

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN PAZARLAMASINDA
KALİTE VE HASTA TATMİNİ
(ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİNDE
BİR ARAŞTIRMA)
MAHPERE TOKAY**

(Yüksek Lisans Tezi)

Eskişehir -2000

SAĞLIK HİZMETLERİNİN PAZARLAMASINDA KALİTE VE HASTA TATMİNİ
(ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİNDE BİR ARAŞTIRMA)

MAHPERE TOKAY /

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Ayşe Sevgi ÖZTÜRK

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Haziran 2000

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
	<u>No</u>
ÖZ.....	ii
ABSTRACT.....	iii
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	iv
ÖZGEÇMİŞ.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE PAZARLAMASI

1. HİZMETİN TANIMI.....	3
1.1. Hizmetlerin Ortak Özellikleri.....	4
1.1.1. Dokunulmazlık.....	4
1.1.2. Türdeş Olmama.....	5
1.1.3. Eşzamanlı Üretim ve Tüketim.....	6
1.1.4. Dayanıksızlık.....	7
1.1.5. Sahiplik.....	7
2. SAĞLIK.....	8
2.1. Sağlık Hizmetleri.....	9
2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	11
2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	12
2.1.3. Rehabilite Edici Hizmetler.....	13
2.2. Sağlık Hizmetleri Piyasası.....	13
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Talep.....	14
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Arz.....	16
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	17
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN PAZARLANMASI.....	21

3.1. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Özellikleri.....	24
3.2. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Yöneltilen Eleştiriler.....	26
3.3. Sağlık Hizmetleri Pazarlama Karması.....	27
3.3.1. Fiziksel Çevre.....	27
3.3.1.1. Hizmet İşletmesinin Fiziksel Ortam Boyutları.....	28
3.3.1.1.1. Ortam Koşulları.....	28
3.3.1.1.2. İlişkili Düzen ve Fonksiyonel Olma.....	28
3.3.1.1.3. İşaret Sembol ve Maddeler.....	28
3.3.2. Katılımcılar.....	29
3.3.3. Süreç Yönetimi.....	29
3.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Ürün.....	29
3.3.4.1. Ürün Hattı ve Karmasını Geliştirme.....	30
3.3.4.2. Ürün Hayat Eğrisi.....	33
3.3.4.2.1. Giriş Aşaması.....	34
3.3.4.2.2. Gelişme Aşaması.....	37
3.3.4.2.3. Olgunluk Aşaması.....	39
3.3.4.2.4. Düşüş (Gerileme) Aşaması.....	40
3.3.4.3. Ürün Konumlandırma.....	40
3.3.4.3.1. Marka.....	41
3.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Fiyat.....	43
3.3.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlama Politikaları.....	44
3.3.5.1.1. Maliyete Dayalı Fiyatlama.....	44
3.3.5.1.2. Talebe Göre Fiyatlama.....	45
3.3.5.1.3. Rekabete Dayalı Fiyatlama.....	45
3.3.5.2. Fiyatlama Amaçları.....	45
3.3.5.3. Maliyet ve Satış Hacmi İlişkisi	47
3.3.6. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtım Kanalı.....	48
3.3.6.1. Dağıtım Kanalındaki Fonksiyonlar.....	49
3.3.6.1.1. Yer Faydası.....	49
3.3.6.1.2. Zaman Faydası.....	49
3.3.6.1.3. Sahiplik Faydası.....	50
3.3.6.1.4. Şekil Faydası.....	50
3.3.6.2. Kanal Yönetimi.....	51
3.3.6.3. Dağıtım Kanalında Çatışma.....	51
3.3.6.4. Dikey Pazarlama Sistemleri.....	52
3.3.6.5. Dağıtım Yoğunluğu.....	54
3.3.6.5.1. Yoğun Dağıtım	55
3.3.6.5.2. Sınırlı Dağıtım	55
3.3.6.5.3. Seçici Dağıtım.....	55
3.3.7. Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma Karması	

(Promosyon).....	56
3.3.7.1. Sağlık Hizmetlerinde Reklam.....	57
3.3.7.2. Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Satış.....	60
3.3.7.3. Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler.....	61
3.3.7.4. Sağlık Hizmetlerinde Satış Tutundurma.....	64

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ

1. KALİTENİN TANIMI.....	65
2. HİZMET KALİTESİ.....	66
2.1. Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	67
2.1.1. Christian Grönroos Tarafından Açıklanan Kalite Boyutları.....	67
2.1.2. Parasuraman, Zeithaml ve Berry Tarafından Açıklanan Hizmet Kalitesi Boyutları.....	69
2.2. Hizmet Kalite Modeli (Hizmet Kalitesinde İletişim).....	71
2.3. Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi.....	74
2.3.1. Dinlemek.....	75
2.3.2. Güvenilirlik.....	75
2.3.3. Temel Hizmet.....	76
2.3.4. Hizmet Tasarımı.....	76
2.3.5. Telafi Etme.....	78
2.3.6. Müşterileri Şaşırtmak.....	79
2.3.7. Dürüstlük (Fair Play).....	80
2.3.8. Ekip Çalışması.....	81
2.3.9. Personel (İşgören) Araştırması.....	82
2.3.10. Hizmetkar Liderlik.....	83
3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE.....	83
3.1. Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	88
3.1.1. Hasta İle İlgili Faktörler.....	88
3.1.1.1. Hasta Unsuru.....	88

3.1.1.2. Hasta Beklentileri.....	89
3.1.1.3. Hasta Algılamaları.....	91
3.1.1.4. Hasta Tatmin Kavramı.....	91
3.1.2. Çevresel Faktörler.....	97
3.1.2.1. Ulaşılabilirlik.....	97
3.1.2.2. Dış Bina ve İç Mekan Özellikleri.....	97
3.1.3. Sağlık Hizmetini Sunan Personel İle İlgili Faktörler.....	98
3.1.3.1. Hasta-Doktor İlişkisi.....	99
3.1.3.2. Hasta-Hemşire İlişkisi.....	101
3.1.3.3. Hasta-Diğer Hastane Personeli İlişkisi.....	102
3.1.3.4. Sağlık Personelinin Motivasyonu.....	104
3.1.3.5. Sağlık Personelinin Eğitimi.....	104

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTA TAMİNİNE YÖNELİK ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİNDE BİR UYGULAMA

1.ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	106
2.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	107
3.ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	107
3.1. Araştırma Modeli.....	107
3.2. Örneklem Yöntemi ve Örnek Büyüklüğün Belirlenmesi.....	107
3.3. Veri Toplama Yöntemi.....	109
3.4. Araştırmanın Değerlendirilmesi.....	112
4. VERİLERİN ANALİZİ VE YORUMU.....	112
4.1. Değişkenler Arası İlişkilerin Analizi.....	130
5. SONUÇ.....	151
EKLER.....	156
KAYNAKLAR.....	161

YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZÜ

SAĞLIK HİZMETLERİNİN PAZARLANMASINDA KALİTE VE HASTA TATMİNİ (ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİNDE BİR ARAŞTIRMA)

Mahpere TOKAY

İşletme Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haziran 2000

Danışman: Doç. Dr. Ayşe Sevgi ÖZTÜRK

Sağlık hizmet pazarlaması 1980 yılından önce birkaç istisna dışında sağlık hizmetleri endüstrisinde mevcut değildi. Ancak bugün ise sağlık hizmetleri pazarlaması özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık endüstrisinde önemli bir unsurdur. 1990'lı yıllardan beri Türkiye'deki sağlık sistemine olan ilgi önemli derecede artmıştır.

Kalite konusu son yıllarda sağlık hizmetleri endüstrisinde büyük ilgi görmüştür. Hizmet kalitesi ile tatmin arasında açık bir ilişkinin olduğu konusunda görüş birliği bulunmaktadır. Sağlık hizmet kalitesi ve hasta tatmininin ölçülmesi yıllardır yoğun bir şekilde yapılmaktadır. Hasta tatmininin ölçülmesine olan bu ilgi Türkiye'de de artmaktadır.

Bu yüksek lisans tezi üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hizmet, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri pazarlaması kavramları açıklanmaktadır. İkinci bölüm sağlık hizmetlerinde kalite ve tatmin konuları ile ilgilidir. Üçüncü bölüm sağlık hizmet kalitesi ve hasta tatmini ile ilgili Eskişehir Devlet Hastanesinde yapılan bir araştırmayı kapsamaktadır.

ABSTRACT

Health care marketing, with a few exceptions, did not exist in health care industry before 1980. But today, health care marketing is an important concept in health care industry, especially in developed and developing countries. In the commercial business sector, this concept is relatively new. Since 1990s, there has been considerable attention focused on the health care system in country of Turkey.

The issue of quality has received tremendous attention in health care industry in recent years. There is consensus regarding the close relationship between service quality and satisfaction. The quality of health care services and measurement of patient satisfaction have been conducted extensively over the years. This interested in measuring patient satisfaction has also grown in Turkey.

This master thesis contains three chapters. In chapter I, services, health care services and health care marketing concepts are explained. Chapter II is about quality and satisfaction subjects in health care. At the last chapter (chapter III), there is a research which is done in Eskişehir State Hospital about health care quality and patient satisfaction.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Mahpere TOKAY'ın "Sağlık Hizmetlerinin Pazarlamasında Kalite ve Hasta Tatmini (Eskişehir Devlet Hastanesinde Bir Araştırma)" başlıklı tezi **5 Temmuz 2000** tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, **İşletme (Pazarlama)** Anabilim Dalında, yüksek lisans tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Doç.Dr.Ayşe Sevgi ÖZTÜRK
Üye : Prof.Dr.Yavuz ODABAŞI
Üye : Yrd.Doç.Dr.Çiğdem KIREL

Prof.Dr.Enver ÖZKALP
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Sayfa
No

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Fiziksel Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar.....	8
Tablo 2: Sağlık Hizmetlerinde Reklamın Kabul Edilirliği.....	59
Tablo 3: Hastaneler İçin Kişisel Satışın Yararları.....	60
Tablo 4: Sağlık Hizmetinde Kalitenin Bazı Özellikleri.....	85
Tablo 5: Hasta Tatminini Etkileyen Etmenler-Tedavi Süreci	94
Tablo 6: Yatak İstatistiği.....	108
Tablo 7: Hastaların Cinsiyet Durumu.....	112
Tablo 8: Hastaların Yaş Durumları.....	113
Tablo 9: Hastaların Medeni Durumu.....	113
Tablo 10: Hastaların Eğitim Durumu.....	114
Tablo 11: Hastaların Meslek Durumu.....	114
Tablo 12: Hastaların Gelir Durumu	115
Tablo 13: Hastaların Sosyal Güvencesi.....	115
Tablo 14: Hastaların Hastaneye Yatış Şekli.....	116
Tablo 15: Hastaların Hastaneyi Seçme Nedeni.....	116
Tablo 16: Hastaların Yattıkları Servis.....	117
Tablo 17: Hastaların Yattıkları Odadaki Yatak Sayısı.....	117
Tablo 18: Hastaneye Yatış İşlemleri.....	118
Tablo 19: Hemşirelerin Verdikleri Hizmetlere İlişkin Hasta Tutumlarının Dağılımı.....	119
Tablo 20: Doktorların Verdikleri Hizmetlere İlişkin Hasta Tutumlarının Dağılımı.....	121
Tablo 21: Diğer Sağlık Personellerinin Verdikleri Hizmetlere İlişkin Hasta Tutumlarının Dağılımı.....	123
Tablo 22: Hastalara Sunulan Yemekler Hakkında Düşüncelerin Dağılımı.....	125
Tablo 23: Hastaların Kaldıkları Odayla İlgili Düşüncelerinin Dağılımı.....	126
Tablo 24: Hastaların Hastaneyle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı.....	127
Tablo 25: Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Dağılımı.....	128
Tablo 26: Hastaların Hastaneyi Yakınlarına Tavsiye Etme Dağılımı.....	129
Tablo 27: Hastaların Kaldıkları Odadaki Yatak Sayısının Durumu İle Doktorların Verdikleri Hizmetlerin	

Tümünden Memnun Olma Arasındaki İlişkinin Durumu.....	130
Tablo 28: Hastaların Yattıkları Odadaki Yatak Sayısı İle Gelir Durumu Arasındaki İlişkinin Durumu.....	132
Tablo 29: Hastaların Yattıkları Servis İle Hemşirelerin Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma Durumu Arasındaki ilişkinin Durumu.....	133
Tablo 30: Hastaların Yattıkları Servis İle Doktorların Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma Durumu Arasındaki İlişkinin Durumu.....	135
Tablo 31: Hastaların Yattığı Servis İle Odanın Temizliği ve Düzeni Arasındaki İlişkinin Durumu.....	136
Tablo 32: Eğitim Durumu İle Hemşirelerin Hastaları Bilgilendirmesi Arasındaki İlişkinin Durumu.....	138
Tablo 33: Yatak Takımların Değiştirilme Düzeni İle Yatılan Servis Arasındaki İlişkinin Durumu.....	139
Tablo 34: Eğitim Durumuna Göre Doktorların Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma Arasındaki İlişkinin Durumu.....	141
Tablo 35: Eğitim Durumuna Göre Hemşirelerin Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma Adasındaki İlişkinin Durumu.....	142
Tablo 36: Doktorların Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma İle Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Arasındaki İlişkinin Durumu.....	144
Tablo 37: Hemşirelerin Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma İle Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Arasındaki İlişkinin Durumu.....	145
Tablo 38: Hastaların Eğitim Durumu ile Doktorların Nezaket Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Durumu	147
Tablo 39: Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Doktorların Teşhis ve Tedavi Konusundaki Becerilerinin Değerlendirilmesi Arasındaki İlişkinin Durumu.....	148
Tablo 40: Gelir Durumuna Göre Odanın Temizlik ve Düzeninin Değerlendirilmesi Arasındaki İlişkinin Durumu Durumu.....	149
Tablo 41: Sosyal Güvence İle Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Arasındaki İlişkinin Durumu.....	150

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi.....	10
Şekil 2: Ürün Karması.....	31
Şekil 3: Ürün Hattı Derinliği.....	32
Şekil 4: Genel Ürünlerin Hayat Eğrisi.....	34
Şekil 5: Hizmet Hayat Eğrisi (Hastaneye Yatmadan Cerrahi Müdahale Olanlar).....	37
Şekil 6: Alternatif Dikey Pazarlama Şekilleri.....	52
Şekil 7: Hastane Sağlık Sistemi Modeli(HHS:Hospital Health System)....	53
Şekil 8: Doktor/Hastane Sağlık Sistemi Modeli (PHO: Physician/ Hospital Health System).....	53
Şekil 9: Kapalı Sağlık Sistemi Modeli (CHS:Closed Health System).....	54
Şekil 10: İşveren Sağlık Sistemi Modeli (EHS:Employer Health System)...	54
Şekil 11:İki Hizmet Kalitesi Boyutu.....	69
Şekil 12: Hizmet Kalitesinde İletişim.....	71
Şekil 13: Hizmet Kalitesi Modeli.....	72
Şekil 14: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler.....	90
Şekil 15: Tatmin Oluşumu.....	92
Şekil 16: Kalite ve Tatmin Piramidi	95
Şekil 17: Sağlık Hizmetlerinde Eğitim.....	105

GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar özelde bireyin, genelde toplumun sağlık sorunları ile ilgilenen ve ekonomik boyutu olan sosyal kuruluşlardır. Hizmet sektörü içinde yer alan bu kuruluşlar işletmelerin bilinen tüm işlevlerini yerine getirirler. Dolayısı ile sağlık kuruluşlarının etkin ve verimli bir şekilde hizmet verebilmesi için modern işletmecilik anlayışı ile yönetilmesi gerekmektedir.

Rekabet koşullarında çalışan işletmelerde pazarlama temel bir fonksiyon alanı olmakla birlikte sağlık hizmetlerinde yeni bir olgudur. Sağlık hizmetleri alanında pazarlamanın önemini belirlemek ve hedef pazarın tatmin edilmesini sağlamak için öncelikle pazarlamanın başlıca fonksiyonu olan karşılıklı alış verişin etkili ve verimli bir şekilde gerçekleşmesinden hareket edilmelidir. Birçok durumda sağlık hizmeti veren kurumlar bu konuda rekabetle karşılaşmadıklarından kendileri için sadece talebin karşılanması önem kazanmakta bunun bir sonucu olarak da tüketicinin kaliteli hizmet alması ve tatmin edilmesi önemli bir konu olmaktan çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında pazarlama faaliyetlerinin uygulanmaya başlaması ile birlikte bu hizmetleri tüketen hastaların istek ve ihtiyaçları ön plana çıkabilecek ve bunun bir sonucu olarak daha kaliteli sağlık hizmetlerinin verilmesi mümkün olabilecektir. Ancak pazarlamanın bu amacı gerçekleştirebilmesi diğer alanlar da olduğu gibi, sağlık hizmetleri sektöründe de rekabetin yoğunlaşmasına paralel olarak ortaya çıkmaktadır. Rekabetsel çevreden uzak olan sağlık kurumları talebin arzı aştığı durumlarda hastalarına tatminkar olmayan hizmetler sunarlar. Çünkü başka alternatifleri olmadığı gerekçesiyle, hastaların mevcut hizmetleri kabul edeceğini düşünürler. Bu nedenle rekabetin gelişmesine paralel olarak, sağlık hizmeti sektöründe pazarlamaya duyulan ihtiyaç ve hastaların ihtiyaç ve isteklerinin ölçülmesi ve tatmin edilmesi de önem kazanacaktır.

Sağlık hizmetlerine özel sektörün yoğun bir şekilde girmesi sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve bu hizmetlerin giderek batılı standartlara uygun şekilde verilmesini sağlamıştır.

Hizmetlerin soyut özelliklerinden dolayı kalitesinin ölçülmesi zordur. Kalite kavramı "bir ürün ya da hizmetin özellik ve niteliklerinin mevcut ya da ileride duyulabilecek müşteri ihtiyaçlarını karşılayabilme özelliğidir". Hizmet kalitesi, hizmetin ulaştırılması esnasında, genellikle müşteri ve hizmet personelinin etkileşimi esnasında oluşur. Bu nedenle hizmet kalitesi büyük oranda personelin performansına bağlıdır.

Sağlık hizmet tüketicileri olan hastalar almış oldukları sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmek için gerekli teknik bilgiye sahip değillerdir. Bu nedenle almış oldukları sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmede alternatif kriterler kullanırlar ve bu kriterlere uygunluk oranında kaliteli hizmet aldıklarını düşünürler. Genellikle hizmeti sunan sağlık personeli ile sağlık hizmetini alan hasta arasında bir dizi hasta açısından tatmin edici ya da etmeyici etkileşimler yaşanır. Birçok hasta ulaşabileceği en iyi sağlık hizmetini; uygun, zamanında, sevgi ve şefkat dolu personel ile, sağlık durumları ile ilgili açık ve kesin bilgi almak isterler. Hastalar kaliteyi bu ihtiyaçlarının ne denli karşılandığına bakarak değerlendirirler.

Hastaların hizmet kalitesine ilişkin değerlendirmeleri, beklenti ile algılamalarının karşılaştırılması sonucu elde edebilecekleri gibi algılamaları yoluyla da elde edebilirler. Bu açıdan bakıldığında algılanan hizmet, hizmet boyutları demetinin tüketicinin gözünde değerlendirilmesinin sonucudur. Bu boyutlar hizmet sunumunda yararlanılan araç-gereçler, hizmet personeli ve davranışı, hizmetin sunulduğu ortam gibi çeşitli somut ve soyut unsurlardan oluşmaktadır. Hastaların sağlık hizmetlerini kaliteli algılamalarında sağlık personelinin önemli bir yeri vardır.

Hasta odaklı pazarlama yaklaşımında amaç, mevcut ve potansiyel hastaların ihtiyaç ve beklentilerini rakiplere göre daha etkin bir şekilde karşılayarak tatmin etmek ve daha kaliteli hizmet sunarak tatmin düzeyini geliştirmektir.

Bu çalışma genel olarak sağlık hizmetlerinin pazarlanması, sağlık hizmet kalitesi ve hasta tatminini ölçmeye yöneliktir.

Çalışma genel olarak üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm hizmet kavramı ve özellikleri, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve sağlık hizmetlerinin pazarlanmasını içermektedir. Sağlık hizmetlerinin pazarlanması, ürün, fiyat, dağıtım, tutundurma karmasına ek olarak, ortam koşulları, katılımcılar (sağlık personeli) ve süreç yönetimi konularını içermektedir.

İkinci bölüm, sağlık hizmet kalitesinin incelenmesi ve hasta tatmini konusunu içermektedir. Bu bölümde; kalitenin tanımı, sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta tatmini bölümlerinden oluşmaktadır.

Üçüncü bölümde Eskişehir Devlet Hastanesinde hizmet kalitesini ve yatan hastaların tatmin düzeylerini ölçmeye yönelik bir anket uygulaması yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE PAZARLAMASI

1. HİZMETİN TANIMI

Hizmet sektörü pazarlama anlayışının yaygın biçimde kullanılmaya başlandığı bir alandır. Geleneksel olarak pazarlama ürün yönlüdür ve hizmet pazarlaması kendi özellikleri çerçevesinde yeni yaklaşımları ve uygulamaları kaçınılmaz kılmaktadır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün çok önemli bir noktaya gelmesi ve yarattığı iş olanakları nedeniyle, hizmet pazarlamasının kendine özgü nitelikleri çerçevesinde incelenmesi gerekir¹.

Hizmetlerin geniş bir yelpaze içinde değişkenlik göstermesi ve somut mallarla olan bağlantıları, hizmet kavramının tanımlanabilmesini güçleştirmektedir.

Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) hizmetleri, “satışa sunulan ya da malların satışıyla birlikte sağlanan yararlar ya da doyunluklardır” diye tanımlamışlardır. Bu tanım bir süre en kabul gören tanım olarak kullanılmıştır. Bu tanımın en zayıf yönü mallar ve hizmetleri uygun biçimde ayıramamasıdır. AMA daha sonra hizmet kavramını “bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doyunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir” şeklinde tanımlamıştır².

Kotler ise hizmeti; “bir grubun diğerine sunabileceği, özellikle soyut ve herhangi bir şeyin mülkiyetini gerektirmeyen bir faaliyet veya yarar” şeklinde tarif etmektedir. Kotler’e göre de hizmet, fiziki bir mamüle bağlı olabilir veya olmayabilir.

Gerçekten insan ihtiyacını gideren ve fiziki olmayan her faaliyetin hizmet olarak nitelendirilmesi daha doğrudur. Çünkü bir başkasının ihtiyacını gidermek için yapılan bir faaliyette, o faaliyetin herhangi bir mamüle bağlı olması veya olmaması, hizmetin niteliğini değiştirmemektedir. Ancak herhangi bir mamüle bağlı olarak sunulan faaliyetin, hizmet olarak nitelendirilebilmesi için onun belirli bir fiyatının olması ve ayrıca satışa arz edilmesi gerekir. Aksi takdirde malı tamamlayan bir işlem olarak değerlendirilir.

¹ Yavuz ODABAŞI, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, (A.Ü.A.Ö.F.Yay.; No:409, Eskişehir 1998), s.14.

² Sevgi Ayşe ÖZTÜRK, **Hizmet Pazarlaması**, (A. Ü.Yay.; No:1028, Eskişehir 1998), s.3.

Bu açıklamalar ışığında hizmet “bir başka insanın ihtiyacını gidermek için belirli bir fiyattan satışa arz edilen ve herhangi fiziki bir malın mülkiyetini gerektirmeyen faaliyet ve yararlar”³ şeklinde tanımlanabilir.

1.1. Hizmetlerin Ortak Özellikleri

Mal ve hizmetler bazı özellikleri bakımından birbirinden farklılık gösterir. Hizmetler kısaca şu özellikleri içerir:

1.1.1. Dokunulmazlık

Hizmetler dokunulmazdır çünkü denemeden önce hissedilmez, dokunulmaz ve duyulmaz özelliklere sahiptir. Örneğin, kalp ameliyatı dokunulmazdır. Hasta kalp ameliyatı olmadan önce bu tedaviyi veya cerrahi müdahaleyi deneyemez, göremez. Bu özellik hizmeti satın alacak olanın, satınalmadan önce hizmetin kalitesi konusunda bir yargıya varmasını güçleştirir. Psikiyatrisin odasındaki bir hasta sonucun ne olacağını önceden tahmin edemez. Bu özelliğin hizmet pazarlaması yönünden anlamı, hizmetin kalite düzeyini belirlemek ve kontrol etmek için “müşteri tatmin” araştırmalarının yapılması gerekir⁴.

Sağlık hizmetleri tüm hizmetler içinde dokunurluğu en az olanıdır. Sipariş öncesi deneme imkanının olmaması nedeniyle tüketici (hasta) hizmeti aldıktan sonra bile hizmeti değerlendiremeyebilir. Örneğin, ameliyat olan bir hasta veya check-up yaptıran tüketici tüm prosedürlerin yüksek kalitede yapıp yapılmadığını değerlendiremez. Bu tür sağlık hizmetlerine ihtiyaç hayat boyunca bir defalık olabilir. Bu nedenle hasta aldığı sağlık hizmetini kıyaslama imkanı bulamaz⁵. İşte, bu temel karakteristik, aşağıda belirtilen pazarlama problemlerini gündeme getirmektedir.

- a. Hizmetleri, “patent” vasıtasıyla korumak imkansızdır.
- b. Hizmetleri, mallar gibi hemen teşhir ve tanıtma imkanı yoktur.
- c. Hizmetlerin fiyatlandırılması, zor ve kompleks bir konudur⁶.

³ Ömer DİNÇER, **Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası**, (Genişletilmiş 3. Basım, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul 1996), s.286.

⁴ Alican KAVAS ve Gül GÜDÜM, “Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması”, **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (İzmir 1994), s.220.

⁵ Karen Russo FRANCE-Rajiv GROVER, “What Is the Health Care Product?”, **Journal of Marketing**, Volume:12, No:2, (June 1992), s.34.

⁶ Murat FERMAN, “Hizmet Pazarlaması Üzerine Genel Bir Değerlendirme”, **Pazarlama Dünyası**, Yıl:2, Sayı:7, (Şubat 1988), s.25.

- d. Somut olmadıkları için kalitelerinin değerlendirilmesi zordur.
- e. Bir birim hizmetin fiili maliyetini belirlemek ve fiyat/kalite ilişkileri karmaşıktır⁷.

1.1.2. Türdeş Olmama

Hizmetler genellikle insanlar tarafından üretilen performanslar olduğu için aynı hizmetin iki ayrı sunumunun aynı olması olanaksızdır. Hizmetin her bir birimi aynı hizmetin diğer birimlerinden farklıdır. Hizmetlerin kalite ve içerikleri hizmeti yaratandan bir diğerine, müşteriden müşteriye, hatta günden güne değişebilir. Genellikle hizmeti oluşturan personel müşterinin gözünde hizmetin kendisidir. İnsanların ise performansları günden güne hatta saatten saate farklı olabilir. Sağlık hizmeti sunan personellerin bilgi birikimleri, deneyimleri ve kişisel özellikleri birbirinden farklı olabilir. Örneğin iki cerrah özel bir ameliyat gerçekleştirmede farklı düzeylerde bilgi ve uzmanlığa sahip olabilir. Bu ameliyat işlemi sürecinde iki cerrahın da aynı hizmeti sunacağını söylemek zordur. Benzer şekilde, bakım hizmetini sunan hemşirelerin hastaya yaklaşımları da farklı olabilir. Çünkü hemşirelerin o günkü motivasyonları, moralleri ve tutumları birbirinden farklı olacak ve farklı düzeylerde hizmet sunacaklardır.

Türdeş olmamanın diğer bir nedeni ise iki farklı müşterinin de hiçbir zaman aynı olmamasıdır. Her müşterinin beklentileri ve hizmet deneyimleri farklıdır. Sağlık hizmetlerinde ise bu fark tedavinin şekline ve zamanına çok büyük etki etmektedir. Örneğin yaşları farklı teşhisleri aynı olan iki hasta tedavi için aynı sağlık hizmetini almış olsa bile iki hastanın da iyileşme süreçleri farklı olacaktır. Çünkü genç olan hastanın iyileşme zamanı yaşlı olana göre daha kısa sürecektir.

Hizmetlerde türdeş olmama çoğunlukla insan etkileşimlerinin bir sonucudur. Bu durumda hizmet performansının kişilere, zamana ve zemine göre değişme olasılığının her zaman bulunduğu söylenebilir. Bu özelliğin ortaya çıkardığı spesifik bir pazarlama problemi ise standartlaştırma ve kalite kontrol faaliyetlerinin zor olmasıdır⁸. Bu bakımdan hizmet pazarlaması mal pazarlamasından daha zordur. Bir malın üretiminde belli standartlar kabul edilebilir bir tolerans düzeyinde oluşturulabilir. Standartlardaki bir sapma üretimi yapan makinalarda yapılacak basit bir ayarlama ile giderilebilir. Hizmetlerin sunumu ise bireyler tarafından sağlanmaktadır. Herhangi bir günde kayıt işlemlerini yapan personel motivasyonuna, moraline ve tutumuna göre farklı hizmet

⁷ ÖZTÜRK, a.g.e., s.8.

⁸ Aynı, s.9.

sunacaktır. Bu zorluğa rağmen, birçok hizmet işletmesi standartlar oluşturarak, daha türdeş bir hizmet sağlamaya çalışmaktadır⁹. Hizmet pazarlaması için standartlaştırma eksikliğini azaltmak mümkün olduğunca daha fazla standartlaştırma yaparak başarılabılır. İnsanlara verilen hizmetlerde standartlaştırmayı sağlamanın anahtarı personele verilecek eğitimden geçmektedir.

1.1.3.Eşzamanlı Üretim ve Tüketim

Mallar önce üretilip sonra satılırken, hizmetler üretildiği anda tüketilir. Örneğin, sağlık hizmetlerinde hasta olmadan röntgen çekilemez veya diş çekilemez. O halde üreten hekimin karşısında tüketen hasta olmak zorundadır. Hizmetin pazarlanmasında başarı veya başarısızlık, hizmeti üreten ile satın alan arasındaki ilişkiye bağlıdır ve ilişkinin niteliği başarıyı doğrudan etkiler. Bu yüzden hizmet, üreticisinden ayrılmaz bir bütündür. Dolayısıyla hizmet;

-Birbirinden farklı pazarlarda aynı anda pazarlanamaz. Örneğin sağlık hizmetlerinde hizmeti sunan hekim aynı zamanda tek bir hastanın tedavisini üstlenebilir, pekçok hastaya aynı anda kitlesel hizmet veremez.

-Aynı anda çeşitli hizmetler birarada pazarlanamaz. Örneğin, sağlık hizmetlerinde acil servise gelen bir hastaya aynı anda çeşitli hizmetler verilemez. Çünkü ilk başta verilmesi gereken hizmet hastanın teşhisine karar verilebilmesi için hastanın şikayetlerinin dinlenmesi, gerekiyorsa gerekli tetkiklerin ve tahlillerin istenmesi ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastanın teşhisine karar verilip tedavisine başlanmasıdır. Bu hastaya gerekli hizmeti verebilmek için belirli prosedürlerin sırasıyla uygulanması gerekir. Hastaya aynı anda çeşitli hizmet birarada verilemez.

-Üretici ile tüketici arasında yakınlık ve yüzyüze ilişki gerekir. Sağlık hizmetlerinde doktor hastayla direkt temas etmeden ve hastayı görmeden hastalığı teşhis edemez ve hastaya tedavi uygulayamaz¹⁰.

⁹ Mithat ÜNER, "Hizmet Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?", **Pazarlama Dünyası**, Yıl:8, Sayı:43, (Şubat-Mart 1994), s.2.

¹⁰ DİNÇER, a.g.e., s.287.

1.1.4. Dayanıksızlık

Hizmetler mallar gibi fiziksel dayanıklılık ve ömre sahip değildirler. Muhteva itibari ile, hizmetler, birer performans olarak nitelendirilebilirler, dolayısı ile, saklanamazlar, envantere getirilemezler. Örneğin, belirli bir sefer için satılmayan uçak koltukları, boş kalan hasta yatakları, satılmayan tiyatro biletleri gibi olaylarda olan olmuştur. Belirli bir zaman diliminde kullanılmayan hizmet kapasitesi, bir daha geri gelmeyecek olan o zaman dilimi için değerlendirilememiştir. Örneğin bir acil servis doktoru hastanenin üstlendiği bir envanter maliyetini temsil eder. Hastanenin acil odası kullanılmadıkça ve doktor bu nedenle daha çok boş kaldıkça envanterin maliyeti artar¹¹. Halbuki mallarda, stoklama imkanı mevcuttur. İşte, “dayanıksızlık özelliği” olarak adlandırılabilir bu hizmet karakteristiği, bazı özel hususları gündeme getirmektedir.

-Hizmetleri, envantere geçirip stoklama imkanı yoktur.

-Hizmetler, stoklanmadığı için, birçok hizmet işletmesi, talep ve arzı senkronize etme hususunda büyük problemlerle karşılaşır¹².

1.1.5. Sahiplik

Bir ürün satın alan onun sahibi olurken, hizmet sektöründe ancak o hizmetten faydalanmak sözkonusudur. Örneğin, açık kalp ameliyatı geçiren bir hasta ameliyat masasına sahip olamaz. Sadece tıbbi bakım hizmetini satın alır. Ödeme, hizmetlerin kullanılması ya da kiralanması için yapılır. Hizmeti kullananlar da, hizmetin sahipliğini devredemezler. Bu yüzden kullanıcılar hizmeti satın alınırken ve kullanırken hizmet üreticisine daha çok bağımlıdır. Pazarlama uygulamalarında bu özellik bir avantaj olarak kullanılmalıdır. Sahip olmanın avantajlarını pazarlama programlarında vurgulamak gerekir. Daha kolay ödeme biçimleri geliştirmek olanaklıdır ve bu tüketicilere aktarılmalıdır¹³.

¹¹ Eric N. BERKOWITZ, *Essentials of Health Care Marketing*, (Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland 1996), s.203.

¹² FERMAN, a.g.e., s.27.

¹³ ODABAŞI, a.g.e., s.19.

Hizmetlerin ile fiziksel malların arasındaki farklar şu şekilde tablo ile gösterebilir.

Tablo 1 Fiziksel Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar

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

Kaynak: Christian Grönroos, **Service Management and Marketing**, Massachusetts 1990, s.28.

2. SAĞLIK

Yaşama ve sağlık, temel bir insanlık hakkıdır. Bireysel sağlık, bedensel ve tinsel sağlamlık, toplumsal esenlik, varlık ve mutluluk kaynağıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (World Health Organisation/WHO) göre "sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik halidir"¹⁴.

Genelde insanlar sağlığı hasta olmamakla eş anlamlı olarak düşünürler. Bu doğru ama eksik bir tanımdır. Çünkü bir insanın o anda hasta olmaması ya da kendini hasta hissetmemesi sağlıklı olduğu anlamına gelmez. Örneğin, çok sağlıklı görünen bir kimse ertesi gün beyin kanaması veya kalp krizi geçirebilir. Doğaldır ki bu kriz sağlıklı görünüm altında yatan bir hastalık ya da işlev bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkmıştır¹⁵.

Hipokratik yaklaşıma göre sağlık ve iyilik hali, insanın çevresindeki ısı, rüzgar,

¹⁴ Nihad AY, "Toplumsal Yönetim Açısından Türkiye'de Sağlık Sorunu", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (İzmir 1994), s.403.

¹⁵ **Temel Britannica Ansiklopedisi**, (İstanbul 1993), Cilt:15, s. 8.

toprak, yiyecekler ile kendi ihtiyaçları olan yeme içme alışkanlıkları, cinsel yaşam, çalışma ortamı gibi bir dizi özel şartlar arasındaki dengeden oluşmaktadır.

Çin düşüncesine göre insan vücudu birbirini tamamlayan ve çevre ile dinamik denge içinde bulunan bir dizi sistemden oluşmaktadır. Kötü beslenme, yetersiz uyku, yetersiz hareket ve aile içi, toplum içi uyumsuzluklar dengeyi bozmakta ve hastalıklara neden olmaktadır¹⁶.

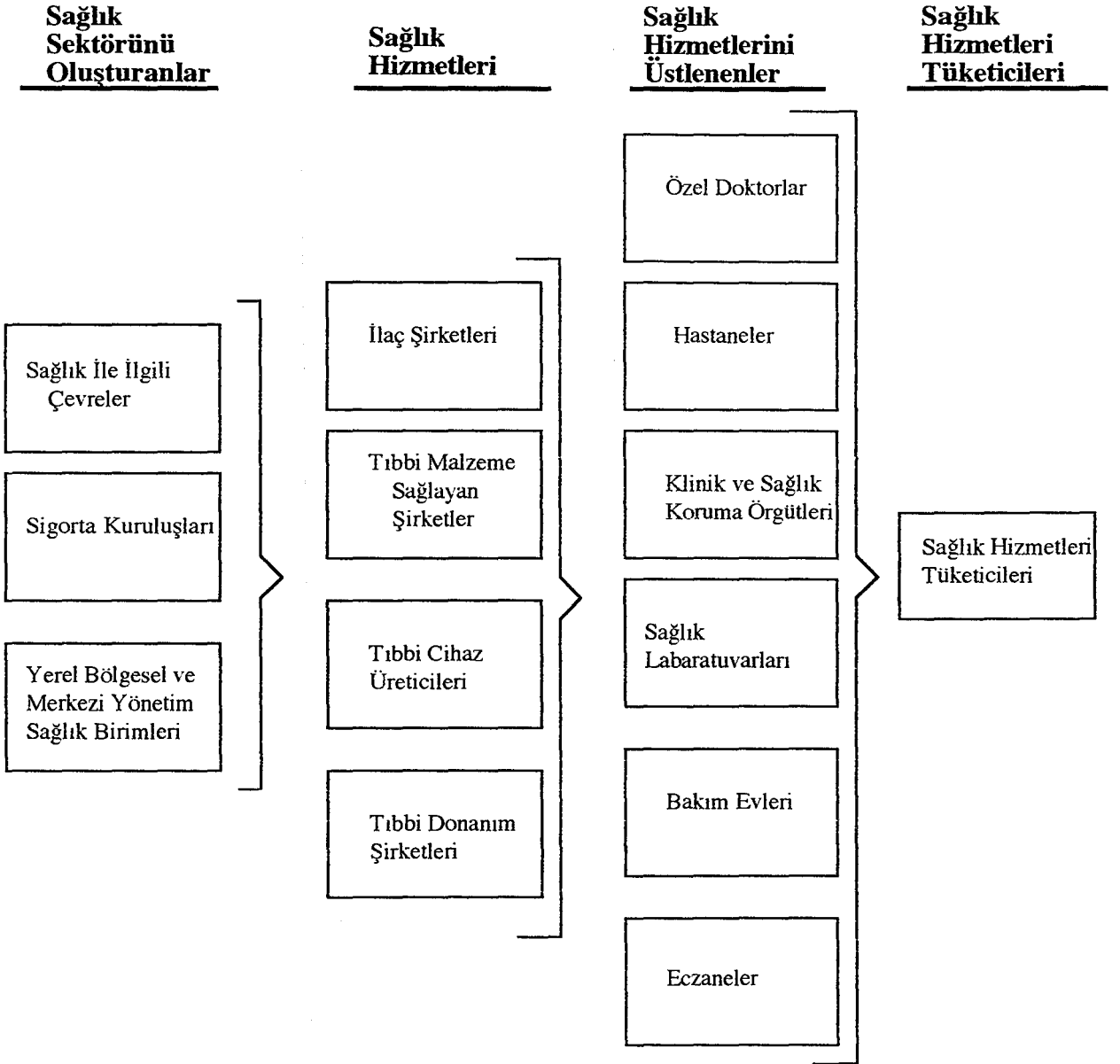
2.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur. Bu konuda geliştirilmiş bir grupta Şekil 1’de gösterilmiştir. Grublamanın en sağında yer alan kesim sağlık ürünleri ve hizmetlerini talep eden ve sayıları oldukça farklı olan “sağlık hizmetleri tüketicileri”dir. Sağlık hizmetleri tüketicilerine (hasta yada potansiyel hastalar) en yakın diğer grup “sağlık hizmetlerini üstlenenler”dir. Bunlar serbest çalışan doktorlar, hastaneler, klinik ve sağlık koruma kuruluşları, laboratuvar, bakım evleri ve eczanelerden oluşmaktadır. Bu iki gruba sağlık ürünlerini sunan grup “sağlık hizmetleri ve ürünlerini sağlayanlar”dır. İlaç firmaları, tıbbi malzeme, cihaz ve donanım sağlayan kuruluşlardan oluşan bu grubun en önemli özelliği kar amaçlı çalışmaları ve ileri düzeyde pazarlama tekniklerini kullanmalarıdır. Son grup sağlık “sağlık sektörü oluşturumcuları”dır ve sağlık kurumları, sigorta şirketleri ve merkezi yerel sağlık birimlerinden oluşur.

Sağlık hizmeti denilince, üreticilerin ürettikleri ürün ve hizmetler, doktorların bilgi ve becerileri, sağlık kuruluşlarının tıbbi ve teknolojik kapasiteleri, testler ve bakım süreçleri gibi konular düşünülmektedir. Öte yandan, tüketiciler sunulan hizmetin teknolojik yapısı ve tıbbi özellikleri ile ilgilenmeyip bekledikleri “fayda” açısından hizmetleri değerlendirmektedirler¹⁷.

16 Osman HAYRAN, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, (1. Basım, Yüce Dağıtım, İstanbul 1998), s.2.

17 ODABAŞI, a.g.e., s.27.



Şekil 1 Sağlık Hizmetleri Endüstrisi

Kaynak: Odabaşı, s.26

Gerçekte sağlık hizmetleri bir bütün olmakla birlikte anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak amacıyla üç ana bölümde incelenmekte ve tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak bölümlenmektedir. Aşağıda bu bölümler kısaca incelenecektir.

2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer.

Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır¹⁸:

Primer Koruma: Kişisel ya da toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.

Sekonder Koruma: Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması.

Tersiyer Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni durumuna uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve insana yönelik olmak üzere iki alt grupta incelenmektedir.

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler; insanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çalışmalarının tümü bu başlık altında toplanır¹⁹.

Bu başlık altındaki başlıca hizmetler ise²⁰;

- Besin kontrolü ve güvenliği
- Yeterli ve temiz su sağlanması
- Hava kirliliğinin kontrolü
- Atıkların kontrolü
- Konut sağlığı
- İş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü

Kişilere yönelik koruyucu hizmetler; kişileri dolayısı ile toplumu hastalık

18 HAYRAN, a.g.e., s.17.

19 Gönül GÜNAYDIN, Türkiye’de Sağlık Sektörünün Ekonomik Etkinliği”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir 1994), s.6.

20 HAYRAN, a.g.e., s.18.

etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde teşhis konularak, kısa sürede sağlığına tekrar kavuşması için tedavi etmeyi sağlayan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır²¹.

Kişilere yönelik koruyucu hizmetleri de şu başlıklar altında toplayabiliriz²²;

- Bağışık sisteminin güçlendirilmesi (Aşı)
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- İlaçla koruma
- Kişisel temizlik ve bakım
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Doğum kontrolü
- Sağlık eğitimi

2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastaları tedavi etmek amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleri üç aşamada ele alınmaktadır²³:

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmetleri kuruluşlarıdır.

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizde ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastaneleri ve üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.

21 GÜNAYDIN, a.g.e., s.4.

22 HAYRAN, a.g.e., s.18.

23 Aynı, s.18.

2.1.3 Rehabilitasyon Edici Hizmetler

Hastalık sonrası sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle işgücünü kaybedenlere verilen hizmetler bu başlık altında toplanır. Kendi içinde iki alt grupta incelenir. Bunlar²⁴;

Tıbbi Rehabilitasyon: Hastalık veya kaza sonucu kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organa yeniden güç kazandırılması suretiyle kişinin günlük işlerine devam ettirme yeteneğini kazandırma çalışmaları bu türden çalışmalardır.

Sosyal Rehabilitasyon: Fizik veya psikolojik hasarlı kişilerin yapılarına uygun iş bulma veya bakımlarını temin gibi durumlarda başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla yapılan tüm çalışmaları kapsar.

2.2. Sağlık Hizmetleri Piyasası

Sağlık hizmetleri piyasası yapı ve işleyiş yönünden diğer mal ve hizmet piyasalarından büyük çapta farklıdır. Bu piyasada hastalıklara karşı veya hastalandığında iyileşme amacıyla kişinin kendi eğilimine ve ihtiyacına göre bağımsız olarak mal ve hizmet alma özgürlüğü sınırlıdır. Kendisi adına bir hekimin karar vermesini sağlamak zorundadır. Hekim kendine göre bilimsel saydığı veriler ışığında, hastanın başvurması gereken sağlık hizmetleri çeşitlerini belirlemektedir. Hekim hasta için yararlı olacak mal ve hizmet çeşitlerini değerlendirirken maliyet, fiyat, gelir gibi ekonomik öğelere değil, tıp biliminin olanakları ve kullanılabilir araçlarını dikkate almaktadır. Hekimler hastalarını tedavi ederlerken hastanın mali olanaklarına bakmazlar, hastayı nesnel gerçeklere göre tedavi ederler. Bu piyasada tüketiciler (hastalar) vazgeçme, pazarlık etme, erteleme ve ikame etme gibi özgürlüklere sahip değildirler. Burada hasta, hekime tam olarak bağımlıdır. Oysa diğer piyasalarda her türlü reklam ve tanıtıma karşın, alıcının bağımlılığı sınırlıdır²⁵.

Sağlık ekonomisi, ekonomi kurallarının sağlıkla ilgili konulara uyarlanmasıdır. Bu nedenle sağlık ekonomisi genel olarak şu konuları kapsamaktadır²⁶;

-Kaynakların sağlığı geliştirici çeşitli faaliyetler arasında dağılımı,

²⁴ GÜNAYDIN, a.g.e., s.4-5.

²⁵ Brian Abel SMİTH, "Genel Sağlık Sigortası Uluslararası Deneyimden Çıkarılan Dersler", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:II, (1993), s.9.

²⁶ Hulki UZ, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, (1. Basım, Yüce Dağıtım, İstanbul 1998) s.65.

- Sağlık hizmetlerinin verilmesinde kullanılan kaynakların miktarı,
- Sağlık kuruluşlarının örgütlenmesi ve finansmanı,
- Sağlıkla ilgili konularda tahsis edilen ve kullanılan kaynakların verimliliği,
- Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin kişiler ve toplum üzerine etkileri.

İnsanlar, daha iyi sağlık düzeyine sahip olmak ve daha uzun yaşamak istemelerine karşın, sağlık alanındaki kısıtlılıklar giderek daha belirgin hale gelmektedir. Dünyanın hiçbir ülkesinde hiçbir sağlık politikası istenilen veya ihtiyaç duyulan bütün sağlık hizmetlerini veremez. Çünkü sağlık hizmetlerine olan talepte sürekli bir artış yaşanırken, bu hizmetleri sunmak için gerekli olan kaynaklar (bina, araç-gereç, insangücü, para, zaman, teknoloji, bilgi ve tecrübe) her zaman kısıtlıdır. Diğer taraftan bu kaynakları elde etmenin maliyeti de sürekli artmaktadır.

2.2.1.Sağlık Hizmetlerinde Talep

İnsanların sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarının anlaşılabilmesi için öncelikle sağlık durumlarının bilinmesi, varolan tanımlanmış standartlar çerçevesinde ne derece sağlıklı olup olmadıklarının belirlenmesi ve modern teknolojinin hastalıkları ne ölçüde iyileştirdiğine dair bilgi sahibi olunması gerekir ki sağlık hizmetlerine olan talep tahmin edilebilsin. 1930 yılında Lee ve Jones tarafından yapılan araştırmada hekim talebini belirlemede toplumun sağlık ihtiyaçlarına olan talebinin kullanılabileceğini göstermiş ve ileriye yönelik öngörümlerle hekim planlaması yapılmıştır. Yapılan planlama ile hastaların bekleme süreleri düşürülmüş, hekimlerin daha çok sayıda hastaya bakması sağlanmıştır²⁷.

Sağlık hizmetlerini talep eden bilinçli bir tüketicinin amacı, hastalanmasını önlemek veya hastalandığında en kısa zamanda iyileşerek yaşam süresini uzatmaktır.

