policy, April 16, 2014, 1-2
27. Ekiyor, A., Tengilimoğlu, D. (2014), “Sağlıkta Reklam Serbest Olmalı Mı? Tüketici Görüşleri” , Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 47-48
28. Elliott S. Fisher, David E. Wennberg, Thérèse A. Stukel, Daniel J. Gottlieb, F. L. Lucas, and Etoile L. Pinder, “The implications of regional variations in Medicare spending: Part 1. Utilization of services and the quality of care”, Annals of Internal Medicine 2003, 138, 273-287.
29. Elliott S. Fisher, David E. Wennberg, Thérèse A. Stukel, Daniel J. Gottlieb, F. L. Lucas, and Etoile L. Pinder, “The Implications of Regional Variations in Medicare Spending: Part 2. Health Outcomes and Satisfaction With Care”, Annals of Internal Medicine 2003, 138, 288-298.
30. Forbes, (2018), Yaşamak ve Çalışmak İçin İdeal Kentler, Türkiye
31. Gabe, J., Bury, M., Elston, M., (2004), “Key Concepts in Medical Sociology” Sage Publications, London, 59-60
32. Giritlioğlu, H., (2017), Sağlık Alanında Reklam Yasağı ve Nedenleri - İlan Ve Bilgilendirmenin Sınırı - Tabip Odalarının Görevleri, http://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=95b4cbc4-cb75-11e7-9277-41cb35a9b17b
33. Güneren, E., (2015), “Vakıf Üniversite Hastanesinin Sorunları” , Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 25, 58-61
34. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2013). Multivariate Data Analysis: Pearson Education Limited.

35. Hayran, O., (2015), “Sunucular Tarafından Uyarılan Talebin Kontrolü”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 35, 14-17
36. Hayran, O., Sur, H. (1998) Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat, Yüce Yayın, İstanbul, 22
37. Işık, M. (2011) Hastanelerde Halkla İlişkiler. Konya: Eğitim Akademi, 71.
38. Karafakioğlu, M., (1998), “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, İşletme Fakültesi Yayın No:271, İstanbul, 119-167
39. Karaman Keskin, Ö. (2017), Kamu Hastaneleri İle Özel Hastanelerin Etkinliğini Etkileyen Faktörler (Ankara İli Örneği), Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Ankara, 25-27
40. Kavuncubaşı Ş. ve Kısa, A. (2007). Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 31-32
41. Kazancıgil, R.(1997), Edirne Sultan 2.Bayezid Külliyesi, Trakya Üniversitesi Yayınları, Edirne, 41
42. Keyder, Ç. (2007), Giriş, Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Keyder, Ç., Üstündağ, H., Ağartan, T., Yoltar, Ç., İletişim Yayınları, 15-35
43. Kılıçaslan, Z., (2015), “Medikalizasyon (Tıbbileştirme), Aşırı Teşhis/Tedavi Ve Kışkırtılmış Sağlık Talebi”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 35, 20-23
44. Kotler, P., (2000), Marketing Management, Millenium Edition, Prentice Hall, New Jersey, 429-432
45. Kotler, P., Armstrong G. (2000), Principles of Marketing, 9th Edition Prentice Hall, New Jersey, 59
46. Kurttaş M.,Ç., (2017), Medikalizasyon Süreci, Sağlıkın Ticarileşmesi ve Bedenin Denetlenmesine Sosyolojik Bir Bakış, Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 27, 983 – 1012
47. Makary, M.A, Daniel, M., (2016), “Medical Error-The Third Leading Cause of Death in The US”, BMJ, 353, 21-39
48. Metintaş M.Y. ve Elçinoğlu, Ö. (2007), Cumhuriyetin İlk On Beş Yılında Sağlık Hizmetleri(1923 -1938), Osmangazi Tıp Dergisi 2007; 29(3), 167
49. Mucuk, İ., (2001), “Pazarlama İlkeleri” Türkmen Kitapevi, İstanbul, 201
50. Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması Ve Milli Savunma Üniversitesi Kurulması İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabul Edilmesi Hakkında Kanun (9.11.2016), Resmi Gazete, 29898, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/11/20161124-3..htm>
51. Özel Hastaneler Yönetmeliği (27.03.2002) Resmi Gazete, 24708, <http://getatportal.saglik.gov.tr/TR,8462/ozel-hastaneler-yonetmeli.html>
52. Özkale, L., Sezgin, S., Ülengin, F., Uray, N. (1995) “Pazarlama Stratejiler ve Karar Alma Mekanizması”, İstanbul, 95