Sağlık hizmeti talebi bağımlı ve bağlıdır. Tüketici (hasta) hizmet talep ettiği hekim ve hastaneye bağlanarak istenilenleri yerine getirmek durumundadır. Bu bağımlılık sonucunda hastanın hizmetlerine bağlı olarak laboratuvar hizmetleri, sağlık personeli hizmetleri ve ilaç talep etmesi gerekli olabilmektedir²⁸.

²⁷ S. Tokyürek MALHAN, "Sağlık Hizmetlerinde Talebi Etkileyen Faktörler", **Modern Hastane Yönetimi**, Yıl:1, Sayı: 3, (Kasım 1997), s.30.

²⁸ Kenan MORTAN ve Tandoğan TOKGÖZ, **Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi**, (Ankara 1984), s.11.

Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen faktörler ise şunlardır;

Bölgenin genişliği ve coğrafi yapısı: Bölgenin coğrafi yapısı gerek yöresel hastalıkların oluşumunu (örneğin; Doğu Karadeniz bölgesinde görülen sudaki iyot eksikliğinden kaynaklanan guatr hastalığı), gerekse hastaların sağlık kuruluşuna ulaşımını etkilemektedir. Sağlık merkezinin uzak ya da yakın oluşu yanında ulaşım faktörleri de potansiyel talebi gerçek talebe dönüşümünü etkilemektedir²⁹.

Yaş: İnsanın sağlık halinin sürekliliğini mevcut fiziksel yapısına bağlayabiliriz. Sağlık hali yaşa bağlı olarak zayıflamaktadır. Yaş arttıkça kişinin vucut direnci azalmakta ve hastalanma ihtimali artmaktadır. Yani yaş arttıkça sağlık hizmet talebi de artmaktadır³⁰.

Sosyal güvenlik kapsamı altındaki nüfus: Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarına olan talebin büyük bir bölümünü sosyal güvencesi olanlar oluşturmaktadır. Sağlık açısından sigorta kapsamındaki nüfusta meydana gelecek artışlar sağlık hizmetlerine olan talebi arttıracaktır.

Gelir düzeyi: Diğer mal ve hizmetler kadar olmasa da, talebin gelir esnekliği, özellikle diş sağlığı, check-up ve plastik cerrahi hizmetlerinde kısmen esnektir. Gelir düzeyinde meydana gelecek artışlar sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır.

Hastalıklara karşı tutum ve davranışlar: Kişilerin sağlığa bakış açıları önemli bir faktördür. Çünkü bazıları ancak ileri hastalık durumunda sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kişilerin en küçük bir rahatsızlık halinde kontrol için sağlık kuruluşuna başvurulurken, gelişmekte olan ülkelerde bazen acil durumlarda dahi sağlık kuruluşuna başvurulmadığı görülmektedir. Bu toplumun yaşam tarzı ile yakından ilgilidir. Kişilerin hastalık ve normal durumları algılamalarındaki farklılıklar da sağlık kuruluşlarına başvuruyu dolayısıyla talebi etkilemektedir³¹.

Eğitim düzeyi: Sağlık hizmeti talebini etkileyen diğer bir faktör de eğitimidir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, aileler tıbbi hizmetleri daha etkin kullanmaktadırlar. Eğitilmiş kişiler periyodik zamanlarda (check-up gibi) sağlık hizmetleri kullandıklarından diğer bireylerde olduğu gibi olağanüstü harcamalar yapmazlar, çünkü her zaman kontrol altındadırlar³².

²⁹ Dilaver TENGİLİMOĞLU, “Sağlık Hizmetleri Piyasa Araştırması” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı:56, (Ağustos 1993), s.27.

³⁰ MALHAN, a.g.e., s.31.

³¹ TENGİLİMOĞLU, a.g.e., s.28.

³² MALHAN, a.g.e., s.31.

Medeni hal: Evlilik statüsü sağlık hizmetlerine olan talebi belirleyici bir faktördür. Evli insanların sağlık hizmetlerini kullanma oranı tek yaşayan insanlara göre daha düşüktür.

Hastalık tedavi şekli: Tedavi her hastalıkta aynı olmayacağı için hasta tedavisini değişik hastanelerde, evde veya kendi kendine yapabilir. Bu sebeple hastalığın tedavi şekli talebi etkileyen bir faktördür.

Hizmet kalitesi: Hizmet kalitesi, sağlık hizmetlerine olan talebi direkt etkiler. İnsanlar büyük hastanelerin küçük hastanelere oranla daha kaliteli olduğuna inanır. Çünkü daha fazla hekim, daha fazla sağlık hizmet elemanı ve daha fazla tıbbi donanım bulunduğu düşünülür. Kişiler, kaliteli hizmet verildiğine inandığı sağlık kuruluşlarını daha çok talep etmek eğilimindedirler³³.

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Arz

Bir hizmet üretmek/sunmak için hizmet sunucusu kişi veya kuruluşlar çeşitli fiyat düzeyleriyle farklılaşan miktarlarda sunabilecekleri ve sunmaya gönüllü olacakları hizmetin miktarını ifade eder. Talep teorisinin aksine arz teorisine göre satılan hizmetin miktarı onun fiyatındaki artışla doğru orantılı olarak artma eğilimindedir. Yani bir sağlık hizmetinin fiyatı ne kadar yüksek olursa o hizmeti o fiyattan sunmak için daha fazla hizmet sunucusu gönüllü olacaktır³⁴.

Sağlık hizmetlerinin arzı birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkmakta ve bu faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar şu şekilde gruplanabilir:

Pazarın tekel derecesi: Sağlık hizmetleri arzında, sistemin örgüt yapısı, tedavi kurumlarının karakteristikleri ve özellikle doktorlar önemli rol oynar. Onlar pazarın rekabet koşullarını tümüyle etkilediği gibi, pazarın tekel derecesini de, duruma göre, büyük ölçüde bu artış da sertleştirir. Doktorların davranış ve kararları sistemin arzını tamamıyla etkiler.

Diğer önemli bir sorun, doktorların coğrafi dağılımıdır. Bununla birlikte sağlık sistemlerinin örgüt yapısı (özel, kurumsal veya karma sağlık sistemleri) arzı önemli derecede etkilemektedir³⁵.

Üretim girdileri: Sağlık hizmetleri için harcaması yapılan sermayenin dönüşü, onun rantabilitesine bağlı olarak ölçülmediğinden ve genellikle bu sektöre yapılan sermaye harcamaları, sosyal ve politik nedenlere bağımlı olarak yapıldığından dolayı,

³³ Aynı., s.33.

³⁴ UZ, a.g.e., s.68-69.

³⁵ Selime SEZGİN, "Application of Marketing Concepts and Practices to the Operations of Private Hospitals in İstanbul", (Yayınlanmamış Doktora Tezi, B.Ü. İstanbul 1982), s.46.

sermayenin arzı ne oranda etkilediğinin ölçülmesi oldukça zordur.

Verimlilik ve tıbbi teknolojideki değişiklikler: Sağlık personelinin veya doktorun , ya da bireysel olarak her doktorun ortaya koyduğu ürünün, insan niceliğine veya girdi olarak harcanan zamana oranlaması, sağlık hizmetlerindeki verimliliğin ölçütüdür. Tıbbi teknolojideki değişiklikler ise, sağlık hizmetlerinde hızla gelişen bir iş bölümüne neden olmasının yanı sıra, arzı da etkilemektedir³⁶.

Ülkemiz sağlık hizmetleri arz sistemlerinin halen yaklaşık; % 55'i yani yarısından fazlasını özel sektör,% 45'ini yani yarısından azı, çeşitli kurumlardan oluşan kamu ve resmi sektör tarafından üretilip sunulmakta, finanse ve arz edilmektedir³⁷.

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında yer alan sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleridir.

-Sağlık hizmeti kullanılması zorunlu bir hizmet olduğu için talep esnekliği katıdır. Yani hasta için sağlık hizmetinin kullanılması tıpkı beslenme, giyim, barınma gibi zorunludur. Dolayısıyla sağlık hizmeti talebinde bulunan kişilerin, sağlık hizmetlerinin fiyatlarında oluşacak değişimlere karşı gösterecekleri duyarlılık zayıftır. Daha açık bir anlatımla, hasta için, hastalığın şiddetine göre ağırlaşan bir şekilde, sağlık hizmetinin fiyatının düşüklüğü veya yüksekliği önemli değildir. Fiyatın yüksekliği bu hizmete olan ihtiyacın şiddetini düşürmeyeceği gibi, fiyatın düşmesi de tüketimi önemli ölçüde arttırmaz. Örneğin, bir ilaç fiyatının yüksek veya düşük oluşu, hekim tarafından belirlenmiş olan kullanım dozunun azaltılmasına veya yükseltilmesine gerekçe olmaz³⁸.

-Sağlık hizmetini talep edenler tüm bilgilere sahip değildir. Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özellik, hizmeti sunanla (doktor) tüketici (hasta) arasında var olan bilgi asimetrisidir. Sağlık hizmetlerinde işlemlerin çok karmaşık olması ve sağlık hizmetleri hakkında Tüketicilerin sınırlı bilgiye sahip olmaları sağlık

³⁶ Oktay ALPUGAN, "Genel Hastanelerin Kullanımı, Türkiye'de Uygulamada Karşılaşılan Kimi Sorunlar ve Bu Sorunların Çözümlemesi", (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi 1981), s.68.

³⁷ Erdal SARGUTAN, "Sağlık Hizmetleri Arzının Özelleştirilmesi:Özerkleştirilme ve Özelleştirme" 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, (İzmir 1994), s.453.

³⁸ Mehmet TOKAT, Sağlık Ekonomisi, (A.Ü A.Ö.F. Yay.; No: 403, Eskişehir 1998), s.3.

hizmetlerini diğer hizmetlerden farklılaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinde girdiler, faaliyetler ve çıktılar hakkında yeterli bilgiye sahip olunamadığı gibi bu değişkenler arasındaki ilişkiler konusunda da yeterli bir bilgiye sahip olunamamaktadır. Bir çok mal ve hizmet için tüketicinin kalite ve hizmetin uygunluğu konusunda bir fikri vardır. Fakat sağlık hizmetlerinde tüketicinin kendisine uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi hakkında çok az bilgisi vardır. Bu noktada tüketici hemen hemen doktora tam anlamı ile bağımlıdır. Tüketicilerin sağlık hizmetleri ihtiyacının belirlenmesi veya ne tür sağlık hizmetinde ne miktarda ve kalitede tüketileceği noktasında yeteneklerinin kıt olması nedeni ile doktor, bir vekil olarak devreye girmekte ve hasta için danışmanlık yapmakta ve tüketimi şekillendirmektedir. Bu durum doktoru, hem bir hizmet sunucu hem de hizmeti talep eden/belirleyen eşsiz bir pozisyona sokmaktadır³⁹. Bu durumlarda da hizmet sunucusunun yarattığı taleplerde etikle ilgili bazı problemler ortaya çıkabilmektedir⁴⁰.

-Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekim belirler. Diğer tüm mal ve hizmetlerde kişinin, neye ne ölçüde ihtiyacı olduğunu büyük ölçüde kendi belirlemesine karşı, sağlık hizmetlerinde durum böyle değildir. Sağlık hizmetlerinde duyulan ihtiyacın tanısı, şiddeti, tedavi şekli, tıbbi bilgi ve tıbbi teknolojik imkanlar çerçevesinde hekim tarafından belirlenir. Kişilerin hekim seçebilme olanağının olması bu durumu değiştirmez. Dolayısıyla, tüketicinin rasyonel davranış olanağı da çok sınırlıdır⁴¹.

-Sağlık hizmetlerinde talepte belirginlik yoktur. Sağlığın geliştirilmesi, aşılama, profilaksi (ilaçla tedavi) gibi bazı hizmetlerin dışında, talep edenlerin hangi sağlık hizmetini ne kadar ve en önemlisi de ne zaman talep edeceklerini kestirmeleri oldukça güç, hatta imkansızdır. Çünkü önceden saptanabilen bazı sağlık sorunlarının dışında kişinin sağlığının ne zaman bozulacağı ve bunun sonucunda hangi sağlık hizmetini talepeceği bilinemez⁴².

Bu durum gerek üretici, gerekse tüketici için bir sorundur. Tüketicinin hastalık durumuna hazır bir kaynağı sürekli elinde bulundurmasını gerektirir. Üretici açısından ise, üretimin ne düzeyde olacağını belirlenmesine yönelik bir belirsizlik söz konusudur.

Piyasa koşulları içinde belirsizlik sorununu çözmek, sigorta sistemlerinin

39 H.Hüseyin YILDIRIM "Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt:32, Sayı:1, (Mart 1999), s.127.

40 UZ, a.g.e., s.73.

41 TOKAT, a.g.e., s.3.

42 UZ, a.g.e., s.73.

geliştirilmesi ile olanaklı olabilmıştır. Sigorta tüketicisi açısından herhangi bir zamanda ortaya çıkabilecek ve önemli miktarda harcama yapmayı gerektirecek sağlık sorunlarına karşı güvence sağlarken, üretici açısından piyasa koşullarındaki belirsizliği ortadan kaldırır, üretimin kesintiye uğramaksızın sürdürülmesi olanağını verir⁴³.

-Pazara giriş ve çıkışta kısıtlama olması bazen gereklidir. Sağlık hizmeti sunacak kişi ve kuruluşların belli temel bazı bilgi, beceri ve deneyimlere sahip olması gerektiği tartışılmaz bir gerçektir. Yani kamu tarafından şekillendirilmiş standartlara ulaşamayanlar sağlık hizmeti veremezler. İşte bu kısıtlamadan dolayı her isteyen kişi sağlık hizmeti sunmak üzere pazara giremez. Bu da pazar şartlarının tam oluşmamasına neden olur. Ayrıca bir hizmet sunucunun vermesi gereken bazı sağlık bakım hizmetlerinden (gebe ve çocuk takibi, aşılama) kaçınması (yani bu hizmetlerden oluşan pazardan çıkmak istemesi) gibi bir tercihi de olamaz.

-Bazı sağlık hizmetleri kamu eliyle verilmek zorundadır. Burada mal ve hizmetlerin iki temel özelliğinden söz etmek gerekir: Rakiplik (rivalness) ve dışlanabilirlik (excludability). Birincisi, en genel anlamıyla bir mal veya hizmetin birisi tarafından tüketilmesinin diğerlerinin tüketmesini etkilemesi olarak ifade edilebilir. Dışlanabilirlik ise bir mal veya hizmetin faydalarından diğerlerinin yararlanmasının önlenemesinin teknik olarak mümkün olması anlamına gelmektedir. Mal ve hizmetlerin bu özellikleri piyasa mekanizmasının işleyişinin temelini oluşturur ve bu özelliklere sahip mallar özel mallar olarak adlandırılır. Kamu malları doğaları gereği rakipsizlik ve dışlanamazlık özelliklerine sahiptir. Bu durumda mal veya hizmet bir kere üretildikten sonra bunun başka bireylerin tüketimini kısmadan tüketilmesi mümkündür ve diğerlerinin çıkarılması mümkün değildir. Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kamu malı olma özelliğine sahiptir⁴⁴. Örneğin; Aşılama, aile planlaması, gebe ve yenidoğan bakımı, sağlık eğitimi gibi bazı hizmetler doğrudan ödeme yapmayan kişilere de verilmek zorundadır.

-Sağlık hizmetlerinde devlet müdahalesi kaçınılmazdır. LeGrand'a göre devletin pazar şartlarına müdahalesinin de üç politika vardır⁴⁵.

Birincisi düzenleme şeklindeki müdahalesidir. Sağlık hizmetlerinin bazıları

43 İlker BELEK, *Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, (Birinci Basım, Sorun Yay., İstanbul, Mayıs 1994), s.73.

44 Fahrettin TATAR, Mehtap TATAR, "Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları", *Toplum Ve Hekim*, Cilt:11, Sayı:72, (Mart-Nisan 1996), s.36.

45 UZ, a.g.e., s.75.

tamamen özel sektör tarafından verilmektedir. Bu hizmetlerin verilmesinin standartlarının belirlenmesi ve bunlara uyulup uyulmadığının takibinde, fiyatlandırılmasında kamunun müdahalesi gerekir. Ayrıca sağlığın ve verilecek hizmetin doğası gereği bazı hizmetlerin pazar şartlarında özel sektöre bırakılması bazen uygun olmayan sonuçlar doğurabilir. Kan üretimi, aşı üretimi ve dağıtımı, sağlığın geliştirilmesi bunlara örnektir. Dolayısıyla pazara hizmet sunmaya gelen bir satıcıya devlet müdahale ederek hangi hizmetleri nasıl satabileceği konusunda yönlendirmeler yapmaktadır. Benzer şekilde devlet olmasa da kamu eliyle sağlık hizmeti pazarına bazı müdahaleler olabilmektedir. Türk Tabipler Birliği'nin özel hekim muayene ücretleri için alt sınır belirlemesi bunun en iyi örneğidir.

İkincisi devletin doğrudan hizmet sunmasıdır. Tekelcilik bazen kaçınılmaz olduğundan pazara hizmet sunucu olarak girer bazen de ülkedeki sağlık hizmeti sunum sisteminin yapısı gereği temel hizmet sunucusu görevini üstlenir.

Üçüncü müdahale tipi ise devletin destekleme yapmasıdır. Yine sosyal devlet anlayışından hareketle devlet vatandaşlarının bedelini karşılayamayacakları bazı sağlık hizmetlerini de alabilmesini sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerinin bir kısmını doğrudan veya dolaylı olarak destekler.

Sağlıkta devlet desteği iki şekilde karşımıza çıkar; birincisi direkt yapılan desteklerdir ki bu temel olarak çeşitli kanunlarla çeşitli statü ve sosyo ekonomik konumda bulunan insanlara verilen haklarla ilgilidir. Örneğin 65 yaş üstü vatandaşlara verilen hak ya da düşük gelirlilere verilen Yeşil Kart veya kimsesiz çocukların bakımı gibi. İkinci tür devlet desteği de devlet hastanelerine yapılan ödeneklerin indirekt desteğe dönüşmesidir⁴⁶.

-Ürün ve kalite belirsizdir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sonuçta hastanın elde edeceği doyumu önceden belirlemek son derece zordur. Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumu, etkileyen birçok kontrol edilemeyen faktöre de bağlıdır. Sağlık hizmetlerini talep edenler, hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, riski azaltıp yanılıklarını en aza indirmek için başta doktor olmak üzere sağlık personeline güven duymak zorundadır.

-Dış etkenler sağlık hizmetlerini etkiler. Salgın hastalık durumlarında, hasta yada hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Salgın hastalıklarda olduğu gibi diğer çevreye zararlı etkiler fiziksel dış etkenler grubuna girer. Eğer salgın hastalık bireysel olarak tedavi edilmezse toplumun riski artmaktadır. Koruyucu sağlık

⁴⁶ Oğuz ENGİZ, "Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları", **Toplum Ve Hekim**, Cilt:11, Sayı:72, (Mart-Nisan 1996), s.26.

hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her ferdi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarından da yararlanmaktadır⁴⁷.

3.SAĞLIK HİZMETLERİNİN PAZARLANMASI

Sağlık hizmeti üreten kurumlara pazarlama ve pazarlama çabaları uzak görünse bile bu kurumlar farkında olmadan bir takım pazarlama girişimleri gerçekleştirmektedir. Hizmetlerin fiyatlandırılması, tanıtımı, halkla ilişkiler, hasta yakınlarını bilgilendirmek, tüketicilerin zihninde kaliteli hizmet imajı yaratmak ve sağlık hizmetleri kurumunda bu amaçla yeni teknolojileri getirmek, yeni yönetim arayışları ile iyileştirme çalışmaları gibi pazarlama çabaları olağan olarak yerine getirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin pazarlanması konusu 1970'li yılların ikinci yarısında ortaya atılan oldukça yeni bir kavramdır. Günümüze kadar bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde birçok araştırmacının pazarlama biliminin bu konuda uygulanabilirliği üzerinde durdukları görülmektedir⁴⁸. Bu yıllarda sağlık sektöründe en çok kullanılan terimler "reklam ve tanıtım"dır.

Avrupa'da ve özellikle Amerika'da kuvvetli bir sosyalizasyon mevcut olduğundan dolayı çalışan nüfusun %80'i sağlık sigortasına sahiptir. Eğitim seviyesinin de ülkemize oranla daha yüksek olması nedeniyle hastalıkların teşhis ve takibi bireyler tarafından daha yoğun ve bilinçli olarak yapılmaktadır.

Yapılan sağlık harcamalarının % 95'i "third party" olarak adlandırılan üçüncü parti yani sigorta şirketleri ve kurumlar tarafından ödenmektedir. Kişilerin cebinden her tedavi için yüksek meblağlar çıkmadığından bu hizmet daha fazla kişi tarafından kolaylıkla tedarik edilebilmektedir. Bu rahat tüketimden dolayı hastaneler kapasitelerini doldurabilmek amacıyla pazar paylarını arttıracak faaliyetlerde bulunmaktadırlar. Kişilerin bilinçli yaklaşımı da kaliteli bir sağlık hizmeti sunmayı mecbur etmiştir⁴⁹.

Sağlık hizmetleri alanında pazarlamanın önemini belirlemek için öncelikle pazarlamanın başlıca fonksiyonu olan karşılıklı alışverişin etkili ve verimli bir şekilde gerçekleşmesinden hareket etmekte yarar vardır. Üretici ve tüketici arasındaki değiş-

47 ODABAŞI, a.g.e., s.29.

48 Talha HARCAR, "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", **Pazarlama Dünyası**, Yıl:5, Sayı:25, (Ocak-Şubat 1991), s.38.

49 Meri İSTİROTİ, " Türkiye'de Yeni Gelişmekte Olan Bir Kavram: Hastane Yönetiminde Pazarlamanın Önemi", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (İzmir 1994), s.207.

tokuşun etkili ve verimli gerçekleşmesi, hedef pazarın tatmin edilmesini sağlamaktadır. Bir çok durumda sağlık hizmetleri üreten kurumlar bu konuda rekabetle karşılaşmadıklarından kendileri için yalnızca talebin karşılanması önem taşımakta, bunun bir sonucu olarak da tüketicinin tatmin edilmesi önemli bir konu olmaktan uzak kalmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında pazarlama faaliyetlerinin uygulanmaya başlanması ile birlikte bu hizmetleri tüketen müşterilerin istek ve ihtiyaçları ön plana çıkabilecek, bunun bir neticesi olarak da daha etkili sağlık hizmetlerinin sunumu mümkün olabilecektir⁵⁰.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ise maliyetler oldukça yüksektir. Bunun nedenleri ise şöyle sıralanabilir⁵¹:

Talepteki artış: Özellikle gelişmiş ülkelerde, yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak kronik hastaların çoğalması, eğitimin yükselmesi, AIDS gibi hastalık türlerinin çıkması, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır.

İleri teknoloji: Teknolojik ilerlemeler çok ileri yöntemlerle hayat kurtarma ve uzatma imkanı sağlamıştır. Bütün bu yeni yöntem, araç-gereç ve ilaçlar, ayrıca bunlarla ilgili araştırmalar çok pahalıya mal olmaktadır.

Sağlık personelinin yetersizliği: Bir çok ülkede hekim ve hemşire sayısındaki yetersizlikler ücretleri yukarı çekmekte, bazen de bunların yerine yeterli olmayan personel kullanımı nedeniyle doğan zararlar maliyeti arttırmaktadır.

Maliyetleri hesaplamadaki yetersizlik: Bilgi eksikliği ve sağlık hizmetinin mukayese edilerek seğilmesindeki zorluklar, harcamaları arttırmaktadır. Özellikle doğrudan ödeme yapılmadan alınması, hizmetlerde mukayese yoluyla en iyisini en ucuza alma eğilimini zayıflatmakta, dolayısıyla hizmet talebinde ve tüketiminde artış olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesine ve yaygın biçimde kullanılmasına neden olan maliyetlerin yüksek olmasının dışındaki gelişmeler şöyle özetlenebilir⁵²:

- Sağlık hizmetleri için tüketicilerinin ihtiyaçlarının arttığıın kabul edilmesi,
- Özel sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak artışı,

⁵⁰ HARCAR, a.g.e., s.38.

⁵¹ İnci EREFE, "Sağlık Hizmetlerinde Standart ve Kalitenin Milli Ekonomi Açısından Önemi", TSE Standart Dergisi, Sayı:394, (Ekim 1994), s.24-25.

⁵² ODABAŞI, a.g.e., s.30.

- Atıl kapasitede çalışmanın kayıp olarak değerlendirilmesi,
- Hizmetlerin taklit edilmesi,
- Personelin profesyonellik anlayışının gelişmesi,
- Değişen hasta-doktor ilişkilerinin düzeyi,
- Hastalığın önlenmesine yönelik artan ilgi,
- Sağlık hizmeti sunanlara yönelik artan tüketici tatminsizliği,
- Sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışıyla sunulması.

Bu gelişmeler sonucunda, sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamaları önemli ve vazgeçilmez bir konuma gelmiştir. Bu açıklamalar çerçevesinde sağlık hizmeti pazarlaması, "sağlık hizmeti tüketicilerinin neye ihtiyaç duyduğunu belirlemek, bu ihtiyaçları karşılamak için hizmetlere şekil vermek, yeni hizmetler üretebilmek ve hastalara sunulan bu hizmetleri kullanmaya teşvik etme sürecidir".

Sağlık kurumları pazarlama sürecinde iki faktörü dikkate almak zorundadır. Bunlar; Pay sahipleri ve çevresel faktörlerdir⁵³.

Pay sahipleri: Sağlık hizmet örgütlerinde pay sahipleri müşterileride temsil etmektedir. Birinci grup pay sahipleri (müşteriler) hastalar, hekimler, diğer sağlık çalışanları, idari görevde çalışanlar ve tıbbi endüstri üreticileridir. İkinci grup pay sahipleri örgütlerin üst düzey yöneticileri örneğin, hastane başhekimisi ve müdürü. Üçüncü grup pay sahipleri ise tedarikçileri içerir. Sağlık hizmetlerinde tedarikçiler kurum (hastane) dışında çalışan laboratuvar veya kuruma bağlı olmadan çalışan doktorlar sayılabilir.

Çevresel faktörler: Sağlık hizmeti sunan işletmeler pazarlama stratejilerini belirlerken çevresel faktörleri gözönüne almak zorundadırlar. Bu faktörler;

Yasal faktörler: Tüm sağlık kuruluşları ileriye yönelik planlarında devletçe belirlenmiş hedefleri dikkate almak ve mevzuattaki değişiklikleri günü gününe takip etmek zorundadırlar.

Sosyal faktörler: Sosyal faktörler demografik değerleri ve kültürel gelişmeleri kapsamaktadır. Toplumun etik anlayışı kültür değerleri zaman içinde değişebilmektedir. Sağlık kuruluşları da bu değişikliklerden etkilenmektedir.

Teknolojik faktörler: Hızla gelişen ve değişen tıp teknolojisi bir yandan teşhis ve tedavinin kalitesini yükseltirken, diğer yandan da kullanılan malzemelerin yaşam

⁵³ Mehmet KARAFAKİOĞLU, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, (İstanbul 1998), s.20.

süresini kısaltmakta ve sağlık kuruluşlarını sürekli yeni yatırımlar yapmaya zorlamakta, bu da teşhis ve tedavi giderlerinin yükseltmektedir.

Ekonomik faktörler: Toplumdaki gelir dağılımının değişimi, mali koşulların değişimi yatırım yapacak sağlık kuruluşlarının planlarını etkilemektedir.

Rekabetçi çevre: Rekabetçi ortamda yaşamak isteyen işletme iş rakiplerini yakından izleyecek, güçlü ve zayıf yönlerini saptayarak, buna göre gerçekçi ve etkili pazarlama politikalarını belirleyecektir. Rekabetçi bir ortamda rakipler karşısında üstünlük kazanabilmek için onların henüz tüm olarak karşılayamadığı ihtiyaçları belirleyip pazara sunmak başka bir ifade ile boşlukları yakalamak gerekir. Böylece rakiplerden farklılaşılabilir. Örneğin, Amerikan Hastanesi diğer hastanelere göre teknolojik yatırımları daha erken kullandığından dolayı tüketicilerin zihninde diğer hastanelere göre kaliteli hizmet sunum imajı daha yüksektir ve rakiplerinden farklı algılanır.

3.2.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Özellikleri

Sağlık hizmetleri pazarlamasında pazarlamanın diğer uygulama alanlarına göre gerek hizmet sektörünün kendine has özelliklerinden ve gerekse sağlık konusunun hassasiyetinden kaynaklanan bir takım farklı özellikler söz konusudur⁵⁴.

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

-Kar amaçsız sağlık hizmetleri kuruluşlarının birbirinden büyük ölçüde farklı iki hedef pazarı vardır. Bunlar öncelikle hastalar veya başka bir ifadeyle müşteriler ve kuruluşa katkıda bulunan kişi ve kuruluşlar başka bir ifadeyle bağış sahipleridir. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinin pazarlanması ile birlikte bu hizmetin gerçekleşmesi için gerekli finansal katkıyı sağlayacak kaynakların da bulunması işlemini de gözönüne almak gerekir.

-Sağlık hizmetlerinin tüketicileri olan hastalar sağlık hizmeti olarak tıbbi müdahale konu edildiğinde mamül veya hizmet olarak bu hizmeti veren doktorları,

⁵⁴ HARCAR, a.g.e., s.39.

hastane veya bakım evleri sözkonusu olduğunda da hemşireleri, hasta bakıcıları, fizyoterapistleri düşünmektedirler. Başka bir ifadeyle hastanın gözünde sözkonusu hizmetten ziyade bu hizmeti veren kişiler önemli rol oynamaktadır. Bu bakımdan sağlık hizmetleri konusuna pazarlamanın klasik 4P'si olan mamül, fiyat, dağıtım ve tutundurmanın yanı sıra bir beşinci P olarak kişiler girmektedir.

-Sağlık hizmetleri konusunda alınan fiyatlandırma kararlarına, pazarlamanın diğer uygulama alanları olan mal veya hizmetlerden farklı olarak sözkonusu bedeli ödemek durumunda olan üçüncü bir taraf olan sağlık sigortası kurumları da müdahalede bulunmaktadır.

-Birçok endüstri kolunda ve klasik iktisat teorisinde talebin fiyatın bir fonksiyonu olmasına karşılık sağlık hizmetleri konusunda talebin arz ve sigorta kapsamının bir fonksiyonu olduğu düşünülebilir. Roemer tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada sağlık hizmetleri konusunda talebin fiyattan ziyade arzın bir fonksiyonu olduğu belirtilmektedir.

-Sağlık hizmetleri konusu tüketiciler tarafından fiyatın büyük ölçüde dikkate alınmadığı bir sektördür. Sağlık hizmetleri konusundaki kararların tüketicilerden ziyade hekimlerin elinde olduğu bir ortamda tüketicilerin fiyata karşı duyarlı olmalarını beklemek çok güçtür.

-Tıp bu konuda tüketici davranışlarındaki değişmeler içinde tüketicilerin söz sahibi olmadığı bir satıcılar pazarı özelliği taşımaktadır. Tüketicinin yalnızca tek bir karar alması söz konusudur o da bir doktora görünmektir, bunun dışında hastaneler veya hekimler tüketicinin hangi hizmetleri satın almaları gerektiğini tüketiciye adeta emretmektedir.

-Hekim ve hasta arasındaki ilişki karşılıklı güven ve inanca dayanır, bu bakımdan genellikle hastalar bu ilişki içerisinde hekimle olan pazarlık güçlerini kaybederler. Örneğin bir hastanın hekime "beni şu kadar liraya sağlığıma kavuşturabilirmisiniz?" şeklinde bir teklifte bulunması olağandışı bir durumdur. Ayrıca hekimlerin uyguladıkları fiyatları reklam etmeleri günümüzde dahil çeşitli kesimlerde mesleğin geleneklerine aykırı olarak düşünülmektedir. Bu bakımdan çoğu zaman hastalar sağlık hizmetini veren hekimlerin uyguladıkları fiyatlardan dahi habersizdirler.

-Ürünlerin dağıtımında, ürünün tüketicilere nasıl ulaştırılacağı belirlenmeye çalışılırken, sağlık hizmetlerinin dağıtımında tüketicinin verilen hizmete nasıl ulaştırılacağı önem kazanmaktadır⁵⁵.

55 ODABAŞI, a.g.e., s.31.

3.2.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Yöneltilen Eleştiriler

Kar amaçlayan işletmeler için geliştirilmiş pazarlama kavramının sağlık hizmetlerine uygulanması, özellikle konunun ahlaki yönü vurgulanarak eleştirilmektedir. Pazarlamanın sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda gereksiz olduğunu savunanların en önemli eleştirilerinden biri, pazarlamanın parayı israf ettiği konusunda ortaya çıkmaktadır. Özellikle tutundurma (promosyon) ve reklam, sağlık hizmeti pazarlamasındaki hassas konular olarak görülmektedir. Bu durum kar amacı gütmeyen kuruluşlar için doğru olabilir. Bu kuruluşlarda pazarlama giderlerinin belli ölçüler içinde kalması uygun olabilir. Nitekim ABD, hizmet sektöründe havayolları gelirinin % 14'ünü tutundurmaya harcarken, sağlık hizmeti sektöründe bunun ancak 1/10'u tutundurmaya ayrılmaktadır. Tutundurma ve reklamın gereksiz masraf olduğu gerekçesiyle reddedilmesi, sağlık sektöründeki profesyonellerin tüm pazarlama alanını reddetmelerine yol açmaktadır. Bu tezi ileri sürenler tutundurma ve reklamın pazarlamanın sadece bir bölümü olduğunu görmek yerine, pazarlamayla eşit tutmaktadır⁵⁶.

Sağlık hizmetleri konusunda pazarlamaya yöneltilen bir başka eleştiri, pazarlama araştırmalarında bazı hassas konularda kişilerin özel yaşantılarını ilgilendiren araştırmalar olmaktadır. Örneğin kişilerin psikolojik problemleri gibi konularda yapılacak araştırmalar tamamen kişiye özel konular olarak kabul edildiğinden bu konuların araştırılmasına karşı çıkmaktadır⁵⁷. Kişiye özel sağlık konularının sırf pazarlama çabalarına taban oluşturacak diye incelenmesine ve araştırılmasına karşı çıkmaktadır⁵⁸.

Bir diğer eleştiri de, pazarlamanın sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürdüğü yönündedir. Kalitesiz hizmet sunmakla birlikte reklam yapan bir hekim ya da hastanenin, kaliteli hizmet sunan ancak reklam yapmayan bir diğeri karşısında başarılı olmasının sağlık hizmetlerinin kalitesini düşüreceği ileri sürülmektedir.

Sağlık hizmetleri pazarlamasına yöneltilen bir başka eleştiri pazarlamanın birçok konuda korku yaratarak davranış değiştirmeye çalıştığı ve kişileri kendi istekleri dışında davranmaya zorladığı konusundadır.

⁵⁶ Semra KARDEŞ, "Hastanelerde Sağlık Hizmeti Pazarlaması ve Verimliliğin Arttırılması", **Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)**, (Derleyen:Hikmet Seçim, A.Ü. Yay.; No:845, Eskişehir 1995), s.297.

⁵⁷ HARCAR, a.g.e., s.39-40.

⁵⁸ ODABAŞI, a.g.e., s.32.

Bu konudaki bir diğ er eleştiri ise pazarlamanın sağlık hizmeti sunan kuruluşların rekabet etmesine neden olacağı, oysa bu kuruluşların birlikte çalışan, işbirliği yapan kuruluşlar olması gerektiği řeklindedir⁵⁹.

Son olarak, pazarlamanın gerekli olmayan sağlık hizmeti talebi yarattığı ise tartışmaya açıktır. Örneğin, tansiyon ölçümü için yapılan pazarlama kampanyası sonucunda oluşacak aşırı ve bazen gereksiz talebin olumlu biçimde kabul edilmesi gerekmektedir. Bunun yanında, estetik cerrahi uygulamalarının bazı durumlarda gerekli olmayan talep sonucu doğduğunu ne sirenler vardır. Ancak, insanlara istemediği ve ihtiyacı olmadığı bir hizmeti sunmak tıp standartları tarafından nlenmiştir.

Bütün bu eleştirilere karşın rekabetin olduğu zgr ülkelerde pazarlama uygulamaları tüketicilerin (hastaların) daha fazla tatmin sağlamalarına olanak verir. Sağlık hizmetlerinin bir çok türünde aşırı talep ve uzun bekleme listeleri bulunmaktadır. Kaynakların iyi kullanılıp, tüketicinin daha çok tatmin sağlamasına yönelik uygulamalar ancak pazarlama anlayışı ile olanaklıdır. Devlete ya da kamuya ait sağlık hizmetleri sunan kuruluşlarda bu anlayış henüz ileri düzeye gelememiştir. Ancak, zel sağlık kuruluşları sayısının artması gözle görülür bir pazarlama anlayışının da uygulanmaya başladığını gstermektedir⁶⁰.

3.3.Sağlık Hizmetleri Pazarlama Karması

Pazarlama karması elemanları işletmenin pazarlama planlarında yer alan amaç ve hedeflere ulaşmasını sağlayacak olan stratejik silahlar veya strateji kaynaklarıdır. Hizmetlerin zellikleri sebebiyle işletmeler geleneksel pazarlama karması yanında diğ er bazı değişkenleri de silah olarak kullanabilirler. 4P olarak bilinen pazarlama karması yanında hizmetlerde 4P' ye eklenen yeni pazarlama karması elemanları⁶¹:

- Fiziksel evre
- Katılımcılar
- Süreç Yönetimi

3.3.1.Fiziksel evre

Hizmetlerin özelliklerinden dolayı riskli olarak yorumlanması nedeniyle,

⁵⁹ Semra KARDEŞ, "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (İzmir 1994), s.231-232.

⁶⁰ ODABAŞI, a.g.e., s.32.

⁶¹ ÖNER, a.g.e., s.3.

tüketiciler satın alma öncesi işletmenin yetenekleri ve kalitesi hakkında bazı ipuçları arayacaklardır. Tüketicinin hizmeti satın aldıktan sonra, hizmetin tatmin edilişi ile ilgili karara ulaşmasında yani nihai tatmininde fiziksel ortamın etkisi ortaya konmaktadır. Hizmet işletmeleri açısından fiziksel ortam; tüketicinin satın alma kararına ulaşmasında, satın aldığı hizmetten tatmin olmasında ve hizmeti tekrar satın almasında önemli bir faktördür. Bir hasta sağlık hizmeti almadan önce (Vaka acil değilse) hasta hastanenin temizliğinden, sterilizasyonundan (enfeksiyondan arındırılma) emin olmak ister. O hastanenin hizmetinden tekrar yararlanmasında fiziksel ortam önem kazanır.

3.3.1.1.Hizmet İşletmesinin Fiziksel Çevre Boyutları

3.3.1.1.1.Ortam Koşulları

Çevrenin ısısı, ışıklandırılması, gürültüsü, renkleri, müzik ve kokusu gibi beş duyuya hitap eden özellikleri kapsar. Ortam koşulları tüketicinin davranışını etkiler. Kimsenin ilgilenmediği bir hastanın koridorda inlemesi o sağlık kurumundan yararlanacak olan hastayı etkileyecektir. Soğuk bir hastane, böcek problemi olan bir hastane tüketici (hasta) açısından itici olacaktır.

3.3.1.1.2.İlişkili Düzen ve Fonksiyonel Olma

İşletmenin fiziksel ortamında yer alan makine, ekipman ve mobilyaların düzenleri, boyutları ve şekilleri arasındaki ilişkilerdir. Fonksiyonel olma ise, aynı unsurların gerekli işleri yerine getirebilmesi ve amaçlara ulaşmayı sağlamasıdır. Hasta yatağının geçemediği bir ameliyat kapısı, acile uzak olan bir park yeri o hastanenin fonksiyonel olamamasından kaynaklanmaktadır.

3.3.1.1.3.İşaret Sembol ve Maddeler

İşletmenin fiziksel ortamında yer alan işletme ismini ve departmanlarını gösteren tabelalar, fotoğraflar, duvardaki açıklamaları kapsar. Bir hastanede departmanların yerini gösteren tabelalar hastaların hizmetlere çabuk ulaşmalarında önemli bir faktördür. Örneğin bir doktorun odasındaki duvarda asılı duran katıldığı bilimsel toplantıları gösteren belgeler onun yenilikleri izleyen bir kişi olduğu imajını verir.

3.3.2. Katılımcılar

Hizmetlerin ulaştırılması esnasında yer alan ve böylece hizmet alıcısının algılamalarını etkileyen tüm bireyler (işletmenin personeli, müşteriler ve hizmet çevresindeki diğer müşteriler gibi) katılımcıları oluşturur⁶². Tüketici hizmeti satın almadan önce işletmenin personeli ve diğer tüketicilerle biraraya gelecektir. Tüketici işletme personeli ve diğer tüketicilerden etkilenerek hizmetle ilgili beklentilerini oluşturacaktır. Tüketici beklentilerinden yola çıkarak satın alma kararına ulaştıktan sonra satın aldığı hizmetten tatmin elde edebilmesi büyük ölçüde hizmet personelinin yeteneğine kalmıştır. Hastanelerde tüketici ile birarada olan halkla ilişkiler departmanı üyeleri tüketiciye (hasta) ilk imajı vermektedir.

3.3.3. Süreç Yönetimi

Süreç yönetimi, hizmetin tüketicinin ihtiyaç duyduğu zamanda “hazır bulundurulmasını ve tutarlı kalitede sunulmasını” kapsamaktadır⁶³. Böylece, süreç yönetimi hizmetleri maldan ayıran stoklanamama ve heterojen olma özelliklerinden kaynaklanan sorunların çözümünü ele alır. Sağlık kuruluşlarında tıbbi bakımın sürekli olması sağlık hizmetlerinin özelliklerindedir. Hastanın ihtiyacı durumunda zamanı ne olursa olsun hastaya gerekli tıbbi müdahale gereken kalitede verilmek zorundadır. Çünkü sağlık hizmetlerinde % 1’lik bir hata % 100’lük bir hata anlamına gelmektedir.

3.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Ürün

İnsanların ihtiyaçlarını karşılayan tüm mallar ve hizmetler, ürün olarak tanımlanır. Hizmet endüstrilerinden birisi olan, sağlık hizmetleri tarafından ortaya konulan ürün de (sağlık), fiziksel boyutları içermediği gibi belirli standartlarla ölçülemeyen bir maldır. Bu nedenle sağlık hizmetleri tarafından ortaya konulan ürünün tanımlanabilmesi de oldukça güçtür. Kimi araştırmacılar, sağlık kurumlarınca üretimi yapılan ve tüketici tarafından talepte bulunulan asıl ürünü “sağlık” veya “tıbbi bakım” ya da başka deyimle herhangi bir hastalığın veya tıbbi dengesizliğin önlenmesi, kontrol edilmesi veya yönetilmesi olarak kabul etmektedirler⁶⁴.

⁶² ÖZTÜRK, a.g.e., s.21.

⁶³ ODABAŞI, a.g.e., s.21-22.

⁶⁴ Gönül BIÇAKÇI, “Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması Hizmet Tüketicileri Olan Hastaların Sağlık Kuruluşlarından Beklentileri Üzerine Bir Araştırma”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum 1995), s.50.

Sağlık işletmelerinde hizmet, çekirdek (asıl) hizmet ve genişletilmiş hizmet olarak ikiye ayrılabilir. Bunlar kısaca⁶⁵;

Çekirdek hizmet: Bir hizmetin müşteriye sağladığı faydadır. Sağlık faaliyetleri geniş çapta çekirdek hizmetleri kapsar. Bu hizmetler tüketicilerin problemlerini çözmek için sunulan soyut faaliyetleri veya süreçleri kapsar. Açık kalp ameliyatı, kanser teşhis programı ve aids danışma merkezi, laboratuvar ve röntgen sağlık işletmelerinin sunduğu hizmetlere genel örnektir⁶⁶.

Genişletilmiş hizmet: Hizmetin temel fonksiyonunun daha iyi yerine getirilmesini sağlayan özelliklerdir. Hastanelerde temizlik hizmetleri, beslenme hizmetleri ve halkla ilişkiler servisinin hizmetleri örnek verilebilir.

3.3.4.1. Ürün Hattı ve Karmasını Geliştirme

Ürün hattının yönetimi düşüncesi birçok yazar tarafından sağlık hizmetleri pazarlaması alanında üzerinde önemle durulan kavram olmuştur. Bowers ve Taylor (1990) ürün hattı yönetimi üzerinde yoğunlaşmışlar ve pazarlama açısından ürün hattı tanımı üzerinde durmuşlardır. Bununla birlikte bu konuyla ilgilenen diğerleri (Fetter ve Freeman, 1986) daha çok maliyet muhasebesi ve ödeme kontrolleri için daha uygun olan ürün hattı tanımlarıyla ilgilenmişlerdir.

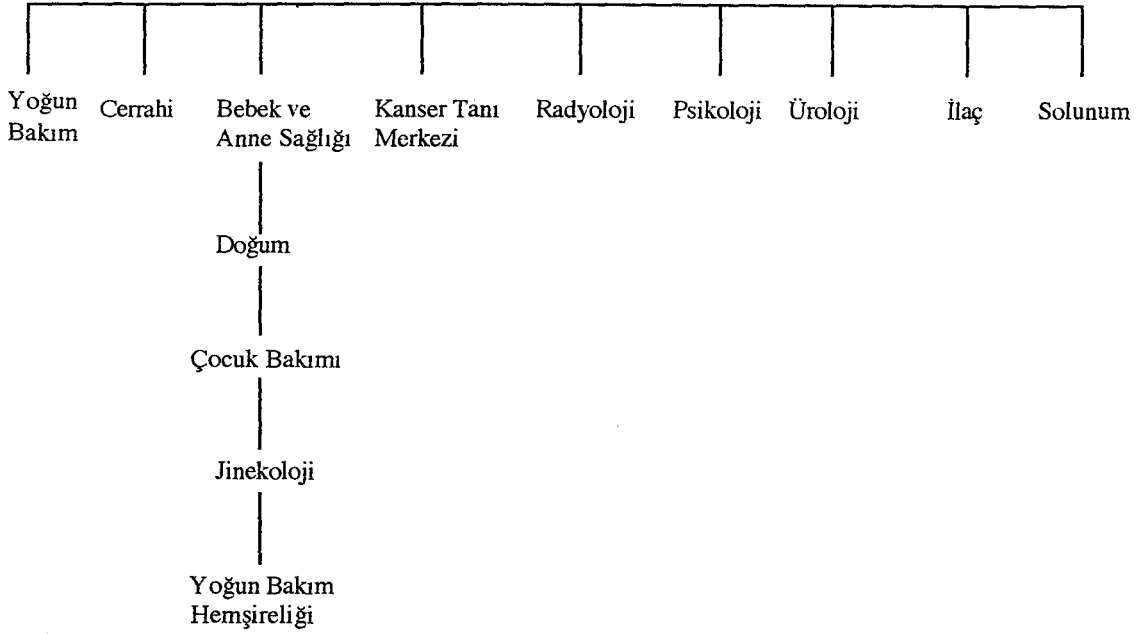
Bir organizasyonun sunduğu ürünlerde ürün karması sırasıyla genişlik, uzunluk ve derinlik olarak sınıflandırılır. Sağlık hizmetlerinde ürün karması da hastane fonksiyonları ve temel klinik bölümleri açısından kompleks ve dereceli olarak düşünülür. Ürün karması kavramının daha çok pazarlama uyumlu olduğu durum Kotler tarafından kabul edilen tanım olabilir. Kotler'in tanımında, sağlık hizmetinde ürünler genişlik, uzunluk ve derinliğe göre sınıflandırılmıştır. Genişlik bir organizasyon tarafından sunulan ürün hattının sayısını ifade eder. Herbir hat içinde sunulan farklı ürünlerin sayısı ürün hattının uzunluğunu ifade etmektedir. Ürünün derinliği ise benzer genel ihtiyaçları karşılamakta uygun olan, birbirini ikame edebilen ürün sayısını ifade eder⁶⁷.

⁶⁵ KARAFAKİOĞLU, a.g.e., s.26.

⁶⁶ BERKOWITZ, a.g.e., s.201.