53. Palmer, A. (1994), "Principles of Services Marketing", McGraw Hill Book Company, İngiltere, 34
54. Poyraz, N. (2015), Hastanelerde Süreç Yönetimi Ve Süreç İyileştirme Konusunda Bir Uygulama Örneği, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, İstanbul, 62-66
55. Schwartz, D.J., (1981), Marketing Today: A Basic Approach (Third Edition), Harcourt Brace Jovanovich, New York, 270
56. Sezer, A., (1999), "Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Stratejilerinin Müşteri Tatmini Yaratmaya Etkileri", Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 42-43
57. Sipkoff M. 9 Ways To Reduce Unwarranted Variation. Managed Care 2003;12(11):20-24. <http://www.managedcaremag.com/archives/0311/0311.variation.html> (Erişim tarihi: 10.11.2018)
58. Sur, H., (2006), "Sağlıklı Yönetim", Avrasya Global AŞ, 146 – 149
59. Sur, H., (2016), "Dünyada ve Ülkemizde Sağlık Mesleklerinin Geleceği", Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 39, 58-61
60. Şahin Kavuncubaşı, Adnan Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2007, 67
61. Şaylan, M., (2018), Değer Bazlı Sağlık Hizmeti , Acıbadem Üniversitesi, Sektör Buluşmaları 8 <http://www.acibadem.edu.tr/upload/News/metesaylan.pdf>
62. Şehsuvaroğlu, B.N. (1984), Eczacılık Tarihi, İstanbul, 32-150
63. Tengilimoğlu, D., (2011), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Siyasal Kitapevi, Ankara, 239-241
64. Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009), "Sağlık İşletmeleri Yönetimi", Nobel Yayın Dağıtım, 40
65. Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayın Dağıtım, 136-139
66. Terzioğlu, A.(1992), TDV İslam Ansiklopedisi, Bimaristan maddesi, TDV Yayınları, Cilt 6, 163-178
67. Tezkızan, S., (2009), Gebze-Dilovası Arasında Sanayi Faaliyetlerinin Gelişimi Ve Çevreye Olan Etkileri, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Coğrafya Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye, 168 – 169
68. Thalet, R.H., Sunstein C.R., (2013), Dürtme, (Enver Günsel), Pegasus Yayıncılık, İstanbul (Kitabın orijinal baskı yılı 2008)
69. Tokaç, M. (2002), İslam Tıbbı 2, Selçuklu ve Osmanlı Dönemi, Server Bülteni, 2 ,12-13
70. Tokaç, M. ve Topçu, İ. (2013), Hastanelerin Tarihçesi, Hastane Yönetimi, Sur,H. Ve Palteki T., Nobel Tıp Kitapevleri, 3-10
71. Tuncer S., 2018, Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Reklamcılık Bölümü Açılış Dersi