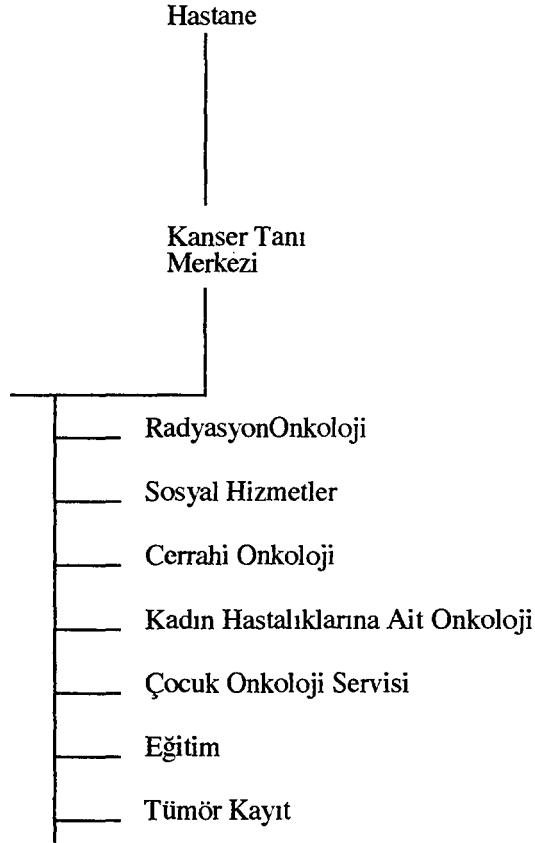
⁶⁷ FRANCE and GROVER, a.g.e., s.35.

Devlet Hastanesi



Şekil 2: Ürün Karması
Kaynak: Berkowitz, 211.

İşletmeler hangi mal veya hizmeti pazara sunacaklarına karar vermek zorundadır. Ürün karması bir firmanın pazara sunduğu ürünlerin tümünü kapsar. Ürün karmasının belirlenmesinde işletmeler ürün karmasının genişlik ve derinliğini belirlemek zorundadırlar. Şekil.2’de sağlık hizmeti sunan devlet hastanesi ürün karmasının bir grubu gösterilmektedir. Şekilde görüleceği gibi, hastane iyi geliştirilmiş makul bir ürün hattına sahiptir. Bu ürün hattı kanser tanı merkezi, yoğun bakım, cerrahi, radyoloji, psikoloji, üroloji, spor ilaçları, solunum terapisi gibi hizmetleri kapsamaktadır.



Şekil 3. Ürün Hattı Derinliği
Kaynak: Berkowitz, s.213.

Derinlik herbir ürün hattı içindeki ürün sayısını ifade eder. Şekil 3 kanser tanı merkezindeki ürün hattının derinliğini göstermektedir. Derinlik bu programda birkaç hizmet ile sunulmuştur. Bu hizmetler tedavi şekline göre; radyasyon ve cerrahi onkoloji, hasta olanlara göre kadın ve çocuk hastalıklarına ait onkoloji, sosyal hizmetler ile destek ve yardıma gibi çeşitli hizmetleri kapsamaktadır.

Kalp hastalığının teşhis ve tedavisinde faaliyet gösteren özel bir hastane olan New York Raslyn'deki St Francis hastanesi ürün hattının derinliği konusuna gerçek bir örnek oluşturur. Ürün hattının darlığına rağmen, tıbbi yönden hizmet verilemeyen bölgelerde yaşayan düşük gelirli yöre sakinlerine kalp hastalığından korunmayı kapsayan uzun programlar içeren hizmetler vermişlerdir. Hastane bir kalp sağlık hizmetini işletmekte, eğitim ve koruma programını sunmaktadır. Hastane aynı zamanda eğitim gören öğrencilere sağlıklı beslenme ve spor alışkanlığı gibi konularda da eğitim vermektedir.

Birçok işletmenin çeşitli ürün hattı vardır. İşletmeler rakip işletmelere göre ürün hattında bazı değişiklikler yaparak pazar paylarının azalmasına karşı önlem almak zorundadırlar. Örneğin bir hastane acil hastaları rakip hastaneye kaptırmamak için hastanesinde ücretsiz bir acil servisi açabilir. Burada temel mantık müşterileri kaptırmaya karşı alınan önlemdir⁶⁸.

3.3.4.2. Ürün Hayat Eğrisi

Ürünlerde, tüm canlılar gibi doğarlar, yaşarlar ve ölürlür. Yeni bir ürün geliştirilip pazara sunulduğunda, sözkonusu malın satışları -eğer ürün benimsenirse- giderek yükselir ve sonra da giderek düşer⁶⁹.

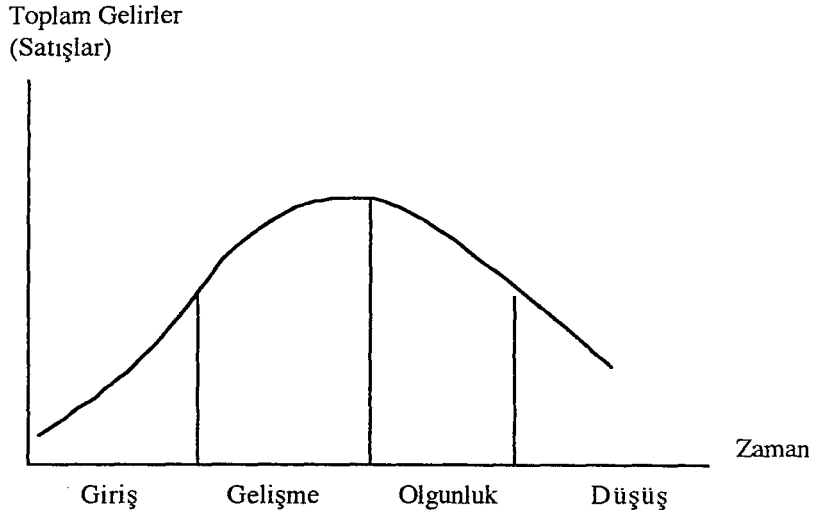
Levitt'e göre, ürün hayat eğrisi, hemen her pazarlama yöneticisinin haberdar olduğu ancak uygulama alanına nedense yeterince taşıma; bundan yararlanma yolunda gereken çabanın gösterilmediği bir modeldir. Her ürünün, pazara sunulmasıyla başlayan ve tasfiyesiyle sona eren bir hayat süreci vardır. Ürünün ömrü kısa sürebileceği gibi asırlarca da sürebilir⁷⁰.

Pazarlama uygulamaları, ürünün hayatının ne kadar süreceğine, rakip sayısına ve satış veya gelir düzeyine bağlı olarak değişiklik gösterir ve ürün bu etkileyenlere göre ömrünü sürdürür. Ürünlerin pazarlanmasının anlaşılmasındaki önemli konu ürünlerin yaşam eğrisi kavramıdır. Ürün hayat eğrisi ürünün var olması aşamasından ürünün piyasadan çekilme aşamasına kadar geçen süreci kapsar. Şekil 5 genel bir ürünün hayat eğrisinin dört aşamasını gösterir. Bunlar: giriş, gelişme (büyüme), olgunluk ve düşüş aşamasıdır. Bu şekilde X eksenini zamanı ifade ederken, Y eksenini satışların toplam gelirini göstermektedir.

⁶⁸ BERKOWITZ, a.g.e., s.210-211.

⁶⁹ İlhan CEMALCILAR, **Pazarlama Kavramlar-Kararlar**, (Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul 1996), s.101.

⁷⁰ Murat FERMAN, "Mamül Hayat Eğrisi Üzerine Değerlendirmeler", **Pazarlama Dünyası**, Sayı:14, (Mart-Nisan 1989), s.30-31.



Şekil 4: Genel Ürünlerin Hayat Eğrisi

Ürün planlanması açısından ürün hayat eğrisinin bir kaç açıdan önemi vardır⁷¹:

1. Bazı analistlere göre, ürünlerin hayatı günümüzde eskiye oranla kısalmaktadır.
2. Yeni ürünler daha fazla pazarlama ve yatırıma ihtiyaç duymaktadır.
3. Ürün hayat eğrisi, firmaya tüketici davranışlarında ve isteklerindeki değişimleri, rekabet düzeyinde gözlemlene ve pazarlama planını bunların üstüne kurma avantajı sağlar.
4. Ürün hayat eğrisi, firmaya tüketicilere sunacağı, ürün karmasının belirlenmesini sağlar.

3.3.4.2.1. Giriş Aşaması

Ürün hayat eğrisinin ilk aşaması olan giriş aşaması ürünün pazara sunulduğu aşamadır. Bu aşamada doğrudan rakip yoktur. Yeni ürün/hizmetin benzeri olmadığından tek bir işletme mal veya hizmet üretip pazarladığından rekabet sınırlıdır. Ancak yeni ürünün yerini alacak ürün üretenlerin rekabetiyle karşılaşılır. Yeni ürün pazarda tutunursa doğrudan rakipler ortaya çıkar. Fakat bu rakiplerin sayısı az olur. Örneğin, Fransa'da uygulanan 911 acil yardım hattı Türkiye'de 112 Acil Yardım ve Kurtarma ekibi olarak pazara yeni hizmet olarak sunulmuştur. Bu hizmet evlere hizmet sunan doktor ve yardımcı sağlık personelinin hizmetlerini ve acil durumlarda (trafik

⁷¹ Joel R. EVANS and Barry BERMAN, **Marketing Management**, (Macmillan Publishing Compy-Nevyork, London 1990), s.181.

kazası) hastalara gerekli olan ilk tıbbi müdahaleyi yaparak en kısa zamanda tam teşekküllü bir hastaneye ulaştırılması temel amaçtır. Bu hizmet Türkiye’de birkaç şehir pilot bölge seçilerek Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya geçilmiş olup Türkiye genelinde artarak kurulmaya devam etmektedir. Bununla birlikte bu hizmet sunulmaya başlandıktan sonra özel sağlık kuruluşları da ambulans hizmeti ile evlere hizmet sunmaya başlamışlardır. Bu hayat eğrisinin ilk aşamasında pazarlama karması elemanlarının her biri ayrı ayrı düşünülür⁷².

Ürün: Bir ürünün giriş aşamasında kalitenin yüksek olması en önemli koşuldur⁷³. Ürün kalitesi tüketici beklentilerini karşılayacak düzeyde olmalıdır. Eğer ürün kaliteli değil ise bu aşamada ürün satın alıp deneyen müşteriler tatmin olmayacaklar ve hayal kırıklığına uğrayacaklardır. Bu aşamada tekrarlanan satın almalar azalacaktır.

Hizmet pazarlamasında, ürün hayat eğrisinin giriş aşaması kısmen zordur. Hizmeti sunan personel süreci kapsadığı için bu aşamada çok büyük görevler üstlenmektedir. Örneğin, endüstriyel ilaç programının giriş aşamasında, bir HMO (Health Maintenance Organizations-Sağlık Bakım Organizasyonu) hizmeti çabuk karşılamak için yerinde ve zamanında uygulanabilecek prosedürlere sahip olmalıdır.

Fiyat: Ürün hayat eğrisinin bu aşamasında fiyat iki temel stratejiye göre düzenlenir. Birincisi pazarın kaymağını alma stratejisidir. Ürünün yaşam sürecinin bu aşamasında talep esnek değildir. Tüketiciler yeni malı var olan mallarla karşılaştırıp, değerleyemezler. Pazara ilk kez sunulan yeni ürün, olabildiği ölçüde yüksek fiyatlanarak, fiyata karşı duyarlı olmayan pazar bölümü ele geçirilir⁷⁴. Bu strateji ikame hizmetlere veya rakip ürünlere bağlı olarak yüksek bir giriş fiyatını içerir. İkincisi nüfuz etme stratejisidir. Burada işletmenin ürettiği ürün yeni değilse rakip mallara göre daha düşük bir fiyat stratejisi uygulanır.

Yüksek giriş fiyatı izlemenin avantajlarından biri, yeni mal veya hizmetleri satın almak isteyen müşterilerin olmasıdır ve bu tip müşteriler fiyata önem vermezler. Bu stratejinin uygulandığı durumlarda fiyat duyarlılığı azalır. Çünkü pazara sunulan ürünün rakibi yoktur. Yüksek giriş fiyatı uygulamanın bir diğer avantajı imajdır. Sağlık hizmetlerinde bu anlamda mantıklı bazı avantajları vardır. Hizmetler dokunulmaz oldukları için fiyat tüketicinin sağlık hizmetinin kaliteli algılanmasını kolaylaştırır.

⁷² BERKOWITZ, a.g.e., s.213-215.

⁷³ Harper W. BAYD Jr.and Orville C. WALKER, Jr, **Marketing Management An Strategic Approach**, (Arkanson Universty, Minnoseta Universty, Boston 1990), s.691.

⁷⁴ CEMALCILAR, a.g.e., s.230.

Hizmetlerde pazarın kaymağını alma stratejisini destekleyen güçlü sebepler vardır. Hizmetler personel ve süreç gerektirir. Bir organizasyon en iyi faaliyetleri göstermesine rağmen bir hizmetin ulaştırılma sürecinde sarsıntılı dönemler vardır. Örneğin bir günlük cerrahi operasyon için kabul işlemlerinin yapılmasında düzenli bir akış şemasına ihtiyaç duyulabilir.

Pazarın kaymağını alma stratejisinin dezavantajları açıktır. Eğer bir işletme hizmetlerini etkili bir şekilde geniş pazar bölümlerine ulaştırmak istiyorsa, yüksek bir fiyat talebi olumsuz etkiler. Bir pazarın kaymağını alma stratejisi rakiplerin faaliyet gösterilen alana girmede tahrik edebilir. Bir sağlık işletmesi tarafından tahrik edilerek pazardan pay almak isteyen potansiyel bir rakip pazara daha düşük bir fiyatla ve benzer bir plan ile pazara girebilir.

Pazara nufuz etmenin avantajlarından biri rakiplerin pazara girme cazibesini engellemesidir. Örneğin New Jersey, Newyork'daki St. Micheol's Medical Center kadınlar için 20 dakikalık bir check-up programını tanıtmıştır. Bu hizmet EKG, kolesterol kontrolü, kan basıncı kontrolü ve bilgisayarlı sağlık riski tahminini içermektedir. Başlangıç fiyatı sadece 25\$'dır. Giriş aşamasından sonra fiyat 40\$'a yükseltilmiştir. Pazara nufuz etmenin en büyük kısıtı bir ürün üretmek için maliyetin ne olacağının anlaşılmasının zorluğudur. İşletme kendisine geri dönecek karlara ek olarak birim başına maliyeti karşılayacak düşük giriş ücretini sağlayacak maliyeti bilmek zorundadır. Sağlık hizmeti işletmelerinde birim başına doğru maliyeti belirlemek zor bir konudur. Bu gibi durumlarda düşük bir maliyet stratejisi bir organizasyon için gerçek finansal riskleri ortaya çıkarabilmektedir⁷⁵.

Tutundurma (Promosyon): Tutundurma giriş aşamasında üzerinde önemle durulan temel kavramlardan biridir. Gerçekten yeni olan bir mal veya hizmet için, işletme birincil talep yaratmalı veya hizmetin yeni tüketici grubu tarafından satın alınmasını sağlamalıdır. Yeni bir ürün, özellikleri ile ilgili pazara bilgi vermek açısından önemli tutundurma çabalarına ihtiyaç duyar. Örneğin, uluslararası bir ilaç üreticisi olan Glaxo Wellcome PLC, migren ağrısında kullanılan yeni ilacı için nörologları eğitip, önemli miktarda tutundurma harcaması yapmıştır. Klinik ortamında reklamlar, American Nöroloji Akademisi yıllık toplantısındaki tanıtımlar ve doktorların bürolarında gerçekleşen kişisel görüşmeler Glaxo tarafından kullanılan bazı tutundurma çalışmalarıdır. Glaxo yeni ürününün giriş aşamasında bu tür tutundurma çabalarında bulunmuştur.

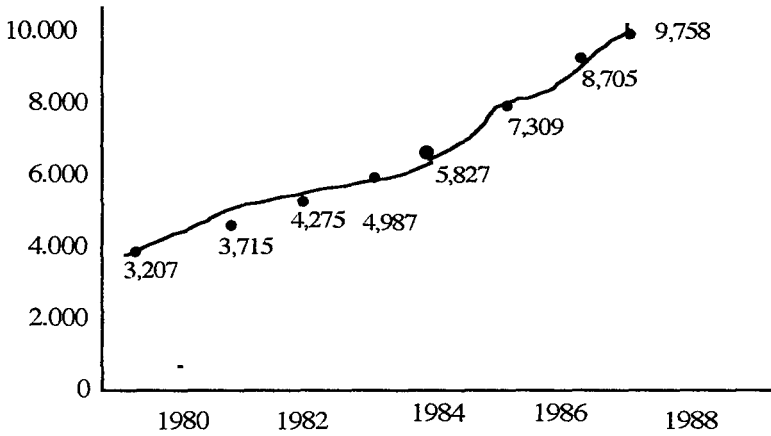
Dağıtım: Ürün hayat eğrisinin giriş aşamasındaki dağıtım konusu her nedense

⁷⁵ BERKOWITZ, a.g.e., s.317.

sınırlıdır. En büyük zorluk ürünün pazar yerlerine başlangıç aşamasında hızlı ve verimli bir şekilde ulaştırılmasıdır. Çünkü dağıtım kanalında problemler olabilir. Sağlık hizmetlerinde de dağıtım ürünün giriş aşamasında sınırlıdır. Çünkü yeni bir hizmetin tüm tüketicilere ulaştırılmasında karşılaşılan problemler vardır ve sağlık alanında hizmeti almak isteyen tüketiciler hizmetin sunulduğu yere gitmek zorundadırlar.

3.3.4.2.2. Gelişme Aşaması

Gelişme döneminde, başarılı ürünlerin satışları daha önceki pazarlama etkinliklerine bağlı olarak hızla artmaya başlar⁷⁶. Birçok rakip pazara girer; küçük öncü firmalar büyük kampanyalarla pazarı ele geçirmeye çalışırlar ve kar çok yükselir⁷⁷.



Şekil 5: Hizmet Hayat Eğrisi (Hastaneye Yatmadan Cerrahi Müdahale Olanlar)

Ürün hayat eğrisinin gelişme aşamasında şekil 5’de görüldüğü gibi ürün satışında hızlı bir artış görülür. Örneğin 1982 ile 1988 yılları arasında hastaneye yatmadan gezici ambulans cerrahi hizmetlerinde %128’lik bir artış olmuştur. Bu artış şekil 6’ da da görülebilir. 1984 yılında, Birleşik devletlerdeki tüm cerrahi işlemlerin sadece 921’i hastayı hastaneye yatırmadan yapılmışken bu rakam bugün %75 civarındadır.

Ürün hayat eğrisinin bu aşamasının belirgin bir işareti rakiplerin ortaya çıkmaya

⁷⁶ Erdoğan KUMCU, “Pazarlama Politikasının Belirlenmesinde Mamül Hayat Eğrisinin Yeri”, **Pazarlama Dergisi**, Yıl:4, S:1, (Mart 1980), s.14.

⁷⁷ Jr. Carl MCDANIEL, **Marketing**, (Second Edition, Harper and Row Publishers, The University of Texas, Arlington, New York 1982), s.231.

başlamasıdır. Hizmeti sunan bu rakiplerin piyasaya girmesi ile ortaya çıkan önemli zorluk seçici talep oluşturmaktır. Seçici talep, firmanın mal veya hizmetinin tercih edilmesi esasına dayanır. Pazarlama karma elemanları ürün hayat eğrisine göre değişmeye başlar.

Bu aşamada pazarlama karması elemanlarına değinilecek olursa;

-Ürün hayat eğrisinin bu aşamasında işletme için en önemli karar ürün karmasını genişletmektir. Çünkü bu aşamada ürünü satan aracı işletmelerin sayısında artış başlar⁷⁸.

-Gelişme aşamasındaki fiyat kararı ürünün sunulduğu giriş aşamasındaki giriş fiyatına bağlıdır. Giriş aşamasından sonra bir ürün fiyatını yükseltmek zordur. Fakat fiyatlarda indirim yapılabilir böylece ürün daha düşük gelir gruplarına da yayılır. Sağlık hizmetlerinde işletmeler hizmetlerin fayda oranlarını analiz ettikten sonra fiyatlarını yükseltmişlerdir. Ürünün kalitesinde önemli derecede değişiklik yapmaksızın fiyatı yükseltmek büyük oranda müşteri tatminsizliğine neden olabilir.

-Gelişme aşamasında uygulanan en önemli pazarlama stratejisi pazarlama karmasının dağıtım kanalı üzerinde yoğunlaşmasıdır. Sağlık hizmet sunucularının rakiplerin piyasaya girmesi ile sundukları hizmetin rakipler tarafından benzer olarak sunulması sonucu daha geniş bir pazara yayılması gerekmektedir. Bunun içinde dağıtım kanalını genişleterek ulaşamadığı sağlık hizmeti tüketicilerine ulaşmak zorundadır. Örneğin hastaneler rakipleri tarafından benzer tıbbi veya cerrahi sağlık hizmeti oluşturulduğu zaman ikilem ile karşı karşıya kalır. Bu durumda hastaneler diğer hastanelerden farklı olduklarını ve hizmetlerinin daha kaliteli olduğunu vurgulamak zorundadır.

-Giriş aşamasında reklam ve diğer tutundurma çabaları, tüketicileri ürünün varlığından haberder etme yerine, marka imajı yaratarak o ürünün ya da hizmetin alınmasını teşvike yönelir⁷⁹. Reklamlar marka farkındalığı sağlamalıdır. Örneğin, bir hastane ilk olarak pazara girdiğinde tutundurma çalışmalarının amacı ürettiği sağlık hizmeti konusunda insanları eğitmek iken pazara diğer rakipler girdikten sonra seçici talebe uygun olarak isminin (markasının) reklamını yapar.

⁷⁸ Çevik URAZ, **Pazarlama Yönetimi**, (A.İ.T.İ.A. Yay.; No:34, Ankara 1979), s.147.

⁷⁹ İsmet MUCUK, **Pazarlama İlkeleri**, (Genişletilmiş İkinci Baskı, Der Yayınları, İstanbul 1984), s. 146.

3.3.4.2.3. Olgunluk Aşaması

Ürünün hayatının en uzun evresi olgunluk aşamasıdır. En önemli stratejik sorunlar bu evrede çıkar. Satışlar düşük hızla artmaya devam eder. Birim maliyet düşük olduğu için karlar başlangıçta iyidir⁸⁰.

Olgunluk aşamasının belirgin bir özelliği marjinal rakiplerin faaliyet gösterdikleri bazı hizmetlerden çekilmesidir. Örneğin, Özel hastaneler pediatrik hizmetini bırakabilir. Ürün yaşam eğrisinin olgunluk aşamasında en önemli amaç varolan müşteri tabanını korumaktır. Pazardan ayrılan veya o hizmeti üretmekten çekilen işletmelerin yerini doldurmaya çalışmak isteyen rakiplerin rekabete girmesi sonucu, satışlarda bazı artışlar olabilir. Olgunluk aşamasında da pazarlama karması ile ilgili stratejiler önemlidir⁸¹.

-Bu aşamada ürünle ilgili bazı kararların verilmesi gerekir. Ürüne bağlı hizmetlerin önemi artar. Üründe söz konusu yeni alıcılara uygun düşecek biçimde değişiklikler yapılabilir. Örneğin, Acı Badem hastanesi doğum servisine hamile bayanları çekmek için doğumdan sonra çocuğun bir yıllık sağlık problemlerini ücretsiz karşılama kampanyası başlatmıştır. Bu tüketiciler için diğer doğum servislerinden ayrıcalıklı ek bir hizmet olduğu için Acı Badem hastanesinin seçilmesi için öncelik teşkil edebilecektir.

-Ürün hayat eğrisinin olgunluk aşamasında, fiyat çok önemli rekabet unsurudur. Bu aşamanın tipik özelliği, agresif fiyat iskontolarının bulunmasıdır. Bu durumda marjinal rakiplerin bazılarının piyasadan ayrılmasına neden olur.

-Bu aşamadaki dağıtım kararı nispeten basittir. Karlı kanallar korunur ve marjinal alanlar ise bırakılır. Örneğin bu aşamada, bir sağlık hizmet işletmesi gelir getirici bir mantıkla kurulmayan yerlerdeki bazı ücretsiz acil servis hizmetlerini kapama kararı verebilir.

-Bu aşamada tutundurma varolan müşteriye elde tutmaya ilişkindir. Geleneksel endüstrilerde kupon veya diğer teşvikler varolan müşterinin geri gelişini devam ettirmek için kullanılır. Sağlık hizmetlerinde ise nakit indirim yaygın olarak kullanılır.

⁸⁰ Hüseyin ERGİN, **Stratejik Yönetim Muhasebesi**, (İkinci Baskı, A.Ü. Yay.; No:662 Eskişehir 1997), s.84.

⁸¹ BERKOWITZ, **a.g.e.**, s.216.

3.3.4.2.4. Düşüş (Gerileme) Aşaması

Bu aşamada satış miktarı yavaş yavaş düşmeye başlamıştır. İşletmenin pazar payı gerilemekte ve hizmetin üretimindeki verimlilik düşmektedir. Bu dönemde hizmetin parlak devrinin sona erdiği görülür⁸².

Hayat eğrisinin düşüş aşaması her işletme için zordur. Hizmetlerin sürekli büyüyemeyeceği kabul edilmelidir. Ürün hayat eğrisinin düşüş aşamasında hizmetler işletmenin finansal kaynaklarını ve zamanını uygun olmayan bir oranda tüketebilir. Buna ilişkin bazı görüşler vardır. En zor karar hizmeti piyasadan çekmektir. İşletmede hizmete ilişkin duygusal başvurular olabilir. Örneğin bir hastanenin yönetim kurulundaki müteveli yöneticiler, hastanelerinin her zaman pediatri gibi bir hizmeti sunması gerektiğini düşünebilir. O sağlık hizmetini piyasadan çekmek diğer hizmetleri olumsuz etkileyeceğinden satışı az olan hizmet üretilmeye devam edilebilir.

İkinci bir fikir mal veya hizmeti üreten diğer işletmelerle anlaşma imzalayarak, piyasadan çekilen bir hizmet bu anlaşma ile bu işletmelerden karşılır. Örneğin, bazı işletmeler bir anlaşmaya bağlı olarak bir hastanenin acil merkezini ve rehabilitasyon departmanını kullanabilir.

Son bir görüş ise hizmeti harmanlamaktır. Örneğin pediatri hizmetinde hastane temel danışmanlıklar için, bir pediatri klinik hizmeti sunmaya karar verebilir, ancak hasta yataklarını kaldırabilir. Bu düşünceye göre hizmete devam edilebilir ancak hizmetin fonksiyonu azaltılabilir⁸³.

3.3.4.3. Ürün Konumlandırma

Mal veya hizmet üreten bir işletme ilk önce pazarda ürünü nasıl konumlandırmak istediğini tespit etmelidir. Ürün konumlandırma, rakip mallara ve niteliklerine uygun olarak bir malın tüketicilerin kafasında nasıl algılandığını kapsar. İlk olarak ürün konumlandırmada bir işletmenin gözönüne alması gereken birkaç alternatif vardır. Hedef pazar, kitlesel pazar, niş pazarı ve büyüyen pazar stratejilerini içerebilir.

Kitlesel pazar stratejisinde, işletme ürünü daha geniş pazar bölümlerinde konumlandırarak etkili olmaya çalışır. Böylece pazarda büyük orandaki müşteriye cezbeder. Örneğin, bir tıbbi grup (devlet hastaneleri) toplumun birkaç bölümüne veya

⁸² Erol EREN, *İşletmelerde Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*, (Der Yay., Yayın No:197, İstanbul 1997), s.189.

⁸³ BERKOWITZ, a.g.e., s.217.

pazarın büyük bir kısmına temel bakım hizmetlerini sunabilir. Burada planlanan; hizmeti kullanacak veya bu hizmetten yararlanacak hasta sayısını en geniş düzeye ulaştırmaktır.

Kitlesele pazar stratejisinde bir firma ya farklılaştırılmış yada farklılaştırılmamış bir yaklaşım izleyebilir. Farklılaştırılmamış bir stratejinin kullanılmasında, bir hizmet daha geniş pazar bölümlerini etkilemek için konumlandırılır. Örneğin, Kızılay Kan Merkezinin hizmetleri tüm pazara sunulmaktadır. Farklılaştırılmış bir stratejide, hizmetler toplam pazarı içeren çok tipik bölümlerle kişilerin ihtiyaçlarını karşılamayı sağlar. Örneğin Eskişehir'deki Verta Sağlık Merkezi düşük gelirli hedef kitlesi olarak belirlemiş ve bu gruba hitap eden hizmetler sunmaktadır.

Niş stratejisi, bir pazarın bölümlerini veya dar bir bölümünü hedef olarak seçmeyi kapsayan bir stratejidir. Kanada, Toronto'da bulunan Shoulddice Hospital kısa süreli yatmayı gerektiren fıtık ameliyatlarında uzmanlaşmıştır. Hastane bu hizmeti sadece Kanada'da değil aynı zamanda ABD'de tanıtmıştır. Tedavi için Kanada'ya uçan (giden) kişiler sayesinde hedef pazar birleşmiştir. Kanada'ya giden bu kişiler kısa sürede tedavi olup ülkelerine geri dönme eğilimindedir⁸⁴.

Büyüyen bir pazar stratejisi genişleme eğiliminde olan pazarları hedef alan bir stratejiyi kapsar. Birçok hastane pazardaki hizmet ihtiyacını karşılamak için pazarda yeterli olmayan kanser teşhis ve tedavisine yönelik bir hizmet sunumunu hedef almışlar ve bu hizmete yönelmişlerdir. Böylece çoğu hastane onkoloji departmanı oluşturmuştur. Günümüzde ise AIDS hastalığı için çoğu sağlık kuruluşları AIDS danışma merkezi, tanı, teşhis ve korunma merkezlerini kurmuşlardır.

3.3.4.3.1. Marka

Bir zamanlar, üreticinin basit bir imzası mahiyetinde olan marka, bu gün bir ürün veya hizmeti tanıtmak, benzerlerinden ayırmak, ona kişilik kazandırmak, kalitesine garanti etmek amacı ile verilen bir isim olarak tanımlanabilir⁸⁵. Örneğin, International Hospital denildiği zaman tüketici zihninde hastane imajı olarak, tıptaki en son teknolojik imkanları kullanması akla gelir. Bunun yanında sunduğu diğer hizmetlerin (otel hizmetleri, diyet, temizlik vs.) kaliteli olması ve tüketiciye güven vermesinin yanında "hastayı doktora değil hastaneye çağırın" bir politika izlemesi International Hospital hastanesi denilince akla gelenlerdir.

84 Aynı, s.219.

85 Engin OKYAY, "Yeni Mamül Geliştirmede Markalama ve Ambalajlama" **Pazarlama Dergisi**, Yıl:4, Sayı: 1, (1978), s.11.

Koruma sağlamak için, ticari bir marka farklı bir anlama sahip olmalıdır, ticari yaşamda kullanılmalı ve kayıtlı diğer markalarla karıştırılmamalıdır. Hizmet isimleri faaliyet gösterilecek özel alan belirtilmeksizin kayıda alınamaz. Sağlık hizmetlerinde birçok işletme ticari isimlerini marka ismine karşılık olarak kullanır. Birçok sağlık hizmeti sunan organizasyon alternatif kavramları düşünse de marka ismi genel olarak bu şekilde kullanılmaktadır.

Markalama tüketiciler için önemlidir. Çünkü özel bir kaynaktan gelen bir ürünün tanınmasında kendilerine yardımcı olur. Bir marka isminin tüketiciler tarafından tümüyle bir ürün olarak algılanması bir değer ekleme açısından büyük bir tanınmışlık sağlar. Bu eklenen değer marka değeri (Brand equity) olarak ifade edilir. Örneğin, Koç Holding Türkiye’de yapmış olduğu marka değerini sağlık alanında da yatırıma dönüştürmüştür. Bu yatırımlarını Koç Amerikan Vakfı Hastanesi aracılığıyla sürdürmeye devam etmektedir⁸⁶.

Türkiye’de de özel sektör artık kaçınılmaz bir şekilde marka yaratmak zorunda olduğu bir süreçten geçmektedir. Bu dönüşümde yaratılan markaların doğru isimlendirilmesi, yalnızca iç pazarda değil, dış pazarlarda da başarının anahtarıdır⁸⁷.

Çeşitli markalama stratejileri vardır.

-Çoklu Ürün Markalama Stratejisi: Marka ürün hattındaki tüm ürünlere verilir. Bir hastane ismini cerrahi merkezinde, seyyar acil merkezinde ve endüstriyel ilaç programında kullanabilir. Bu yöntemdeki mantık marka değerinin kullanılması veya marka değerinden faydalanmaktır. Örneğin, sağlık alanında tüketiciler bildikleri bir marka ismini başka bir sağlık hizmetinde gördüklerinde buna güvenip bu isimli hizmeti tercih edebilirler.

-Çoklu Markalama Stratejisi: Bu stratejide işletme her bir ürüne farklı marka ismi koyar. İşletmeler farklı pazar bölümlerini etkilemek istedikleri zaman bu yaklaşımı uygularlar. Örneğin tarihsel olarak eski olan bir özel sağlık kliniği, yüksek teknoloji ile modern bir pazara girebilir. Buraya girerken farklı isim ile girmesi tavsiye edilebilir, çünkü bu kliniğin tarihsel imajı bunu gerektirir.

⁸⁶ Nesrin HOCAOĞLU, “Özel Sektörün Yeni Gözdesi Sağlık”, **Power**, (Kasım 1997), s.122.

⁸⁷ Ahmet BUĞDAYCI, “Marka İsmi Nasıl Olmalı”, **Capital Dergisi**, Yıl:5, Sayı:6, (Haziran 1997), s.132.

3.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Fiyat

Bir ürün yada hizmet için ödenen para yada bir ürüne yada hizmete sahip olmak ya da kullanmak karşılığında verilen değerler fiyattır⁸⁸. Tüketiciler açısından, fiyat değişime konu olan şeyin değerini gösterir. Geleneksel olarak, fiyat tüketicilerin satınalma davranışını etkileyen en önemli etkidir⁸⁹.

Sağlık sektörünün karmaşık yapısı ve hizmet çeşitlerinin çokluğu fiyatlandırma uygulamalarının net biçimde ortaya konmasını zorlaştırmaktadır. Uygulanan politikalar farklı ülkelerde değişik yapılar gösterebildiği gibi, aynı ülkenin içinde de değişik yapılarda olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma üç grupta toplanabilir⁹⁰;

- Devlet düzenlemelerine tabi olan uygulamalar,
- Dernek ve odaların düzenlemelerine tabi olan uygulamalar,
- Pazar koşullarının düzenlemelerine tabi olan uygulamalar.

Fiyat devlet tarafından düzenlendiğinde toplumsal ve politik amaçlar ekonomik amaçlardan daha fazla önem kazanmaktadır. Fiyat, politik ve toplumsal amaçlara ulaşmak için bir araç olarak kullanılır. Örneğin; sağlık hizmetlerinin daha geniş halk tarafından kullanımı için kamu sağlık hizmetlerinin fiyatları alabildiğince düşük tutulur. Ülkemizde kamu sağlık hizmetleri bu gruba girer. Bu durumda sağlık hizmetlerinden yararlanma esnasında ya hiç para ödenmez ya da çok düşük ödeme yapılır.

Günümüzde insanların büyük bir bölümü SSK, emekli sandığı vb. gibi kurumlara mensup olduğu için sağlık giderleri bu kurumlar tarafından ödenmektedir. Bu nedenle hastalandıkları zaman sağlık kuruluşlarına gittiklerinde doğrudan bir ücret ödemedikleri için insanlar sunulan hizmetin karşılıksız (ücretsiz) olduğunu düşünebilirler. Oysa sözkonusu hizmetin karşılığı mensubu oldukları kurum tarafından karşılanmaktadır. Sağlık sektöründe, genellikle kurum mahiyetinde olan hastanelerin mülkiyeti büyük ölçüde kamunun elinde bulunmaktadır. Bu kurumlarda kamunun belirlediği hizmet fiyatları düşüktür. Bunun temel felsefesi de; gerek işgücüne (doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli) yapılan ödemeler (maaş ve ücretler), gerek yatırım için yapılan harcamalar devlet tarafından ödenmekte olduğu gerçeğine dayandırılmaktadır. Bu düşük hizmet fiyatları sözkonusu kurumların gelişmesini

⁸⁸ Philip KOTLER and Gary ARMSTRONG, **Principles of Marketing**, (Prentice-Hall, Inc., 7.Baskı, Englewood Cliffs, 1996), s.340

⁸⁹ Robert D. HİSRİCH, **Pazarlama**, (A.Ü. A.Ö.F.Yay., Yayın No: 748, Eskişehir Temmuz 1994), s.113.

⁹⁰ ODABAŞI, **a.g.e.**, s.68.

engellediği için hizmet kalitesinin de düşük olması doğaldır⁹¹.

Bazı sağlık hizmetleri, hizmetleri sunan kuruluşların oluşturduğu dernek ve odaların düzenlemelerine bağlıdır. Örneğin, özel hastaneler ve muayenehanelerde uygulanacak fiyatlar Tabipler Odası tarafından belirlenir. Standart biçime konulabilmiş hizmetlerin fiyatlandırılmasında etkili bir yöntem olarak düşünülebilir. Örneğin; doktor muayenesinin ücreti, diş dolgusunun fiyatı gibi özel uzmanlık ve ekipman gerektiren hizmetlerin fiyatlandırılmasında ise zorluklar ortaya çıkabilmektedir. Pazar koşullarına tabi olan uygulamalarda fiyatlar, ekonomik koşullara, tüketicilerin fiyat-hizmet kalitesi ilişkilerini algılamasına, rekabete, talebin düzeyine ve ihtiyaçların ne denli acil olduğu vs. gibi faktörlere göre düzenlenir⁹².

Sağlık hizmeti kuruluşlarına hep kar beklenmeyen kuruluşlar olarak bakılmıştır ve bu yüzden maliyet-fiyat-kar ilişkilerine önem verilmemiştir. Oysa her kuruluşun en azından sürekliliğinin sağlanması, büyümesi ve gelişmesi, teknolojik gelişmeleri izleyebilmesi, verimli çalışması için uygun fiyat politikası uygulaması gerekir⁹³.

3.3.5.1.Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlama Politikaları

Ürün ve hizmetlerin fiyatlanmasında kullanılan genel yöntemler şunlardır⁹⁴;

- 1.Maliyete dayalı fiyatlama,
- 2.Talebe dayalı fiyatlama,
- 3.Rekabete dayalı fiyatlama.

3.3.5.1.1.Maliyete Dayalı Fiyatlama

Birim değişken maliyete sabit maliyetlerden düşen pay hesaplanarak eklenir ve birim başına toplam maliyet bulunur. Bulunan bu sayıya belirli kar marjı eklenerek fiyata ulaşılır.

Birim Fiyat=Birim başına toplam maliyet+Kar marjı

⁹¹ M. Sıdık ENSARİ, "Sağlıkta Özelleştirme", **Sağlık Gazetesi**, Sayı :27, (Kasım 1993), s.9.

⁹² ODABAŞI, a.g.e., s.69.

⁹³ Münevver MENDERES, "Hastanelerde Maliyet Hesaplaması", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (İzmir 1994), s.265-266.

⁹⁴ CEMALCILAR, a.g.e., s.222.

Örneğin, hastanede sabit giderler hasta sayısı artsa bile değişmez. Bunlar kiralar, enerji, bakım, personel maaşı gibi giderleri kapsar. Bununla birlikte sağlık kuruluşunda çalışan hemşireler hizmet için yetmiyor ve talep arttığından dolayı geçici hemşirelik hizmetleri temin ediliyorsa bu maliyet değişken maliyettir.

3.3.5.1.2.Talebe Göre Fiyatlama

Bu yöntemde mala veya hizmete olan talep gözönünde tutularak mal fiyatlanır. Örneğin, Başkent Üniversitesi Hastanesi Türkiye’de hemodiyaliz hizmetlerinde pazarın % 8.2’sini, Ankara’da ise pazarın % 95’ine sahiptir. Hemodiyaliz hizmetlerine talebin yoğunluğu hemodiyaliz fiyatlarını resmi hastanelerde uygulanan fiyatlarla dengeli hale getirmektedir⁹⁵.

3.3.5.1.3.Rekabete Dayalı Fiyatlama

Bu yöntemde maliyetlere ve gelire göre, rakiplerin fiyatlarına daha çok önem verilir. Eğer mal ve hizmetler homojen ise fiyat pazarda geçerli olan en önemli etken ise bu yöntem uygulanır⁹⁶. Örneğin hasta muayene ücretleri genellikle aynı fiyatla fiyatlandırılır.

3.3.5.2.Fiyatlama Amaçları

Fiyatlama stratejisinin belirlenmesinde bir işletme ilk olarak fiyatlama amacını tespit etmelidir. Fiyatlama programlarıyla ilgili olarak birkaç amaç vardır. Bunlar⁹⁷;

Kar: Birçok işletmenin fiyatını belirlerken amacı karını maksimize etmektir. Bu amaca göre işletmeler özellikle ürün hayat eğrisinin giriş aşamasında pazarın kaymağını alma stratejisini uygularlar. Bu strateji kısa bir dönem boyunca uygulanabilir. Bununla birlikte, pazarın kaymağını alma stratejisindeki problem kısa dönemde kar maksimizasyonu olabilirken uygulanan yüksek fiyat rakipleri cezbeder ve yeni rakipler daha düşük bir fiyatla pazara girerek pazardan pay alabilirler.

Satış: İkinci bir fiyatlama amacı satışların hacmini artırmaktır. Bu amaca uygun

⁹⁵ Simten MALHAN, “Bir Üniversite Hastanesinde Talep Analizi İle İlgili Bir Uygulama”, (Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 1998), s.102.

⁹⁶ CEMALCILAR, a.g.e., s.226.

⁹⁷ BERKOWITZ, a.g.e., s.236-237.

olarak işletmeler düşük bir fiyatlamayı içeren nüfuz etme stratejisini uygularlar. Bu fiyatlama rekabete veya malın ikamesine bağlı olarak yapılır. Bu yaklaşım bir firmanın bazı ölçek ekonomilerde faaliyet göstermesi gerektiği zaman önem kazanır. Örneğin Florida, Clearwater'ideki Morton Plant Health System Mammography (göğüs hastalıkları ile ilgili) hizmetinin fiyatını 55 \$'dan 35 \$'a düşürmüştür. Bu fiyat politikası ile daha fazla hasta sayısına ulaşabilmek hedeflenmiştir. Sonuç olarak 1992'deki 4.199 mammogram işlemi ile karşılaştırıldığında, 1993 mart ve aralık ayları arasında yapılan mammogram sayısı 11.651'e yükselmiştir. Görüldüğü gibi fiyatlarda % 35'lik bir indirim yapan hastane satışlarında % 300'lük bir artış sağlamıştır.

Pazar payı: Pek çok işletme fiyatını pazar payı elde etme amacıyla oluşturur. Bu strateji iki farklı tipteki pazar koşulunda yaygın olarak kullanılır. Yeni bir mal veya hizmet için oluşan rekabetin ilk aşamasında; pazar payı amacı, faaliyet giderlerine katkıda bulunmak anlamında ölçek ekonomilerde çoğunlukla önemlidir. Pazar payındaki ikinci durum gerçek büyümenin olmadığı endüstrilerde amaçlanır. Bu durumda, gelirleri artırmak için fırsatlar bir rakibe bağlı olarak sadece artan pazar payından gelir. Bugün birçok şiddetli hastalıkları tedavi eden hastane, pazar payını arttırmak ve başarılı sağlık hizmeti anlaşmaları yapmak için pazarda rakipleri ile şiddetli bir şekilde rekabet etmektedir.

İmaj: Bir işletme imajını oluşturmak veya korumak için fiyatlama yapabilir. Fiyatlama amacında imaj çoğu kez bağlayıcı bir unsurdur. Fiyatlama stratejilerinden biri prestij fiyatlama olarak adlandırılır. Tüketicilerin çoğu, yüksek nitelikli ve tanınmış markalı malların ve hizmetlerin fiyatlarının da yüksek olacağı kanısındadırlar. Bu kanıya dayanarak uygulanan fiyat politikası, prestij fiyatlarını ortaya çıkarır⁹⁸. Buradaki amaç yaratılan (verilen) hizmetin benzersiz olduğu veya değerinin çok olduğu şeklindeki imajı korumaktır. Örneğin sağlık hizmetleri konusunda özel hastanelerin, Devlet Hastanesi ve SSK hastanelerine göre imajı daha yüksektir. Gelir durumu iyi olan kişiler sağlık hizmetlerini daha kaliteli ve güvenilir buldukları özel hastanelerde sağlama eğilimindedirler.

İstikrar: Bir fiyatlama amacı da rakiplerden alınacak tepkilere göre rakiplerle benzer bir fiyat düzeyini oluşturmaktır. Fiyat oluşturmak için işletmelerin arasında anlaşma yapılması yasaktır. Buna rağmen, istikrarlı bir fiyatın amacı, pazarlama karmasının diğer elemanları ile ilgili rekabet devam ederken kar marjını koruyabilmektir. Fiyatlama stratejisi tüketicilere kalite ve uygunluk gibi açılardan önemli katkı sağlarsa bu durum da doğru olur.

⁹⁸ Rıdvan KARALAR, **İşletme Politikası Örnek Olaylar**, (Genişletilmiş 3. Baskı, Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir 1998), s.47.

Talep ve gelir kestirme: Herhangi bir fiyat düzeyinin oluşturulmasında temel bir adım hizmet için talebi tahmin etmektir. Fiyatlamamanın bu aşamasındaki önemli durum bir talep programı hazırlamak veya her bir fiyat düzeyinde arzulan ürün miktarını belirlemektir. Tüketicilerin her düzeydeki fiyat duyarlılığını anlamak için pazarlama araştırması önemli rol oynar.

Tüketicilerin fiyata gösterdiği tepkilerin belirlenmesinde, pazarlamacılar fiyat esnekliğinin derecesini değerlendirmeye çalışırlar. Ayrıca pazarda oluşan fiyat değişimlerine bağlı olarak talepteki değişimler araştırılır. Harvard Üniversitesi Kamu Sağlığı Okulu tarafından yapılan bir araştırmada şu bulgular elde edilmiştir: Araştırmaya katılan hastaların % 30'u maliyet en azından % 20 düşürülürse daha kaliteli bir sağlık hizmetine geçiş yapabileceklerini ifade etmişlerdir. Buna ek olarak 11 hastadan 1'i maliyetler % 30 düşürülürse o sağlık hizmetini alacaklarını ifade etmişlerdir. Veriler bu pazardaki fiyat seviyesinin oldukça esnek olduğunu göstermektedir⁹⁹.

3.3.5.3.Maliyet ve Satış Hacmi İlişkisi

Bir ürünün fiyatının oluşturulmasında, pazarlamacıların işletmenin maliyetlerinin doğasını bilmeleri gerekmektedir. Üzerinde durulacak üç tür maliyet vardır. Bunlar sabit maliyetler, değişken maliyetler ve toplam maliyettir. Sabit maliyetler mal veya hizmete göre değişmeyen maliyetlerdir. Örneğin, bir hastane birkaç laboratuvar ekipmanı aldığı zaman bu ekipmanlar için ödenen sabit maliyet söz konusu olacaktır. Bu laboratuvar için alınan makinada yapılan 1 veya 100 işleme bakmaksızın bu makinanın maliyeti sabittir.

Değişken maliyetler verilen hizmetin miktarına göre değişkenlik gösteren maliyetlerdir. Örneğin hastanenin hasta hacminde bir azalma olursa tam gün çalışan hemşire sayısı azaltılabilir.

Toplam maliyetler, bir firmanın hizmeti üretip pazarlarken katlandığı maliyetlerin toplamı olarak ifade edilir. Başka bir deyişle, toplam maliyetler, sabit ve değişken maliyetlerin toplamından oluşur.

⁹⁹ BERKOWITZ, a. g. e., s.239.

3.3.6.Sağlık Hizmetlerinde Dağıtım Kanalı

Hasta ya da müşterilerin ihtiyaç duydukları hizmetleri bulabilmeleri ve ulaşabilmeleri ile ilgili bir pazarlama bileşenidir¹⁰⁰.

Dağıtım kanalları üreticinin mal veya hizmetlerini müşteriye veya son tüketiciye ulaştırırken başvurmak zorunda olduğu bir sistem olarak, pazarlama araçları içinde önemli bir yer tutar. Hastane hizmetlerinin özellikleri genel olarak, doğrudan dağıtım kanalının kullanılmasını gerektirir. Hizmetler, tabiatları itibariyle depolanamadığından ve nakledilemediğinden hizmetlerin pazarlanmasında taşıma, depolama, stok kontrolü gibi fiziki dağıtım fonksiyonları da geçerli değildir. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinde, bu fonksiyonları yürüten araçlar da yoktur. Hizmet üreten ve hizmetten yararlanan ya da satın alan arasında doğrudan ilişkilerin geliştirilmesi gerekir. Bu bakımdan genellikle hastalar sağlık hizmeti veren kurumlara gelerek verilen hizmetten yararlanırlar¹⁰¹. Hizmetlerin pazarlanmasında doğrudan dağıtım kanalının kullanılması zorunludur. Hizmet üreten ile hizmeti satınalan arasında ilişkilerin geliştirilmesi gerekir. Öte yandan, araçların kullanılması hizmet pazarının coğrafi boyutlarını sınırlar. Ancak bu özellik alıcılara daha iyi hizmet sağlama olanağı yaratır. Ayrıca, alıcı ile hizmet üreticisi arasında doğrudan iletişim kurulmuş olur¹⁰².

Sağlık hizmetlerinde; sağlık kuruluşunun seçimi hasta ve ve sağlık kuruluşu için uygun olmalıdır. Hastanenin gelişimine uygun olacak bir mekan hastaların ulaşımına uygun olmayabilir. Örneğin Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Eskişehir'in merkezi bir yerinde olmamasına rağmen ulaşım için sürekli taşıt bulunması ve fiziksel alanın uygun olması ile verilen hizmetin gelişmesine imkan vermekle birlikte hastalar park yeri sorunu ile karşılaşmamaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinin dağıtımında önemli bir sorun hastaların hizmeti alabilmek için geçirdikleri bekleme süreleridir. Acil olan hastalara ve acil olmayan hastalara da hizmetlerin hemen ulaştırılması önemlidir. Bekleme sürelerini kısaltmak için çoğu hastane acil olmayan hastalar için randevu sistemini hayata geçirmişlerdir. Bununla birlikte son dönemlerde çoğu hastanede (Eskişehir Devlet Hastanesinde olduğu gibi) poliklinik hizmetlerini vardiya usulü ile vermektedir. Bu iki yeni uygulamanın temel

100 KAVAS ve GÜDÜM, a.g.e., s.225.

101 BIÇAKÇI, a.g.e., s.61.

102 İlhan CEMALCILAR, **Pazarlama**, (A.Ü. A.Ö.F.Yay., Yay. No:473, Eskişehir 1995, s.277.

amacı da hastaların bekleme sürelerini azaltmaktır.

Sağlık hizmetlerinin dağıtımında sağlık kuruluşları arasında bir koordinasyon olması gerekir. Bazı hastaneler tıbbi açıdan yetersiz kaldıkları durumda hastalarını diğer bir hastaneye sevk edebilmelidirler. Böylece dolaylı dağıtım gerçekleştirilmiş olur.

3.3.6.1. Dağıtım Kanalındaki Fonksiyonlar

Geleneksel endüstrilerde tüketicilerin sahip olduğu genel bir görüş: aracılardan maliyet yaratan bir unsur veya mallara değer katma yönünden az önemli olduğudur. Gerçekte ise pek çok aracı dağıtım kanalında pekçok faydalı işlevleri yerine getirir.

3.3.6.1.1. Yer Faydası

Ürün veya hizmetin satın alımı veya ürüne eklediği değer yer faydası olarak tanımlanabilir. Dağıtımın yer faydası, somut olarak şöyle açıklanabilir: Pazarlanan ürün veya hizmetin tüketicinin istediği yerde satılmasıdır¹⁰³. Sağlık hizmetlerinde hastaların kısa sürede ulaşabileceği merkezi bir yerde sağlık birimleri kurulması yer faydası sağlamaktır. Örneğin Eskişehir’de Sürekli Sağlık Birimi, hastalara 24 saat poliklinik ve acil müdahale hizmeti vermekle birlikte hastaların ulaşımını kolaylaştıracak merkezi bir yerdedir. Bununla birlikte sağlıkta bazı hizmetler hastaların evinde yapılabilir. Bu hizmetlerin hastanın evinde yapılması da yer faydası sağlar. Örneğin, muayene, pansuman, enjeksiyon, tansiyon ölçme ve serum takma gibi hizmetler evde yapılabilir.

3.3.6.1.2. Zaman Faydası

Rekabetin arttığı özel sağlık kliniklerinde zaman unsuru tüketicinin satın alma karar sürecinde önemli rol oynamaktadır. Hizmetin çabuk, yeterli ve zamanında verilmesi, sağlanacak yararı en üst düzeye çekebilecektir. Bu açıdan, yöneticilerin değerlendirmeye almaları gereken zaman ile ilgili konular şöyle sıralanabilir¹⁰⁴;

- Hizmetin sunulduğu günler ve saatler,
- Randevu için beklenen zaman,
- Muayene ve tanı için bekleme zamanı,

¹⁰³ Ömer Z. AŞICI ve Ömer Baybars TEK, **Fiziksel Dağıtım Yönetimi**, (Bilgehan Basımevi, İzmir 1985), s.45.

¹⁰⁴ ODABAŞI, **a.g.e.**, s.64.

- Müdahale zamanının düzeyi,
- İşlemlerin yapılması için gereken zaman,
- Sağlık kuruluşunda kalınması gereken zaman.

Zaman faydası bir tüketicinin bir hizmeti satın almak istediği anda hizmeti sağlayanlar tarafından hizmetin verilmesidir. Sağlık hizmeti sunan işletmelerde dayanıklı tıbbi ekipman veya eczacılıkla ilgili ürünler gibi sık sık ihtiyaç duyulan yardımcı destek mallarının sağlanmasında da zaman faydası vardır. Herhangi bir organizasyonda ne kadar zaman faydası sağlanırsa o kadar maliyetin arttığı bilinmesi gerekir. Bununla birlikte amaç, müşterilerin ek maliyet ödemek için yeterli derecede fayda elde etmelerini sağlamaktır. Binasında kendi eczanesine sahip olan temel bir sağlık işletmesi böyle bir durumda olmayan diğer bir sağlık işletmesinden daha çok maliyete sahip olacaktır. Fakat zaman açısından daha avantajlı duruma gelecektir.

3.3.6.1.3. Sahiplik Faydası

Sahiplik faydası ürünün fiziksel transferini içermektedir. Bununla birlikte sahiplik faydası kredi ile mal vererek de sağlanabilir¹⁰⁵. Bu nedenle dağıtım kanalında yaratılan üçüncü fayda sahiplik veya finanslamadır. Bazı araçlar ürünlerini daha çok tüketiciye ulaştırmak için uzun vadede ödeme yapmaları için kredi sunarlar.

Sağlık hizmetlerinde sahiplik yoktur. Sadece hizmetten faydalanılır ve ödeme yapılır. Bu yüzden sağlık kuruluşları, sahiplik faydası yaratmak için sunmuş oldukları hizmetin karşılığı olan ödemeleri uzun vadeye yayarak tüketicilere (hastalara) ödeme kolaylığı sağlarlar. Böylece sağlık kurumları tüketicilerin kendilerini tercih etmelerini amaçlamaktadırlar.

Hastaneler sahiplik faydasının değerini yeni yeni anlamaya başlamışlardır. Amerika'da 1991 yılından beri, Master ve Visa kredi kartları 5.000 hastanede ve 40.000 doktor muayenehanesinde kabul edilmektedir. Birçok hastane Illinois, Skokie'de bulunan Health Charge Corporation tarafından özel bir programla dizayn edilen sağlık hizmeti kredi kartlarını sunmaktadırlar Health Charge Corporation hastanenin ismini taşıyan ve hastaların girişi için kullanılan bir kart sunmaktadır.

3.3.6.1.4.Şekil Faydası

Bazı araçlar tarafından sağlanan dördüncü fayda tüketiciler için araçların üründe

¹⁰⁵ AŞICI ve TEK, a.g.e., s.45.

yada hizmette yaptığı değişiklik veya şekillendirmedi. Bazı araçlar tüketiciye uygunluk sağlayacak ürün veya hizmet değişikliği yapmaktadır. Şekil faydası Pasifikteki Rehabilitasyon hastanesinde görülmektedir. Bu hastane 100 kişilik yatak kapasitesi ile Havai'de acil rehabilitasyon hizmeti sunmaktadır. Bu rehabilitasyon hastanesinin özelliği hastaların rehabilitasyon ihtiyaçlarına göre kullanılan araçları kısa sürede yeniden dizayn etme yeteneğine sahip olmasıdır¹⁰⁶.

3.3.6.2.Kanal Yönetimi

Bir mal veya hizmetin dağıtılmasında, organizasyon bu mal veya hizmetin tüketiciye nasıl uygun ulaştırılabileceğine karar vermelidir. Sağlık kuruluşlarında doktorlar tarafından tedarik edilen temel sağlık hizmetleri için ne kadar sağlık merkezlerine ihtiyaç duyulacağını ve bu merkezlerde ne kadar doktor ve yardımcı sağlık personeli çalıştırılacağına karar verilmesi gerekir. İkinci bir konu, bir hizmetin sunumunda çalışan herhangi bir aracının hizmetin dağıtılmasında nasıl işbirliği yapacağıdır. Hastane yönetimi doktorları kendi hastanelerine almaya çalışırlar. Sağlık hizmet kuruluşları çoğunlukla planlarına katılacak katılımcı doktora ihtiyaç duyarlar. Her durumda da kanal içindeki çalışma işbirliğini gerektirir.

3.3.6.3.Dağıtım Kanalında Çatışma

Sağlık hizmetini sunan doktorlar hasta akışını kontrol ettikleri için kanalda güçlü konumdadırlar. Bu nedenle sağlık kuruluşları dalında ün yapmış doktorları bünyesine almak isterler. Bu doktoru bünyesine alan sağlık kuruluşu bu isimle reklam yapmaya çalışır. Amerika Birleşik devletlerinde bu sektörde yoğun bir biçimde yatay ve dikey birleşmeler olmuş ve bu birleşmeler karşısında bağımsız kalan hastaneler pazar paylarını koruyamamışlardır¹⁰⁷.

Sağlık kuruluşlarını dikey bütünleşmeye iten nedenler;

Eğitim düzeyi yükseldikçe aileler doğrudan hastaneye başvururlar. Semt hekimleri ve kliniklerin kanal üzerindeki hakimiyeti azalmıştır. Teknolojik olarak maliyetlerin artması birkaç doktorun biraraya gelerek maliyetleri paylaşarak aynı muayenehanede çalışmalarını sonuçlandırmıştır.

Sağlık kuruluşları ise daha fazla gelir getiren ayakta tedavi hizmetlerine yönelmişlerdir. Kadrolu doktorlar yerine dışardan bağımsız doktorlarla anlaşmayı

¹⁰⁶ BERKOWITZ, a.g.e., s.255.

¹⁰⁷ Aynı, s.260.

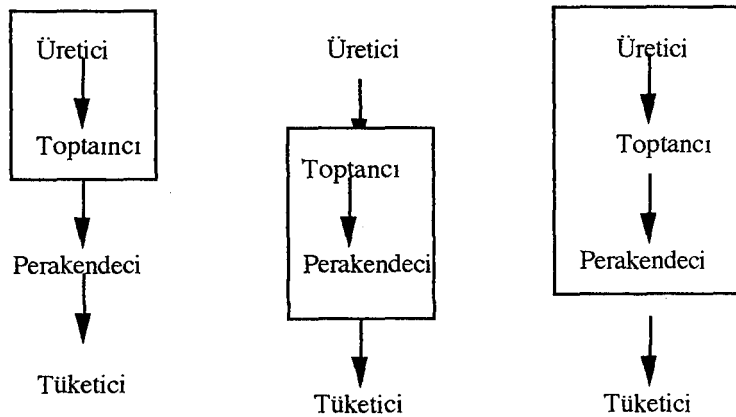
tercih etmektedirler. Bu bütünleşmeler ortaya çıkınca tedavilerin büyük bir kısmı dışarıya kaymış, yatak kapasiteleri rahatlamış ve aynı sayıda yataktan daha fazla kazanılmaya başlanılmıştır¹⁰⁸. Örneğin Eskişehir'deki Örnek Polikliniği kadrolu doktor yerine anlaşmalı doktorlarla çalışmayı tercih etmektedirler.

3.3.6.4. Dikey Pazarlama Sistemleri

Geleneksel organizasyonlarda ve şu anda sağlık hizmetleri endüstrisinde imalatçı, toptancı ve perakendeci gibi kavramlar dikey pazarlama sistemlerinde değişikliğe uğramaktadır. Dikey pazarlama sistemleri, araçların fonksiyonlarını en etkin biçimde yerine getirdikleri kanallar olarak tanımlanabilir.

Geleneksel endüstrilerde dikey pazarlama sisteminin üç şekli vardır. Bunlar; birleşik, idari ve anlaşmalı dikey pazarlama sistemleridir. Birleşik bir dikey pazarlama sisteminde bir mal veya hizmetin üretim ve dağıtım birleşik bir sahiplik altında yapılır. İdari bir dikey pazarlama sisteminde dağıtım kanalının üyeleri arasında işbirliği vardır ancak sahiplik yaygın değildir. Dağıtım kanalının bir üyesi daha güçlü olduğu zaman, idari bir dikey pazarlama sistemi ya bir işbirliğini veya bir franchise içerir. Anlaşmalı dikey pazarlama sistemi, işbirlikleri aynı düzeyde olan dağıtım kanalının üyeleri arasındaki anlaşmalardır. Sağlık hizmetlerinde son bir işbirliği yaklaşımı 1993 yılında kurulan National Cardiovascular Network'tur. Kırkbir kalp programı, daha yüksek kalitede ve indirimli sağlık hizmeti vermeleri için bir işbirliği anlaşması yapmışlardır. Anlaşmaya dayalı olan yaklaşımın bir türü olan franchising sistemi de sağlık alanında kullanılmaktadır. Örneğin Deaconess Hospital of Boston ülke çapında 80.000 \$ karşılığında diğer tıbbi merkezlere franchisorluk yapmaktadır.

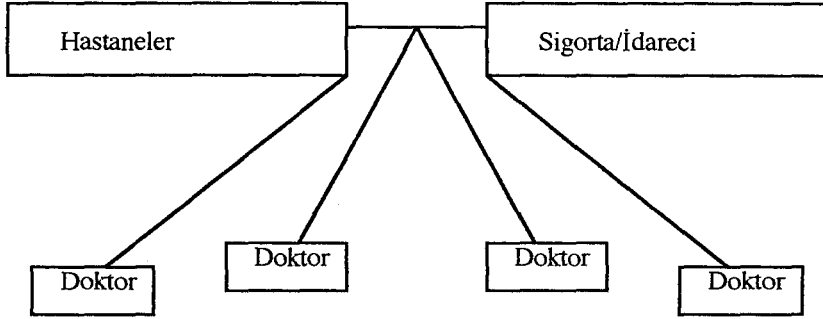
Aşağıdaki şekil çeşitli alternatif dikey pazarlama sistemini göstermektedir.



Şekil 6: Alternatif Dikey Pazarlama Şekilleri

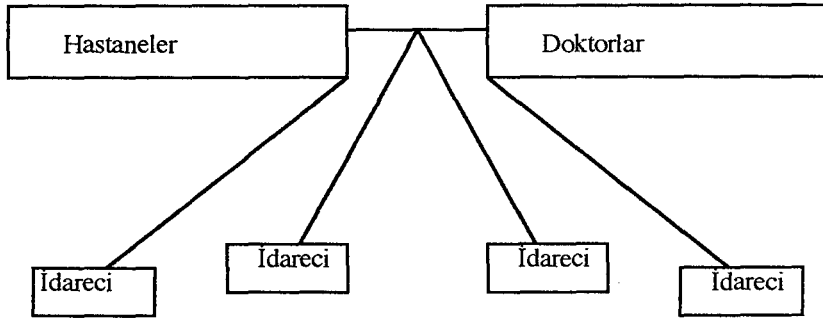
108 KARAFKİOĞLU, a.g.e., s.44.

Şekil 6 sağlık hizmeti için geliştirilen çeşitli dikey pazarlama sistemlerini göstermektedir. Bu sistemler bütünlük dağıtım sistemleri olarak adlandırılmaktadır. Bu gibi sağlık hizmetleri yoğun ihtiyaç düzeyinde koordine edilir ve dağıtılır. Aşağıda Amerika'de uygulanan sağlık hizmetlerinde bütünlük dağıtım sistemlerinin dört modeli gösterilmiştir.



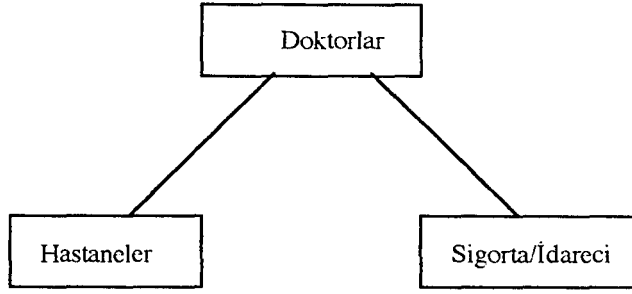
Şekil 7: Hastane Sağlık Sistemi Modeli(HHS:Hospital Health System)

Şekil 7'de gösterilen Hastane Sağlık Sisteminde, sigorta şirketleri hastalarla sağlık kuruluşlarını ya da hastalarla doktorlarını anlaştırmaktadır. Yani sigorta şirketi, hastaneyle veya doktorlarla anlaşma yaparak (birleşerek) sigorta kapsamına aldığı müşterilerin tedavisinin bu hastanelerin veya anlaştığı doktorların yapmasını sağlar.



Şekil 8: Doktor/hastane Sağlık Sistemi Modeli (PHO:Physician/Hospital Health System)

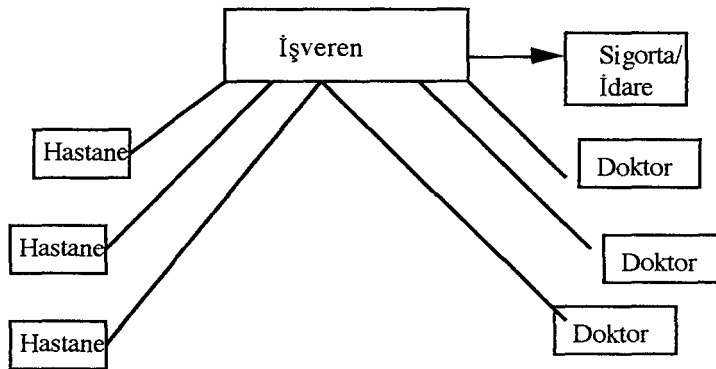
Yine şekil 8'de Doktor /Hastane Organizasyon (PHO) modelini göstermektedir. Bu modelde doktorlar ve hastaneler ortaklık yaratarak birleşirler. Yönetim ihtiyaçlarının karşılanması içinde üçüncü gruplar ile anlaşma yaparlar.



Şekil 9: Kapalı Sağlık Sistemi Modeli (CHS: Closed Health System)

Alternatif bir model yine şekil 9’da verilmiştir. Bu model Kapalı Sağlık Sistemi (CHS) modelidir. Bu modelde doktorlar biraraya gelip büyük bir güç oluşturmakta ve hastane/ sigortacı şirketleri ile toplu pazarlık yapmaktadır.

İşveren Sağlık Sistemi Modeli (EHS: Employer Health System)’de şekil 10’da gösterilmiştir. Bu modelde, çalıştırdıkları iş görenlere yasa gereği sağlık hizmeti sağlamakla yükümlü olan işverenler; hastaneler, bağımsız doktorlar ve sigorta şirketleri ile anlaşma yapmaktadırlar.



Şekil 10: İşveren Sağlık Sistemi Modeli (EHS: Employer Health System)

3.3.6.5. Dağıtım Yoğunluğu

Her türlü kanal formatında bir mal veya hizmeti sunan kişi ilk önce dağıtımın nasıl bir yoğunlukta olması gerektiğine karar vermelidir. Kanal yoğunluğu, bir ürünün en son tüketiciye nasıl ulaştırılmasının uygun olacağını ifade eder. Geleneksel alanlarda

genel olarak üç dağıtım yoğunluk türü vardır. Bunlar; yoğun, sınırlı ve seçimlidir. Herhangi bir özel stratejinin tercih edilmesi pekçok faktöre bağlıdır¹⁰⁹.

3.3.6.5.1. Yoğun Dağıtım

Bu strateji temel sağlık hizmetleri üreticilerinin tipik uygulamalarıdır. Yoğun dağıtım da sağlık hizmeti her kesime ulaştırılmaya çalışılır. Bu dağıtım hastalar için gerekli olan birinci basamak tedavi hizmetleri ile eş değer hizmetleri hastalara ulaştırmayı amaçlar. Burada evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi gereken hastalara yönelik bir dağıtım sistemidir. Burada sağlık ocakları, özel poliklinikler etkin olarak kullanılır. Hatta hastanede taburcu edilen bir hastanın sağlığına kavuşana kadar evinde bir süre daha kontrol altında tutulması gerekebilir. Bu durumda taburcu eden doktor veya sağlık kuruluşu ya bu hizmeti kendisi sunacak ya da başka bir doktor veya sağlık kuruluşundan isteyecektir. Böylece hastaya gerekli tıbbi bakım ayakta sağlanmış olur.

Sonuç olarak pekçok temel sağlık hizmeti sunan gruplar çeşitli araçların sağlayacağı yoğun dağıtımı kullanmakta ve bu giderek yaygınlaşmaktadır. Hastaneler de yoğun dağıtımı artırmak için büyümeye ihtiyaç duyduklarını gözden kaçırmamalıdır.

3.3.6.5.2. Sınırlı Dağıtım

Sağlık hizmetlerinde sınırlı dağıtım özel olan tıbbi hizmetlerin tedarikçileri için kullanılmaktadır. Sağlık hizmeti veren kuruluş sadece tek bir yerde hizmet vermeyi amaçlar. Böylece hastalar bu hizmeti alabilmek için daha fazla çaba harcayarak sağlık kuruluşunun bulunduğu yere gitmek zorunda kalır. Örneğin Brookline'ndeki Joselin Klinik şeker hastalığının tedavisinde uluslararası bir başarı kazanmıştır. Şeker hastalığı hizmetinden faydalanmak isteyen hastalar kendi çevrelerinde Joselin Clinic olmadığı için bu hizmeti buldukları yerleşim yerinde alamayacaklardır. Bu hizmeti almak isteyenler Brookline seyahat etmek zorundadırlar. İleri derecede göz operasyonlarında başarılı olan İstanbul, İzmir, Ankara, Bursa illerinde bulunan Göz Bankası hastanesi Türkiye'nin birçok ilinden gelen hastaları tedavi etmektedir.

3.3.6.5.3. Seçimli Dağıtım

Az sayıda aracının kullanılması söz konusudur¹¹⁰. Bu yaklaşım yoğun

¹⁰⁹ BERKOWITZ, a.g.e., s.256-258.

dağıtımdan daha az sayıda perakendeciye sahiptir ve en üst düzeyde araştırma ve tetkik gerektiren hastalıkların tedavisine yönelik sağlık kuruluşlarını (Akademik Tıbbi Merkezler) kapsar.

Sağlık hizmetlerinde, seçici dağıtım stratejisinin kullanımı artmaktadır. Bayındır Tıp Merkezi, Özel Vatan Hastanesi, Özel Hayat Hastanesi ve Üniversite Hastaneleri bu dağıtım sistemini uygulamaktadır.

Tüketiciler bazı sağlık hizmetlerini kullanmak istedikleri zaman, bu hizmetlerin sunulduğu yere gitmek zorunda kalırlar. Tüketici ihtiyaçları değiştiği için, işletmelerin dağıtım yoğunluğu da değişmektedir. Bayındır Tıp Merkezi, İstanbul'un Asya ve Avrupa yakasında ve Kocaeli'nde merkezler açmıştır. Aynı zamanda Ankara Bayındır Tıp Merkezini de genişletmiş ve yeni hizmet birimleri açılmıştır. Bu şehirdeki rekabet ve tüketici beklentilerini dikkate alan Bayındır Holding bu şehirlerde merkezlerini açmıştır¹¹¹. Bu hizmeti almak isteyen hastaların bu şehire gelmeleri gerekmektedir.

3.3.7.Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma Karması (Promosyon)

Bir ürün veya hizmetin, bir kurumun, bir kişinin veya bir fikrin kamuya (hedef pazara) olumlu bir biçimde tanıtılıp benimsetilmesine tutundurma denir. Bunun için de hedef pazardaki müşterilerin tanıtılıp benimsetilecek ürün, hizmet, kurum, kişi, fikir hakkında bilgilendirilmeleri ve olumlu yanıt vermeye ikna edilmeleri gerekir ki bu da etkin bir iletişim sistemi gereksinimini ortaya koyar¹¹².

Tutundurma, bir mal yada hizmetin satılmasını yada bir fikrin desteklenmesini sağlamak amacıyla bilgilendirici ve ikna edici kanalların kurulması için satıcı tarafından başlatılan her türlü çabaların koordinasyonu şeklinde tanımlanabilir¹¹³.

Tutundurma, pazarlama iletişiminin temel ögesidir. Bir işletmenin pazarlama etkinliğinde tüketiciyle gerekli iletişimi sağlayan köprü olarak da adlandırılabilir. Tutundurma, üretilen malları satmak için yürütülen zorunlu iletişim çabalarındandır. Tutundurma çalışmaları olmazsa satış kendiliğinden gerçekleşmez, böylece pazarlama

110 CEMALCILAR, a.g.e., s.152.

111 HOCAOĞLU, a.g.e., s.97.

112 Mehmet OLUÇ, "Tutundurma, İletişim", **Pazarlama Dünyası**, Yıl:3, Sayı:17, (Eylül-Ekim 1989), s.3.

113 George E. BELCH-Michael A. BELCH, **Introduction of Advertising and Promotion/An Integrated Marketing Communications Perspective**, (Irwin, 3.Baskı, Chicago, 1995), s.9.

karmasının öteki elemanlarıyla ilgili çalışmalar ve harcamalar boşa gider¹¹⁴.

Pazarlama yönetimi, hedef aldığı gruba sunmuş olduğu ürün ve hizmetlerin uygunluğunu fiyat ve dağıtımını da gözönüne alarak bildirmek durumundadır. Bu çalışmalarını ancak tutundurma uygulamaları ile yerine getirilebilir. Değişik tanımlardan hangisi ele alınır alınsın, hepsinde ortak olan bazı özellikleri ortaya koymak olasıdır¹¹⁵.

-Tutundurma, iletişim kuramına dayanır ve ikna edici olma özelliği vardır.

-Tutundurma, doğrudan satışları kolaylaştırma amacına yönelik olduğu kadar, tutum ve davranışlara da yöneliktir.

-Tutundurma, diğer pazarlama eylemleri ile birlikte uygulanır ve onların etkisi altındadır.

-Tutundurma, ürün, fiyat ve dağıtım arasında planlı programlı bir çalışma gerekir ve sonuçta birlikte sinerjik etkiyi oluştururlar.

-Tutundurma, işletmelerin genellikle dış çevre ile olan iletişimini içerir.

-Tutundurma, fiyata dayalı olmayan bir rekabet aracıdır.

-Tutundurma, sadece tüketicilere yönelik değil, pazarlama kanal üyelerine de yöneliktir.

Pazarlamanın tutundurma karması dört temel elamanı içerir. Bunlar; reklam, kişisel satış, halkla ilişkiler ve satış tutundurmadır.

3.3.7.1.Sağlık Hizmetlerinde Reklam

Pazarlama açısından reklamın işlevi satışların arttırılmasına katkıda bulunmaktır. İletişim açısından ise, söz konusu mal, hizmet ya da düşünce ile ilgili iletilerin (mesajların) hedef kitle içinde yayılma ve anımsanmasını sağlamaktır. Bu koşullarda reklamlarla ulaştırılan iletilerin yayılma ve anımsanma oranlarının yüksekliği ölçüsünde satışlara katkınında artacağı varsayılır. Böylece reklamın satışları arttırma işlevi ile iletişim işlevi, birbirini bütünleyen bir süreç içinde biraraya getirilmiş olur. Reklamın satış etkisinin doğrudan ölçülebildiği durumlarda bu tür bir varsayıma gerek duyulmaz. Ancak reklamın satış etkisi, pazarlama karmasını oluşturan diğer elemanların satış etkilerinden ayırıp, ölçmek çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bu bakımdan reklamın iletişim işlevinden satış işlevine geçiş yapılmakta ve iletişim açısından başarılı bir

114 İncilay CANGÖZ, "Türk Basınında Tutundurma Çalışmaları ve Ansiklopedi Kampanyası", (Yüksek Lisans Tezi, A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Esk. 1995), s.8.

115 Yavuz ODABAŞI, **Pazarlama İletişimi**, A.Ü. Yay.; No:851, Eskişehir 1995), s.46.

reklamın satış etkisinde olumlu olacağı varsayılmaktadır¹¹⁶.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık kuruluşlarında, özellikle de özel hastanelerde reklam uygulamaları görülmektedir. Sağlık kuruluşları iddialı (uzman) oldukları alanları, basın-yayın organları aracılığıyla (reklam olarak) halka duyurmaktadır. Örneğin, bazı hastaneler uzman doktor kadrosunu, bazıları ise çeşitli alanlarda kurdukları klinikleri kullanarak ilgililerin dikkatini çekmeye çalışırlar¹¹⁷.

Reklamın diğer tutundurma araçlarından farkı kişisel olmayışı ve ücretinin ödenmiş olmasıdır. Reklamın karşılığının doğrudan ödenme özelliği halkla ilişkilerden ayrılan yönüdür. Çünkü radyo, TV veya bir dergide bir zaman veya yer için ödeme yapan organizasyon kontrol etme avantajına sahiptir. Sağlık hizmetleri ile ilgili tutundurma stratejisinde reklam önemli bir araçtır. 1993 yılında ABD'deki tüm hastanelerin pazarlama bütçeleri yaklaşık 1.8 Milyar \$'dır. Bu bütçesinde 768 Milyon\$'ı reklam bütçesine ayrılmıştır.

Reklam bazı durumlarda diğer tutundurma elemanlarından daha etkili olabilir. Mal ve hizmetle ilgili farkındalık minimum düzeyde ise reklam çok etkili olabilir. Reklam aynı zamanda endüstri satışları artış eğilimindeyken etkilidir. Reklam endüstriyel satışlardaki bir azalmayı önleyemez (durduramaz).

Reklamın sağlık hizmetinde kabuledilirliği ile ilgili görüşler vardır. Bu konuda yapılan bir araştırmanın sonucu bu konu hakkında bir fikir vermektedir. Reklamlara olan ilgi değişkenlik göstermektedir. Yapılan bir araştırmada müşteriler ve psikiyatrisler arasındaki tutum farklılıkları ortaya konmuştur. Tablo 2'de müşterilerin "daha çok psikolog (dışci) reklamı görmek isterim" şeklindeki soruya verdikleri cevaplarda genel eğilim "görmek istemem" şeklindeyken, psikologlar ve dışçilerin genel eğilimi "görmek isterim" şeklindedir. Tabloda da görüldüğü gibi müşterilerin ve psikologların (dışçilerin) reklama bakış açıları farklılık göstermektedir.

116 Hikmet SEÇİM, "Reklamın İşlevleri", **Pazarlama Dünyası**, Yıl:1, Sayı:6, (Kasım-Aralık 1987), s. 34.

117 Bilal AK, Nermin ÖZGÜLBAŞ, "Hastahane İşletmelerinde Pazarlama Fonksiyonları", **Sağlık Gazetesi**, Sayı:25, (Eylül 1993), s.16.

Tablo 2: Sağlık Hizmetlerinde Reklamın Kabul Edilirliği

	Müşteriler	Psikologlar	Müşteriler	Dişçiler
Daha çok psikolog(dişçi) reklamı görmek isterim	2.05	3.61	2.07	3.65
Daha çok psikolog(dişçi)reklamı görmek isterim	2.16	4.21	2.48	4.49
Reklam psikologların (dişçiler) zevkine uygun yapılabilir	1.59	2.78	1.93	2.8
Reklam tüketicilerle psikologlar(dişçi) arasında pekçok mantıklı tercih yapma imkanı sağlar	2.06	3.92	2.51	4.23
Reklam psikiyatri (dişçi) ile ilgili hizmetlerde kalite artışını sağlar	2.59	4.17	3.13	4.47
Reklamı yapılan psikologlar yüksek bir imaja sahip olur	2.38	4.28	2.47	4.35
Kamuoyu psikiyatri (dişçilik) reklamları sayesinde yararlı bilgiye sahip olabilir	1.85	3.41	2.25	3.6
Tüketiciler psikiyatrislerin ve dişçilerin farkında olacak	2.01	3.46	2.68	4.27

Kaynak: Berkowitz, s.261.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin direkt reklamının yapılması yasaktır. Bununla birlikte sağlık hizmeti sunan işletmeler, çeşitli magazin programlarının sağlık köşesine katılarak izleyicilere bilgi vermek amacıyla çalıştıkları sağlık kurumunun reklamını yapmaktadır. Örneğin NTV kanalında günlük olarak yayınlanan Sağlık Raporu adlı program tüketicilere hastaneler hakkında bilgi vermekle birlikte hastanelerin teknolojik yapılarıyla ilgili yeni tıbbi cihazların kullanımını tanıtmaktadır.

Sağlık hizmetleri reklamı ortak bir şekilde de yapılabilir. Örneğin farklı düzeyde olan işletmenin birlikteliği ile ilgili bir reklam verilebilir. Örneğin Bayındır Bank reklamında yabancı tasarruflarını kendi bankalarında yatıran müşterilerine belirli bir limite ulaşmaları dahilinde Bayındır Tıp Merkezinde ücretsiz check-up yaptırmaktadır. Böyle bir reklamda hem Bayındır Bankın reklamını hemde Bayındır Tıp Merkezinin reklamı birlikte yapılmaktadır.

Sağlık hizmetleri ile ilgili reklamlarda da ürün ve kurumsal reklamlar sözkonusudur. Ürün reklamı çeşitli formlarda olabilir. Bunlar; bilgi verici, rekabetçi, hatırlatıcı. Örneğin tıbbi bir sorunla ilgili hemşire ile görüşmek isteyenlere yönelik bir hastane hemşirelik hizmetinin reklamını hatırlatıcı nitelikte yapılabilir.

Kurumsal reklamlar sık bir şekilde sağlık hizmetlerinde kullanılır. Bu reklamlar sağlık kuruluşunun kamudaki imajını artırıcı niteliktedir. Örneğin Massachusetts’deki

Harward Community Health Plan ve Lahey Clinic yeni bir sağlık hizmeti konusundaki birlikteliklerinin tanıtımını yapmıştır.

Hem ürün hem de kurumsal reklam hedef tüketiciler üzerinde etkiyi güçlendirmeye yönelik olarak yapılır.

3.3.7.2.Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Satış

Kişisel satış, işletmelerin tutundurma aracı olarak kullandığı unsurların en önemlilerinden biridir. Kişisel satışı, pazarlama hedeflerine ulaşmak için satıcı ile alıcı arasında şahsi iletişim yolu ile ilişki kurup, bu ilişkinin uzun dönemde sürmesini sağlamak üzere gerçekleştirilen faaliyetler dizisi olarak tanımlanabilir¹¹⁸.

Amerikan Pazarlama Birliği, kişisel satışı şöyle tanımlamaktadır: “Satış yapmak maksadı ile bir veya daha çok satıncı ile konuşarak sözel sunuşta bulunma” ya kişisel satış denir¹¹⁹.

Kişisel satışın bu avantajlarının yanısıra bazı dezavantajları da vardır. En büyük sınırlayıcı özelliği maliyettir. Etkili bir satışın kurulmasında satış ekibi ücretten çok harcamaya dayalı ekipmanlara ihtiyaç duyulur. Satış personelinin maliyetleri kişisel masraflar, seyahat maliyetleri, teknik ve ekipman destek maliyetleri gibi maliyetleri içerir. Sağlık hizmetlerinde, satışlar çoğu zaman doktorların muayenehanelerinde gerçekleşir. Bir satış elemanı günde sadece dört veya altı satış ziyareti yapabilir.

Aşağıdaki tablo 3 hastaneler için kişisel satışın sağladığı yararları göstermektedir;

Tablo 3: Hastaneler İçin Kişisel Satışın Yararları

Kullanım Kolaylığı Sağlar	% 35.2
Tıbbi Personelin İlişkisini Arttırır	% 31.5
Finansal Yararlar Sağlar	% 26.5
Pazar Payında Artış	% 21.6
Pazardaki Varolma Etkinliğinde Artış	% 17.3
Organizasyonel Pazarlama Uzmanlığında Artış	% 14.2
Müşteriye Daha Çok Odaklanma	% 12.3

Kaynak: TL Powers and Bowers M.R “Challing and Opporitier For Personal Selling”, *Journal of Health Care Marketing*, Vol.12, No:4 1992, sh.26-32.

¹¹⁸ Selime SEZGIN ve diğerleri, **Pazarlama Stratejileri**, (Yeni Yüzyıl Kitaplığı, İletişim Yayınları, İstanbul 1995), s.102.

¹¹⁹ Mehmet OLUÇ, “Kişisel Satış”, **Pazarlama Dünyası**, Yıl:5, Sayı:25, (Ocak-Şubat 1991), s.11.

Bir hizmet teknolojik yönden ne kadar karmaşıksa o kadar kişisel satış gerektirir. Özel bir teşhis hizmetinin veya programının karmaşıklığını açıklamak için bir satış elemanına ihtiyaç duyulabilir. Bir sağlık merkezi, aşırı kilolardan kaynaklanan sağlık problemleri için potansiyel olan uzman doktorları çağırarak için bir kişisel satış temsilcisi kullanabilir. Sağlık hizmetlerinde, özel bir bölgedeki insanlara temel bir sağlık hizmetini tanıtmak isteyen bir sağlık grubu doğrudan postalama gibi kitlesel bir iletişim stratejisini seçebilir. Bununla birlikte, mesleki bir tıbbi program kişisel satış çabası ile tanıtılabilir.

Sağlık hizmetlerinde kişisel satışı en çok “sağlık hizmetleri ve ürünlerini sağlayan” grup tarafından kullanılmaktadır. Bunlar; ilaç firmaları, tıbbi malzeme, cihaz ve donanım satan işletmelerdir.

İlaç firmaları belirli bölge temsilcilikleri oluşturarak kendi ilaçlarının satışını arttırmak amacıyla satışçılar kullanmaktadır. Satış elemanları doktorlarla görüşerek ilaçları hakkında bilgi vermekte ve tanıttıkları ürün numunesi bırakmaktadır. Sağlık sektöründe kişisel satışı en etkin şekilde kullanan sektörlerin içine ilaç firmaları başta gelmektedir.

Tıbbi cihaz ve donanım satan firmalar da yeni piyasaya çıkan bir cihazın hem tanıtımını yapmak hem de aletin işlevlerini sağlık personellerine anlatmak için “kişisel satış tekniğini kullanmaktadırlar. Örneğin tıp-labaratuar ve endüstri alanında uzun yıllar çalışan İncekara Grubu, temsilcisi olduğu Olympus, Shimadzu, Nihon Kohden firmaları başta olmak üzere dünya markalarının teknoloji ile ürettikleri tıbbi cihaz ve sistemlerini geniş bir yelpazede Türkiye’ye getirmektedir. Getirdikleri yeni tıbbi cihaz ve donanımı önce bölge temsilciliklerine tanıtan bu grup daha sonra satışçılar ile bu yeni ürünleri sağlık sektöründeki işletmelere tanıtarak satış yapmayı sağlamaktadırlar¹²⁰.

3.3.7.3.Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler

Tutundurma araçlarından halkla ilişkiler, farklı bir anlayış içinde çevre ile iletişimi sağlamaya yönelik faaliyetleri içermektedir. Halkla ilişkilerin amacı, ürün veya hizmeti tanıtmak değil, uzun dönemde kurum imajı yaratmaktır. Bir işletmenin çevresinde yer alan kişi ve kuruluşları tanıması, isteklerini öğrenmesi ve kendisini bu çevreye tanıtmayı halkla ilişkiler sürecini oluşturmaktadır. Dolayısıyla halkla ilişkiler çift yönlü bir iletişim sürecidir¹²¹.

¹²⁰ Tıbbi Cihaz Dünyası, *Modern Hastane Yönetimi*, Yıl:1, Sayı:3, (Kasım 1997), s.52.

Halkla ilişkiler (duyurum) sağlık hizmeti sunan işletmelerde çok yoğun kullanılır. Bu iletişim şekli mal hizmet veya fikirlerin tanıtımının dolaylı olarak yapıldığı türdür. Halkla ilişkiler, örgütün müşterileri, işgörenleri, ortakları, hükümet makamları ve genelde tüketiciler ve toplumca olumlu bir görüntüyü koruması için tasarımılanan çabalarıdır. Bunun başlıca aletleri örgüt kurumlarında halka açık ziyaret günleri sağlamak, gazete, dergi ya da televizyonda örgüte, kurumlarına, ürünlerine ilişkin haberler çıkmasını ve makaleler yazılmasını sağlamaktır¹²².

Halkla ilişkilerin belirleyici özellikleri şunlardır¹²³:

- Halkla ilişkiler belirli bir plan, program ve bütçeye dayanır.
- Halkla ilişkiler süreklilik özelliği taşır.
- Halkla ilişkiler belirli bir kitleyi hedef alır.
- Halkla ilişkiler kar amaçlı değildir.
- Halkla ilişkiler iki yönlü bir iletişime dayanır.

Sağlık hizmetleri veren kuruluşların, çalışma konuları insan ve insan sağlığı olduğu için halkla ilişkiler çalışmalarına en fazla ihtiyaç duyulan kuruluşlardır. Sağlık kurumlarının en büyük avantajı yöre halkı tarafından kurulması arzulan kuruluşlar olmalarıdır.

Genel olarak sağlık hizmetlerinde halkla ilişkiler şu faaliyetleri yerine getirir¹²⁴:

- Sağlık hizmetlerinin duyurulması
- Toplumda olumlu bir tutum yaratılması
- Toplumun değişik kesimlerinin kuruluş hakkında ne düşündüğünün öğrenilmesi
- Karşılıklı işbirliğinin sağlanması.

Sağlık hizmetlerinde halkla ilişkiler daha spesifik düşünüldüğünde hastanelerde halkla ilişkilerin amacı şöyle özetlenebilir¹²⁵:

- Hastanenin hizmet satışlarında artış sağlamak ve yeni talepler yaratmak,

¹²¹ Sanem ALKIBAY, "Hastanelerde Halkla İlişkiler Anlayışı ve Uygulamaları", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 31, Sayı 1, (Mart 1998), s.153.

¹²² Mehmet OLUÇ, "Tutundurma, İletişim", **Pazarlama Dünyası**, Yıl. 3., Sayı. 17., (Eylül-Ekim, 1989), s.3.

¹²³ Ramazan GEYLAN, **İşletmelerde Halkla İlişkiler**, (Birlik Ofset Yayıncılık, Eskişehir 1994), s. 17-21.

¹²⁴ ODABAŞI, a.g.e., s.84.

¹²⁵ BIÇAKCI, a.g.e., s.54.

- Hastanenin yardım kaynaklarını arttırmaya katkıda bulunmak,
- Hastanenin topluma yaptığı hizmetin hedeflerini, faaliyetlerini ve başarılarını yorumlamak,
- Hastane ile ilgili kanun ve tüzüklerin çıkışına yardımcı olmak,
- Hastanenin halkla ilişkiler programını hazırlamak ve yürütmek,
- Gönüllü elemanlar tedarik etmek,
- Hastanenin bütün personeli arasında ilişkileri kuvvetlendirmek,
- Hastaneye karşı yönelen tenkitlere cevap vermek ve yanlış anlamaları düzeltmek, karşı kampanyalar ile mücadele etmek,
- Rakip işletmelerle ilişkileri düzenlemek,
- Tüketiciler ve baskı gruplarıyla ilişkileri düzenlemek,
- Sağlık kurumuna müracat eden hasta sahibi ve ziyaretçilerin sorunlarının çözümlenmesinde, ziyaret edilmek istenen hastaların kolayca bulunmasında gerekli görülen her türlü tedbiri almak.

Toplumun tamamına sağlık hizmetlerinin verilmesi, çeşitli kültürde ve inanışlardaki kişilerle sağlık personelinin muhatap olması demektir. Bu yüzden hastane personelinin eğitim görmesini ve hasta ilişkilerinde çok hassas davranması gerekmektedir. Çünkü kişiler hastanelere sürekli gelmedikleri için yapılan bir hatanın tekrar telafisi olmayabilir. Hastaneye gelen hastalar ve yakınları sağlık sorunları nedeniyle normal davranışlarının dışında, hoşgörü sınırlarını aşmış, korku içinde, huzursuz ve sabırsız bir vaziyettedir. Böylesi sorunlu kişilerin karşısına çıkacak personelin eğitilmiş olması ve hastanın psikolojik durumuna göre davranması gerekmektedir. Aksi takdirde çeşitli tartışmalara ve olumsuz olaylara sebep olunabilir¹²⁶.

Pekçok duyurum bir halkla ilişkiler departmanı tarafından yapılır. Halkla ilişkiler departmanı organizasyon veya uygulamalar konusunda medyada tanıtım haberlerinin çıkmasını teşvik eder. Örneğin bir hastane gece haberlerinde bir insanın hayatını nasıl kurtardıklarını anlattığı zaman ilan için direkt bir ödeme yapmaz. Pekçok halkla ilişkiler departmanı medya ile tanıtım veya ilan gibi haber veya hikayeler de geliştirecektir. Örneğin Wisconsin'de birçok konuda uzman olan Physicians Plus güçlü medya ilişkileri ile yoğun olarak tanıtımını yapmıştır. Bir pazarlama direktörü ulusal çapta rapor edilmiş sağlık hizmeti öykülerini içeren konularda uzmanlarla medya röportajları hazırlamıştır. Beş yıl süren bu tanıtım stratejisi sayesinde, doktorlar 49 radyo mülakatına, 71 televizyon mülakatına ve 188 gazete ve dergi mülakatına katılmışlardır.

Duyurumun en büyük avantajlarından biri güvenilirliktir. Gazetede, radyoda veya televizyonda sağlık hizmetleri ile ilgili bu haberleri okuyan tüketiciler bu haberlerin

¹²⁶ Orhan ADALI, "Hastanelerde Halkla İlişkilerin Önemi", 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İzmir 1994, s.260.

halkla ilişkiler tarafından bilinçli olarak oluşturulmuş haber olduğunu bilmezler. Bu nedenle bağımsız kaynaklardan okudukları bu haberlere reklama oranla daha fazla inanırlar¹²⁷.

3.3.7.4.Sağlık Hizmetlerinde Satış Tutundurma

Satış tutundurma, reklam, kişisel satış, duyurum ve halkla ilişkiler dışındaki öbür pazarlama iletişim çabalarıdır. Bunlar aralıklı olarak satış noktalarında gösteriler, sergiler düzenleyerek, kuponlar, primler, bedeva örnek ürünler, ticaret pulları vb. dağıtılarak yapılır¹²⁸. Sağlık hizmetlerinde sınırlı sayıda satış tutundurma yöntemleri (araçları) kullanılır. İlaç firmaları ilaçlarının denenmesini teşvik etmek için satış tutundurma yöntemini kullanırlar. Sağlık hizmetlerinde satış tutundurmanın sınırlı olarak kullanılmasının nedeni ihtiyaç duyulmayan sağlık hizmetlerinin teşvikinin sağlanamamasıdır.

Satış tutundurma, tüketicilere ve aracılara yönelik olarak ikiye ayrılır. Tüketicie yönelik satış tutundurma faaliyetleri için önemli olan; tutundurma faaliyetlerinin bir markanın niteliklerini, faydalarını yada özelliklerini ne derece destekleyip desteklemediğidir. Aracılara yönelik satış tutundurma faaliyetleri için ise; araçların yeni ürün kalemlerini stok etmeleri veya daha büyük miktarlarda kaliteli ürünleri sıkça almalarını özendirme¹²⁹.