72. Uzel, İ. (1991), Osman Şevki Uludağ, Beş Buçuk Asırlık Türk Tababeti Tarihi, Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara, 121-125
73. WEB_1, Kocaeli Belediyesi,
<https://www.kocaeli.bel.tr/tr/main/news/haberler/3/gebze-metro-insasi-icin-ilk-adim-atiliyor/30422> ,16.01.2019
74. WEB_2, https://www.nufusu.com/ilce/gebze_kocaeli-nufusu ,16.01.2019
75. WEB_3, <https://www.gosb.com.tr/gosb-kurumsal/rakamlarla-gosb>, 09.03.2019
76. WEB_4, (2016), Sabahattin Aydın, Halk Sağlığı Kavramları Video Sözlüğü,
<http://www.hsozluk.com/videogallery/saglik/> , 24.08.2018
77. WEB_5, (2014), Robert Waldinger, Ted,
https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness?language=tr#t-54, 24.08.2018
78. WEB_6, (2016), Osman Hayran, Halk Sağlığı Kavramları Video Sözlüğü,
<http://www.hsozluk.com/videogallery/bilgi-asimetrisi/> , 24.08.2018
79. WEB_7, (2016), Osman Hayran, Halk Sağlığı Kavramları Video Sözlüğü,
<http://www.hsozluk.com/videogallery/saglik-hizmetleri/> , 24.08.2018
80. WEB_8, C.Everett Koop, Azquotes, https://www.azquotes.com/author/8211-C_Everett_Koop, 24.08.2018
81. WEB_9, (2016), Sabahattin Aydın, Halk Sağlığı Kavramları Video Sözlüğü,
<http://www.hsozluk.com/videogallery/sagligin-tesviki/> , 24.08.2018
82. WEB_10, (2014), Bruce Y. Lee, Forbes,
<https://www.forbes.com/sites/brucelee/2017/02/26/study-shows-that-doctors-make-better-hospital-leaders/#1baee2e93d1c>, 24.08.2018
83. WEB_11, (1960), Kral Hüseyin Ürdünlü Talebelerle Görüştü, Milliyet Gazetesi,
Erişim adresi: <http://www.milliyet.com.tr/> , 24.01.2019
84. WEB_12, (1989), International Hospital, İstanbul, Milliyet, Erişim adresi:
<http://www.milliyet.com.tr/> , 24.01.2019
85. WEB_13, (2000), İnternette Doktor Randevusu, Milliyet, Erişim adresi:
<http://www.milliyet.com.tr/> , 24.01.2019
86. WEB_14, (1993), Zeki Müren Hastanede, Milliyet, Erişim adresi:
<http://www.milliyet.com.tr/> , 24.01.2019
87. WEB_15, (1992), Ana-Baba Olmak Pahalı, Milliyet, Erişim adresi:
<http://www.milliyet.com.tr/> , 24.01.2019
88. WEB_16, (1994), Amerikan Hastanesi'ni Koç Vakfı'nın Oldu, Milliyet, Erişim adresi:
<http://www.milliyet.com.tr/> , 24.01.2019
89. WEB_17, (2016), Osman Hayran, Halk Sağlığı Kavramları Video Sözlüğü,
<http://www.hsozluk.com/videogallery/soyutluk/>, 30.09.2018
90. WEB_18, (2014), İFA Spor Kulübü, http://www.ifaspor.org/acibadem-hastaneleri-reklam-anlasmasi_d20424.html, 07.10.2018

91. WEB_19, (2014), Memorial Sağlık Grubu, https://www.youtube.com/watch?v=W_qGXaCI0gU, 07.10.2018
92. WEB_20, (2016), Okan Üniversitesi Hastanesi, https://www.youtube.com/watch?time_continue=175&v=c26IEyJhC0M, 07.10.2018
93. WEB_21, (2016), Acıbadem Sağlık Grubu, <https://www.youtube.com/watch?v=WLNhf615ByE&list=LL7iaV9PeMxpPFv1XqEkBlyw>, 07.10.2018
94. Web_22, (2015), Medipol Sağlık Grubu, <https://www.youtube.com/watch?v=TXlnlQB5Bco&list=PLZoLX-Feh-DWy3oU6OmFmDFxT5hsF2a5H>, 09.10.2018
95. WEB_23, (2016), Şişli Belediyesi, <https://www.sisli.bel.tr/index.html#!/saglik-kart>, 16.01.2019
96. WEB_24, (2018) Okan Üniversitesi Hastanesi, <https://okanhastanesi.com.tr/>, 16.01.2019
97. WEB_25, (2016), Osman Hayran, Halk Sağlığı Kavramları Video Sözlüğü, <http://www.hsozluk.com/videogallery/tibbi-hatalar/>, 31.12.2018
98. WEB_26, (2018), Temel Aksoy, Temel Aksoy Blog, <https://www.temelaksoy.com/urunler-fabrikalarda-markalar-zihinlerde-uretilir/>, 31.12.2018
99. WEB_27, (2019), Marketing Türkiye, <https://www.marketingturkiye.com.tr/haberler/the-one-awardsda-ilk-ucte-yer-alan-markalar-belli-oldu/> 16.01.2019
100. WEB_28, (2018), Karl Heberger, Mason Digital, <https://masondigital.com/google-and-facebook-the-digital-advertising-duopoly/>, 16.01.2019
101. WHO, (1986), Ottawa Charter for Health Promotion, Geneva
102. Yavasal, O., (2015), Özel Hastanelere Yabancı Sermaye İlgisi, Sağlık ve Sigorta Yöneticileri Derneği 4. Ulusal Kongresi, Antalya, http://sasder.org/Content/DOCS/Sunumlar/4/1_1_Ozkan%20Yavasal.pdf
103. Yıldırım, N. (2010), İstanbul'un Sağlık Tarihi, Düzey Matbaacılık, İstanbul, 149-268
104. Engel, J.F., Kollat, D.T., and Blackwell, R.D., (1982), Consumer Behavior, 4th ed. New York: Rinehart and Winston
105. Rohleder P., (2012), Critical Issues In Clinical And Health Psychology, London, Sage Publications
106. Conner M., Brkshire P.N., (2005), Predicting Health Behaviour, Berkshire, McGraw- Hill Education
107. Hayden J., (2009), Health Belief Model, Introduction To Health Behavior Theory, Canada, Jones and Barlett Publishers