Sınırlı da olsa sağlık hizmetinde görülen satış tutundurma uygulamalarından bazıları şunlardır;

Kuponlar: Satış tutundurmanın en yaygın kullanım şeklidir ve bir kısmı sağlık hizmetlerinde kullanılır. Bazı hastaneler ücretsiz kan basıncının ölçümü veya özel bir tıbbi problemle ilgili broşür için kupon verir.

Nakit avantaj indirimi: Bu satış tutundurma şekli satın alınan özel bir markaya karşılık tüketicilere parasal teşviklerin sağlanmasını içerir. Avcılar hastanesi, yüksek tansiyon kalp hastalıkları, genel sağlık ve baş ağrısını içeren check-up'larda promosyon programları dahilinde özel indirimler uygulanmaktadır. Kampanya çerçevesindeki tüm check-uplar 100 milyon liraya yapılmaktadır. Ayrıca doğum ve hastanede yatarak tedavi görmüş hastalara ise yüzde otuz indirim uygulanmaktadır.¹³⁰

Örnek ürün: Bir malı tüketiciye sunmak, ya da hiçbir karşılık ödemedi örnek olarak kullanmak amacıyla önermek. Kapı kapı dolaşarak dağıtılabilir, postayla gönderilebilir veya mağazadan alınabilir¹³¹. Sağlık hizmetlerinde, ilaç firmalarının satış temsilcileri ilaçların denenmesi için örnek ilaçları doktorlara dağıtırlar.

127 BERKOWITZ, a.g.e., s.294-295.

128 OLUÇ, "Tutundurma-İletişim", s. 10.

129 Abdullah ÖÇER, "Basın Sektöründe Satış Promosyonu Uygulamasının Etkinliği: Ekonometrik Analiz", **Pazarlama Dünyası**, Yıl:12, Sayı:69, (Mayıs-Haziran 1998), s.30.

130 Erkan Çelebi, "Özel Hastanede Promosyon Dönemi", **Hürriyet Gazetesi**, (27 Şubat 2000), s.12.

131 Philip KOTLER, **Pazarlama Yönetimi**, (Çeviren Yaman ERDAL, Ankara 1996), s.305.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ

1.KALİTENİN TANIMI

Günümüzde yönetim yaklaşımlarına damgasını vuran en önemli değişimlerden biri kalite anlayışından ortaya çıkmıştır. Rekabet üstünlüğü kazanmak için birbiriyle yarışan ürün ve hizmet üreticileri, kalitenin oynadığı önemli rolün farkına vardıkları andan beri sürmekte olan kalite sağlama çabalarının geçirdiği evrim, günümüzde tüm organizasyon çalışanlarının gönüllü katılımıyla sağlanmıştır. Geleneksel yönetim yaklaşımlarında hizmetin üretici tarafından belirlenen bazı standartlar taşıması olarak nitelenen kalite unsuru, artık, hizmetin müşteri tarafından tercih edilmesini sağlayan tüm unsurların bir bileşkesi olarak düşünülmektedir. Kalite sağlama çabaları, sonuçlara yansidikça, kalitenin sadece müşteri tercihi yaratarak, rekabet üstünlüğü kazandırmakta kalmadığını aynı zamanda geleneksel “kalite pahalıdır” anlayışının tersine maliyet ve verimlilik açısından da daha başarılı sonuçlara ulaştırdığı keşfedilmiştir¹³².

Dün iyi çalışmanın yeterli olduğu bir dünyada, bu gün bütün dikkatlerin kalite kavramına çevrilmesinin başlıca nedenleri, iki grupta özetlenebilir: Bunlardan birincisi, en az batılı sanayileşmiş ülkeler kadar kaliteli üretim yapmaya başlayan yani sanayileşmiş ülkelerin dünya pazarlarına getirdikleri acımasız rekabet faktörüdür. İkinci neden ise, ürün ve hizmetlerin niteliksel gelişmesidir. Giderek daha karmaşık bir yapıya sahip olan ürünler ve hizmetler, üretiminde daha çok çaba gerektiren yüksek kalite ve performans düzeylerine ulaşılmasını bir zorunluluk haline getirmiştir¹³³.

İnsanların ekonomik koşulları iyileştikçe, kalite konusunda da bilinçlendikleri gözlenmektedir. Özellikle günümüzde tüketicilerin kalite konusunda hızlı bilinçlenmeleri, işletmelerin kalitenin ekonomik bir kavram olarak nitelendirmeye yöneltmiştir. Kalitenin ekonomik bir kavram haline gelmesi ve kalite başarılarının işletme ve ülke düzeyinde sağlayacağı kazançların açıkça belirginleşmiş olması, bu kavramın yeniden ele alınmasına neden olmuştur¹³⁴.

¹³² Fulya SARVAN ve Oğuz BERK, “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt:24, Sayı: 2, (Kasım 1995), s.11-12.

¹³³ Zeynep DÜREN, *İşletmelerde Kalite Çemberleri*, (İstanbul 1991), s.11-12.

¹³⁴ Nurettin PİŞKİRCİOĞLU, “Kaliteyi Raslantılar Değil Sistemli Çabalar Oluşturur”, *Anahtar*, Yıl:1, Sayı:8, (Ağustos 1989), s.5.

Kalite, bir ürün veya hizmetin niteliklerinin bu hizmeti veya ürünü alan veya kullanan kişinin beklentilerini karşılayabilme derecesidir. Yani, kişi satın aldığı veya kullandığı ürün veya hizmetin özelliklerinden memnun kalıyorsa, o ürün veya hizmet kişiye göre kaliteli bir üründür. Tüketici beklentileri, o kişinin estetik anlayışı, toplumdaki konumu, cinsiyeti ve yaşına göre değişmektedir. Tüketicilerin belirtilen bu durumlara göre talep ettikleri değerler birbirinden her zaman farklı olacaktır. Bu nedenle tüketici beklentilerinin çok iyi bir şekilde belirlenmesi ve beklentilere en uygun ürün veya hizmetlerin üretilmesi gerekmektedir.

Amerikalı bir kalite uzmanı olan Juran, kaliteyi “kullanıma uygunluk” olarak tanımlarken; Avrupa Kalite Organizasyonu (EOQ) ise, “bir ürün veya hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesi” olarak tanımlamıştır¹³⁵.

Diğer bir kalite uzmanı olan Friegenbaum kaliteyi, “kullanılmakta olan ürün veya hizmetin tüketicilerin beklentilerine yanıt verebilmesini sağlayan, pazarlanabilir, üretim ve bakım özelliklerinin toplamıdır” şeklinde tanımlamıştır¹³⁶.

2.HİZMET KALİTESİ

1950’lerin başlarından 1970’lerin sonlarına kadar somut ürünlerin kalitesi ile ilgilenilmiştir. 30 yıldan fazla bir çabayla teknik kalitenin yükseltilmesi, hataların nedenlerinin keşfedilmesi ve onların azaltılması kalite kontrolünü yerleştirmiş ve üretim süreçleri denetim altına alınarak ürünün kalitesinin arttırılmasına neden olmuştur ve birçok firmanın ekonomik güçlülüğü sağlanmıştır. İlk defa 1980’lerin başında hizmetlerin kalitesi ve insani davranışlara kalite olarak odaklanılmıştır. Böylelikle hizmet kalitesine yönelik araştırmaların son 20 yılda yapıldığını söylemek mümkündür. Parasuraman’a göre 1970’li yıllara kadar hizmet endüstrilerindeki kalitenin tanımlanmasındaki eksikliklerin nedeni kalite kavramının mahiyetinin sınırlanamamış ve özelliklerinin ölçülememiş olmasıdır. 1980’lere kadar kalitenin tanımlanmasına yönelik teşebbüsler hep bireysel kalite değerlemeleri olarak kalmış ve genellemeler yapılamamıştır¹³⁷.

¹³⁵ Rıdvan BOZKURT ve Nilüfer ASİL, “Kalite Politikasını Oluşturma Süreci”, **Verimlilik Dergisi**, (Mart 1995), s.34.

¹³⁶ Ömer PEKER, “Toplam Kalite Yönetimi”, **Amme İdaresi Dergisi**, (Mart 1993), s.201.

¹³⁷ Nesrin ÇAKIR, “Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesi ve Şile Bölgesinde Bir Araştırma”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir 1998), s.21.

Hizmet işletmelerinde kalite, kavranması, uygulanması ve denetimi açısından daha belirsiz ve karmaşık bir alandır. Hizmet kalitesini tanımlamak ne kadar zor olursa olsun, yönetimlerin bilmeleri gereken tek şey “hizmette kalitenin üretici-satıcı tarafından değil, tüketici tarafından belirlendiği” ya da tanımlandığı gerçeğidir¹³⁸. Hizmetler nesneden çok performans oldukları için, aynı kaliteyi sağlayan kesin imalat spesifikasyonlarının işletme tarafından oluşturulması zordur. Hizmet kalitesi bir imalat ortamından oluşturulup, eksiksiz olarak müşteriye ulaştırılmaz. Birçok hizmet, kaliteli bir hizmet sunulmasını garantilemek için satıştan önce sayılamaz, ölçülemez, stoklanamaz, test edilemez ve doğrulanamaz. Daha da ötesi hizmet performansı- özellikle emek yoğunluğu yüksek olan hizmetler- işgörenlere ve müşterilere göre ve günden güne değişiklik gösterebilir. Birçok hizmette kalite hizmetin ulaştırılması esnasında, genellikle de müşteri ve hizmet personelinin etkileşimi esnasında oluşur. Bu nedenle hizmet kalitesi büyük oranda personelin performansına bağlıdır ki personel de bir fiziksel malın girdileri kadar kontrol edilemeyecek bir örgütsel kaynaktır. Hizmetler için kalite standartları oluşturmak mallardan daha zordur. Hizmetlerin bazı yönleriyle ilgili sayısal olarak ifade edilen kalite standartları oluşturulabilir (Bir müşteriye ayrılan zaman, müşterinin bekleme zamanı gibi) ancak insanların davranışlarına (güleryüz, ilgi, yakınlık, gibi) standartlar getirmek zordur¹³⁹.

2.1.Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet kalitesini kavrayabilmek ve yönetebilmek için hizmet kalitesini çeşitli bileşenlere ayırmak önemlidir. Böylece bu olguyu daha somut hale getirmek mümkün olabilir. Burada ele alınan hizmet kalitesi boyutları Grönroos ve Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından açıklanan boyutlardır.

2.1.1. Christian Grönroos Tarafından Açıklanan Kalite Boyutları

Christian Grönroos'a göre temel olarak bir hizmet kalitesinin müşteriler tarafından algılanan şekliyle ilgili iki boyut bulunmaktadır¹⁴⁰.

- Teknik ya da sonuçla ilgili boyut ve
- İşlevsel ya da süreçle ilgili boyutu

¹³⁸ Ömer Baybars TEK, **Pazarlama İlkeleri Global Yönetimsel Yaklaşım Türkiye Uygulamaları**, (Cem Ofset Matbaacılık Sanayii A.Ş, İstanbul 1997), s.432.

¹³⁹ ÖZTÜRK, a.g.e., s.136-137.

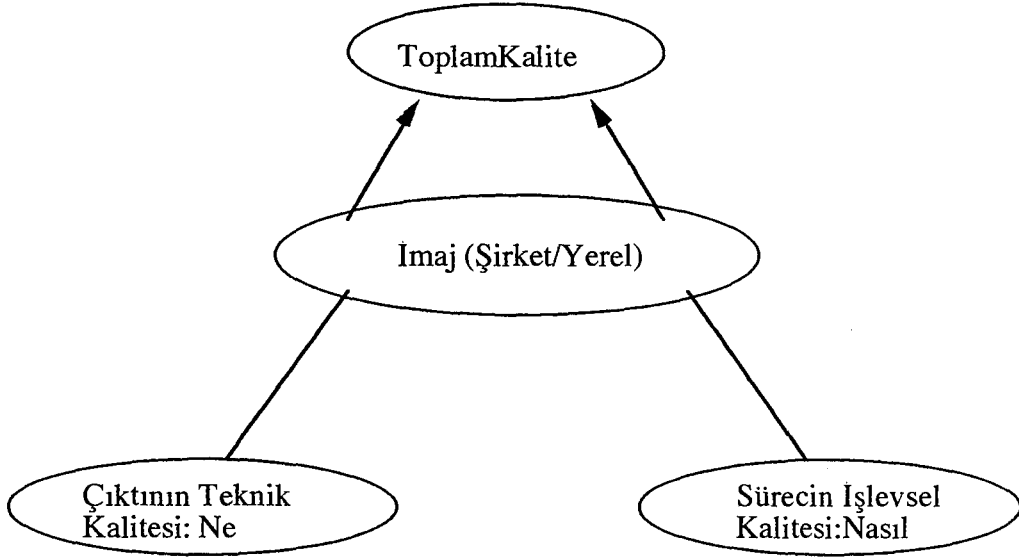
¹⁴⁰ Aynı, s.138.

Bir otel müşterisine bir oda ve yatabileceği bir yatak sağlayacaktır, bir restoranın müşterisi yemek elde edecektir, bir uçak yolcusu bir yerden diğerine ulaştırılacaktır, bir şirket danışmanının müşterisi yeni bir örgüt şeması sahibi olacaktır, bir fabrikanın ürünleri depolardan müşterilere ulaştırılacaktır ya da makinenin teknik servisi imalatçı tarafından sağlanabilecektir. Hizmet örgütünün bu tür faaliyetlerinin sonuçları müşterinin kalite deneyiminin bir parçasıdır. Müşterilerin hizmet örgütüyle etkileşimleri sonucunda ne elde ettikleri müşteriler için ve onların kalite değerlemeleri için önemlidir. Ancak bu kalitenin sadece bir boyutudur ve üretim süreci bittiğinde ya da satıcı ve müşteri etkileşimi sona erdikten sonra müşteriye ne kaldığı anlatılır. Genellikle -ancak her zaman değil-kalitenin teknik boyutu müşteri tarafından daha objektif olarak ölçülebilir. Çünkü bu müşterinin bir problemine teknik bir çözümü ifade eder. Bir saçın kesildikten sonraki görünümü, tamir edilen bir makinenin performansı ya da tedavi edildikten sonraki hastanın durumu kalitenin teknik boyutunu verir.

Genellikle hizmeti sunan ve müşteri arasında bir dizi müşteri açısından tatmin edici ya da etmeyici etkileşimler yaşanır. Müşteri şüphesiz ki teknik kalitenin kendisine nasıl ulaştırıldığından yoğun olarak etkilenecektir. Bir hastanenin ulaşılabilirliği, sağlık personellerinin görünüşleri ve davranışları; bu sağlık personelinin görevlerini yerine getiriş biçimleri, ne söyledikleri ve nasıl yaptıkları da hastaların hizmet hakkındaki görüşlerini etkileyecektir. Müşterinin hizmeti nasıl elde ettiği ve eşzamanlı üretim ve tüketim sürecini nasıl yaşadığı kalitenin işlevsel boyutunu gösterir ve işlevsel kalite boyutu teknik kalite kadar objektif değerlendirilemez.

Görnroos, kalitenin algılanması söz konusu olduğunda imajın bir süzgeç olduğunu vurgulamaktadır. Genellikle hizmet sunucusu markaların ya da distribütörlerin arkasına saklanamaz. Çoğu durumda müşteri firmayı, kaynaklarını ve faaliyet biçimlerini fiilen görecektir. Dolayısıyla şirket ve/veya yerel imaj hizmetler için önemlidir ve kalitenin algılanışını çeşitli biçimlerde etkileyebilir. Müşterilerin kafasında hizmet sunucusu iyiye ve olumlu bir imaja sahip ise küçük hatalar affedilecektir. Eğer hatalar sık sık meydana gelirse imaj bozulacaktır. Eğer hizmet işletmesinin imajı olumsuz ise herhangi bir hatanın etkisi diğer durumlara göre çok yüksek olacaktır¹⁴¹.

141 Aynı, s.141.



Şekil 11: İki Hizmet Kalitesi Boyutu

Araştırmalar göstermektedir ki işlevsel kalitenin yüksek olması, örneğin müşteriyle ilişkide bulunan personelin performansı teknik kalitedeki ufak tefek aksaklıkların hoş görülebilmesine neden olmakta, teknik kalitedeki performans düşüklüğünü telafi edebilmektedir. Bir hizmetin teknik kalitesi uygun düzeyde ancak işlevsel kalite yetersiz düzeyde ise teknik performansın müşteriye tatmin etme düzeyinden bağımsız olarak genellikle müşteriye tatminsizlik hakim olacaktır.

2.1.2. Parasuraman, Zeithaml ve Berry Tarafından Açıklanan Hizmet Kalitesi Boyutları

Parasuraman ve arkadaşları hizmet kalitesini değişik pazarlar için genelleştirebilecek beş temel boyutu olduğunu öne sürmüştür. Bunlar; güvenilirlik, tepki (karşılık) verebilmek, güvence, örgütün kendini müşterinin yerine koyabilmesi (empati) ve fiziksel varlıklardır. Bu beş faktör dört farklı hizmet grubunu kapsayan kapsamlı bir araştırmanın sonucundan çıkan on hizmet bileşeninden türetilmiştir. Bu bileşenler aşağıda açıklanmaktadır:

-Güvenilirlik performansta tutarlılık, firmanın hizmeti ilk defada doğru yapması, ayrıca firmanın sözünü tutması anlamına gelir. Hasta dosya kayıtlarının doğru tutulması tedavi giderlerinin doğru faturalanması, kayıtların düzgün tutulması ve hastalara verilen randevu saatinin zamanında yerine getirilmesini kapsar.

-Karşılık vermek işgörenlerin hizmeti sağlama konusunda hazır ve istekli oluşunu ve hizmetin zamanında olmasını içerir. Örneğin hastaneye yeni yatan bir hastanın, odasının ayarlanması ve tedavisine hızlı bir şekilde başlanması gibi.

-Yetkinlik, hizmeti yerine getirmek için gerekli olan beceri ve bilgiye sahip olma anlamına gelir.

-Ulaşılabilirlik yaklaşılabirliği ve kolay ilişki kurulmasını ifade eder. Sağlık hizmetleri yapı gereği süreklilik arzeder ve herhangi bir saatte problemle karşılaşan hastalara o anda gerekli olan tüm tıbbi müdahalenin verilmesi gerekir.

-Nezaket müşteriyle ilişkide bulunan görevlinin kibarlığını, saygısını, dostluğunu içerir. Resepsiyonistlerin ya da telefon operatörlerinin nezaketini de kapsar.

İletişim müşterilerin anlayabilecekleri bir dilde bilgilendirmek ve onları dinlemek anlamına gelir. Firmanın dilini farklı müşteriler için farklılaştırabilmesi anlamını da taşır. Örneğin, daha eğitilmiş bir müşteri için daha ileri düzeyde bir dil kullanılırken, daha eğitimsiz bir kişi için basit bir dil kullanılması gibi. Örneğin doktorlar hastalıkları hakkında hastaları bilgilendirirken onların anlayabileceği düzeyde ve tıbbi terimlerden arındırarak bilgi vermeleri gerekir. Müşteriye hizmetin kendisini, hizmetin maliyetini açıklamayı, müşteriye bir problemin halledileceği konusunda güvence vermeyi kapsar.

İtibar (kredibilite), inanılabilirliği, dürüstlüğü, müşterinin çıkarlarını kalben hissetmeyi içerir. Kredibiliteye katkıda bulunan faktörler; firma ismi, firma itibarı, müşteriyle etkileşimde bulunan satış teknikleridir. Örneğin SSK hastanelerinde yaşanan tıbbi hatalar bu hastanelerin itibarını düşürmüştür.

Güvenlik tehlikeye, riske ya da şüpheye maruz kalmama anlamına gelir. Fiziksel güvenliği, finansal güvenliği ve mahremiyet konularını içerir. Sağlık hizmetlerinde fiziksel güvenlik ve mahremiyet hastalar için çok önemlidir. Çünkü bu hizmeti alan hastaların sağlıkla ilgili problemleri kişiye özel konuları içermektedir. Bu yüzden sağlık personeli hasta mahremiyeti ve fiziksel güvenlik konularında dikkatli davranmalı ve hasta dosyaları gizli tutulmalıdır.

Müşteriyi anlamak, bilmek müşterinin ihtiyaçlarını anlamak için çaba göstermeyi kapsar. Müşterinin spesifik ihtiyaçlarını öğrenmeyi, müşteriye bireysel ilgi göstermeyi ve düzenli müşterileri tanımayı içerir.

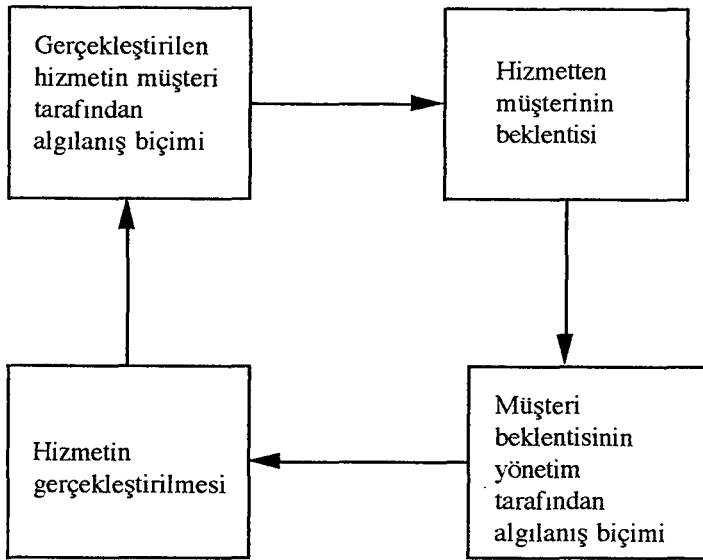
Fiziksel varlıklar hizmetin fiziksel kanıtlarını içerir. Örneğin fiziksel tesisler, personelin görünüşü, hizmet sunmak için kullanılan araçlar ve ekipman, hizmeti

fiziksel olarak temsil eden şeyler ve hizmet tesisindeki diğer müşteriler.

2.2.Hizmet Kalitesi Modeli (Hizmet Kalitesinde İletişim)

Açıklanan hizmet modeli, müşterinin beklediği ve algıladığı hizmet kalitesi arasındaki açıklık üzerine kurulmuştur.

Aslında beklenen ile algılanan arasındaki bu kısa devrenin arkasında daha geniş bir kapalı çevrim bulunmaktadır. Bu çevrim, müşterinin gereksinim ve beklentisinin yönetim tarafından algılanmasından başlayıp, hizmetin gerçekleştirilmesine ve gerçekleştirildikten sonra müşteri tarafından algılanmasına kadar geçen süreci kapsamaktadır. Bu çevrimi özetle şöyle şekillendirebiliriz¹⁴².



Şekil 12: Hizmet Kalitesinde İletişim

Bir hizmet işletmesini rakiplerinden farklılaştırmanın yollarından biri çok yüksek kalitede hizmet sunmaktır. Önemli olan, müşterinin istediğini karşılamak ve hatta istenilenden fazlasını sunmaktır. Müşteri istekleri, geçmişteki tecrübeleriyle, ağızdan ağıza iletişimle ve firmanın reklamlarıyla şekillenir. Müşteri, hizmet sunan kişiyi bu temel fikirlerde seçer ve sunulan hizmetle beklenen hizmetin karşılaştırmasını yapar. Eğer sunulan hizmet beklenenden daha alt seviyede gerçekleşirse, müşterinin hizmete ilgisi azalır. Fakat tam tersi olduğunda, müşteri aynı hizmeti satın almaya devam eder¹⁴³.

¹⁴² Haluk ERKUT, **Hizmet Kalitesi**, (Toplam Kalite Yönetim Dizisi, Yayın No:2, İstanbul 1995), s.30.

¹⁴³ Nevin ÜZEREM, "Hizmet Kalitesinin Yönetimi", **Pazarlama Dünyası**, Yıl:11, Sayı:63, (Mayıs-Haziran 1997), s.35.

- Yönetim algılaması ile hizmet kalitesi arasındaki boşluk,
- Hizmet kalitesi ile hizmetin sunulması arasındaki boşluk,
- Hizmetin sunulması ile dışsal iletişim arasındaki boşluk,
- Algılanan hizmetle beklenen hizmet arasındaki boşluktur.

Bu model işletmelerindeki hizmet kalitesini arttırmak isteyen tüm yöneticilere açık mesajlar sunar ve hizmet kalitesini ve hizmet pazarlamasını geliştirmek isteyen hizmet örgütleri için bir çerçeve işlevi görür. Bu model başarısız hizmet sunumundaki 5 boşluğu tanımlamaktadır¹⁴⁵

Boşluk 1. Tüketici Beklentisi ve İdari Anlama Arasındaki Boşluk: İşletmeler genellikle tüketicinin tam olarak istediği hizmeti sunamazlar. Örneğin; hastane yöneticileri hastaların güzel yemek çıkmasından şikayetçi olduklarını düşünürler. Oysa hastalar hemşirelerin ilgisinin yoğun olmasını beklerler.

Boşluk 2. İdari Anlama ve Hizmet Kalite Belirlemesi Arasındaki Boşluk: Yönetim, müşterilerin talebine uygun ve doğru cevaplar verebilir. Fakat belli bir performans standardı belirleyemez. Örneğin hastane yöneticileri, hemşirelere “hızlı hizmet” talimatı vermiş olabilir. Ama, belli bir hız niceliği belirlemeden bunu önerebilir.

Boşluk 3. Hizmet Kalite Belirlemesi ve Hizmet Sunuşu Arasındaki Boşluk: Personelin eğitimi zayıf, yoğun veya belirlenen hizmet standardını karşılamak için isteksiz veya standartlara karşı olabilirler.

Boşluk 4. Hizmet Sunumu ve Dışsal İletişim Arasındaki Boşluk: Tüketici beklentileri, işletmenin yaptığı reklam çalışmaları ve işletme temsilcileri tarafından etkilenir. Örneğin; bir hastane, broşürlerinde güzel ve sağlıklı odalarla tanıtım yaparsa ve müşteri gelip bunun tersini görürse yapılan reklam çalışması yanıltıcı olacak ve müşterinin beklentileri yok olacaktır.

Boşluk 5. Sunulan Hizmet ve Beklenen Hizmet Arasındaki Boşluk: Bu, boşluk tüketicinin işletme performansını farklı yollarla ölçmesinden ve hizmet kalitesini yanlış algılamasından oluşur. Örneğin; bir doktor, hastasını iyi muayene etmek için biraz beklebilir. Fakat hasta bunu yalnızca bekletilmek olarak algılayabilir ve böylece yanlış anlama ortaya çıkabilir.

Hizmet kalitesini arttırmak isteyen işletmeler bu boşlukları iyi analiz ederek, ortadan kaldırmaya çalışmalıdırlar. Örneğin modelde bahsedilen birinci boşluk

¹⁴⁵ ÜZEREM, a.g.e., s.36.

işletmenin müşterilerin gerçekte ne istediklerini bilmemesinden kaynaklanmaktadır. İkinci boşluk ise müşteri istek ve ihtiyaçlarını bilmenin yeterli olmadığını anlatmaktadır. Eğer hizmet işletmesinin yöneticileri, politika belirleyicileri müşteri beklentilerini hizmet kalitesi standartlarına dönüştüremiyorlar ise kalite yine kesintiye uğrayacaktır. İşletmelerin genellikle kısa dönemli finansal hedefler peşinde koşmaları, müşteri tatminini yaratacak standartları belirlemelerine engel olabilmektedir. İşletme uygun hizmet standartlarını belirlerse de bu standartlara ulaşmayı sağlayacak-insan, sistem ve teknoloji- kaynakları sağlamıyorsa standartlar işlevsel olmayacaktır. Örneğin, personel bu standartlara ulaşabilecek biçimde işe yerleştirilip eğitilmediyse, personele işini yapabilecek destek sağlanmadıysa üçüncü boşluk oluşacaktır. Dördüncü boşluk ise hizmet işletmesinin iletişim araçlarıyla müşterilere yapabileceğinin üzerinde vadeler göndermesi sonucu yani müşteri beklentileri ile işletmenin vadeleri örtüşmediğinden oluşmaktadır. Beklenti düzeyi yükselen müşteri normal koşullarda “kabul edebileceği” bir performans düzeyini aşırı vadeler nedeniyle kalitesiz algılayabilir¹⁴⁶.

2.3. Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi

Hizmet kalitesindeki gelişmelerin bir işletmeye daha fazla yeni müşteri kazandıracağı, mevcut müşterileriyle iş hacmini arttıracacağı, işletmeyi fiyat yönlü rekabetlerden sıyrabileceği ve hataları telafi etmek için harcanan emek ve masrafı azaltabileceği kanıtlanmıştır. Dolayısıyla hizmet işletmelerinin temel amaçlarından biri hizmet kalitesini geliştirmek olmalıdır. Berry, Parasuraman ve Zeithaml ABD’de hizmet kalitesine ilişkin on yıllık yoğun araştırmalarına dayanarak çeşitli hizmet endüstrilerinde uygulanabilecek ve hizmetlerin iyileştirilmesi için gerekli olduğuna inandıkları on faktörü şöyle sıralamaktadırlar¹⁴⁷:

- 1-Dinlemek
- 2-Güvenilirlik
- 3-Temel hizmet
- 4-Hizmet tasarımı
- 5-Telafi etmek
- 6-Müşterilere sürpriz yapmak
- 7-Adil davranmak
- 8-Ekip çalışması
- 9-İşgören araştırması
- 10-Hizmetkar liderliktir.

¹⁴⁶ ÖZTÜRK, a.g.e., s.143.

¹⁴⁷ Aynı, s.145.

2.3.1. Dinlemek

Kalite programlarının hemen hepsi müşteri yönlü, pazara yönelik vb. kavramlarla ifade edilir. Müşterileri tatmin etmek başarı için gereklidir, dolayısıyla etkin bir işletme müşterilerini dinlemeli ve onlara etkinlikle hizmet vermelidir.

Sağlık hizmetlerinde, hizmetin sunulmasının başında hastaların şikayetlerinin dinlenmesi gelir. Çünkü doktor hastanın şikayetlerine göre gerekli tıbbi müdahaleyi yapacaktır. Doktor hastasına onu dinlediğini hissettirirse hasta almış olduğu sağlık hizmetinden memnun kalacak ve tatmin düzeyi artacaktır.

2.3.2. Güvenilirlik

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından açıklanan hizmet kalitesi boyutları içinde güvenilirlik yapılan araştırmalarda sürekli olarak algılanan hizmet kalitesinin en önemli belirleyicisi olarak bulunmuştur. Güvenilirlik vaad edilen hizmeti zamanında ve doğru olarak yapabilmeyi ifade eder¹⁴⁸.

Örneğin, Internatioal Hospital'da yapılan bir anket sonucunda, ameliyat olan hastalar ameliyathanede beklemek istemediklerini belirtmişlerdir. Bu sorun hastalar için vaad edilen sürede hizmeti alamadıkları için işletme açısından güven problemini ortaya çıkarmıştır. Hastane yöneticileri ise bu problemi çözmek için ameliyat süresini tam olarak tahmin etmenin mümkün olmadığını fakat hastaları memnun etmenin başka yolunu bulmuşlar ve eğer bir geç kalma durumu ortaya çıkarsa gecikmenin başladığı en geç beşinci dakikada "ameliyathanede çıkan bir sorun dolayısıyla 15 dakika geç alınacağı" şeklindeki bir açıklama hastaya yapılmaktadır. Hastane yöneticileri bu açıklamanın hastaları mutlu ettiğini ve hastalara yettiğini belirtmektedirler¹⁴⁹. Güvenilirlik işletmenin hizmetin ulaştırılmasında, müşteri sorunlarının çözümünde ve fiyatta vaadlerini yerine getirmesidir. Bir hizmet işletmesi güvenilir olmadıkça diğer faaliyetlerin pek bir önemi kalmaz. Bir işletme hizmetin sunumunda sık sık hata yaparsa, vaadlerini tutmaz ise müşteriler işletmeye karşı güvenlerini kaybederler. Personelin dostça tavırları ya da hatalar için özür dileme güvenilir olmayan bir hizmetin yerine geçemez. Birçok müşteri işletmenin bir hata karşısında özür dilemesini takdir etse de özür bu olumsuz hizmet deneyiminin anısını her zaman silemez. Güvenilirlik boyutunu netleştirmek için çeşitli hizmet sektörlerinden güvenilirlikle ilgili şu örnekler verilebilir¹⁵⁰.

¹⁴⁸ Aynı, s.146.

¹⁴⁹ Nida ÖZVEREN, "Mutlu Hastalar", **Kariyer Dünyası**, Yıl:2, Sayı:3, (Aralık 1998), s. 63.

¹⁵⁰ ÖZTÜRK, a.g.e., s.150.

Araba Tamiri	Problem ilk defa halledildi ve araba söz verildiği zamanda hazırды.
Havayolları	Uçaklar programda belirtilen zamanda belirtilen yerlere inmiş ve kalkmıştır.
Sağlık hizmetleri	Randevular sırasıyla alınmıştır, teşhisler doğrudur.
Mimari	Projeler önceden belirtilen zamanda ve bütçede sunulmuştur.
Bilgi işleme	İstenildiği zaman gerekli bilgiler sağlanmaktadır.

2.3.3. Temel Hizmet

Berry, Parasuraman ve Zeithaml'ın hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik üçüncü önerileri ise "temel hizmet" üzerinde odaklanmaktadır. Araştırmacılara göre müşteriler hizmet işletmesinden boş vaatler değil, temel şeyler beklerler. Müşteriler mantık dışı beklentiler içinde değildirler, dolayısıyla işletme müşteri için en önemli olan temel hizmet özelliklerini belirlemeli ve bu temeller üzerinde yoğunlaşmalıdır. Araştırmacılar yaptıkları odak grubu görüşmelerinde müşterilerin olağan dışı beklentileri olmadığını, isteklerinin temel hizmetlere yönelik olduğunu görmüşlerdir. Örneğin yaralanma şikayeti ile acil servise başvuran bir hastanın isteği bulunduğu durumda hayati tehlikesinin olup olmadığını belirlenmesi ve gerekli tıbbi müdahalenin en iyi şekilde yapılmasıdır.

Temel hizmetin müşteri tatmini üzerindeki etkisi çok büyüktür.

2.3.4. Hizmet Tasarımı

Müşterilerin beklediği temel hizmetin güvenle ulaştırılması, bir hizmet sistemindeki çeşitli unsurların beraber nasıl işlediğine bağlıdır. Bu hizmet zincirinde spesifik hizmetleri yerine getiren insanları, bu performansları destekleyen ekipmanları ve hizmetin yerine getirildiği fiziksel ortamı kapsar. Genellikle zayıf hizmet kalitesi için hizmeti ulaştıran insanlar suçlanır ancak gerçek suçlu çoğu zaman hizmet sisteminin tasarımının zayıf olmasıdır. Genellikle hizmet sistemi tasarımındaki hatalar ayrıntıları ile ilgilidir.

Örneğin Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri departmanında hastalara sunulan hizmetin kalitesi; yapı, süreç ve sonuçlar olarak değerlendirilmiştir. Bu uygulamada hemşireler tarafından sunulan hizmetin kalitesi planlı ve sistemli olarak tasarlanmıştır. Hemşirelik hizmet tasarımı başta hemşirelerin sorumluluk ve hizmet alanları belirlenmiştir. İkinci adımda tanımlanan hizmet alanlarında sık görülen, risk taşıyan, ve hastalar için problem olan hizmet unsurlarının neler olduğu belirlenmiştir. Daha sonraki aşamada veri toplama sisteminin oluşturulması ve hizmet değerlendirilmesi yöntemi belirlenmiştir. Bu hizmet tasarımının uygulanması için yapılması gereken işlemleri üç grupta toplamışlardır:

1. Sistem Problemi: Araç/gereç ve formlarda değişiklik
2. Bilgi Yetersizliği Problemi: Hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim
3. Davranış Problemleri: Danışmanlık ve disiplinler uygulamalarıdır.

Bu hizmet tasarımından sonra uygulamaya geçilen hizmette sunum sonrasında yapılan değerlendirmede, servis (klinik) başarı düzeyi Nisan 1993 döneminde % 76,7 ile % 93,7 arasında iken Mart 1994 Mart döneminde % 86,4 ile % 96,9'a yükseldiği saptanmıştır¹⁵¹.

Hizmet tasarımını iyileştirebilmenin bir yolu hizmet projesi (haritası) hazırlamaktır. Hizmet projesi hizmeti oluşturan tüm unsurları bütünsel bir bakış açısıyla görebilmeye olanak sağlayan grafiksel bir yaklaşımdır. Bu projede hizmet sisteminin ayrıntılı bir resmi sunulur ve hizmeti ulaştırmanın daha iyi bir yolu olup olamayacağı araştırılır. Hizmeti ulaştırma sürecindeki tüm adımlar, müşterilerle olabilecek tüm ilişki ve etkileşimler açıkça tanımlanır.

Bir hizmet projesinde iki sınır bulunur. Görülebilirlik sınırı müşteri tarafından görülebilen ve muhtemelen müşterinin de katıldığı süreçtir. Görülemezlik sınırı ise hizmetin müşteriye uygun bir biçimde ulaştırılmasında gerekli olan; ancak müşteri tarafından görülemeyen süreçlerdir. Proje hizmeti üretim sürecinde meydana gelebilecek potansiyel hata(zayıflık) noktalarını da ortaya koymalıdır. Potansiyel hata noktalarının belirlenmesiyle bu noktaların yönetimi ve kontrolü üzerinde daha fazla durulabilir.

Hizmet projesinin hazırlanması yoğun emek isteyen ve özen gerektiren bir çalışmadır ve bu çalışma sonucunda hizmet sisteminin ayrıntılı bir resmi ortaya konur.

¹⁵¹ Gülseren KOCAMAN, Hülya OKUMUŞ, Dilek ÖZMEN, "Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Hemşirelik Departmanında Kalite Geliştirme Uygulama Örneği", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (İzmir 1994), s.373-378.

Hizmet projesi hazırlanmasında izlenmesi gereken adımları Shostack şöyle sıralamaktadır¹⁵².

İlk adım hizmetin açık ve objektif bir biçimde görülebilmesi için hizmetin tüm unsurlarını şema haline getirmektir.

Proje hazırlamada ikinci önemli aşama ise tüm hata noktalarını yani uygulamada ya da tutarlılıkla en çok hataya neden olabilecek alanları belirlemektir.

Üçüncü kritik kısım ise uygulamaya ilişkin standartlar belirlemektir. Bu standartlar hizmet için temel kalite hedefleridir. Uygulamaya ilişkin standartlar sadece hizmetin maliyetine ilişkin standartlar değildir aynı zamanda hizmetin her bir adımının tamamlanmasıyla ilgili performans kriterlerini ve tolerans düzeylerini tanımlar.

Son aşamada ise, hizmetin müşteri tarafından görülebilen tüm kanıtları tanımlanmalıdır. Müşteri tarafından görülebilen her birim, müşterinin hizmet süreciyle etkileşiminde ortaya çıkabilecek bir karşılaşma noktasıdır.

2.3.5.Telafi Etme

En mükemmel hizmeti sunma iddiasında olan işletmeler bile hata yapabilirler. Bir uçak yolculuğunda bavullar karışabilir, bir turda vaad edilen dört yıldızlı otel yerine üç yıldızlı bir otelde kalınabilir. Dolayısıyla hatalar her hizmetin önemli bir kısmıdır ve bazen hizmet işletmenin denetimi dışında meydana gelebilir.

Birçok hizmet örgütü hizmeti sürekli iyileştirme üzerinde odaklanmıştır. Ancak en güçlü hizmet kalitesi programına ya da müşteri yönlü kültüre sahip olan işletmeler bile hizmetin ulaştırılması esnasında hataları tamamıyla ortadan kaldıramaz. Maalesef tek bir olumsuz hizmet karşılaşması bile olağanüstü bir hizmete zarar verebilir. Müşterilerin hizmet kalitesi değerlemelerini düşünerek, alternatif hizmet işletmeleri aramasına yol açar. Dolayısıyla hatalarını düzeltmek ve müşteri şikayetlerini ele alma konusunda hazırlıklı olan hizmet örgütleri etkin hizmet telafisi uygulayarak rakiplerden başarıyla farklılaşabilir. Hizmeti telafi etme bir hizmet hatasına karşı hizmeti sunanın neler yaptığını anlatır. Kalitenin "Sıfır Hata" tanımı genelde imalat-odaklı olduğu için hizmet için daha zor ulaşılabilen bir hedef olarak görülebilir. Hizmet işletmesi hataları en aza indirgese bile, olası hizmet hatalarına/yanlışlıklarına karşı hatalarını telafi edecek uygun stratejilerle müşteri tatmininde meydana gelebilecek düşüşleri önleyebilir hatta müşteriyle ilişkilerini daha da güçlendirebilir. Fakat sağlık işletmelerinde verilen

¹⁵² ÖZTÜRK, a.g.e., s.149.

hizmetlerin “Sıfır Hata” ile verilmesi gerekir. Çünkü yanlış konulan teşhisin ve yanlış uygulanan bir tedavinin telafisi mümkün olmayabilir. Örneğin uçak yolculuğunda bavulu karışan yolcunun bavulunu bulmak ve bu yaşanan durumdan dolayı özür dilemek mümkünken sağlık hizmetlerinde alınan yanlış bir karar, uygulanan yanlış bir operasyon veya tedavi hastanın doku amputasyonuna (kesilmesine) hatta hastanın ölümüne bile sebep olabilir. Böyle bir hatasında telafisi elbette mümkün olmayacaktır. Bunun dışında telafisi mümkün olabilecek hatalar hekimlik ve hemşirelik hizmetleri dışında verilen resepsiyon, beslenme hizmetleri, destek hizmetler ve teknik hizmetlerde mümkün olabilecektir.

Bir hizmet örgütünün müşterinin yaşadığı bir problemi giderebilmesi, telafi edebilmesi için problemin varlığından haberdar olması gereklidir. Bunun için de müşterinin başka yerlere değil “hizmet işletmesine” şikayette bulunmasını sağlamak gereklidir. Müşteri hizmete ilişkin bir problem yaşadığında üç olasılık söz konusu olabilir.

-Müşteri işletmeye şikayet edebilir ve işletmenin verdiği tepkiden memnun olabilir.

-Şikayet edip, verilen tepkiden memnun olmayabilir.

-İşletmeyi şikayet etmez ve memnuniyetsizliği devam eder.

Müşteri sessiz kalıp problemini dile getirmiyorsa işletmeler önemli bir bilgi kaynağından yararlanamamaktadırlar. ABD’deki bir araştırma şirketi yaptığı araştırmada problemi olan müşterilerin ancak % 4’ünün şirkete şikayet ettiğini, kalan % 96’nın ise tatminsizliğinin ortalama 9-10 kişiye aktardığını görmüştür¹⁵³.

2.3.6.Müşterileri Şaşırtmak

Şaşırtmak kavramıyla, müşteri beklentilerinin üzerine çıkarak sunulan hizmeti müşteri açısından beklenmedik bir sürpriz haline getirmek anlatılmaktadır¹⁵⁴.

Kalitenin güvenilirlik boyutu hizmetin müşteri beklentilerini karşılamaında en önemli boyuttur ve hizmetin çıktısıyla ilgilidir. İşletmeler güvenilir olmalı ve sunmayı vaad ettikleri hizmetleri yerine getirmelidirler. Ancak güvenilir olmak bir işletmenin müşteri beklentilerinin üzerine çıkabilmesini sağlamaz. Müşteri beklentilerinin üzerine çıkabilmek için hizmetin süreç boyutunda müşteriye sürpriz yapmak gereklidir. Alışılmadık kibarlık, nezaket, anlayış, beceriklilik ve adanmışlık müşteri için bir sürprizdir. Örneğin Acıbadem Hastane’sinde taburcu olduktan sonra hastane

¹⁵³ Aynı, s.150.

¹⁵⁴ Aynı, a.g.e., s.148.

danışmanlığı tarafından aranan hastalara, “şikayetleri olup olmadığı, rahatsızlıklarının geçip geçmediği” sorularak hastaları şaşırtarak daha iyi bir hizmet vermeyi amaçlamışlardır¹⁵⁵. Müşteri beklentilerinin üzerine çıkmak bu süpriz unsurunu gerektirir ve müşterilere şaşırtıcı süpriz yapmanın en iyi fırsatı ise hizmet sunan ve müşterinin etkileşimde buldukları zamandır. Bir hizmetin güvenilirlik boyutunda mükemmel olması hizmet işletmesinin rekabet edebilmesine olanak sağlar. Süreç boyutunda da mükemmel olmak ise işletmeye mükemmel hizmet kalitesi itibarı sağlar.

2.3.7.Dürüstlük (Fair Play)

Müşteriler hizmet işletmesinden kendilerine adil, dürüst davranılmasının beklerler ve böyle olmadığını algıladıklarında ise işletmeye karşı kuşkulu ve gücenik yaklaşırlar. Adil olmak tüm müşteri beklentilerinin altını çizer. Müşteriler hizmet işletmelerinin sözlerini tutmalarını, dürüst bir iletişim kurmalarını, rahat tesisler sunmalarını ve hızlı hizmet sağlamalarını ve kendilerine bireysel ilgi ve alaka gösterilmesini beklerler. Dürüstlük hizmetin ayrı bir boyutu değildir, ancak müşteri beklentilerinin özünü oluşturur.

Hizmetlerin dokunulmazlığı müşterilerin dürüstlük konularına karşı duyarlılığını arttırmaktadır. Hizmetler nesne olmaktan ziyade performans oldukları için müşterilerin satın almadan önce hizmeti değerlendirmeleri zordur, dolayısıyla güven önemli bir rol oynar. Hepimizin bir çok hizmete yaklaşımımız kuşku yüklüdür. Örneğin şu soru sık sık sorulabilir: bir doktora gittigimizde “gerçekten bu ameliyat gerekli mi, başka bir tedavi mümkün olmaz mıydı?”. Bilgi açısından yeterli olmadığımız bu tür konularda hizmet sunucusunun dürüstlüğü çok daha önemlidir¹⁵⁶.

Hizmet işletmeleri dürüst olmak ve bunu göstermek için özel bir çaba göstermelidir. İşletmeler uygulamalarının dürüstlüğü konusunda geribildirim almak için müşteri araştırmalarını kullanabilirler. Ne yaptıkları ve niçin yaptıkları hakkında müşterilerle ve diğer taraflarla açık, yaratıcı ve düzenli iletişim kurmaya çalışmalıdırlar. Adilliği göstermek için uygulanan stratejilerden biri hizmet garantileri sunmaktır. Hizmetten tatmin olmayan müşterilere garanti sunabilmek müşterinin karşılaştığı sıkıntıyı telafi edebilir. İyi yönetilen bir hizmet garantisi programı bir işletmeyi rekabet karşısında farklılaştırıp, hizmet kalitesini arttırmaya zorlar.

Basit bir ifadeyle garanti, hizmetin müşterisinin hizmetten ne bekleyebileceğini

¹⁵⁵ Mine KILIÇ, “Akıllı Hastane”, **Kariyer Dünyası**, Yıl:2, Sayı:3, (Aralık 1998), s.67.

¹⁵⁶ ÖZTÜRK, a.g.e., s.152.

(vaad) ve bu vaadi yerine getiremediği takdirde işletmenin ne yapacağını açıklayan bir cümledir. Garanti kavramı yeni bir kavram olmasa da hizmetlerde garanti konusu çok yenidir.

2.3.8.Ekip Çalışması

Hizmet performansındaki aksaklıklar ile ekip çalışmasının olmaması arasında yüksek bir ilişki vardır. Dolayısıyla hizmet kalitesini arttırmak isteyen işletmelere önerilenlerden biri de ekip çalışmasına teşvik etmektir¹⁵⁷.

Bir hizmet işletmesinde hizmet verilecek çok sayıda müşterinin olması personelin işini hem fiziksel hem de zihinsel olarak yorucu hale getirmektedir. Hasta ile dolu bir klinik (servis), acil polikliniğinde bekleyen hastalar düşünülünce sağlık hizmetini sunanlar açısından ne kadar stresli ve talepkar bir iş olduğu netleşecektir. Örneğin, bazı hastaları hoşnut etmek mümkün olmayabilir.