EKLER

EK 1 Anket Formu

Değerli Katılımcı;

Doldurmanız rica edilen bu anket formu **Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü** Satış ve Pazarlama Bölümünde Dr. Öğr. Üyesi Onur Yarar danışmanlığında yürütülen tez çalışmasında kullanılmak üzere yüksek lisans öğrencisi Mustafa Güney tarafından hazırlanmıştır. Sizden toplanan veriler akademik çalışmalarda kullanılacak ve sektörle ilgili daha fazla bilgi sahibi olmamızı sağlayacaktır.

Araştırmamızın sonuçları hakkında bilgi almak isterseniz, mail adresinizi bizimle paylaşabilirsiniz.

Mail:

Gösterdiğiniz ilgiye şimdiden teşekkür ederim.

Kurum özellikleriniz;

| | |
|---------------------|---|
| Çalışan kişi sayısı | <input type="checkbox"/> 100 altı <input type="checkbox"/> 100-300 <input type="checkbox"/> 301-500 <input type="checkbox"/> 501-700 <input type="checkbox"/> 701 ve üstü |
| Sağlık Güvencesi | <input type="checkbox"/> Sadece SGK <input type="checkbox"/> SGK ve Özel sağlık sigortası <input type="checkbox"/> SGK ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası <input type="checkbox"/> SGK ve Hibrid Sigorta (Özel ve tamamlayıcı sağlık sigortası birlikte) |
| Firma Menşei | <input type="checkbox"/> Yerli <input type="checkbox"/> Yabancı |

Kişisel özellikleriniz;

| | |
|----------|---|
| Cinsiyet | <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek |
|----------|---|

Kurumunuzda, hangi görevde çalışmaktasınız;

- İnsan kaynakları İş Sağlığı ve Güvenliği
 İdari İşler Sağlık Çalışanı(Hekim, Hemşire)

Anlaşmalı olduğunuz/İşbirliği yaptığınız bir hastane var mı, sayısını belirtiniz.

Anlaşmalı bir hastanemiz bulunmuyor.

Tek bir hastane ile anlaşmalıyız

2-4

5-7

7+

Hastane anlaşması/işbirliği yaparken hangi araştırma kanallarını kullanırsınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

Hastane yetkilisi ile görüşmek

Hastanenin web sitesi

Alınan ürün/hizmet hakkında yorumların yapıldığı web siteleri (şikayetvar.com gibi)

Hastanenin sosyal medya hesapları

Diğer:

Sağlık anlaşmaları/işbirlikleri şirketiniz için ne kadar önemlidir?