Hizmetin sunumunda takım arkadaşlığı hizmet verme motivasyonunun sürdürülmesinde önemli bir dinamiktir. Örneğin acil servis çalışanlarının ekip çalışması içinde olması gerekir. Acil servise başvuran hastaların bakımı, doktor, hemşire, personel, sekreter, güvenlik görevlilerinin oluşturduğu bir ekibin çalışmasıyla gerçekleştirilir¹⁵⁸. Birbirini destekleyen ve beraberce başaran iş arkadaşları hizmet hataları için panzehirdir. Hizmet ekibi oluşturulması şansa bırakılmamalıdır. Çünkü ekibi oluşturan bireylerden birinin olumsuz davranışı tüm ekibe mal edilecektir. Örneğin acil servislerde herhangi bir personelin olumsuz davranışı hasta ve ailesinde acil servis hakkında olumsuz bir izlenim bırakmaya yeterli olacaktır.

İşletmeler sadece fonksiyonlar içinde değil fonksiyonlar arası ekip çalışmasını arttırmak içinde çalışmalıdırlar. Sağlık işletmelerinde ekip çalışması bir zorunluluk olarak ortaya çıkmıştır. Bunun sebebi ise sağlık kurumlarındaki işlevsel bağımlılıktır. Sağlık işletmelerinde işlevsel bağımlılık diğer endüstrilere oranla daha yüksektir. Bir bölümün veya bir personelin işini layıkıyla gerçekleştirmemesi (Örneğin sterilizasyonun tam yapılmaması) hasta ve sağlık kurumu açısından arzu edilmeyen durumların ortaya çıkmasına yol açabilir¹⁵⁹. Bunun için hizmet işletmesindeki farklı fonksiyonlar sık sık toplanmalı, iletişim sağlanmalı, ortak performans amaçları, performans ölçümleri ve ödüller belirlenmeli ve personele hizmet zincirinin çeşitli yönleriyle ilgili çapraz eğitim verilmelidir. Ekip amaçları ve ödüller ekip çalışmasını

¹⁵⁷ Aynı, s.162.

¹⁵⁸ John FOWLER, "Acil Servis Organizasyonu", 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, (İzmir 1994), s.53.

¹⁵⁹ Şahin KAVUNCUBAŞI, "Ekip Çalışması ve Toplam Kalite Yönetimi Açısından Önemi", Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, (Haberal Vakfı, Ankara 1997), s.260.

teşvik edecektir. Ödüller bireysel başarı ve performansa göre değilde ekiplere verilirse ekip ruhu teşvik edilir¹⁶⁰.

Sağlık kurumları yönetimi açısından ekip çalışması, sağlık hizmet sürecine etki etme aracıdır. Ekip çalışmasında önderlik rolünü üstlenen profesyonel yönetici, üretim süreciyle ilgili bir dizi belirsizliği yokedebilir ve hizmet kalitesini geliştirebilir¹⁶¹.

2.3.9. Personel (İşgören) Araştırması

Hizmetin iyileştirilmesini sağlamada personel araştırmaları üç nedenden dolayı müşteri araştırmaları kadar önemlidir: Birincisi personelin kendisi içsel hizmetin müşterisidir ve dolayısıyla içsel hizmetin kalitesini belirleyebilecek tek kişi de onlardır. İçsel hizmet kalitesi dışsal hizmet kalitesini etkilediği için içsel hizmet kalitesini değerlemek gereklidir. Sağlık hizmeti verenler bu hizmeti sağlamak için bir diğerinden hizmet alır. Örneğin, doktor kendi rahatsızlığı için labarotuvardan tahlil isteyebilir. Esas olarak iç hizmet alanların birbirlerinden aldıkları hizmet kalitesi , verdikleri dış hizmetin kalitesini belirler¹⁶². İkincisi; personel, örgütlerde hizmet kalitesini azaltan konular hakkında görüş belirtebilir. Personel, örgütün hizmet ulaştırma sistemini gün ve gün tecrübe eder. Onlar müşterinin gördüğünden fazlasını ve farklı bir açıdan görürler. Personel araştırması hizmet problemlerinin niçin ortaya çıktığını ve bu problemleri çözmek için neler yapılabileceğini bulmaya yardım eder. Üçüncüsü personel araştırması bir erken uyarı sistemi görevi görür. Personelin hizmet ulaştırma sistemine yoğun bir biçimde maruz kalması nedeniyle sistemin çöküşüne yönelik sinyalleri müşterilerden önce görürler.

Hizmet işletmesinin sunduğu ürün bir performans ise bu performansı sunanları dinlemek önemlidir. Bu dinleme süreci daha gelişmiş bir hizmet sistemi tasarımına yol açmalıdır. Personeli dinlemek yönetim ve hizmet personeli arasındaki ekip çalışmasını hızlandırır.

Pazarlama araştırması tüketici ihtiyaç, istek ve tutumlarını belirlemek için kullanıldığı gibi işgören ihtiyaçlarını, isteklerini ve tutumlarını belirlemek içinde kullanılabilir. İşgörenlerin düzenli olarak gözetim kalitesi, çalışma koşulları, ücretler, işletme politikaları ve diğer işle ilgili konuları nasıl algıladıklarını araştırmak önemli faydalar sağlar. Pazarlama araştırmacısının araçları olan anketler, kişisel mülakatlar, grup tartışmaları işgörenlerin istek ve ihtiyaçlarını anlayabilmek için bir yol göstericidir. Örneğin Akdeniz Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma

¹⁶⁰ ÖZTÜRK, a.g.e., s.163.

¹⁶¹ KAVUNCUBAŞI, a.g.e., s.260.

¹⁶² Zuhale BALTAŞ, **Sağlık Psikolojisi**, (Birinci Basım, Remzi Kitapevi, İstanbul, Nisan 2000), s.93.

Hastanesinde hekimlere yönelik bir tatmin araştırması yapılmıştır. Bu araştırmanın amacı; hastanede görev yapan hekimlerin kendilerine hizmet sunan birimlerden, aldıkları tatmin düzeyini belirlemek ve hizmet performansını önemli ölçüde etkileyen sorunları saptayarak iyileştirme çalışmalarında kullanmaktır¹⁶³.

2.3.10. Hizmetkar Liderlik

Liderlik vizyonunun verdiği enerji, yol göstericilik, esin kaynağı ve destek olmadan hizmeti geliştirmek için yapılan yatırımlar (teknolojiye, sisteme, eğitime ve araştırmaya yapılan yatırımlar gibi) tam bir fayda yaratmayabilir. Bir hizmet işletmesinin mükemmel bir hizmet ulaştırması özel bir liderlik biçimi gerektirir ki bu tarz liderlik hizmetkar liderlik olarak adlandırılır. Hizmetkar lider hizmet verenlere hizmet eder, ilham verir ve onların başarımlarını sağlar. Bu tarz liderler temel olarak insanların başarıma kapasitelerine inanırlar ve kendi rollerini mükemmellik için standart ve yön oluşturma ve insanlara işlerini yapabilecekleri araçları ve özgürlüğü sağlama olarak görürler. Bu liderler çalışanlarına güvendikleri için kişisel enerjilerini onlara öğretmeye, ilham vermeye ve şüphesiz onları dinlemeye ayırır¹⁶⁴.

3.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma düşüncesi 1980'li yılların dünyasında hakim bir görüş olmuş ve tüm ülkeler sağlığa ayrılan kaynakları ne olursa olsun yeni arayışlara yönelmişlerdir. Bir yandan kişilerin sağlık bilinci artmış, sağlık hakkı kadar sorumlulukları da olduğu anlayışına gelinmiş, diğer yandan artan daha kaliteli sağlık hizmeti beklentisine karşılık sağlık hizmetleri maliyeti de yükselmiştir. Bu durum, hem ülkeler hem de aynı ülke içinde bölgeler arasında sağlık hizmeti farklılıklarının büyümesine, sağlık personelinin yönetim ve hizmet sunumu aşamalarındaki geleneksel rolünün değişmesine yol açmıştır.

Gerek sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma anlayışı ve gerekse sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri nedeniyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini arttırmıştır¹⁶⁵. Sağlık sektöründe çalışanlar ise gerek insan yaşamıyla doğrudan ilişkili olmanın bilinciyle, gerekse de aldıkları eğitimin

¹⁶³ Kadriye KARAKAŞ, "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında İç Müşteri Kavramının Anlam ve Önemi Akdeniz Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Hekimlere Yönelik Bir Tatmin Araştırması", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, (Haberal Vakfı, Ankara 1997), s.144-145.

¹⁶⁴ ÖZTÜRK, a.g.e., s.165.

¹⁶⁵ Haluk OZSARI, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", **Modern Hastane Yönetimi**, Yıl:1, Sayı:3, (Kasım 1997), s.9.

onlara kazandırdığı yapı gereği daima en iyiye ulaşma çabası içindedirler. Sağlık personeli, arzu edilen hedefe ulaşmanın en önemli şartının, sunulan hizmetin tamamından hasta ve yakınlarının, memnun olmalarını sağlamak gerektiğinin farkındadırlar¹⁶⁶.

Oysaki, bugüne kadar sağlık hizmetlerinde kalite geleneksel olarak, doktorlar ve hastaneler tarafından mesleki ve teknik açıdan tanımlanmıştır. Bugün ise modern kalite tanımları, müşterinin beklenti ve görüşlerinin de kalite tanımında yer almasını gerektirmektedir¹⁶⁷.

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunda tartışmaların ortak noktası; hizmetin gereğinin yapılması ve hizmeti alanın sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan tatmini konularında odaklanmaktadır. Anderson kaliteyi; sağlık hizmet sunucularının sundukları sağlık hizmetine karşı aldıkları para, sağlık hizmeti alanların da daha sağlıklı olma biçiminde tanımladıklarını ifade etmektedir¹⁶⁸.

Kaliteli sağlık hizmeti, farklı önem derecelerinde de olsa her dönemde önemini korumuştur¹⁶⁹. Özellikle son yıllarda kaliteli hizmet toplumların da isteği olmuştur. Bir yandan kurumlar hizmet sundukları bireyi değerli görüp ona daha iyi hizmet götürme sorumluluğu ve isteği duyarken, diğer taraftan kendisini değerli bulan ve giderek bilinçlenen bireyler, her türlü hizmetin en iyisini almaya hakları olduğu düşüncesiyle “daha iyi” ve “kaliteli hizmet” talebinde bulunmaktadırlar. Kaliteli sağlık hizmeti, “özel gereksinimlerin karşılandığı, varolan olanakların ve en iyi bilgilerin sunulduğu, sağlıkta riskleri minimize ve yararları maksimize etmeye yönelik olan ve hasta beklentilerinin yerine getirildiği bir hizmettir”¹⁷⁰.

Sağlık konusunda “kalite”, tamamen açıklanması çok güç belkide imkansız olan

¹⁶⁶ Yaman ZORLUTUNA, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, (Haberal Vakfı, Ankara 1997), s.185.

¹⁶⁷ Zahide KOCADAĞ, Hacer ÖZGEN, “Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi”, **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (İzmir 1994), s.326.

¹⁶⁸ Haluk Özseri, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkililik”, **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, (Haberal Eğitim Vakfı, 11-12 Kasım Ankara 1994), s.116.

¹⁶⁹ Korkut ERSOY ve Hacer ÖZGEN, “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimine Kısa Bir Bakış”, **Önce Kalite**, (Ekim 1995), s.5.

¹⁷⁰ Lale ALGIER ve Gülten UYER “Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Geçişte Hemşirelerin Eğitimi”, **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (İzmir 1994), s.245.

bir kavramdır. Donabedian, Tablo 4'te gösterilen sağlık hizmetlerinin yedi özelliğinin kaliteyi belirlediğini ileri sürmektedir. Bu özellikler¹⁷¹;

Tablo 4: Sağlık Hizmetinde Kalitenin Bazı Özellikleri

<p>1.Etkenlik Sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi hizmet</p> <p>2. Etkililik Sağlık durumunda sağlanabilir iyileştirmeyi gerçekleştirme</p> <p>3.Verimlilik En az giderle en fazla faydayı sağlama</p> <p>4. Optimallik Maliyetler ve yararlar arasında en iyi dengenin sağlanması</p> <p>5. Kabul edirlilik Hastaların ve yakınlarının arzuları, istekleri ve beklentilerine uygunluk</p> <p>6. Yasallık(Meşruluk) Toplumsal tercihlere uygunluk</p> <p>7.Eşitlik (Adil olma) Sağlık hizmetinin sunumunda ve kullanımında adaletin sağlanması</p>
--

Kaynak:Avedis DONABEDIAN, "Kalite Güvencesi", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:1, Sayı:1, Kış 1992, s.19.

1.Etkenlik: Sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi hizmeti sağlayabilme derecesidir.

2.Etkililik: Sağlık durumunda elde edilebilecek en iyi iyileştirmeyi gerçekleştirme derecesidir. Etkililiğin denetlenmesi, bilimsel işlemlerin uygulanmasındaki beceri kadar, bilimsel bilgi ve kararı da içerir. Ayrıca hastaların kendilerine sunulan hizmetlere etkili bir şekilde katılmalarına da sağlar.

3.Verimlilik: En az giderle belirli bir kalite düzeyinde sağlık hizmetin sağlanması olarak tanımlanabilir. Aynı zamanda maliyetler düşürüldüğü zaman, sunulan hizmetin kalitesinin azalmaması da önemlidir.

4.Optimallik: Maliyetler ve yararlar arasındaki dengenin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetinin etkilerine, ya da parasal faydalarına karşı maliyetlerin dengelenmesidir.

¹⁷¹ Avedis DONABEDIAN, "Kalite Güvencesi", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:1, Sayı:1, (Kış 1992), a.g.e., s.19.

5.Kabuledilirlik: Sağlık personeli, kalite değerlendirme ve geliştirme çalışmalarında hasta tercihlerini ve toplumsal beklentilerini dikkate almak; verilen hizmetin hastaların istek, değer ve beklentileri ile uyumlu olmasını sağlamak zorundadır. Bu olgu kabuledilebilirlik olarak nitelendirilmektedir. Kabuledilirlik, 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar ¹⁷²: Kolay bulunabilirlik, hasta-sağlık personeli ilişkisi, hizmet sunucuların davranışları, hizmetin etkisi ve maliyeti hakkındaki hasta tercihleridir.

Hastalar, hizmetin kolay ulaşılabilir olmasını ve iyi şartlar altında sağlanmasını isterler. Hastalar, sağlık hizmet ortamlarında, sağlık hizmetini bizzat verenlerin ve diğer ilgililerin, kendilerine yönelik davranışları konusunda büyük bir birikime sahiptirler ve nezaket, hürmet ve kişisel ilgi beklerler. Aynı zamanda hastalar, düşük maliyette etkili sağlık hizmeti almak isterler. Ancak aldıkları hizmetin sonuçları ve maliyeti konusunda değerlendirmeyi kendi tercihlerine göre yaparlar. Bu yüzden, özellikle hizmet maliyetinin yüksek olduğu durumlarda, hastaların konu ile ilgili olarak bilgilendirilmesi gerekir.

6.Yasallık (Meşruluk): Verilen sağlık hizmetinde toplumsal tercihlere uygunluk söz konusudur. Yasallık, ahlaki prensipler, değerler, normlar, adetler, kanunlar, düzenlemeler ve sosyal tercihler konusunda uygunluk olarak da tanımlanabilir.

7. Eşitlik (Adil Olma): Hizmet sunumunda ve kullanımında adaletin sağlanmasıdır. Eşitlik, sağlık hizmetinin toplum üyeleri arasındaki dağıtımında doğru ya da adil olmayı belirleyen prensipler olarak tanımlanabilir¹⁷³.

Bugün gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi kavramı, hizmetle içiçe değerlendirilir hale gelmiştir. Kaliteli sağlık hizmetinde, ister koruyucu ister tedavi edici hizmet olsun, hiçbir zaman gözden uzak tutulmaması gereken şey, birbirini tamamlayan ve birbirinin içine girmiş olmasıdır. Özseri'ya göre ise, sağlık hizmet kalitesinin ayrı başlık olarak sınıflanması mümkün değildir. Fakat sağlık hizmetlerinde bazı kalite kriterleri bulunmaktadır. Bu kriterler ise şunlardır¹⁷⁴;

-İhtiyaç: Sağlık hizmeti alacak olanın, alacağı hizmete gerçekten ihtiyacı olmalıdır. Sağlık hizmetlerinde hizmeti alan, hizmetin etkisi, niteliği, uygulanması veya uygulanmaması halinde doğacak sonuçlardan bilgi sahibi değildir, hatta ihtiyacı olduğunu bile bilmeyebilir. Bu nedenle hem sosyal hem de ekonomik yönden ihtiyacı olana sağlık hizmeti verilmelidir.

¹⁷² Aynı, s.22.

¹⁷³ Aynı, s.24.

¹⁷⁴ ÖZSARI, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", s.9-10.

-Uzmanlık: Sağlık hizmetlerinde temel üretim faktörü olan insangücü, konusunda uzmanlaşmış olmalıdır. Bu arada amaç; hizmetin basamaklanmasını ihmal eden bir uzmanlaşma değil, tam tersi olarak hizmetin uygun basamaklarda uzman kişilerce sunulmasıdır. Talebi hizmeti alanın belirlemediği sağlık sektöründe, hizmetin arzında hizmeti talep edenin uygun ve doğru yönlendirilmesi, şarlatan ve simsarlardan uzak tutulması amacıyla diplomalı kişilerce sunulması bunun en belirgin örneğidir.

-Yaklaşım: Hizmete ihtiyacı olana mesleki ve insani açıdan sevecenlikle yaklaşma (tıbbi etik), içinde bulunulan sosyoekonomik ve sosyokültürel değerlere gelenek ve göreneklere uygun yaklaşma, hizmet kalitesinin önemli unsurlarından biridir. Örnek olarak, damar sertliği tehdidine karşılık beslenme rejiminde ılımlı ve aşamalı değişiklik önerilmesi, radikal ve ani değişim önerilerine göre daha etkin olacaktır.

-Maliyet Etkililik: Aynı amaca ulaşan farklı yollardan sunulan sağlık hizmetlerinden, daha az maliyetle çıktıya ulaşmanın seçilmesidir. Yani bu yolla daha az kaynak kullanarak daha etkili sonuca ulaşmak hedeflenir. Örneğin; hastanede yapılan bir cerrahi müdahale sonrası iyileşme döneminin tümünü hastanede geçirmek yerine, hastanede yapılacak müdahalelerin tamamlanması ve evde bakımı sağlanabilecek imkanların tesbiti ile hasta evde bakıma geçirilecek ve böylelikle yatak devir hızı artırılarak hastalığın hem toplumsal hem de kişisel maliyeti düşürülecektir.

-Zamanlama: Sağlık hizmeti talep edene bu hizmet zamanında verilmelidir. Uygun zamanda hizmetin verilmemesi hem tıbbi hem de ekonomik açıdan maliyeti arttıracaktır. Yıllarca tedavisi düzenlenmemiş bir şeker hastasında oluşan göz komplikasyonlarının (yan etlilerinin) tedavi edilmeye çalışılması zamanlamaya tipik bir örnektir.

-En Düşük Risk: Sağlık hizmeti arzında, gerek insan gücü gerek altyapı gerekse yöntem olarak, yapılması gerekenin yapılması en uygun olanla gerçekleştirilmelidir. Böylece ortaya çıkabilecek durumlarda müdahale şansını arttırmak ve risk faktörlerini asgariye indirmek mümkün olabilecektir. Örneğin; beyin travması ile acil 112'ye başvuran bir hastanın ilk müdahalesinden sonra götürülmesi gereken hastane beyin cerrahi servisi olan bir hastane olmalıdır. Bu servisin ve bu bölümün doktorunun olmadığı bir hastane de tedavi edilmeye çalışılan hasta ve hastane riski üzerine almış olacaktır.

-Başarılabilceği Başarmak: Sağlık kurum ve kuruluşları, tüm kaynaklarını kullanarak, yapmaları gerekeni en iyi şekilde yapmalıdırlar. Bir sağlık ocağının, hizmet bölgesinde, en azından merkez ilçe veya köyünde, izlemesi gereken 15-49 yaş grubu

kadınları izlemesi, izleme sonucu gereken kararlara varması, sevki gerekiyorsa bir üst basamağa sevki, gibi sistem içinde yapması gerekenleri yapmaması ana ölüm oranını arttıracaktır¹⁷⁵.

Kısaca sağlık hizmet kalitesi, hizmeti alanların, sunanların ve yönetenlerin beklentilerine göre¹⁷⁶;

- Hizmeti sunanların bireysel özellikleri,
- Hizmeti alanların ihtiyaçları ve istekleri,
- Sağlık harcamalarındaki maliyetlere,
- Yeterli profesyonel ve bilimsel standartlara ve
- Maksimizasyondan çok, doğru optimizasyon düzeyini temin etmelidir.

Bütün bu görelî durumlar, sonuçta hasta için en doğru ve yararlıyı bulmalıdır. Hizmeti sunanların bireysel özellikleri anlayış ve algılayışa göre ortaya çıkan tutumlardır. Sağlık hizmetini satın alanlar ihtiyaç duyduklarında beklentilerini en yüksek düzeyde tutma hakkına sahiptirler.

3.1.Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler

3.1.1.Hasta İle İlgili Faktörler

3.1.1.1.Hasta Unsuru

Bireyin normal sağlığında olumsuz bir değişikliği algılaması ile, hastalık denen süreç başlamış olur. Birey bu durumda olası dört alternatiften birini seçer. Bunlar¹⁷⁷;

- Hiçbir önlem almadan mevcut olan dengesizliğin geçmesini beklemek,
- Bildiği ve iyi geleceğine inandığı bir takım önlemleri veya ilaçları almak,
- Yakınlarına veya dostlarına, tıbbi ve bilimsel olmayan biçimde, akıl danışmak,
- Profesyonel yardım aramak.

Profesyonel yardım aramayı seçen hastalar, uzman olduklarını düşündükleri kişilerin yada güvenebileceklerini hissettikleri kişilerin fikirlerine danışma eğilimindedirler. Birincil uzman kişi hastanın kendi doktorudur ama diğer insanlar da, bu tür hizmetleri sağlayanlar hakkında tecrübelerinden dolayı uzman kişi olabilirler.

¹⁷⁵ ÖZSARI, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi...", s.119.

¹⁷⁶ BALTAŞ, a.g.e., s.95.

¹⁷⁷ SEZGİN, "Application of Marketing...", s.49.

Aynı zamanda hastalar eşlerine ya da diğer özel buldukları kişilere herhangi bir aile harcaması kararı alıyormuşçasına danışabilirler.

Pazarlamacılar bu bilgi kaynaklarını belirleyerek, hastaları hastane seçiminde etkileme konusunda daha iyi bir konumda olabilirler. Aynı zamanda hastalar hastane seçimlerinde birden fazla referans kullanırlar.

Hastanın tercihlerini önceden belirleyebilmek hastaneler için gitgide önemli bir hale gelmiştir. Bu sebepten dolayı, araştırmacılar sağlık hizmetlerinde tüketici alışverişleri ve seçim kriterleri, bilgi kaynakları, bilgi kaynaklarının seçim üzerindeki etkileri gibi konuların araştırılması üzerine ve aynı zamanda huzur (bakım) evleri, sağlık sigortalı hastalar ve uzman uygulamalarını içeren çeşitli konulara dikkatlerini yöneltmişlerdir.

Geçmişte hastane seçiminde en önemli referans olarak doktorlar görülürdü. Bununla birlikte Robert Hisrich ve Michael Peters tarafından yapılan bir çalışmada, hastane seçiminde hasta için yer, daha önceki aile deneyimi, doktor tavsiyesi ve hastanenin ünü gibi etmenlerin öncelikli olduğu ve bunlardan sonra doktorların önemli olduğu bulunmuştur¹⁷⁸. Örneğin, hastaların Amerikan ve Florance Nightingale Hastanelerini tercih etmelerinin sebepleri doktorlardan çok hastanenin kaliteli sağlık hizmet sunumu, ünü ve konforudur.

3.1.1.2. Hasta Beklentileri

Hastaların tıbbi ihtiyaçlarının yanı sıra başka ihtiyaç ve beklentilerinin olması, salt tıbbi hizmet amacıyla kurulan sağlık kuruluşlarında bir yeniden yapılanma ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Artık sağlık kuruluşları, hastaların tıbbi ihtiyaçlarının yanı sıra, hastaneyi kullanım sırasındaki diğer pek çok ihtiyaçlarını da karşılamak durumunda ve hastaların beklentilerine de cevap verme durumundadır¹⁷⁹.

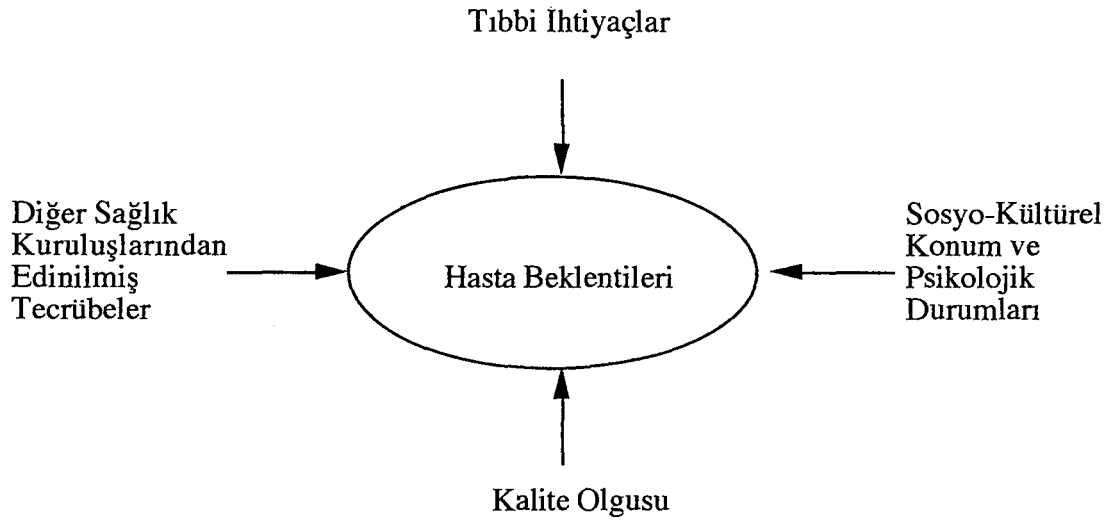
Birbirinden farklı beklentileri ile sağlık örgütüne gelen hastalar, hizmetin sunumu sırasında, olumlu veya olumsuz olaylarla karşılaşmaktadırlar. Hizmetin sunumu sırasında, beklentilerine kavuşan hastalar tatmin olurlar. Bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri olduğu, hizmetin sunulmasından sonra ise, geçirdiği tecrübenin

¹⁷⁸ Joby JOHN, "Referent Opinion and Health Care Satisfaction", **Journal of Health Care Marketing**, Vol.14, No.2, (Summer 1994), s.24-25.

¹⁷⁹ Seval AKGÜN ve Rengin ERDAL, "Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, (Haberal Vakfı, Ankara 1997), s.221.

sonucuna dayalı olarak sonuçta bazı algılara sahip olmasının da hastanın tatminini belirlediği ifade edilir.

Tatmin, beklentilerin bir fonksiyonu olduğuna göre, beklentilerin nasıl oluştuğu da önem kazanmaktadır. Beklentiler aynı ya da benzer durumlardaki geçmiş deneyimlere bağlı olarak oluşmaktadır. Bu nedenle bireyin önceki deneyimlerinden elde ettiği tatmin düzeyinin onun beklentilerinin şekillenmesinde ve buna bağlı olarak kendisine sunulan hizmetten tatmin olup olmamasında ve tatmin gücünün belirlenmesinde etkisi vardır. Beklentiler zaman içinde değiştiğçe duyulan tatmin düzeyi de değişmektedir¹⁸⁰.



Şekil 14: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler

Hastaneye gelen hasta, birincil ihtiyacı olarak herhangi bir sağlık probleminin tedavi edilmesi için hastaneye başvurmasına rağmen hastalığının tedavi edilmesinin yanında hastanın sosyo kültürel konumu ve psikolojik durumuna göre hastaneden beklentileri değişecektir. Bunun yanında hastanın daha önceden almış olduğu sağlık hizmeti ve kafasında oluşturduğu hizmet kalitesi hasta beklentilerini etkileyecektir. Hasta tatminini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas konudur ve her zaman algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında her zaman yakalanamayan bir uyum olması zorunluluğudur.

¹⁸⁰ KARDEŞ, "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında...", s.233.

3.1.1.3.Hasta Algılamaları

Algılama, dış dünyadaki somut ve soyut nesnelere ilişkin olarak alınan duyumsal bilgi olarak tanımlanmaktadır. Algılama, herhangi bir olayı nesneyi, ilişkiyi, görme, duyma, tatma, dokunma, koklama ve hissetme duyularıyla birarada gerçekleşmektedir. Duygusal olarak algılama, çevrenin uyarıcı niteliğinin ve bireyin kendi öz bilgi birikimi ve geçmiş yaşam deneylerinin bir işlevi niteliğindedir. Her birey, olayları, nesnelere kendi bireysel gereksinim, beklenti, değer yargıları ve kültürüne göre farklı biçimde algılamaktadır. Hastanede hizmet bekleyen hastalar içerisinde farklı sosyal grupta olan kişiler ortamı farklı farklı algılamaktadır.

Ön algılama, bireyin o anda yaşamakta olduğu bir deneyimi, geçmiş deneyimlerin birikimleriyle birlikte özümleyecek yeni bir bilişsel bütüne ulaşmasıdır. Bu bilgi kütesine verilen ad "ön algısal kütle"dir. Algılamada bu kütle kapsadığı bilginin azlığı ya da çokluğu, olayları anlamlandırmada da önemli bir etkidir. Hastanın, özellikle ilk kez hastaneye yatan bireylerin, hastalıkları konusunda bilgi eksikleri olması, algılamayı bazen eksilten olumsuz bir unsurdur¹⁸¹.

Hastaların algıları tutum ve davranış şekline dönüşmektedir. Tutum, bireyin bazı nesnelere ve düşüncelere eğilimleri, duyguları, değerlemeleri olarak tanımlanabilir¹⁸². Tutum ile çeşitli nesnelere, düşüncelere, insan belleğine olumlu yada olumsuz şekilde nitelendirilerek gruplandırılırlar¹⁸³.

Hastaların, hizmet kalitesine ilişkin algı ve değerlendirmelerinin yalnızca kendi tercihleri değil, çevrelerindeki kişilerin tercihlerinde de rol oynadığı, hastane seçiminde, arkadaş ve yakınların tavsiyelerinin giderek daha etkili olmaya başladığı, araştırmalarca saptanmaktadır¹⁸⁴.

3.1.1.4.Hasta Tatmin Kavramı

Çağdaş anlamda sağlık hizmetleri pazarlamasının odak noktasını müşteri olarak

¹⁸¹ Afsun Ezel ESATOĞLU, "Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi", (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 1997), s.27.

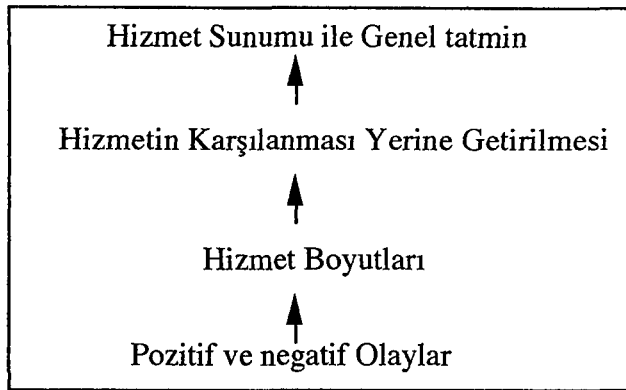
¹⁸² Cemal YÜKSELEN, **Temel Pazarlama Bilgileri** (Adım Yayıncılık, Ankara Ekim 1989), s.38

¹⁸³ Ayşe Can BAYSAL, "Sosyal Psikolojide Tutumlar" İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi Cilt:10 Sayı:1-2, (İstanbul 1981), s.121

¹⁸⁴ Yeşim Taş TÜRKÖZ, Ayşen AKSOY ve Alp Korkut PERÇİN "Hasta Tatmininin Sosyodemografik Değişkenler ve Tedaviye Özgü Değişkenler Yönünden İncelenmesi", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, (Haberal Vakfı, Ankara 1997), s.33.

tanımlanan hastalar oluşturmaktadır. Hasta odaklı pazarlama yaklaşımında amaç, mevcut ve potansiyel müşterilerin (hasta) ihtiyaç ve beklentilerini rakiplere göre etkin bir şekilde karşılayarak tatmin etmek ve daha nitelikli hizmet sunarak tatmin düzeyini geliştirmek ve bunun sonucunda da yaşamı sürekli kılmaktır¹⁸⁵.

Tüketici tatmini, sağlık hizmetleri literatüründe pekçok farklı metod tarafından kavramlaştırılmış ve uygulamaya konulmuştur. Örneğin, Woodside, Frey ve Daly (1989) hasta tatminini, tüketici davranışının özel bir şekli olarak tanımlar ki bu hastanın hizmeti denedikten sonra ne kadar sevip sevmediğini yansıtan bir geribildirimdir¹⁸⁶.



Şekil 15: Tatmin Oluşumu

Kaynak: Steiber, S.R., Krowinski, W.J., (1990), **Measuring and Managing Patient Satisfaction**, American Hospital Publishing Inc. s.17.

Linder-Pelz, hasta tatmininin “sağlık bakımının farklı boyutlarının olumlu yönde değerlendirilmesi” olduğunu belirterek, hasta tatminini, hastaların hizmet beklentileri ile gerçekleşen hizmet arasındaki farkla oluşan algılama ile açıklamıştır. Linder-Pelz, beklentilerin, önemli bir sosyal psikolojik bir değişken olduğunu belirterek, tatmin oranlarının büyük çoğunluğu üzerinde belirgin bağımsız etkilerinin olduğunda belirtmiştir¹⁸⁷.

Sağlık hizmet kalitesinin en basit tanımı, en düşük maliyet ile başvuranın tatmin olmuş olarak ayrılmasını sağlamaktır. Hasta tatminini tanımlamada kullanılacak

¹⁸⁵ Dilaver TENGİLİMOĞLU, “Ankara’da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, (Haberal Vakfı, Ankara 1997), s.103.

¹⁸⁶ Steven A. TAYLOR and J. Joseph Cronin Jr., “Modeling Patient Satisfaction and Service Quality”, **Journal of Health Care Marketing**, Volume:14, No:1, (Spring 1994), s.34.

¹⁸⁷ ESATOĞLU, a.g.e., s.28.

kriterler şunlardır¹⁸⁸;

- 1.Bilgilendirme ve eğitim hizmeti sunmak,
- 2.Hizmete kolay ulaşılabilmesini sağlamak,
- 3.Hizmeti iyi/güvenli sunmak
- 4.Seçme hakkı sağlamak,
- 5.Gizliliğe (mahremiyet) önem vermek,
- 6.Güven sağlamak,
- 7.Karar vermeye yardımcı olmak,
- 8.Hizmetin geliştirilmesini sağlamak,
- 9.Rahatlık sağlamak,
- 10.Saygı göstermek,
- 11.Düzen, intizam sağlamak,
- 12.Süreklilik sağlamaktır.

Hasta tatmini hizmet kalitesinin bir boyutu olarak, alınan bakımın girdi süreç ve çıktıları ile ilgili hasta reaksiyonlarını yansıtan bir ölçümdür. Sağlık hizmetlerinde hasta tatmininin önemi hakkında şunlar söylenebilir¹⁸⁹:

1. Hasta tatmini sağlık bakım hizmetlerinin temel çıktısıdır.
- 2.Hasta tatmini sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler sağlar.
- 3.Tatmin edilen ve edilmeyen hastalar farklı şekilde davranırlar.

Hasta tatmini, hasta veya hizmetten yararlanan kişilerin hizmetin kendisinden, sunum biçiminden ve hizmet ortamından hoşnut olması veya beklentilerini gerçekleştirebilmesi olarak da tanımlanabilir¹⁹⁰. Tablo 5'te hasta tatminini etkileyen etmenler tedavi sürecinin tüm aşamaları tek tek verilerek gösterilmiştir. Burada hastanın hasta kabule gelerek yatış işlemini başlatmasından taburcu olana kadar geçen sürede hastanede almış olduğu hizmetleri ve hastane personeli ile iletişim (etkileşim) boyutunu göstermektedir.

¹⁸⁸ Ayşe Akın DERVİŞOĞLU ve Arzu KÖSELİ, "Sağlık Hizmetlerinde Özdeğerlendirme Yaklaşımı", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, (Haberal Eğitim Vakfı, 11-12 Kasım Ankara 1994), s.91.

¹⁸⁹ Afsun Ezel ESATOĞLU ve Korkut ERSOY, "Hasta Tatmininin Ölçülmesi", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, (Haberal Vakfı, Ankara 1997), s.61-62.

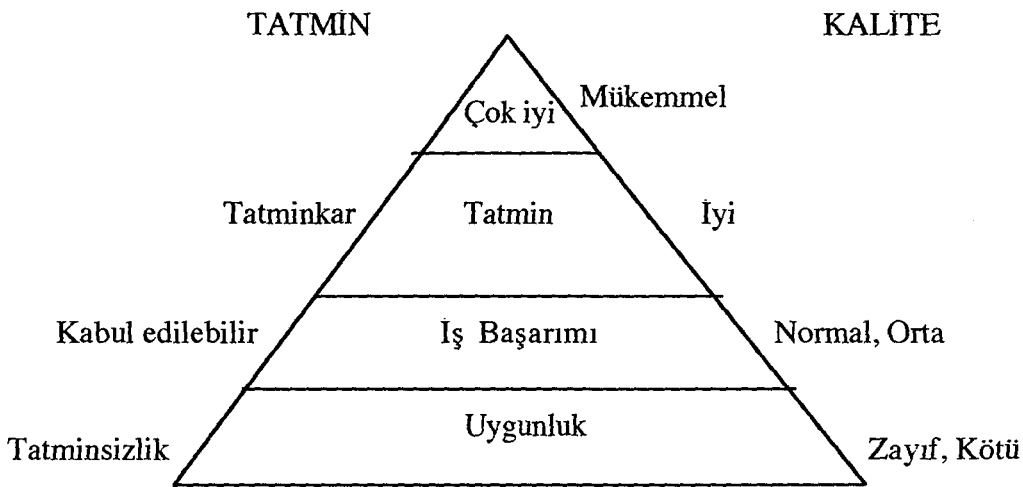
¹⁹⁰ Korkut ERSOY ve Şahin KAVUNCUBAŞI, "Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (İzmir 1994), s.355.

Tablo 5: Hasta Tatminini Etkileyen Etmenler-Tedavi Süreci

AŞAMA	İŞLEM
I.HASTA KABUL	1.Ön kayıt işlemleri
	2.Bilgi verme
	3.Testlerin yapılması
	4.Evrakların hazırlanması
	5.Sigorta konusunun incelenmesi
	6.Yatak tahsisi
	7.Eski kayıtların elde edilmesi
	8.Servis sorumlusuna bilgi verilmesi
	9.Yönetsel işlemler
II.ACİL SERVİS	1.Yatışa ilişkin karar verme
	2.Hastalık septomlarının incelenmesi
	3.Eski kayıtların elde edilmesi
	4.Hastanın eski hekimi ile ilişki kurma
	5.Yönetsel işlemler
	6.Hemşirelik hizmetleri
III.ÇEVRE DÜZENLEME VE BARINMA	1.Servislerde oda düzenlenmesi
	2.Ziyaretçilerin yönlendirilmesi
	3.Hasta ile ilişkilerin düzenlenmesi
	4.Bakım-Onarım
	5.Telefon hizmetleri
	6.Ev idaresi, temizlik hizmetleri
	7.Kişisel hizmetler
	8.Park hizmetleri
	9.Boş vakitleri değerlendirme
IV.HEMŞİRELİK BAKIMI	1.Hastanın yattığı servise uyumunu sağlama
	2.Hastanın hemşireye ulaşabilmesi
	3.Rutin hasta takibi
	4.İlaçların verilmesi
	5.Hastaları ameliyata hazırlama
	6.Duygusal destek
	7.İlgi gösterme
	8.Diğer hemşirelerle iletişim
V.TIBBİ HİZMET	1.Hastanın izlenmesi
	2.Hastalık septomlarının incelenmesi
	3.Tanısal test ve teşhis
	4.Hastaya bilgi verme
	5.Cerrahi işlemler
	6.Ameliyat sonrası bakım
	7.Hasta ailesi ile ilişkiler
	8.Diğer hekimlerle iletişim
VI.TIBBİ HİZMET/ DİĞERPERSONEL	1.Hasta ailesi ile ilişkiler
VII. TABURCU	1.Taburcu işlemleri ile ilgili bilgi verme
	2.Hastaya evde bakım konusunda bilgi verme
	3.Evde ilaç kullanımı hakkında bilgi verme
VIII. FATURALAMA	1.Fatura hakkında bilgi verme
	2.Belgelerin verilmesi

1980'li yıllardan itibaren örgüt genelinde uygulanan kalite yönetimi programlarında, hastaların mal ve hizmetle ilgili görüş ve değerlendirmelerinin, dikkate alınmaya başladığı görülmektedir. Kalite geliştirme kuramlarını II. Dünya savaşı sonrasında Japonya'da geliştirildiği, yakın zamanlarda da ABD ve Avrupa ülkelerinde uygulamaya konulduğu gözlenmektedir. Bu kuramların en önemli ögesi; hizmet üreten veya sunanları, kendi yetersizliklerini tanıma ve tanımlama ile hizmetlerin kalitesini geliştirmek için yapılacak planlama ve tasarlamada tüketicilerden geribildirim almaya yöneltmesidir. Bu nedenle hasta tatmini ile ilgili araştırma ve inceleme sonuçları, bir pazarlama aracı olmaktan çıkarak, hizmet kalitesini değerlendirme ölçütü niteliği kazanmıştır¹⁹¹.

Hasta tatminini, hizmeti sunanların ve hastaların beklentilerini esas alan özel, pozitif yönlü bir hizmet değerlendirmesidir. Kalite ve tatmin kavramları farklı olarak görünseler de, çok yüksek seviyede birbiriyle ilişkilidir.



Şekil 16: Kalite ve Tatmin Piramidi

Hasta beklentileriyle, kalite arasında doğrusal yönde bir ilişki olduğu; beklentiler arttıkça, kalitenin de yükseldiği piramit üzerinde izlenmektedir. Piramidin tabanında, "uygunluk" olarak ifade edilen salt işin yapılmasının (örneğin doktor muayenesinin) hastanın tatminini sağlayamadığı, zayıf, sıradan bir bakımın varlığının göstergesi olduğu ifade edilmektedir. İkinci düzeyde, "sadece işin yapılması" hastaların beklentilerinin karşılanmasının iyi düzeyde kalite için yeterli olmadığı, kalite dilinde "normal, orta düzeyde" olarak belirtildiği görülmektedir. Üçüncü düzeye yerleştirilen beklentilerin yüksek düzeyde yerine getirilmesinin ise (örneğin; doktorun hastayı

¹⁹¹ ERSOY ve KAVUNCUBAŞI, a.g.e.,s.354.

bilgilendirmesi, dinlemesi), hastalara psikososyal tatmin sağladığı; iyi düzeyde kaliteli hizmetin sağlanması olarak ifade edildiği izlenmektedir. Piramidin tavanında da, en üst düzeyde beklentilerin karşılanması, mükemmel düzeydeki kaliteyi ifade ettiği belirtilmektedir.

Hasta tatmininin kontrolü ve bu konuyla ilgili araştırmalar yapılması, “örgütün kendisine bir aynadan bakması” olarak nitelendirilmektedir. Hastaların hizmetin her aşamasında “görgü tanığı” olarak, bildiklerini gördüklerini aktarmalarından çok geniş bir kesimin etkilendiği kabul edilmektedir. Bu görgü tanıklığının değerlendirmelerinin de sadece bir kişide kalmadığı, farklı insanlarla paylaşıldığı, yaşanan olayların örgüt dışına da taşındığı bilinmektedir. Hizmetlerden yararlananların tecrübelerini, tatmin veya tatminsizliklerini başkaları ile paylaştıkları, ayrıca hizmetlerden memnun olmayanların, olanlara göre tecrübelerini daha çok insanla paylaştıkları bilinmektedir.

Donabedian, hasta tatmininin, sağlık hizmet çıktılarının arzu edilen bir seviyeye gelebilmesi için, gözönünde tutulması gereken temel bir öge olduğunu ifade ederek, “sağlık hizmetinin kalitesinin ölçülmesinde, hasta tatmininden faydalanmanın geçerliliğini tartışmanın gereksiz olduğunu, çünkü artık sağlık hizmetinin sağlanması ve yönetiminde kaliteyi sürekli gözönünde tutmak zorunluluk olduğu için, hasta tatmini hakkındaki bilgilerin kaliteyi değerlendirecek önemli bir gösterge olduğunu belirtmiştir. Hasta tatmininin, sağlık hizmet kalitesinin bir boyutu olarak, alınan hizmetin girdi, süreç ve çıktıları ile ilgili hasta tepkilerini yansıttığı ve bu durumun da çalışanların tatminleriyle birlikte toplumun tatminini oluşturduğu izlenmektedir¹⁹².

Hasta tatmin düzeyinin artırılması amacı ile ilgili pazarlama bölümü şunları yapabilir¹⁹³;

-Ürün karmasını gözden geçirebilir. Hastaların gereksinim ve istekleri doğrultusunda ürün karması ya da ürün hattını genişletebilir. Ya da talebin yoğun olduğu servislerde yatak sayısını arttırabilir.

-Yeni hizmetler geliştirebilir. İnsanların sigara, alkol gibi alışkanlıklarını terketmelerine yardımcı olacak programlar geliştirebilirler.

-Hizmetlerin dokunurluğu artırılarak tatminde arttırılabilir. Dokunulurluk şu elemanlarla arttırılabilir. Stil (Doğum yapmak üzere hastaneye yatan bir hamile bayanın soğuk bir doğum odası yerine, sıcak bir atmosferin bulunduğu-hoşlanılan bir müzik,

¹⁹² ESATOĞLU, a.g.e., s.32-33.

¹⁹³ KARDEŞ, “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında...”, s.249-251.

çiçekler-yeni bir bakış açısı ve duygu katılmış bir odası), özellikler (annenin odanın içinde rahatça dolaşabilmesi, eşinin ve çocuğunun yanında olmasına izin verilmesi), kalite düzeyi (hem fiziksel metaryaller hem de hizmeti içerir), ambalaj (bir eğitim hastanesinin tüm hizmetlerinde daha uzman olduğu imajını sunması) ve markadır.

-Hizmetin hastaya teslim şekillerinde yenilikler yapılabilir. Yürüyen klinikler, yeni şubeler (Dokuz Eylül Üniversitesinin Karşıyaka polikliniği), evde kullanım için kiralanacak video sağlık eğitimi, hasta eğitimi bilgisini sağlayan hastane televizyon sistemleri gibi hizmetler geliştirebilir.

3.1.2.Çevresel Faktörler

3.1.2.1.Ulaşılabilirlik

Hasta yada müşterilerin ihtiyaç duydukları hizmetleri bulabilmeleri ve ulaşabilmeleridir. Ulaşılabilirlik iki yönden ele alınabilir. Birincisi; hastanenin hitap ettiği coğrafik pazar içerisinde sağlık hizmetlerine ulaşabilme kolaylığı ile ilgili olup, fiziksel uzaklığı /yakınlığı ifade eder. İkincisi ise hastanın sisteme nasıl gireceği (hasta kabul/kayıt) ve değişik hizmetler için yönlendirme (sevk) ve sistemden nasıl çıkacağı (taburcu) ile ilgili bileşenlerdir. Hastane yönetiminin sunduğu hizmetlerin çeşitliliği sağlık hizmetlerinin bulunabilirliğini belirlerken, hastanenin coğrafik konumu ve hastane içi düzenleme, hizmetlere ulaşılabilirliği etkileyen faktörlerdir¹⁹⁴.