| Çok Önemli | Önemli | Kararsızım | Önemli Değil | Hiç Önemli Değil |
|------------|--------|------------|--------------|------------------|
| | | | | |

| Soru No | Özel bir hastane ile anlaşma/işbirliği yaparken aşağıdaki faktörler sizin için ne kadar önemlidir? | Çok Önemli | Önemli | Kararsızım | Önemli Değil | Hiç Önemli Değil |
|---------|--|------------|--------|------------|--------------|------------------|
| 1 | Yakınlık | | | | | |
| 2 | Hastane büyüklüğü/hacmi | | | | | |
| 3 | Toplu taşıma ile ulaşılabilirlik | | | | | |
| 4 | Hastane iç mimarisi (doktor odaları, bekleme alanları gibi) | | | | | |
| 5 | Hasta güvenliğini sağlayan çevresel şartlar (Merdivenler, asansörler, kaygan zemin, temizlik) | | | | | |
| 6 | Hastane dış görünümü | | | | | |
| 7 | Bireysel olarak hizmet almış olmam | | | | | |
| 8 | Çalışan tavsiyesi | | | | | |
| 9 | Alanında tanınmış hekimlerin varlığı | | | | | |
| 10 | İş kazalarında yardımcı olunması | | | | | |
| 11 | Güçlü teknolojik altyapı | | | | | |
| 12 | Telefon ile ulaşılabilirlik | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 13 | Yan hizmetlerin kalitesi (kafe, otopark gibi) | | | | | |
| 14 | Zincir sağlık grubu olması | | | | | |
| 15 | Bir holding bünyesinde yer alması | | | | | |
| 16 | Üniversite Hastanesi olması | | | | | |
| 17 | Hastane kadrosunda tanıdık çalışanların varlığı | | | | | |
| 18 | Hastane sahiplerinin, yöneticilerinin politik görüşü | | | | | |
| 19 | Sosyal mecralardaki aktifliği | | | | | |
| 20 | Hastane web sitesi | | | | | |
| 21 | Çevremizdeki farklı işletmelerle olan işbirlikleri | | | | | |
| 22 | Outdoor (Açık hava) Reklamları | | | | | |
| 23 | Ekonomik olması | | | | | |
| 24 | Özel sağlık sigortaları ile anlaşması | | | | | |
| 25 | SGK ile anlaşmalı olması | | | | | |
| 26 | Hastaneyi temsil eden bireyler | | | | | |
| 27 | Hastane bilinirliği | | | | | |
| 28 | Hastane itibarı | | | | | |
| 29 | Kurumumuzda sağlık söyleşileri düzenlemeleri | | | | | |
| 30 | Kurumumuza özel müşteri temsilcisinin tahsisi | | | | | |

İşbirliği halinde olduğunuz birden fazla hastane var ise, bu kısmı doldurmanızı rica ederiz.

| | Birden fazla hastane ile anlaşma/işbirliği yapmanızı teşvik eden aşağıdaki faktörlerden hangisi sizin için ne kadar önemlidir? | Çok Önemli | Önemli | Fikrim Yok | Önemli Değil | Hiç Önemli Değil |
|---|---|-------------------|---------------|-------------------|---------------------|-------------------------|
| 3 | İşletmemize yakın yeni bir hastanenin açılması | | | | | |
| 1 | Çalışanlara farklı alternatifler sunma | | | | | |
| 3 | Hastaneler arası rekabet oluşturup, fiyat düşürmek | | | | | |
| 3 | Mevcut anlaşmalı hastanelerden alınan tıbbi hizmetin kalitesizliği | | | | | |
| 4 | Yeni hastanenin iş kazalarında yardımcı olma vaadi | | | | | |
| 3 | Mevcut anlaşmalı hastanelerden memnun kalınmaması | | | | | |
| 6 | Mevcut hastanelerden alınan hizmet sonrası yaşanan iletişim problemleri | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|
| 3 8 | Yeni hastaneyi temsil eden kişiler | | | | | |
| 3 9 | Daha önce hizmet aldığımız doktorların, bu yeni hastanede hizmet veriyor oluşu | | | | | |
| 4 0 | Yeni hastanenin kurumumuza özel fiyatlar sunması | | | | | |



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Mustafa Güney
Doğum Yeri ve Yılı : İstanbul, 1992
Yabancı Dili : İngilizce
Lisans : Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans : İstanbul Okan Üniversitesi
Enstitü Adı : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Program Adı : Satış Pazarlama Yüksek Lisans Programı
Çalışma Hayatı : Medipol Sağlık Grubu / Pazarlama Uzman Yardımcısı (2014-2016)
İstanbul Okan Üniversitesi Hastanesi / Pazarlama Sorumlusu (2016 -)