3.1.2.2.Dış Bina ve İç Mekan Özellikleri

Hastanelerin fiziksel koşullarının oluşturulmasında ve zaman zaman çeşitli gelişmelerle yenilenmesinde, öncelikle hasta bireylerin ve onların ziyaretçilerinin kullanımına ve kaliteli bir bakım hizmeti sunma amacına uygun hareket edilmesi, temel amaç olarak kabul edilmektedir. Hastanenin her bölümü, kullanım amacına uygun şekilde düzenlenerek, hizmete açılmaktadır. Düzenlemelerde, özellikle hizmetin esas kullanıcı durumundaki hastalar, onların ziyaretçileri ve tıbbi personel gözönüne alınmaktadır. Aydınlatma, ısı ve hijyenik koşullar, teşhis ve tedavi ünitelerinin kullanıma uygunluğu, bekleme odaları, acil yardım üniteleri, banyolar gibi özellikler hastanın, hastanenin fiziksel koşullarına ilişkin değerlendirmelerinde önemli rol oynamaktadır. Hastanede aranılan yerin rahatça bulunabilmesi bile, hasta için önemli bir faktör konumundadır.

¹⁹⁴ KAVAS ve GÜDÜM, a.g.e., s.225.

Hastanenin ve hastanede yaşanan odanın fiziksel koşulları, bireylerin çok üzerinde durdukları, önem verdikleri tatmin boyutlarından birisi olarak ortaya çıkmaktadır. Yetersiz oda koşulları, bakımsız bir hastane, hastaların mutlaka şikayet nedeni, tatminsizlik unsuru olmakta ve yeniden tercih edilme şansını yitirmektedir. Fiziksel ortam, tüketicinin hizmet satın alımı öncesindeki aradığı ipuçlarını vermesi bakımından, önemli bir kaynaktır.

Bugün hastaların birer müşteri olarak, park hizmetleri, kafeterya hizmetleri, odaların güvenlik koşulları ile ilgili neler düşündükleri sürekli araştırılarak, sonuçlarından yararlanılmaktadır.

Hastanenin çevresel koşulları ile ilgili hastaların üzerinde durdukları bir diğer boyut, ziyaretçilerle ilgili hizmetlerdir. Hizmetin mükemmelliğinin sağlanmasında hastaneye anahtar görevi yapabilecek müşteriler olarak saydığı, hastalar, doktorlar, personel ve para ödeyen kurumlar arasında, ziyaretçiler ikinci sıradadır. Ziyaretçiler olarak ele alınan aile ve arkadaşların, hastane için olduğu kadar hasta için de çok büyük önemi vardır. Hastalar ve ziyaretçiler, istediği an ve sürede birbirleriyle düzenli olarak görüşmek istemektedir. Oysa hastanelerin çoğunun enfeksiyon kontrolü veya özel hastalık durumları nedeniyle daha kontrollü bir ziyaretçi prosedürlerinin olduğu bilinmektedir. Bu yüzden hastanelerin çok az ya da çok fazla ziyaret arasında başarılı bir denge kurmaları gerekmektedir. Potansiyel müşteri olarak düşünülen ziyaretçi grubu, aynı zamanda hastanenin ücretsiz reklamını topluma geniş ölçüde yayan, hastanede tüm personel ile ilişkileri olan, bilgilendirme ve zamanında hizmet isteyen gruptur. Tıpkı hasta gibi onlar da, huzursuz, sınırlı, gergin, birilerinin kendilerine sevgi ile davranmasını isteyen, hizmeti sürekli gözleyen bireylerdir. Çoğu hastane, aile üyeleri ve ziyaretçiler içinde ayrı tatmin anketleri düzenleyerek uygulamakta, sonuçlarını kullanmaktadırlar¹⁹⁵.

3.1.3.Sağlık Hizmetini Sunan Personel İle İlgili Faktörler

Personelin kişilik özellikleri hastaya olan davranışını etkiler. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, kişilerin profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu katılımcı olmasını sağlamaktadır¹⁹⁶.

¹⁹⁵ ESATOĞLU, a.g.e., s.63-64.

¹⁹⁶ Zehra ALCAN, "Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyeti Anket Sonuçları", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, (Haberal Vakfı, Ankara 1997), s.133.

Hasta hizmeti satın almadan önce hastanenin fiziksel ortamında, işletmenin personeliyle karşı karşıya gelecektir. Hastane personeliyle beraber diğer hastaların fiziksel görüntüleri ve davranışları verilen hizmetin kapsamı ve kalitesi hakkında hastanın aydınlanmasına neden olacaktır. Hasta, hastane personeli ve diğer hastalardan etkilenerek hizmetle ilgili beklentilerini oluşturacaktır. Hasta beklentilerinden yola çıkarak satın alma kararına ulaştıktan sonra, satın aldığı sağlık hizmetinden tatmin elde edebilmesi büyük ölçüde sağlık personelinin yeteneklerine kalmıştır¹⁹⁷.

Hastalar bir sağlık hizmetini satın alıp kullandıktan sonra elde ettikleri tecrübelerin beklentilerinin altında kalması durumunda hasta için tatminsizlik ortaya çıkacaktır. Hastaların, sağlık konusunda fazla bilgilerinin olmaması ve hastalıkları karşısında hangi tıbbi müdahalenin gerekli olduğu hakkında fikir sahibi olmamaları sonucunda sağlık personeline bağımlı durumdadırlar. Bu yüzden sağlık personelinin; huzursuz, korkan ve nelerle karşılaşacağını bilemeyen hastalara karşı sorumluluklarının başında hastaya hastalığı hakkında yeterli bilgi vermek, tedavinin nasıl yapılacağı, hastanın nelerle karşılaşabileceği ve en önemlisi hastanın kafasında oluşabilecek tüm sorulara cevap vermek gelir. Aynı zamanda sağlık personeli sadece hastalarla ilgilenmezler, hastaların birinci dereceden yakınları da sağlık personeli ile daima irtibat halindedir ve onlara da gerekli açıklamaların yapılması gerekmektedir.

Dikkatli seçilmiş, “iyi yetiştirilmiş, kapasiteli ve adilane ücretle çalışan” sağlık hizmet personeli daha iyi hizmet üretecektir. Bu tür çalışanlar daha düşük düzeyde kontrol gerektirecek ve işlerinde daha uzun süre kalma eğiliminde olacaktır. Bunun doğal bir sonucu olarak da, hasta tatmin edilecek, tekrar sağlık problemiyle karşılaştığında aynı hastaneyi tercih edecektir.

Sağlık hizmetlerinde sağlık bakımını sunan personel; doktor, hemşire ve diğer hastane personelidir. Sağlık personeli ile hasta arasındaki ilişkilerin boyutu aşağıda ele alınmıştır.

3.1.3.1.Hasta-Doktor İlişkisi

Değişik toplum ve çağlarda, hasta doktor ilişkilerinin biçimlenmesinde toplumsal, politik ve dinsel etkenlerin büyük rolü olmuştur. Doktorun yaklaşımına göre, hasta-hekim ilişkisiyle ilgili, farklı ilişki biçimleri ortaya çıkmıştır.

Tıp hizmetinin özelliklerinden dolayı normal bir tüketicisinin olmadığı, hizmetin maddi ve manevi nelere malolacağını kimsenin bilmediği, bu nedenle de hastanın

¹⁹⁷ ESATOĞLU, a.g.e., 41.

- c. İyi bir klinik karar becerisi,
- d. Bilmediği konuları diğer doktorlara sorma istekliliği.

-İletişim (Communication); İyi iletişim, doktorun hastasını dinlediği, anladığı ve anladığını da hissettirmesi anlamına gelir. Hastanın septomlarını, hastanın değerlerini, hastalığının, hastanın hayatı ve işi, ailesi ve diğer uğraşları üzerindeki etkilerini bilmek gereklidir.

-Şefkat (Compassion); Hastalar sadece teknik olarak usta doktorlar istemiyor aynı zamanda etkili, şefkatli doktorlar istiyor. Hastalar stres altında geçirdikleri zamanlarda doktorlarından gördükleri şefkat ve merhamet ile kendilerini daha iyi hissetmektedirler.

-Devamlılık (Continuity); Hasta ile doktor arasında sevgi ve şefkate dayalı bir ilişki kurulduğunda, bu uzun süre devam ettirilmeli, doktor değiştirilmemelidir.

-İlgi/İlgisizlik (Conflict of Interest); Doktorların sorumlulukları ne kadar ağır olursa olsun hastalarına ilgi göstermek zorundadırlar.

Hastaların, hastane içerisinde veya dışında doktorlar hakkında değerlendirmeleri, iki ana konu etrafında yoğunlaşmaktadır. Birincisi, bakımın teknolojik ve profesyonel yönü, ikincisi doktorun hastaya karşı tutumu ve iletişim yeteneğidir. 1970'li yıllardan sonra yapılan araştırmalarda, hastaların doktorlarla olan ilişkilerinde önem verdikleri konular arasında; bilgilendirme ihtiyacı, bakımın devamlılığı, iletişim kurma becerisi, ilgili olma, dostça ve samimi ilişki, sevecenlik, teknik becerisi gibi faktörlerin olduğu görülmektedir¹⁹⁹.

3.1.3.2.Hasta-Hemşire İlişkisi

Hemşirelik insan yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle ilgilidir. Herşeyin en iyisine layık olan insanoğluna daha iyi hizmet verebilmek, hemşireliğin evrensel görevidir²⁰⁰.

Hasta-hemşire ilişkisi, insan insana bir ilişki olarak iletişime dayanır. Hemşirenin iletişiminin amaçları hastanın problem çözmesine yardım, hastanın sağlıklı davranışlarını geliştirmesini destekleme, hastanın sağlığını düzeltme ve korumaya etkin katılımını sağlama ve gereksinimlerini gerçekçi değerlendirmesine yardımcı olma şeklindedir.

¹⁹⁹ ESATOĞLU, a.g.e., s.42-44.

²⁰⁰ ALGIER ve UYER, a.g.e., s.246.

Hemşire-hasta ilişkisi de pek çok faktörden etkilenmektedir. Bu ilişki, hastanın çeşitli özelliklerden etkilendiği gibi; sistemdeki etkileşimin yeterli olmaması, iyi ve doğru kayıtlarla işlemlerin ve sorumlulukların yerine getirilmemesi gibi nedenlerden veya hemşirenin duyguları ve tepkileri, eğitimi, kişisel özellikleri gibi etmenlerden etkilenmektedir. Hastalar, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının hemşirelerin bilgi ve becerileri ile karşılamalarını isterler.

Hemşirelerin hastalarla iletişiminin, diğer meslek gruplarından farklı olduğu ve farklı olması gerektiği iddia edilmektedir. Hemşireler, hasta yararına ve yardım edici bir iletişim kurma isteği içindedirler. Araştırmalarda, hastaların duygusal sorunlarını özellikle hemşirelere ilettiği ve hemşirelerin yalnızca bilgi vererek dahi, hastaların anksiyetelerini belirgin olarak azalttıkları sonucu ortaya çıkartılmıştır. Hastaların, hemşireler ile diğer uzman gruplardan daha çok ilişkide buldukları ve bunu istedikleri bilinmektedir²⁰¹.

Sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ilgili ilk çalışmalar hemşire-hasta ilişkileri üzerine yoğunlaşmıştır. Sağlık hizmetlerinde, kaliteli hizmetin gereğini üç grupta toplanabilir²⁰²;

-Profesyonel nedenler: Hemşireler mesleki girişimlerinden sorumludurlar ve profesyonel olarak yeni araştırma bulgularının ışığında hizmetin etkinliğini değerlendirme sorumlulukları vardır. Profasyonellerin çoğu, yüksek kalitede hizmet sunmak isterler. Problemleri tanımlamak ve çözmek iş doyumlarını artırır.

-Sosyal nedenler: Etik olarak her bireyin en yüksek sağlık düzeyine sahip olma hakkı vardır. Toplumun sağlık bakım standartlarını güvenceye almak ve yükseltmek, sağlık hizmetlerinde çalışan herkesin görevi olmalıdır.

-Politik ve ekonomik nedenler: Kaynakların sınırlı olduğu durumlarda sağlık elemanlarının hizmete katkısı yaşamsaldır. Hemşireliğin de bakım kalitesinin gelişimine önemli bir etkisi vardır.

3.1.3.3.Hasta-Diğer Hastane Personeli İlişkisi

Hastane hizmetleri ekip işidir. Kaliteli hizmet, hastanede çalışan tüm personelin

²⁰¹ ESATOĞLU, a.g.e., s.49-51.

²⁰² ALGIER, UYER, a.g.e., s.246.

sorumluluğudur. Hizmetin bir parçasında veya hizmet sunan grubun bir parçasında eksikler ve düzensizlikler varsa, müşterilerin bu eksiklikleri algılamaları, çoğunlukla diğer alanlara da etki etmekte ve hastanenin genel imajını zedelemektedir.

Başarılı bir hizmet sunum sistemi, nitelikli personel yönetimiyle birlikte, sağlık bakım sisteminde özel bir dengeyi gerektirmektedir. Yönetim, müşterilerin tıbbi ve cerrahi ihtiyaçları ile diğer hizmetlere ilişkin ihtiyaçları arasında, başarılı bir dengeyi sağlamak zorundadır. Hastanın hastanede kalış sırasında tatminini etkileyen, ilişkili olduğu bölüm ve personelin durumlarının bir ağ gibi karmaşık olduğunu ifade eden Peterson, bunların basitleştirilmesini ve hizmetin bölümlere ayrılarak incelenmesini önermektedir. Peterson, kurulması gereken dengeyi "hizmet dağıtım sistemi" adını vererek aşağıdaki bölümlerle açıklamaktadır.

Giriş: Hasta girişi genellikle ya normal kabul yoluyla ya da acil servisten yapılmaktadır.

Taşıma: Bu bölümde hastalar asıl bakım alacakları bölüme kadar çalışanlar tarafından sedyeyle veya sandalye ile taşınmaktadır.

Teşhis: Teşhise yönelik laboratuvar, radyoloji üniteleri ve çalışanlarını içermektedir.

Klinik: Hemşire, doktor ve diğer sağlık personelinin bulunduğu, hastanın yatarak tedavi gördüğü hastanenin asıl mekanıdır.

Yardımcı Hizmetler: Kardiyopulmoner bakım ve fizik tedavi hizmetleri gibi tedaviye destek veren hizmetleri içerir.

Destek Hizmetler: Bölümlere hasta ilişkileri ve eğitimi sağlayacak destek sistemidir.

Hizmet: Beslenme hizmetleri, ev idaresi, çamaşırhane, tedarik, güvenlik, sosyal çalışma ve planlama hizmetlerini içermektedir.

İletişim: Telefon, bilgisayar ve diğer iletişim sistemi hizmetlerini kapsar.

Mali Bölüm: Ödeme hizmetleri için kurum ve sigortalar arası işlemleri içerir.

Bilgilendirme: Hastalara teşhis, tedavi ve tıbbi kayıtlara ilişkin belgelerin yönetim ve düzen hizmetlerini sunar.

İşlemler Kısmı: Genel malzeme tedariki, eczane, malzeme yönetimi bölümlerini, çeşitli ihtiyaçlara ilişkin hizmetleri içerir.

Hastaların yukarıda sayılan farklı bölümlerde beraber oldukları personelin davranışlarından etkilendiği belirtilmektedir. Doktorlar ve hemşireler kadar, diğer sağlık personeli, hizmetliler ve hizmetin diğer üyelerinin de, bireysel görevlerinin, hizmet kalitesine yaptığı etkiyi görmeleri sağlanmalıdır. Hastalar, her zaman yüksek kalitedeki hizmet beklentisi içerisinde oldukları için, hastaneye giriş anından itibaren ilişki kurdukları her birimi, personeli, verilen hizmeti incelemektedirler. Hastaların karşılaştıkları herhangi bir olumsuz olayda, etkilendikleri kişinin, doktor veya hizmetli olması o anda fark etmediği için, hastanenin her bireyinin, hizmetin birer sunucusu olarak, hizmetin içerisindeki yerini alması ve görevini en iyi şekilde yerine getirmesi gerekmektedir²⁰³.

3.1.3.4. Sağlık Personelinin Motivasyonu

Hasta-çalışan ilişkisinin yoğun olduğu hastane organizasyonunda, çalışanların daha kaliteli hizmet doğrultusunda motivasyonu, herhangi bir organizasyonda olduğundan çok daha fazla önem taşır.

Kalite için en güçlü motivasyon yaklaşımları; çalışanları bir takım üyesi olmaya özendirmek, yaratıcı fikirler önerme fırsatı vermek, yönetime katılmalarını sağlamak ve ödüllendirmektir. Parasal motifler etkin olmakla beraber yeterince güçlü değildir. Ancak, Herzberg, Mausner ve Snyderman'ın teorileri doğrultusunda, çalışanların ücretleri düşük ise belli bir ücret artışı ile iş tatminsizliği giderilerek şartlar normale dönüştürülmelidir. motivasyon bunun üzerine bir teşvik ile sağlanabilir. Bu parasal bir ödül olabileceği gibi, daha çok bir grup ile özdeşleştirmek, planlama sorumluluğu vermek gibi yaklaşımları içermelidir²⁰⁴.

3.1.3.5. Sağlık Personelinin Eğitimi

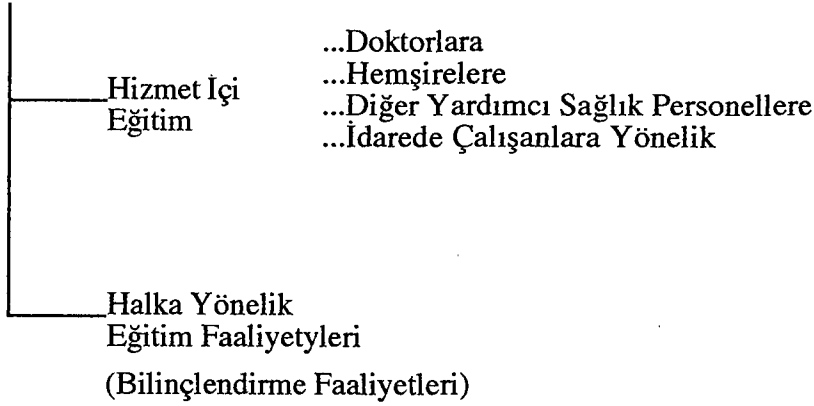
Eğitim, işgörenlerin işlerini etkin bir biçimde yerine getirmelerini sağlayacak spesifik bilgi ve becerilerin onlara kazandırılmasıdır. Personelin eğitimi yoluyla iyi bir hizmet için gerekli olan bilgilerin yanısıra olumlu tutumların oluşması da sağlanabilir. Üst yönetim, orta kademe yönetim, destek personeli ve müşteriyle karşı karşıya olan personelin hizmet yönlü düşünce ve davranışlara güdülenebilmesi için, bir hizmet örgütünün nasıl çalıştığı, müşteri ilişkilerinin nasıl oluştuğu, kendilerinin tüm faaliyetler ve müşteri ilişkileri içindeki rollerinin ne olduğu ve kendilerinden ne yapmalarının beklendiği konusunda bilgi sahibi olmaları gerekir. Ayrıca departmandaki her kişi kendi departmanının ve fonksiyonunun amaçlarını ve kendi kişisel amaçlarını

²⁰³ ESATOĞLU, a.g.e., s.55-57.

²⁰⁴ Ömer SAATÇIOĞLU ve Gülser KÖKSAL, "Bir Özel Hastane İçin Toplam Kalite Yönetimi İçin Sistem Analizi", **Sistem Analiz Raporu**, (Ankara 1995), s.300.

bildiği gibi işletmenin misyonunu, stratejilerini ve genel amaçlarını da bilmelidir²⁰⁵.

Sağlık hizmetlerinde eğitim kurum içinde ve dışında sürdürülen faaliyetleri içerir²⁰⁶.



Şekil 17: Sağlık Hizmetlerinde Eğitim

Sağlık bakımında, tıp biliminin doğası gereği her gün yeni bilgiler ve yeni tedavi şekilleri bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının da bu durum karşısında kendini sürekli yenilemesi ve gelişmelerin gerisinde kalmaması gerekir. Bununla birlikte tedavide kullanılan tıbbi malzemelerin geliştirilmesi ve bunu kullanacak personel ise gerekli bilgi ve beceriye sahip olabilmesi için gelişmeleri kişisel olarak yakinen takip etmesi ile birlikte çalıştığı birimin kendi içinde çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitim uygulamalarının yapılması gerekmektedir. Bu hizmet içi eğitim, çalışan personel grubuna göre ayrı ayrı yapılmalı ve herkesin anlayabileceği düzeyde uzman kişiler tarafından eğitim verilmelidir.

Bununla birlikte çoğu tıbbi malzeme satan firmalar, ürettikleri yeni ürünler için eğitilmiş satışçılar kullanarak ürünlerini tanıtır. Bu da sağlık çalışanları için bir hizmet içi eğitimidir. Örneğin, Eczacıbaşı ilaç firması yeni ürettikleri bir ilacın piyasaya sürülmesinden sonra, satışçılar kullanarak tüm sağlık birimlerini bu ilaç hakkında haberdar edip ilacının kullanılmasını sağlamaktadır.

Sağlık çalışanlarının kendini eğitmesi yanında bir de halka yönelik eğitim faaliyetlerinde bulunurlar. Bu da yine konusunda uzman olan kişiler tarafından, halkı bilinçlendirmeye yönelik yapılan çalışmalardır. Örneğin aile planlaması, bulaşıcı hastalıklardan korunma yolları vb.

205 ÖZTÜRK, a.g.e., s.93-94.

206 İSTİROTİ, a.g.e., s.215.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİNDE HİZMET KALİTESİ VE HASTA TATMİNİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Bu araştırmamızda ele alınan konu sağlık hizmet kalitesi ve hasta tatmininin ölçülmesidir.

Günümüzde gelişen sağlık hizmetlerinde, hizmeti üreten veya sunanlar, kendi yetersizliklerini tanıma ve tanımlama ile hizmetlerin kalitesini geliştirmek için tüketicilerden geri bildirim almaya yönelmişlerdir. Bu nedenle tüketici tatmini ile ilgili araştırma ve inceleme sonuçları, bir pazarlama aracı olmaktan çıkarak, hizmet kalitesini değerlendirme ölçütü niteliği kazanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kamu kurumları dışında özel işletmelerin de bu hizmeti sunmaya başlaması bu sektörde yoğun rekabet ortamını başlatmıştır. Sağlık hizmeti müşterileri (hasta) eğitim ve ekonomik durumlarındaki gelişmeler sonucu daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti talep etmeye başlamışlardır. Bu nedenle sağlık hizmetleri sunan işletmeler, hastaları bir tüketici veya bir müşteri olarak görmeye başlamışlardır. Artık sağlık kurumları, istedikleri hizmeti sunmak ve hastalarından bu hizmetleri kullanmalarını beklemek yerine, hedef kitlenin gereksinimlerini bilimsel olarak değerlemek ve onları tatmin edecek hizmetleri sunmak zorundadırlar.

Sağlık hizmetleri de diğer hizmetler gibi kendine özgü bazı özellikler taşımaktadır. Sağlık hizmetlerini uzman kişilerin sunması ve bu konuda hastaların gerekli tıbbi bilgilere yeterince sahip olmaması sonucu hastalar kalite algılarını aldıkları hizmetin işlevsel boyutuyla değerlendirmektedir. Bu da sağlık hizmeti sunan personelin davranışından, hizmetin alındığı ortam ve hizmetin süreçlerinden oluşmaktadır.

Araştırmamıza konu olan sağlıkta hizmet kalitesinin gelişmesi ve hasta tatmin ölçümlerini sağlık hizmetlerinde kullanan işletmelerin (hastaneler, diğer sağlık kuruluşları) çoğalması ve başarıya doğru yol almaları, bizi bu araştırmayı yapmaya yöneltmiştir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde özel sektörün de piyasaya girmeye başlaması ve bu nedenle de sağlıkta kalite arayışlarının yeni olması bizi bu araştırmaya yöneltmiş ve sağlığın müşterisi olan hastaların sunulan hizmetlerden memnuniyetlerinin ölçülmesi için yapılmıştır. Bu çalışmanın, araştırma yapılan hastanenin kalite çalışmalarında bir yol gösterici olması umulmaktadır.

2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Yatan hastaların tatmin düzeylerini belirlemek; hizmet kalitesinin artırılması, hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir. Eskişehir ilindeki Devlet Hastanesinde yatan hastaların tatmin düzeyini belirlemek ve tatmini etkileyen faktörleri ve bunların oransal önemini ortaya koymak bu araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır.

3. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak Tanımlayıcı (Betimleyici) Araştırma modeli kullanılmıştır. Bu araştırma modelinde amaç; eldeki problemi, bu problemle ilgili durumları, değişkenleri ve değişkenler arası ilişkileri tanımlamaktır²⁰⁷.

Betimleyici araştırma modelinde gereksinim duyulan veri ve bilgiler şu kaynaklardan elde edilebilir.

- Birincil kaynaklar
- İkincil kaynaklar

Bu çalışmada yararlanılan veriler birincil kaynaktan anket yöntemi ile toplanmıştır.

3.2. Örneklem Yöntemi ve Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın anakütlesi Eskişehir Devlet Hastane'sinde yatan hastalardır. Hastanede bulunan servisler belirlendikten sonra örneklem dahil edilecek servisler belirlendi. Bu servisler belirlenirken bazı kısıtlar kullanılmıştır. Bu kısıtlar; hastaların ankete cevap verebilecek düzeyde, sağlık ve psikolojik durumlarının iyi olması ve enfeksiyon riskinin olmaması durumudur. Bu nedenle koroner yoğun bakım ünitesi ve enfeksiyon hastalıkları servisi ziyarete kapalı (yasak) olduğu için, psikiyatri servisinde yatan hastaların psikolojik rahatsızlıkları olduğu için ve de dermatoloji servisinde de enfeksiyon riski olduğu için örneklem dahil edilmemiştir.

Araştırmamızda devlet hastanesinde yatan hastalara bazı kısıtlar kullanılarak anket uygulandığı için örneklem yöntemi "Amaçlı Örneklem" veya "Yargısal Örneklem" diye adlandırılan örneklem yöntemidir.

²⁰⁷ İsmail TUNA, "Pazarlamada Marka ve Dayanıklı Tüketim Mallarında Markanın Tüketici Tercihine Etkisi", Anadolu Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 1993, s. 85.

Amaçlı Örneklemeye veya Yargısal örneklemede araştırmacı, kimlerin seçileceği konusunda kendi yargısını kullanır ve araştırmacının amacına en uygun olanları örnekleme alır. Dolayısıyla bu yaklaşımda evrendeki her tabaka için bir kota konmaz, ancak uygun örneklemede olduğu gibi her önüne gelen de örnekleme alınmaz. Bazı alt kümelerin evreni genel hatları ile yansıttığı gözlenmişse, bundan sonra da yansıtacağı varsayımına dayalı olarak bu alt kümelerden yapılır.

Görüldüğü gibi bu örnekleme yönteminde kişi ve olaylar kümeler halinde seçilir. Bu yaklaşımın avantajı, deneklerin seçimiyle araştırmacının önceki bilgi ve becerilerini kullanmasıdır. Burada ortalama olarak istenen özellikleri taşıyanların seçilmesi bir yoldur²⁰⁸.

Bu amaçların ışığında Eskişehir Devlet Hastanesinde yatan hastalara yapılacak olan ankete en uygun düşen örnekleme yöntemi "Amaçlı Örneklemeye"dir.

Tablo 6: Yatak İstatistiği

Servis Adı	Toplam	Dolu	Boş	Doluluk(%)
İnfeksiyon Yatakları	19	3	16	16
Psikiyatri Yatakları	33	24	9	72.7
Hariciye Yatakları	52	39	13	75
Beyin Cerrahi Yatakları	28	26	2	92.8
Bevliye Yatakları	37	28	9	75.5
Göz Servisi Yatakları	20	4	16	20
K.B.B. Yatakları	23	18	5	78.3
Çocuk Servisi Yatakları	59	21	38	35.6
Ortopedi Yatakları	32	26	6	81.1
Göğüs Servisi Yatakları	15	15	0	100
Dahiliye Yatakları	61	54	7	88.5
Kardiyoloji Yatakları	4	2	2	50
K.Y.B. Yatakları	10	2	5	20
Dermatoloji Yatakları	10	10	0	100
Fizik Tedavi Yatakları	18	13	5	72.2
Noroloji Yatakları	20	18	2	90
Toplam	441	303	138	68.7

208 İlhan CEMALCILAR, **Pazarlama Araştırması**, Eskişehir, İ.T.İ.A., Yayınları, Eskişehir, 1969, s.61.

Araştırmamızın ana kütlesi; Eskişehir Devlet Hastanesinde yatan hastalardır. Tablo 6'da görüldüğü gibi hastanenin 441 yatak kapasitesi vardır. Anket uygulamasını yapıldığı tarihlerde (13.05.2000-16.05.2000) yatak doluluk oranı % 68.7'dir. Yani yatan hasta sayısı 303'dür. Yatan hastaların hastalık ve yattıkları servise göre araştırmaya katılacak servisler belirlendi. Örneğin, yoğun bakım servisinde, infeksiyon hastalıkları servisinde, psikiyatri servisinde, beyin cerrahi servisinde ve dermatoloji (deri hastalıkları) servisinde yatan hastalara anket uygulanmamıştır.

Örnek büyüklüğünde katlanılabilir hata ve güven sınırının belirlenmesi yargısal nitelikte olduğundan katlanabilir hatayı % 5 ve arzulanan güven sınırı % 95 olarak belirlenmiştir. Katlanabilecek hata 0.05 düzeyinde ve örnek büyüklüğü % 95 güven sınırında 102'dir.

3. 3. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma yönteminin tanımsal olması ve gerekli verilerin tarafsız ve istatistiksel analizlere uygun olarak toplanabilmesi bakımından en uygun veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır.

Anket sorularının oluşturulmasında bu konuda Türkiye ve yurt dışında yapılan araştırmalar gözden geçirilerek sorular düzenlenmiştir. Araştırmanın bilimsel ve elde edilecek bulguların işletme politikalarının işleyişine olumlu katkısı olacağı düşünülerek soruların oluşturulmasında hastaneden ve yatan hastalardan yararlanılmıştır.

Anketin hazırlanması sürecinde, teoriye dayanarak hazırlanan soruların ne kadarının geçerli olduğu hususu uygulanan ön test aşamasında belirlenmiş, araştırma konusunda hazırlanan sorular küçük (10 kişi) bir grup üzerinde test edilmiştir. Ön test aşamasında ayrıca soruların anlaşılabilirliği hastalardan gelen öneri vb. hususlar dikkate alınarak ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra anketin nihai kapsamı ve şekli oluşturulmuştur.

Araştırma amaçlarına uygun olarak hazırlanan anket formu (Ek 1) ek'de verilmiştir. Hastalara yönelik anket formunda sorular; bir hastanın hastaneye yatışından itibaren tüm hizmet süreçlerini kapsayacak şekilde hazırlanmıştır.

1. soru hastanın hastaneye yatışının hangi şekilde olduğunu ortaya çıkarmaya yöneliktir.

2. soru hastaların hastaneyi seçmelerinin asıl sebebini öğrenmeye yöneliktir.

3. soru hastanın yattığı servisi öğrenmeye yöneliktir.

4. soru hastanın kaç kişilik odada kaldığını öğrenmeye yöneliktir.

5. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hastanın hastaneye yatış sırasında yaptığı işlemlerin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin düzeyini öğrenmeye yöneliktir.

6. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hastanın yatış işlemlerini yapan personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliğini öğrenmeye yöneliktir.

7. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hemşirelerin hastaları dinleme ve anlama düzeylerini öğrenmeye yöneliktir.

8. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hemşirelerin, uygulanan tedavi, teşhis, ilaç ve hastalık hakkında hastaları bilgilendirme düzeylerini öğrenmeye yöneliktir.

9. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hemşirelerin, hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını zamanında belirleme ve çözümlenme düzeylerini öğrenmeye yöneliktir.

10. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak sorun ile karşılaşıldığında hastaların hemşirelere ulaşma kolaylığı ölçmeye yöneliktir.

11. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hemşirelerin hastalara gösterdikleri nezaket düzeylerini ölçmeye yöneliktir.

12. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla hastaların odalarına gelme sıklık düzeylerini ölçmeye yöneliktir.

13. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hastaların hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnunluk düzeylerini öğrenmeye yönelik sorulardır.

14. soru soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeylerini öğrenmeye yöneliktir.

15. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak doktorların, hastalara uygulanan tedavi, teşhis, ilaç ve hastalık hakkında bilgilendirme düzeylerini öğrenmeye yöneliktir.

16. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak doktorların hastalara gösterdikleri nezaket düzeyini öğrenmeye yöneliktir.

17. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak bir sorun ile karşılaştıklarında hastaların doktoruna ulaşma kolaylığını ölçmeye yöneliktir.

18. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak doktorların teşhis ve beceri düzeylerini ölçmeye yöneliktir.

19. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak doktorun tedavi gereği hasta odalarına gelme sıklık düzeyini öğrenmeye yöneliktir.

20. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hastaların doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnunluk düzeylerini öğrenmeye yöneliktir.

21., 22., 23. ve 24. sorular beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hastanede çalışan diğer sağlık destek personellerinin (labaratuvar, röntgen, temizlik, yönetim ve destek bölümündeki personeller) hastalara karşı göstermiş oldukları davranış ve yardımcı olma düzeylerini ölçmeye yöneliktir.

25., 26., 27., 28. ve 29. sorular beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hastanede sunulan yemekler hakkındaki (lezzeti, çeşitliliği, temizliği, doyuruculuğu ve dağıtılma zamanı) düşüncelerini öğrenmeye yöneliktir.

30., 31., 32., 33. ve 34. sorular beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hastaların kaldıkları odayla ilgili (temizliği, düzeni, havalandırma durumu, ısınma, aydınlanma durumu, yatak takımlarının değişme düzeni ve yatağın rahatı) değerlendirmelerini öğrenmeye yöneliktir.

35., 36., 37., 38 ve 39. sorular beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hastane hakkında (genel temizliği, ziyaret saatlerinin uygunluğu, ses yönünden uygunluğu, otopark hizmetleri ve hastane içinde ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla yolun bulunma kolaylığı) hastaların genel düşüncelerini öğrenmeye yöneliktir.

40. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hastaların bir sağlık problemiyle karşılaştıkları zaman tekrar hastaneyi tercih edip etmeme durumunu öğrenmeye yöneliktir.

41. soru beş noktalı likert ölçeğine dayanarak hastaların hastaneyi çevrelerindeki kişilere tavsiye edip etmeyeceklerini öğrenmeye yöneliktir.

42., 43., 44., 45., 46., 47. ve 48. sorular anketi cevaplayan hastaların demografik özelliklerini belirlemek için hazırlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değerlendirilmesi

Veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. 13 Mayıs-16 Mayıs tarihleri arasında Eskişehir Devlet Hastanesinde yapılmıştır. Yatan 102 hastaya yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır. Değerlemeler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Scienses) 7.0 paket programıyla yapılmış ve araştırmada her soru itibariyle yanıt veren kişiler belirlenmiştir. Verilerin analizinde yüzde (frekans), ortalama (mean) tekniklerinden yararlanılmıştır. Buna bağlı olarak da , hastaların hemşirelerin sundukları hizmet, doktorların sundukları hizmet, yardımcı sağlık personellerinin sundukları hizmetler, kaldıkları oda ile ilgili, yemeklerle ilgili ve hastane ile ilgili düşüncelerini belirlemede; eğitim, meslek, hastaneyi tercih edip etmeme, çevrelerindeki kişilere hastaneyi tavsiye etme, hastaneye yatış şekli ve hastaneyi seçmesinin asıl nedeni vb tercihlerle ilişkilendirilmiştir. Bu ilişkilerde hipotezler Pearson'a göre 0.05 anlamlılık düzeyinde % 5 hata payı %95 güvenilirlik ile Kİ-KARE analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra bazı sorular arasında ilişki kurmak amacıyla Crosstabs yapılmıştır.

4. VERİLERİN ANALİZİ VE YORUMU

Tablo 7: Hastaların Cinsiyet Durumu

Cinsiyet	Sayı	Yüzde %
Erkek	60	58,8
Kadın	42	41,2
Toplam	102	100

Tablo 7 incelendiğinde ankete katılan 102 kişinin % 58.8'ini erkeklerin, % 41.2'sini kadınların oluşturduğu görülmektedir. Ankete katılan erkekler kadınlardan fazladır.

Tablo 8: Hastaların Yaş Durumları

Yaş	Sayı	Yüzde %
18 ve Altı	18	17,6
19-25	8	7,8
26-37	17	16,7
38-49	25	24,5
50-61	18	17,6
62 ve üstü	16	15,7
Toplam	102	100

Tablo 8 incelendiğinde, anket kapsamına alınan hastaların yaşları 6 gruba ayrılmıştır. Yaş grupları ağırlığına göre % 24.5'ini 38-49 yaş arası, % 17.6'sını 18 ve altı yaş arası, % 17.6'sını 50-61 yaş arası, % 15.7'sini 62 yaş ve üstü, % 7.8'ini 19-25 yaş arası hastalar oluşturmaktadır.

Tablo 9: Hastaların Medeni Durumu

Medeni Durum	Sayı	Yüzde %
Bekar	29	28,4
Evli	59	57,8
Dul veya Boşanmış	13	12,7
Ayrı Yaşıyor	1	1,1
Toplam	102	100

Tablo 9 incelendiğinde, ankete katılan 102 hastanın % 57.8'inin evli, % 28.4'ünün bekar, % 12.7'sinin dul veya boşanmış ve % 1.1'inin ayrı yaşıyor olduğu görülmüştür.

Tablo 10: Hastaların Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde %
Eğitimsiz	9	8,8
Okur-Yazar	23	22,5
İlkokul	31	30,4
Ortaokul	16	15,7
Lise	14	13,7
Üniversite ve Üstü	9	8,8
Toplam	102	100

Tablo 10 incelendiğinde ankete katılan hastaların % 30.4'ünün ilkököl mezunu, % 22.5'inin okur-yazar, % 15.7'sinin ortaokul mezunu, % 13.7'sinin lise mezunu, % 8.8'inin üniversite mezunu ve üstü, % 8.8'inin ise eğitimsiz olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Hastaların Meslek Durumu

Meslek	Sayı	Yüzde %
İşçi	9	8,8
Memur	15	14,7
Emekli	11	10,8
Öğrenci	20	19,6
Ev Hanımı	29	28,4
Serbest Meslek	11	10,8
İşsiz	7	6,9
Toplam	102	100

Tablo 11 incelendiğinde ankete katılan hastaların, % 28.4'ünün ev hanımı, % 19.6'sının öğrenci, % 14.7'sinin memur, % 10.8'inin serbest meslek / esnaf, % 10.8'inin emekli, % 8.8'inin işçi, % 6.9'unun işsiz olduğu görülür.

Tablo 12: Hastaların Gelir Durumu

Gelir Durumu	Sayı	Yüzde %
80 Milyon TL ve Altı	47	46,1
81-150 Milyon TL	22	21,5
151-250 Milyon TL	26	25,5
251-350 Milyon TL	5	4,9
351-500 Milyon TL	2	2,0
501-750 Milyon TL		
751-1Milyar TL		
Toplam	102	100

Tablo 12 incelendiğinde ankete katılan hastaların gelir durumu, 80 Milyon TL ve altı geliri olanlar % 46.1'ini, 151-250 Milyon TL arası geliri olanlar % 25.5'ini, 81-150 Milyon TL arası geliri olanlar % 21.5'ini, 251-350 Milyon TL arası geliri olanlar % 4.9'unu, 351-500 Milyon TL arası geliri olanlar ise % 2'sini oluşturmaktadır. Ankete katılanlar arasında 501 Milyon ve üstü geliri olan hasta bulunmamaktadır.

Tablo 13: Hastaların Sosyal Güvencesi

Sosyal Güvence	Sayı	Yüzde %
Bağ-Kur	24	23,5
Emekli Sandığı	28	27,5
S.S.K.	3	2,9
Yeşilkart	31	30,4
Yok	12	11,8
Diğer	4	3,9
Toplam	102	100

Tablo 13 incelendiğinde ankete katılan hastaların sahip olduğu sosyal güvencelerini şu şekilde oluşturduğu görülür: Yeşilkartlılar % 30.4, Emekli Sandığı % 27.5, Bağ-Kur % 23.5, sosyal güvencesi olmayanlar % 11.8, diğer sosyal güvencesi olanlar (özel sağılı sigortası vb.) % 3.9 ve SSK'lı olanlar ise % 2.9'dur.

Tablo 14: Hastaların Hastaneye Yatış Şekli

Hastaneye Yatış Şekli	Sayı	Yüzde %
Acilden	37	36,3
Normal Poliklinik Muayenesi	27	26,5
Özel Muayene	27	26,5
Başka Kurumdan Sevkli	11	10,8
Toplam	102	100

Tablo 14 incelendiğinde ankete katılan hastaların hastaneye yatış şekillerinin şu oranda oluştuğu görülür. Acilden yatanlar % 36,3, normal poliklinik muayenesinden sonra yatanlar % 26,5, özel muayenehaneden yatanlar % 26,5 ve başka kurumdan sevk olarak yatış yaptıranlar ise % 10,8'dir.

Tablo 15: Hastaların Hastaneyi Seçme Nedeni

Hastaneyi Seçme Nedeni	Sayı	Yüzde %
Doktorun Eski Hastasıyım	8	7,8
Doktoru Tanıyorum	20	19,6
Hastanede Yakınım Çalışıyor	5	4,9
Çalıştığım Kamu Kuruluşu Sevk İle	42	41,2
Rastgele Kendi Seçimim	27	26,5
Toplam	102	100

Tablo 15 incelendiğinde ankete katılan hastaların hastaneye seçme nedenlerinin şu şekilde oluştuğu görülür: Çalıştığım kamu kuruluşunun sevk ile bu hastaneyi seçtim diyenler % 41,2, rastgele kendi seçimim diyenler % 26,5, doktorumu tanıyorum diyenler % 19,6, doktorun eski hastasıyım diyenler % 7,8 ve hastanede yakınım çalışıyor diyenler ise % 4,9'dur.

Tablo 16: Hastaların Yattıkları Servis

Yatılan Servis	Sayı	Yüzde %
Dahiliye	10	9,8
Bevliye	9	8,8
Cerrahi	26	25,5
KBB	9	8,8
Göz	4	3,9
Ortopedi	17	19,7
Göğüs	9	8,8
Çocuk	11	10,8
Fizik Tedavi	7	6,9
Toplam	102	100

Tablo 16 incelendiğinde ankete katılan hastaların yattıkları servis dağılımının şu şekilde oluştuğu görülür. % 25.5'i cerrahi servisinde, % 19.7'si ortopedi servisinde, % 10.8'i çocuk servisinde, % 9.8'i dahiliye servisinde, % 8.8'i bevliye, KBB ve göğüs servisinde, % 6.9'u fizik tedavi servisinde ve % 3.9'u ise göz servisinde yatmaktadır.

Tablo 17: Hastaların Yattıkları Odadaki Yatak Sayısı

Odadaki Yatak Durumu	Sayı	Yüzde %
Tek Kişilik	12	11,8
Çift Kişilik	6	5,9
Üç Kişilik	6	5,9
Dört Kişilik	37	36,3
Beş Kişilik	6	5,9
Altı Kişilik	35	34,2
Toplam	102	100

Tablo 17 hastaların kaç kişilik odalarda kaldıkları ile ilgilidir. Tablo incelendiğinde hastaların % 36.3'ünün dört kişilik odalarda, % 34.2'sinin altı kişilik odalarda, % 11.8'inin tek kişilik odalarda ve % 5.9'unun ise iki, üç ve dört kişilik odalarda kalmakta oldukları görülür.

Tablo 18: Hastane Yatış İşlemleri

Hastane Yatış İşlemleri	Çok İyi 5	İyi 4	Ne İyi Ne Kötü 3	Kötü 2	Çok Kötü 1	Yatay Toplam	Ort.	Standart Sapma
Hastaneye yatış işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresi	18 17.6	45 44.1	22 21.6	14 13.7	3 2.9	102 100	3,598	1,270
Görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	17 16.7	57 55.9	23 22.5	3 2.9	2 2	102 100	3,823	0,8134

Tablo 18 incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların yatış işlemleri hakkındaki fikirleri şöyle oluşmuştur: Hastane yatış işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresi ile ilgili hastaların % 44.1'i (45 kişi) "iyi", % 21.6'sı (22 kişi) "ne iyi ne kötü", % 17.6'sı (18 kişi) "çok iyi", % 13.7'si (14 kişi) "kötü", % 2.9'u (3 kişi) ise "çok kötü" değerlendirmesi yapmışlardır. Genel olarak hastaların yatış işlemleri ile ilgili eğilimleri 5 üzerinden 3.598 ve standart sapması 1.270'dir. Bu sonuç hastaların hastane yatış işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresi ile ilgili genel eğilimlerinin "iyi" olduğunu göstermektedir.

Hastane yatış işlemleri sırasında görevli personelin işe ilgisi, hastalara karşı nezaket ve yardımseverliğini belirlemek amacıyla sorulan soruya, ankete katılan hastaların % 55.9'u (55 kişi) "iyi", % 22.5'i (23 kişi) "ne iyi ne kötü", % 16.7'si (17 kişi) "çok iyi", % 4.9'u ise (5 kişi) "kötü" ve "çok kötü" değerlendirmesi yapmışlardır. Hastaların genel eğilimleri değerlendirilirken ortalama 3.823 ve standart sapma ise 0.8134'dür. Hastaların genel eğiliminin "iyi" olduğunu göstermektedir.

Hastane yatış işlemleri genel olarak değerlendirildiğinde ortalama 5 üzerinden 4.167'dir. Hastalar hastane yatış işlemlerini "iyi" olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 19: Hemşirelerin Verdikleri Hizmetlere İlişkin Hasta Tutumlarının Dağılımı

Hemşirelik Hizmetleri	Çok İyi 5	İyi 4	Ne İyi Ne Kötü 3	Kötü 2	Çok Kötü 1	Yatay Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Hemşirelerin sizi dinleme ve anlama düzeyleri	30 29.4	60 58.8	11 10.8	1 1	-	102 100	4,167	0,6461
Uygulanan tedavi, tetkik ilaç ve hastalığınız hakkında sizi bilgilendirme düzeyleri	20 19.6	45 44.1	18 17.6	17 16.7	2 2	102 100	3,6275	1,0429
Fiziksel ve duygusal sorunlarınızı zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri	17 16.7	51 50	24 23.5	8 7.8	2 2	102 100	3,7157	0,9052
Sorun ile karşılaştığınızda hemşirelere ulaşma kolaylığı	34 33.3	57 55.9	6 5.9	4 3.9	1 1	102 100	4,167	0,6461
Size gösterdikleri nezaket düzeyi	29 28.4	62 60.8	7 6.9	4 3.9	-	102 100	4,1373	0,7041
Yardım ve kontrol amacıyla odanıza gelme sıklık düzeyi	26 25.5	58 56.9	11 10.8	7 6.9	-	102 100	4,0098	0,8022
Hemşirelerin sundukları hizmetlerin tümünden memnunluk düzeyiniz	30 29.4	55 53.9	14 13.7	2 2	1 1	102 100	4,1188	0,7112

Tablo 19 incelendiği zaman hemşirelerin hastalara verdikleri hizmetleri değerlendirmek amacıyla yöneltilen sorulara araştırmaya katılan hastalar verdikleri cevapların dağılımının şu şekilde gerçekleştiği görülür.

Hemşirelerin şikayetleri dinleme ve anlama düzeylerine ilişkin soruya; hastaların % 58.8'i (60 kişi) "iyi", % 29.4'ü (30 kişi) "çok iyi", % 10.8'i (11 kişi) "ne iyi ne kötü" (orta) ve %1'i (1 kişi) ise "kötü" değerlendirmesi yapmışlardır. Hemşirelerin hastaları dinleme ve anlama düzeyleri 5 üzerinden ortalama 4.167 ve standart sapması ise 0.6461'dir. Hastaların genel eğilimi "iyi" olarak ifade edilmiştir.

Hemşirelerin, hastalığın teşhisi, tedavisi, ilaç kullanımı ve hastalık hakkında bilgilerin ne düzeyde verildiğini ve hastaların ne derece aydınlatıldığını ortaya çıkarmak amacıyla sorulan soruya araştırmaya katılan hastaların % 44.1'i (45 kişi) "iyi", % 19.6'sı (20 kişi) "çok iyi", % 17.6'sı (18 kişi) "ne iyi ne kötü" (orta), %16.7'si (17

kişi) “kötü” ve % 2’si (2 kişi) ise “çok kötü” cevabını vermiştir. Hemşirelerin hastaları bilgilendirme düzeyleri ile ilgili hastaların genel eğilimleri ortalama 5 üzerinden 3.6275 ve standart sapma ise 1.0429’dur. Hastaların genel eğilimi “iyi” olarak ifade edilmiştir.

Hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını hemşirelerin zamanında belirleme ve çözümlene düzeyleriyle ilgili olarak hastaların % 50’si (51 kişi) “iyi”, % 23.5’i (24 kişi) “orta”, % 16.7’si (17 kişi) “çok iyi”, % 7.8’i (8 kişi) “kötü” ve %2’si (2kişi) ise “çok kötü” değerlendirmesi yapmışlardır. Genel olarak hastaların fiziksel ve duygusal bir sorun ile karşılaştıklarında bu sorunu hemşirelerin zamanında belirleme ve çözümlene düzeyleri 5 üzerinden ortalama 3.7157 ve standart sapması ise 0.9052’dir. Hastaların genel eğilimi “iyi” olarak ifade edilmiştir.

Hastaların sorun ile karşılaştıklarında hemşirelere ulaşma kolaylığının belirlenmesi amacıyla sorulan soruya, ankete katılan hastaların % 55.9’u (57 kişi), “iyi”, % 33.3’ü (34 kişi) “çok iyi”, % 5.9’u (6 kişi) “ne iyi ne kötü”, % 3.9’u (4 kişi) “kötü” ve % 1’i (1 kişi) ise “çok kötü” yanıtını vermiştir. Hastaların bir sorun ile karşılaştıklarında hemşirelere ulaşma kolaylığı 5 üzerinden ortalama 4.167 ve standart sapma ise 0.6461’dir. Hastaların genel eğilimi “iyi” olarak ifade edilmiştir.

Hemşirelerin hastalara karşı tutumunu (nazik ve yardımsever olmaları) belirlemek amacıyla yöneltilen soruya, ankete katılan hastaların % 60.8’i (62 kişi) “iyi”, % 28.4’ü (29 kişi) “çok iyi”, % 6.9’u (7 kişi) “ne iyi ne kötü” ve % 3.9’u (4 kişi) ise “kötü” cevabını vermişlerdir. Hemşirelerin hastalara karşı tutum düzeyleri 5 üzerinden ortalama 4.1373 ve standart sapma ise 0.7041’dir. Hastaların genel eğilimi ise “iyi” olarak ifade edilmiştir.

Yardım ve kontrol amacıyla hemşirelerin hasta odalarına gitme düzeylerini ölçmek için sorulan soruya ankete katılan hastaların % 56.9’u (58 kişi) “iyi”, % 25.5’i (26 kişi) “çok iyi”, % 10.8’i (11 kişi) “ne iyi ne kötü” ve % 6.9’u (7 kişi) ise “kötü” değerlendirmesini yapmıştır. Genel olarak hemşirelerin hasta odalarına gitme düzeyleri 5 üzerinden ortalama 4.0098 ve standart sapması ise 0.8022’dir. Hastaların genel eğilimi ise “iyi” olarak ifade edilmiştir.

Hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnunluk düzeyinin ölçülmesine yönelik sorulan soruya ankete katılan hastaların % 53.9’u (55 kişi) “iyi”, % 29.4’ü (30 kişi) “çok iyi”, % 13.7’si (14 kişi) “orta” ve %2’si (2 kişi) ise “kötü” cevabını vermiştir. Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden hastaların memnunluk düzeyleri 5 üzerinden ortalama 4.1188 ve standart sapma ise 0.7112’dir. Hastaların genel eğilimi ise “iyi” olarak ifade edilmiştir.

Hemşirelerin sundukları hizmetler genel olarak değerlendirildiğinde ise ortalama 5 üzerinden 3.9911 ve standart sapma 0.6981'dir. Buradan da anlaşılacağı gibi hemşirelik hizmetleri ile ilgili hastaların değerlendirmeleri "iyi" olarak belirtilmiştir.

Tablo 20: Doktorların Verdikleri Hizmetlere İlişkin Hasta Tutumlarının Dağılımı

Doktorluk Hizmetleri	Çok İyi 5	İyi 4	Ne İyi Ne Kötü 3	Kötü 2	Çok Kötü 1	Yatay Toplam	Ort.	Standart Sapma
Doktorların sizi dinleme ve anlama düzeyleri	21 20.6	66 64.7	11 10.8	4 3.9	-	102 100	4,0196	0,6891
Uygulanan tedavi, tetkik, ilaç ve hastalığınız hakkında sizi bilgilendirme düzeyleri	18 17.6	46 45.1	14 13.7	21 20.6	3 2.9	102 100	3,5392	1,0961
Size gösterdikleri nezaket düzeyi	24 23.5	62 60.8	11 10.8	5 4.9	-	102 100	4,0294	0,7373
Sorun ile karşılaştığınızda doktorunuza ulaşma kolaylığı	14 13.7	45 44.1	34 33.3	7 6.9	2 2	102 100	3,6078	0,8806
Hastalığınızın teşhisi ve tedavisi konusunda beceri düzeyi	23 22.5	69 67.6	7 6.9	2 2	1 1	102 100	4,0882	0,6764
Doktorun tedavi gereği odanıza gelme sıklığı	11 10.8	51 50	27 26.5	11 10.8	2 2	102 100	3,5686	0,8956
Doktorların sundukları hizmetlerin tümünden memnunluk düzeyiniz	20 19.6	68 66.7	9 8.8	3 2.9	2 2	102 100	3,9902	0,7642

Tablo 20 incelendiği zaman, doktorların hastalara verdikleri hizmetleri değerlendirmek amacıyla yöneltilen sorulara araştırmaya katılan hastalar verdikleri cevapların dağılımının şu şekilde gerçekleştiği görülür.

Doktorların hasta şikayetlerini dinleme ve anlama düzeylerine ilişkin soruya, hastaların % 64.7'si (66 kişi) "iyi", % 20.8'i (21 kişi) "çok iyi", % 10.8'i (11 kişi) "ne iyi ne kötü" (orta) ve % 3.9'u (4 kişi) ise "kötü" yanıtını vermiştir. Genel olarak doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyleri 5 üzerinden ortalama 4.0196 ve

standart sapması ise 0.6891'dir. Hastaların genel eğilimi "iyi" olarak ifade edilmiştir.

Doktorların, hastalığın teşhisi, tedavisi, ilaç kullanımı ve hastalık hakkında bilgilendirmenin ne düzeyde verildiğini ve hastaların ne derece aydınlatıldığını ortaya çıkarmak amacıyla sorulan soruya, araştırmaya katılan hastaların % 45.1'i (46 kişi) "iyi", % 20.6'sı (21 kişi) "kötü", % 17.6'sı (18 kişi) "çok iyi", %13.7'si (14 kişi) "ne iyi ne kötü" ve % 2.9'u (3 kişi) ise "çok kötü" yanıtını vermiştir. Doktorların hastaları bilgilendirme düzeyleri 5 üzerinden ortalama 3.5392 ve standart sapması ise 1.0961'dir. Hastaların genel eğilimi "iyi" olarak ifade edilmiştir.

Doktorların hastalara karşı tutumunu (nazik ve yardımsever olmaları) belirlemek amacıyla yöneltilen soruya, ankete katılan hastaların % 60.8'i (62 kişi) "iyi", % 23.5'i (24 kişi) "çok iyi", % 10.8'i (11 kişi) "ne iyi ne kötü" ve % 4.9'u (5 kişi) ise "kötü" cevabını vermiştir. Doktorların hastalara karşı tutumları 5 üzerinden ortalama 4.0294 ve standart ise sapması 0.7373'dür. Hastaların genel eğilimi "iyi" olarak ifade edilmiştir.

Hastaların herhangi bir sorun ile karşılaştıklarında doktorlarına ulaşma kolaylığının belirlenmesi amacıyla sorulan soruya, ankete katılan hastaların % 44.1'i (45 kişi) "iyi", % 33.3'ü (34 kişi) "ne iyi ne kötü", % 13.7'si (14 kişi) "çok iyi", % 6.9'u (7 kişi) "kötü" ve % 2'si (2 kişi) ise "çok kötü" cevabını vermiştir. Hastaların doktorlarına ulaşma kolaylığı 5 üzerinden ortalama 3.6078 ve standart sapması ise 0.8806'dır. Hastaların genel eğilimi ise "iyi" olarak ifade edilmiştir.

Doktorların teşhis ve tedavi konusundaki becerileri hakkında ankete katılan hastaların ifadeleri şu şekilde oluşmuştur: % 67.6'sı (69 kişi) "iyi", % 22.5'i (23 kişi) "çok iyi", % 6.9'u (7 kişi) "ne iyi ne kötü", % 2'si (2 kişi) "kötü" ve % 1'i (1 kişi) ise "çok kötü"dür. Doktorların teşhis ve tedavi konusundaki beceri düzeylerine hastalar 5 üzerinden ortalama 4.0882 ve standart sapma ise 0.6764'dür. Hastaların genel eğilimi ise "iyi" olarak ifade edilmiştir.

Doktorların tedavi amacıyla hasta odalarına gelme düzeylerini ölçmek için sorulan soruya ankete katılan hastaların % 50'si (51 kişi) "iyi", % 26.5'i (27 kişi) "ne iyi ne kötü", % 10.8'i (11 kişi) "çok iyi", % 10.8'i (11 kişi) "kötü" ve % 1.9'u (2 kişi) ise "çok kötü" demişlerdir. Doktorların tedavi amacıyla hasta odalarına gelme düzeyleri 5 üzerinden ortalama 3.5686 ve standart sapma ise 0.8956'dır. Hastaların genel eğilimi ise "iyi" olarak ifade edilmiştir.

Doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden hastaların memnunluk düzeyinin ölçülmesine yönelik sorulan soruya ankete katılan hastaların % 66.7'si (68 kişi) "iyi", % 19.6'sı (20 kişi) "çok iyi", % 8.8'si (9 kişi) "orta", %2.9'u (3 kişi) "kötü" ve % 2'si (2 kişi) ise "çok kötü" cevabını vermişlerdir. Doktorların verdikleri hizmetin tümünden hastaların memnunluk düzeyi 5 üzerinden ortalama 3.990. ve standart sapması ise 0.7642'dir. Hastaların genel eğilimi ise "iyi" olarak ifade edilmiştir.

Doktorların verdikleri hizmetler ile ilgili hastaların genel değerlendirmesi 5 üzerinden ortalama 3.8305 ve standart sapma ise 0.7977'dir. Doktorların verdikleri hizmetler genel olarak değerlendirildiğinde hastaların genel eğilimi "iyi" olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 21: Diğer Sağlık Personellerinin Verdikleri Hizmetlere İlişkin Hasta Tutumlarının Dağılımı

Diğer Sağlık Personel Hizmetleri	Çok İyi 5	İyi 4	Ne İyi Ne Kötü 3	Kötü 2	Çok Kötü 1	Yatay Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Labaratuvarında çalışan personelin davranışları ve size yardımcı olma düzeyleri	12 14.0	61 70.9	10 9.8	2 2.0	1 1.0	86 100	3,9419	0,6748
Teşhis birimlerinde (EKG, Röntgen) çalışan personellerin davranışları ve size yardımcı olma düzeyleri	13 13.4	71 73.2	11 11.3	1 1.0	1 1.0	97 100	3,9691	0,6200
Yönetim ve destek bölümündeki personellerin davranışları	12 11.9	50 49.5	35 34.7	1 1.0	-	101 100	3,6832	0,7607
Hastane temizlik personelinin davranışları ve size yardımcı olma düzeyleri	24 23.5	66 64.7	11 10.8	1 1.0	-	102 100	4,1078	0,6119

Diğer sağlık personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeylerini belirlemek amacıyla sorulan soruya, ankete katılan hastalardan hizmeti alanların dağılımı şöyle oluşmuştur.

Labaratuvarında çalışan personelin hastalara karşı davranışı ve yardımcı olma düzeylerini belirlemek amacıyla sorulan soruya, ankete katılan hastaların (Yatan

hastalara yapılan bu ankette labaratuvar hizmetini alanların sayısı 86'dır. 16 Kişi labaratuvarında çalışan personelle direkt muhattap olmamış, yapılan tahliller servisten gönderilmiştir. Bu yüzden labaratuvarında çalışan personelle ilgili soruya sadece hizmeti direkt alanlar cevaplamış ve değerlendirme 86 kişi üzerinden yapılmıştır.) % 70.9'u (61 kişi) "iyi", % 14'ü (12 kişi) "çok iyi", % 11.6'sı (10 kişi) "ne iyi ne kötü", % 2.3'ü (2 kişi) "kötü" ve % 1.2'si (1 kişi) ise "çok kötü" demiştir.

Teşhis birimlerinde (EKG, Röntgen) çalışan personellerin davranışı (nazik olma ve yardımcı olma düzeylerini belirlemek amacıyla sorulan soruya, ankete katılan hastaların (Bu hizmetleri alanların sayısı 97'dir. Hizmeti almayan 5 kişi değerlendirmeye katılmamıştır.) %73.2'si (71 kişi) "iyi", % 13.3'ü (13 kişi) "çok iyi", % 11.3'ü (11 kişi) "ne iyi ne kötü", %1'i (1 kişi) "kötü" ve %1'i (1 kişi) ise "çok kötü" demiştir.

Yönetim ve destek bölümünde çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeylerini belirlemek amacıyla sorulan soruya ankete katılan hastaların % 49'u (50 kişi) "iyi", % 34.3'ü (35 kişi) "ne iyi ne kötü", % 11.8'i (12 kişi) "çok iyi", % 2.9'u (3 kişi) "kötü" ve % 1'i (1 kişi) ise "çok kötü" cevabını vermiştir. (Bu soruya ankete katılanlardan 1 kişi cevap vermemiştir.)

Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeylerini belirlemek amacıyla sorulan soruya ankete katılan hastaların % 64.7'si (66 kişi) "iyi", % 23.5'i (24 kişi) "çok iyi", % 10.8'i (11 kişi) "ne iyi ne kötü" ve %1'i (1 kişi) ise "kötü" demiştir.

Diğer sağlık personellerinin verdikleri hizmetler genel olarak değerlendirildiğinde 5 üzerinden ortalama olarak 3.9255 ve standart sapma ise 0.6668 bulunmuştur. Diğer sağlık personellerinin verdikleri hizmetler hastalar tarafından "iyi" olarak

değerlendirilmektedir.

Tablo 22: Hastalara Sunulan Yemekler Hakkında Düşüncelerin Dağılımı

Yemeklere İlişkin Düşünceler	Çok İyi 5	İyi 4	Ne İyi Ne Kötü 3	Kötü 2	Çok Kötü 1	Yatay Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Yemeklerin lezzeti	24 23.5	55 53.9	17 16.7	6 5.9	-	102 100	3,951	0,8007
Yemeklerin çeşitliliği	20 19.6	54 52.9	23 22.5	3 2.9	2 2.0	102 100	3,8529	0,8372
Yemeklerin doyuruculuğu	22 21.6	56 54.9	15 14.7	7 6.9	2 2.0	102 100	3,8725	0,8974
Yemeklerin dağıtılma zamanı	19 18.6	50 49.0	20 19.6	12 11.8	1 1.0	102 100	3,7255	0,8974
Yemeklerin temizliği	33 32.4	57 55.9	10 9.8	1 1.0	1 1.0	102 100	4,1765	0,7232

Sunulan yemekle ilgili sorulara, ankete katılan hastaların değerlendirmeleri şu şekilde gerçekleşmiştir.

Hastaların % 59'u (55 kişi) ve % 23.5'i (24 kişi) yemek lezzetlerinin "iyi" ve "çok iyi" olduğunu, % 16.7'si (17 kişi) "ne iyi ne kötü" (orta) ve % 5.9'u (6 kişi) ise yemeklerin lezzetinin "kötü" olduğunu belirtmiştir.

Hastaların % 52.9'u (54 kişi) ve % 19.6'sı (20 kişi) yemek çeşitlerinin "iyi" ve "çok iyi" olduğunu belirtirken % 2.9'u (3 kişi) ve % 2'si ise (2 kişi) "kötü" ve "çok kötü" olduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların % 22.5'i (23 kişi) ise yemek çeşitlerinin "ne iyi ne kötü" (orta) olduğunu belirtmiştir.

Hastaların % 54.9'u (56 kişi) ve % 21.6'sı (22 kişi) yemeklerin doyuruculuğunun "iyi" ve "çok iyi" olduğunu düşünmektedir. Hastaların % 6.9'u (7 kişi) ve % 2'si (2 kişi) yemeklerin doyuruculuğunun "kötü" ve "çok kötü" olduğunu düşünmektedir. Hastaların % 14.7'si (15 kişi) ise yemeklerin doyuruculuğunun "ne iyi ne kötü" (orta) olduğunu düşünmektedir.

Hastaların % 49'u (50 kişi) ve % 18.6'sı (19 kişi) yemeklerin dağıtılma zamanının "iyi" ve "çok iyi" olduğunu düşünmektedir. Hastaların % 11.8'i (12 kişi) ve % 1'i (1 kişi) yemeklerin dağıtılma zamanının "kötü" ve "çok kötü" olduğunu

düşünmektedir. Yemeklerin dağıtılma zamanının “ne iyi ne kötü” (orta) düşünenler ise % 19.6’dır (20 kişi).

Yemeklerin temizliğini belirlemek amacıyla sorulan soruya, ankete katılan hastaların % 55.9’u (57 kişi) ve % 32.4’ü (33 kişi) ise “iyi” ve “çok iyi” cevabını vermiştir “Kötü” ve “çok kötü” cevabını verenler ise % 2’dir (2 kişi). Yemeklerin temizliğine “ne iyi ne kötü” cevabını verenler ise % 9.8’dir (10 kişi).

Hastaların yemeklere ilişkin düşünceleri 5 üzerinden ortalama 3.9156 ve standart sapma ise 0.8387’dir. Hastanenin yemekleri hakkında hastaların genel eğilimleri “iyi” şeklindedir.

Tablo 23: Hastaların Kaldıkları Odayla İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

Oda İle İlgili Düşünceler	Çok İyi 5	İyi 4	Ne İyi Ne Kötü 3	Kötü 2	Çok Kötü 1	Yatay Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Odanızın temizliği ve düzeni	32 31.4	56 54.9	10 9.8	4 3.9	-	102 100	4,1373	0,7451
Odanızın havalandırılma durumu	19 18.6	54 52.9	19 18.6	10 9.8	-	102 100	3,8039	0,8564
Odanızın ısınma ve aydınlanma durumu	21 20.6	66 64.7	11 10.8	4 3.9	-	102 100	4,0196	0,6891
Yatak takımlarınızın değişme sıklığı	13 12.7	50 49.0	24 23.5	11 10.8	4 3.9	102 100	3,5588	0,9807
Yatağınızın rahatı	21 20.6	48 47.1	16 15.7	17 16.7	-	102 100	3,7157	0,9788

Kaldıkları odayla ilgili düşüncelerini öğrenmek amacıyla sorulan sorulara, ankete katılan hastaların değerlendirmeleri şu şekilde gerçekleşmiştir:

Odanın temizliği ve düzeni ile ilgili soruya, hastaların % 54.9’u (56 kişi) ve % 31.4’ü (32 kişi) “iyi” ve “çok iyi”, % 3.9’u (4 kişi) ise “kötü” demiştir.

Odanın havalandırılması ile ilgili soruya ankete katılan hastaların % 52.9’u (54 kişi) ve % 18.6’sı (19 kişi) “iyi” ve “çok iyi” derken, % 9.8’i (10 kişi) “kötü” demiştir. % 18.6’sı (19 kişi) ise oda havalandırılmasının “ne iyi ne kötü” olduğunu

düşünmektedir.

Odanın ısınma ve aydınlanma durumunu belirlemek amacıyla sorulan soruya, ankete katılan hastaların % 64.7'si (66 kişi) ve % 20.6'sı (21 kişi) "iyi" ve "çok iyi" olarak ifade ederken, %10.8'i (11 kişi) "ne iyi ne kötü" ve % 3.9'u (4 kişi) "kötü" olarak ifade etmiştir.

Yatak takımlarının değişme sıklığı ile ilgili soruya, ankete katılan hastaların % 49'u (50 kişi) "iyi", % 12.7'si (13 kişi) "çok iyi", % 23.5'i (24 kişi) "ne iyi ne kötü", %10.8'i (11 kişi) "kötü" ve % 3.9'u (4 kişi) ise "çok kötü" cevabını vermiştir.

Yatağın rahatı ile ilgili soruya, ankete katılan hastaların % 47.1'i (48 kişi) "iyi", % 20.6'sı (21 kişi) "çok iyi", % 16.7'si (17 kişi) "kötü" ve % 15.7'si (16 kişi) ise "ne iyi ne kötü" olarak değerlendirmiştir.

Hastaların kaldıkları odayla ilgili genel düşünceleri 5 üzerinden değerlendirildiğinde 3.8470 ve standart sapma ise 0.8501'dir. Hastaların kaldıkları oda ile ilgili genel eğilimlerini "iyi" şeklindedir.

Tablo 24: Hastaların Hastaneyle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

Hastane İle İlgili Düşünceler	Çok İyi 5	İyi 4	Ne İyi Ne Kötü 3	Kötü 2	Çok Kötü 1	Yatay Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Hastanenin genel temizliği	19 18.6	62 60.8	16 15.7	4 3.9	1 1.0	102 100	3,7157	0,7667
Hastane içinde ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla yolunuzu bulma kolaylığı	13 12.7	40 39.2	46 45.1	3 2.9	-	102 100	3,6176	0,7452
Ziyaret saatinin uygunluğu	9 8.8	53 52.0	22 21.6	16 15.7	2 2.0	102 100	3,500	0,9308
Hastanenin gürültü (ses) uygunluğu	7 6.9	35 34.3	31 30.4	23 22.5	6 5.9	102 100	3,1373	1,0344
Otopark hizmetleri	4 7.1	25 44.6	8 14.3	11 19.6	8 14.3	56 100	3,1071	1,2311

Araştırmaya katılan hastaların hastane ile ilgili düşüncelerini öğrenebilmek amacıyla sorulan soruların dağılımı şu şekilde oluşmuştur:

Hastanenin genel temizliği ile ilgili soruya, ankete katılan hastaların % 60.8'i (62

kişi) ve % 18.6'sı (19 kişi) "iyi" ve "çok iyi" olarak ifade ederken, % 3.9'u (4kişi) ve % 1'i (1 kişi) "kötü" ve "çok kötü" olarak ifade etmişler. Hastanenin genel temizliğine "ne iyi ne kötü" diyen hastalar % 15.7'dir (16 kişi).

Hastane içinde ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla aranılan yerlerin bulunma kolaylığı ile ilgili soruya ankete katılan hastaların % 45.1'i (46 kişi) "ne iyi ne kötü", % 39.2'si (40kişi) ve % 12.7'si (13 kişi) "iyi" ve "çok iyi" derken, % 2.9'u (3 kişi) ise "kötü" demiştir.

Hasta ziyaret saatlerinin uygunluğunun belirtilmesi amacıyla sorulan soruya, hastaların % 52'si (53 kişi) "iyi", % 21.6'sı (22 kişi) "ne iyi ne kötü", % 15.7'si (16 kişi) "kötü", % 8.8'i (9 kişi) "çok iyi" ve % 2'si (2 kişi) ise "çok kötü" cevabını vermiştir.

Hastanenin ses (gürültü) yönünden uygunluğu sorulduğunda ankete katılanların % 34.3'ü (35 kişi) "iyi", %30.4'ü (31 kişi) "orta", % 22.5'i (23 kişi) "kötü", 8.8'i (9 kişi) "çok iyi" ve % 2'si (2 kişi) ise "çok kötü" cevabını vermiştir.

Otopark hizmetleri ile ilgili soruya ankete katılanların (Bu hizmeti 56 kişi almıştır. Değerlendirmeye hizmeti almayan 46 kişi katılmamıştır.) % 44.6'sı (25 kişi) "iyi", % 19.6'sı (11 kişi) "kötü", % 14.3'ü (8 kişi) "çok kötü" ve % 7.1'i (4 kişi) ise "çok kötü" demiştir.

Hastane ile ilgili hastaların genel düşünceleri 5 üzerinden 3.4567 ve standart sapma 0.9416'dır. Hastaların hastane ile ilgili genel düşünceleri "iyi" şeklindedir.

Tablo25: Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumu

Bir sağlık problemi ile karşılaşırsanız hastaneyi tekrar tercih edermisiniz	Kesinlikle Ederim	Ederim	Kararsızım	Etmem	Kesinlikle Etmem	Dikey Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Sayı	17	71	9	5	-	102	3,9804	0,6746
Yüzde	16.7	69.6	8.8	4.9	-	100		

Araştırmaya katılan hastaların tekrar hastaneye yatmaları gerektiğinde, yine bu

hastaneyi tercih edip etmeyeceklerine ilişkin değerlendirmede hastaların % 4.9'u (5 kişi) "tercih etmeyeceğini", % 69.6'sı (71 kişi) "tercih edeceğini", % 16.7'si (17 kişi) "kesinlikle tercih edeceğini" ve % 8.8'i (9 kişi) ise tercih edip etmeme konusunda "kararsız" olduklarını belirtmişlerdir. Hastaların genel eğilimleri 5 üzerinden değerlendirildiğinde 3.9804 ve standart sapma ise 0.6746'dır. Hastaların bir sağlık problemi ile karşılaştıklarında hastaneyi tekrar tercih etme eğilimleri "tercih ederim" yönünde oluşmuştur.

Tablo 26: Hastaların Hastaneyi Yakınlarına Tavsiye Etme Dağılımı

Çevrenizdeki kişiler bu hastaneyi tavsiye edermisiniz	Kesinlikle Ederim 5	Ederim 4	Kararsızım 3	Etmem 2	Kesinlikle Etmem 1	Dikey Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Sayı	14	61	17	10	-	102	3,7745	0,8072
Yüzde	13.7	59.8	16.7	9.8	-	100		

Hastalara yattıkları hastaneyi çevrelerindeki kişilere (arkadaş ve akrabalarına) tavsiye edip etmeyeceklerine ilişkin değerlendirmede, hastaların % 16.7'si (16 kişi) "kararsız" olduklarını, % 9.8'i (10 kişi) ise bu hastaneyi yakınlarına "tavsiye etmeyeceklerini" belirtirken, % 59.8'i (61 kişi) "tavsiye edeceklerini", % 13.7'si (14 kişi) ise "kesinlikle" çevresindeki kişilere tavsiye edeceklerini belirtmişlerdir. Hastaların genel eğilimleri 5 üzerinden değerlendirildiğinde 3.7745 ve standart sapma ise 0.8072'dir. Hastaların yattıkları hastaneyi çevrelerindeki kişilere tavsiye etme eğilimleri "tavsiye ederim" şeklinde oluşmuştur.

4.1. Değişkenler Arası İlişkilerin Analizi

Tablo 27: Hastaların Kaldıkları Odadaki Yatak Sayısının Durumu İle Doktorların Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma Arasındaki İlişkinin Durumu

Dr. Verdikleri Hizm. Memnunluk Düzeyi Odadaki Yatak Sayısı	Çok İyi	İyi	Ne İyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Dikey Toplam
Tek Kişilik	2	7	2	1	-	12 11.7
Çift Kişilik	-	5	1	-	-	6 5.8
Üç kişilik	-	5	1	-	-	6 5.8
Dört Kişilik	7	26	2	-	2	37 36.27
Beş Kişilik	-	4	-	2	-	6 5.8
Altı Kişilik	11	21	3	-	-	35 34.37
Yatay Toplam	20 19.6	68 66.6	9 8.8	3 2.9	2 1.9	102 100

H- 1 Hastaların kaldıkları odadaki yatak sayısının durumuna göre doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnun olma düzeyi farklılık gösterir.

20 serbestlik derecesinde 0.05 anlamlılık düzeyindeki X^2 (Ki-kare) Tablo Değeri 31.41'dir. Hesapla bulunan X^2 (Ki-kare) değeri 35.724'dür.

$X^2_{0.05;20} = 31.41 < X^2_H = 35.724$ olduğu için % 95 güvenle hastaların “yattıkları odadaki yatak sayısına göre doktorların sundukları hizmetin tümünden memnun olma düzeyi” farklılık gösterir şeklindeki hipotez KABUL edilmiştir.

Tablo 27 incelendiğinde hastaların % 11.7'si (12 kişi) tek kişilik, % 5.8'i (6 kişi) çift kişilik, % 5.8'i (6 kişi) üç kişilik, % 36.27'si (37 kişi) dört kişilik, % 5.8'i (6 kişi) beş kişilik, % 34.37'si (35 kişi) altı kişilik odalarda kalmaktadır.

Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnuniyet düzeyi olarak, tek kişilik odalarda yatan hastaların % 58.3'ü (7 kişi) "iyi" ve % 16.6'sı (2 kişi) "çok iyi" olarak değerlendirirken, çift kişilik odalarda kalanların % 83.3'ü (5 kişi) "iyi", üç kişilik odalarda kalanların % 83.3'ü (5 kişi) "iyi", dört kişilik odalarda kalanların % 70.2'si (26 kişi) "iyi" ve % 18.9'u (7) kişi "çok iyi", beş kişilik odalarda kalanların % 66.6'sı (4 kişi) "iyi" ve altı kişilik odalarda kalanların % 60'ı (21 kişi) "iyi" olarak değerlendirmişlerdir. Tek kişilik odalarda kalan hastaların, % 8.3'ü (1 kişi) "kötü", dört kişilik odalarda kalanların % 5.4'ü (2 kişi) "çok kötü", beş kişilik odalarda kalanların % 33.3'ü (2 kişi) "kötü", altı kişilik odalarda kalanların % 8.6'sı "ne iyi ne kötü" olarak değerlendirmişlerdir.

H₁ hipotezine göre ankete katılan hastaların işaretledikleri seçenekler "çok iyi", "iyi", "ne iyi ne kötü" olarak çıkmıştır. Tek kişilik odada "çok kötü" seçeneği yokken dört kişilik odada kalanların "çok kötü" olarak değerlendirmesi odada yatan hasta sayısına göre doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnun olma düzeyi farklılık gösterdiği için hipotez KABUL edilmiştir.

$0.017 < 0.05$ olduğundan dolayı hastaların kaldıkları odadaki yatak sayısına göre doktorların sundukları hizmetlerin tümünden memnun olma durumu arasında bir ilişki olduğu görülür. Pearson'a göre iki değişken arasındaki korelasyon değeri - 0.265'dir.

Yukarıda görüldüğü gibi H₁ Hipotezinin kabul edilmesinden anlaşılacağı gibi doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olmaları yatılan odadaki hasta sayısına göre değişiklik göstermektedir.

Tablo 28: Hastaların Yattıkları Odadaki Yatak Sayısı İle Gelir Durumu Arasındaki İlişkinin Durumu

Gelir Durumu Odadaki Yatak Sayısı	80 Milyon TL ve Altı	81-150 Milyon TL	151-250 Milyon TL	251-350 Milyon TL	351-500 Milyon TL	Dikey Toplam
Tek Kişilik	5	2	1	2	2	12 11.7
Çift Kişilik	3	-	3	-	-	6 5.8
Üç kişilik	-	1	5	-	-	6 5.8
Dört Kişilik	13	11	11	2	-	37 36.27
Beş Kişilik	3	2	1	-	-	6 5.8
Altı Kişilik	23	6	5	1	-	35 34.31
Yatay Toplam	47 46.07	22 21.56	26 25.49	5 4.9	2 2.0	102 100

H- 2 Hastaların kaldıkları odalar gelir durumuna göre farklılık gösterir.

20 serbestlik derecesinde 0.05 anlamlılık düzeyindeki X^2 (Ki-kare) Tablo Değeri 31.41'dir. Hesapla bulunan X^2 (Ki-kare) değeri 42.517'dir.

$X^2_{0.05;20} = 31.41 < X^2_H = 42.517$ olduğu için % 95 güvenle hastaların kaldıkları odalar gelir durumuna göre farklılık gösterir şeklindeki hipotez KABUL edilmiştir.

Tablo 28 incelendiği zaman 80 Milyon ve altında geliri olan hastaların % 48.9'u (23 kişi) altı kişilik odada, 81-150 Milyon TL geliri olan hastaların % 50'si (11 kişi) dört kişilik odada, geliri 151-250 Milyon TL arasında olan hastaların % 42.3'ü (11 kişi) dört ve % 19.2'si (5 kişi) üç kişilik odada, geliri 251-350 Milyon TL arası olan hastaların % 40'ı (2 kişi) tek kişilik odada ve geliri 351-500 Milyon TL olan hastaların % 100'ü (2 kişi) tek kişilik odada kaldıkları görülür.

Hastaların kaçar kişilik odalarda kaldıkları gelir durumuna göre değişkenlik göstermektedir. Yukarıda verilen oranlarda bunu göstermektedir. Hastaların

cevapladığı seçeneklere göre geliri en yüksek hastaların tamamı tek kişilik (özel odada) geliri en düşük olan hastaların % 50'ye yakını altı kişilik ve diğer gelir durumlarına göre de üç kişilik, dört kişilik ve beş kişilik oda seçeneklerine yoğunlaştığı için H1 hipotezi KABUL edilmiştir.

Yukarıda görüldüğü ve H1 Hipotezinin kabul edilmesinden anlaşılacağı gibi hastaların kaldıkları oda gelir durumuna göre farklılık göstermektedir. $0.002 < 0.05$ olduğundan dolayı hastaların kaldıkları odadaki yatak sayısının ile gelir durumu arasında ilişki vardır. Pearson'a göre iki değişken arasındaki korelasyon değeri -0.318'dir.

Tablo 29: Hastaların Yattıkları Servis İle Hemşirelerin Verdikleri Hizmetlerin Tümüнден Memnun Olma Durumu Arasındaki İlişkinin Durumu

Hmş. Verdikleri Hizm. Memnuluk Düzeyi Yatılan Servis	Çok İyi	İyi	Ne İyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Dikey Toplam
Dahiliye	1	7	2	-	-	10 9.8
Bevliye	3	5	1	-	-	9 8.8
Cerrahi	12	8	5	1	-	26 25.4
KBB	-	8	1	-	-	9 8.8
Göz	1	2	-	1	-	4 3.9
Ortopedi	7	8	2	-	-	17 16.6
Göğüs	4	5	-	-	-	9 8.8
Çocuk	2	6	2	-	-	10 9.8
Fizik Tedavi	-	6	1	-	-	7 6.8
Yatay Toplam	30 29.4	55 53.9	14 13.7	2 2	-	102 100

H- 3 Hastaların yattıkları servise göre hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden

memnun olma düzeyleri farklılık gösterir.

24 serbestlik derecesinde 0.05 anlamlılık düzeyindeki X^2 (Ki-kare) Tablo Değeri 36.42'dir. Hesapla bulunan X^2 (Ki-kare) değeri 32.413'dür.

$X^2_{0.05;24} = 36.42 > X^2_H = 32.413$ olduğu için % 95 güvenle; hastaların yattıkları servise göre hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnun olma düzeyleri farklılık gösterir şeklindeki hipotez RED edilmiştir.

Tablo 29 incelendiği zaman dahiliye servisinde yatan hastaların % 70'i (7 kişi), bevliye servisinde yatan hastaların % 55.5'i (5 kişi), K.B.B servisinde yatan hastaların % 88.8'i (8 kişi), göz servisinde yatan hastaların % 50'si (2 kişi), ortopedi servisinde yatan hastaların % 47.1'i (8 kişi), göğüs servisindeki hastaların % 55.5'i (5 kişi), çocuk servisinde yatan hastaların % 60'ı (6 kişi), fizik tedavi servisinde yatan hastaların % 85.7'si (6 kişi) hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyi ile ilgili soruya "iyi" cevabını vermişlerdir. Hastaların verdiği yanıtlarda iyi şikkına yoğunlaştığı ve diğer şıklara dağılım çok olmadığı için hipotez RED edilmiştir.

Yukarıda görüldüğü gibi H1 hipotezi red edilerek "yatılan servise göre hemşirelerin verdiği hizmetin tümünden memnun olma" durumu farklılık göstermemektedir. $0.117 > 0.05$ olduğundan dolayı hastaların yattıkları servis ile hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma durumu arasında ilişki bulunmadığı görülmektedir. Pearson'a göre iki değişken arasındaki korelasyon değeri -0.012'dir.

Tablo 30: Hastaların Yattıkları Servis İle Doktorların Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma Durumu Arasındaki İlişkinin Durumu

Dr. Verdikleri Hizm. Memnuluk Düzeyi Yatılan Servis	Çok İyi	İyi	Ne İyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Dikey Toplam
Dahiliye	-	8	2	-	-	10 9.8
Bevliye	2	7	-	-	-	9 8.8
Cerrahi	9	13	1	3	-	26 25.4
KBB	2	6	1	-	-	9 8.8
Göz		3	1	-	-	4 3.9
Ortopedi	4	9	2	-	2	17 16.6
Göğüs	2	6	1	-	-	9 8.8
Çocuk	1	9	1	-	-	11 10.7
Fizik Tedavi	-	7	1	-	-	7 6.8
Yatay Toplam	20 19.6	68 66.6	9 8.8	3 2.9	2 2	102 100

H- 4 Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnun olma düzeyi yatılan servislere göre farklılık gösterir.

32 serbestlik derecesinde 0.05 anlamlılık düzeyindeki X^2 (Ki-kare) Tablo Değeri 45.72'dir. Hesapla bulunan X^2 (Ki-kare) değeri 35.324'dür.

$X^2_{0.05;32} = 45.72 > X^2_H = 35.324$ olduğu için % 95 güvenle doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnun olma düzeyi yatılan servislere göre farklılık gösterir şeklindeki hipotez RED edilmiştir.

Tablo 30 incelendiği zaman dahiliye servisinde yatan hastaların % 80'i (8 kişi), bevliye servisinde yatan hastaların % 77.8'i (7 kişi), cerrahi servisinde yatan hastaların % 50'si (13 kişi), KBB servisinde yatan hastaların % 66.7'si (6 kişi), göz servisinde yatan hastaların % 75'i (3 kişi), ortopedi servisinde yatan hastaların % 52.9'u (9 kişi), göğüs servisinde yatan hastaların % 66.6'sı (6 kişi), çocuk servisinde yatan hastaların

% 81.8'i (9 kişi), fizik tedavi servisinde yatan hastaların % 100'ü (7 kişi) doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnurluk düzeylerini "iyi" olarak ifade etmişlerdir. Hastaların verdiği yanıtlarda iyi şıkkında yoğunlaştığı ve diğer şıklara dağılım çok olmadığı için "doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyi yatılan servislere göre farklılık" gösterir şeklindeki hipotez RED edilmiştir.

Yukarıda görüldüğü gibi H1 hipotezi red edilerek doktorların verdiği hizmetin tümünden memnun olma düzeyi yatılan servise göre farklılık göstermemektedir. $0.314 > 0.05$ olduğundan dolayı hastaların yattıkları servis ile doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma durumu arasında ilişkinin bulunmadığı görülür. Pearson'a göre iki değişken arasındaki korelasyon değeri -0.028 'dir.

Tablo 31: Hastaların Yattığı Servis İle Odanın Temizliği ve Düzeni Arasındaki İlişkinin Durumu

Odanın Temizliği ve Düzeni Yatılan Servis	Çok İyi	İyi	Ne İyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Dikey Toplam
Dahiliye	4	6	-	-	-	10 9.8
Bevliye	4	5	-	-	-	9 8.8
Cerrahi	4	16	6	-	-	26 25.4
KBB	4	5	-	-	-	9 8.8
Göz	3	1	-	-	-	4 3.9
Ortopedi	3	10	1	3	-	17 16.6
Göğüs	4	3	2	-	-	9 8.8
Çocuk	1	8	1	1	-	11 10.7
Fizik Tedavi	5	2	-	-	-	7 6.8
Yatay Toplam	32 31.3	56 54.9	10 9.8	4 3.9	-	102 100

H- 5 Odanın temizliği ve düzeni servislere göre farklılık gösterir.

24 serbestlik derecesinde 0.05 anlamlılık düzeyindeki X^2 (Ki-kare) Tablo Değeri 36.42'dir. Hesapla bulunan X^2 (Ki-kare) değeri 37.836'dır.

$X^2_{0.05;24} = 36.42 < X^2_H = 37.836$ olduğu için % 95 güvenle oda temizliği ve düzeni servislere göre farklılık gösterir şeklindeki hipotez KABUL edilmiştir.

Tablo 31 incelendiği zaman dahiliye servisinde yatan hastaların % 60'ı (6 kişi) "iyi", ortopedi servisinde yatan hastaların % 44.4'ü (4 kişi) "çok iyi" derken, bevliye servisinde yatan hastaların % 55.6'sı (5 kişi) "iyi", cerrahi servisinde yatan hastaların % 23.1'i (6 kişi) "ne iyi ne kötü", KBB servisinde yatan hastaların % 55.5'i (5 kişi) "iyi", göz servisinde yatan hastaların % 75'i (3 kişi) "çok iyi", ortopedi servisinde yatan hastaların % 17.6'sı (3 kişi) "kötü" ve fizik tedavi servisinde yatan hastaların % 71.4'ü (5 kişi) "çok iyi" değerlendirmesi yaptığı görülür.

H1 hipotezine göre ankete katılan hastaların işaretlediği seçenekler servislere göre değişiklik gösterdiği için "odanın temizliği ve düzeni servislere göre değişiklik gösterir şeklindeki" H1 hipotezi KABUL edilmiştir.

Yukarıda görüldüğü gibi H1 hipotezi kabul edilerek odanın temizliği ve düzeni yatılan servise göre farklılık göstermektedir. $0.036 < 0.05$ olduğundan dolayı odanın temizliği ve düzeni ile hastaların yattıkları servis arasında ilişki vardır. Pearson'a göre iki değişken arasındaki korelasyon değeri 0.052'dir.

Tablo 32: Eğitim Durumu İle Hemşirelerin Hastaları Bilgilendirmesi Arasındaki İlişkinin Durumu

Hemşirelerin Bilgilendirmesi Eğitim Durumu	Çok İyi	İyi	Ne iyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Yatay Toplam
Eğitimsiz	1	4	1	2	1	9 8.8
Okur-yazar	7	10	4	2	-	23 22.5
İlk Okul	6	18	-	6	1	31 30.4
Ortaokul	3	6	4	3	-	16 15.6
Lise	2	4	5	3	-	14 13.7
Üniversite ve Üstü	1	3	4	1	-	9 8.8
Dikey Toplam	20 19.6	45 44.1	18 17.6	17 16.6	2 1.9	102 100

H- 6 Hemşirelerin uygulanan tedavi, tetkik, ilaç ve hastalık hakkında hastaları bilgilendirme düzeyi hastaların eğitimine göre farklılık gösterir.

20 serbestlik derecesinde 0.05 anlamlılık düzeyindeki X^2 (Ki-kare) Tablo Değeri 31.41'dir. Hesapla bulunan X^2 (Ki-kare) değeri 24.09'dur.

$X^2_{0.05;20} = 31.41 > X^2_H = 24.09$ olduğu için % 95 güvenle, hemşirelerin uygulanan tedavi hakkında hastaları bilgilendirme düzeyi hastaların eğitimine göre farklılık gösterir şeklindeki hipotez RED edilmiştir.

Tablo 32 incelendiği zaman ankete katılan hastalardan eğitimsiz olan % 44.4'ü (4 kişi), okur-yazarların % 43.4'ü (10 kişi), ilköğretim mezunu olanların % 58.1'i (18 kişi), ortaokul mezunu olanların % 37.5'i (6 kişi) bilgilendirilme düzeyini "iyi" olarak belirtmişlerdir. Lise mezunu olanların % 35.7'si (5 kişi) ve üniversite ve üstü eğitimi olan hastaların % 44.4'ü (4 kişi) bilgilendirme düzeyini "ne iyi ne kötü" olarak ifade etmişler.

H1 hipotezine göre ankete katılan hastaların işaretlediği seçenekler “iyi” ve “ne iyi ne kötü” seçeneğinde yoğunlaştığı için “hemşirelerin uygulanan tedavi, teşhis, ilaç ve hastalık hakkında hastaları bilgilendirmeleri hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterir” şeklindeki H1 hipotezi RED edilmiştir.

Yukarıda görüldüğü gibi H1 hipotezi red edilerek hemşirelerin hastaları bilgilendirme düzeyleri hastaların eğitimi göre farklılık göstermemektedir. $0.428 > 0.05$ olduğundan dolayı hemşirelerin hastaları bilgilendirmeleri ile eğitim durumu arasında ilişki yoktur. Pearson’a göre iki değişken arasındaki korelasyon değeri 0.093’dür.

Tablo 33: Yatak Takımların Değiştirilme Düzeni İle Yatılan Servis Arasındaki İlişkinin Durumu

Yatak Takımlarının Değişme Düzeni Yatılan Servis	Çok İyi	İyi	Ne İyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Dikey Toplam
Dahiliye	3	2	4	1	-	10 9.8
Bevliye	1	3	3	-	2	9 8.8
Cerrahi	4	9	7	4	2	26 25.4
KBB	1	2	5	1	-	9 8.8
Göz	-	3	1	-	-	4 3.9
Ortopedi	2	14	-	1	-	17 16.6
Göğüs	-	7	1	1	-	9 8.8
Çocuk	1	7	-	3	-	11 10.7
Fizik Tedavi	1	3	3	-	-	7 6.8
Yatay Toplam	13 12.8	50 49.0	24 23.5	11 10.8	4 3.9	102 100

H-7 Yatak takımlarının değiştirilme düzeni yatılan servise göre farklılık gösterir.

32 serbestlik derecesinde 0.05 anlamlılık düzeyindeki X^2 (Ki-kare) Tablo Değeri 45.72'dir. Hesapla bulunan X^2 (Ki-kare) değeri 46.306'dır.

$X^2_{0.05;32} = 45.72 < X^2_H = 46.306$ olduğu için % 95 güvenle, yatak takımlarının değiştirilme düzeni servislere göre değişiklik gösterir şeklindeki şeklindeki hipotez KABUL edilmiştir.

Tablo 33 incelendiği zaman ankete katılan hastalardan dahiliye servisinde yatanların % 40'ı (4 kişi) yatak takımlarının değiştirilme düzeni ile ilgili "ne iyi ne kötü" seçeneğini işaretlerken, bevliye servisinde yatan hastaların % 33.3'ü (3 kişi) "iyi", cerrahi servisinde yatanların % 15.3'ü (4 kişi) "çok iyi", % 15.3'u (4 kişi) "kötü", % 34.6'sı (9 kişi) "iyi", % 26.9'u (7 kişi) "ne iyi ne kötü", bevliye servisinde yatan hastalar % 33.3'ü (3kişi) "iyi", KBB % 55.5'i (5 kişi) "ne iyi ne kötü", ortopedi % 82.4'ü (14 kişi) "iyi", çocuk % 27.3'ü (3 kişi) "kötü" fizik tedavi % 42.8'i (3 kişi) "ne iyi ne kötü" olarak ifade etmişlerdir.

H1 hipotezine göre ankete katılan hastaların işaretlediği seçenekler servislere göre "iyi", "ne iyi ne kötü", "kötü", "çok kötü" ve "çok iyi" seçeneğinde yoğunlaştığı için H1 hipotezi KABUL edilmiştir.

Yukarıda görüldüğü gibi "yatılan servise göre yatak takımlarının değiştirilme düzeni yatılan servise göre farklılık gösterir" şeklindeki H1 hipotezi kabul edilmiştir. $0.049 < 0.05$ olduğundan dolayı yatılan servise ile yatak takımlarının değiştirilme düzeni arasında ilişki vardır. Pearson'a göre iki değişken arasındaki korelasyon değeri -0.135'dir.

Tablo 34: Eğitim Durumuna Göre Doktorların Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Durumu

Dr. Verdikleri Hiz. Tümünden Memn. Düzeyi Eğitim Durumu	Çok İyi	İyi	Ne İyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Dikey Toplam
Eğitimsiz	1	6	2	-	-	9 8.8
Okur-yazar	4	15	2	1	1	23 22.5
İlkokul	8	19	2	2	-	31 30.6
Ortaokul	5	8	2	-	1	16 15.6
Lise	1	12	1	-	-	14 13.7
Üniversite ve Üstü	1	8	-	-	-	9 8.8
Yatay Toplam	20 19.6	68 66.6	9 8.8	3 2.9	2 2	102 100

H- 8 Doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyi eğitim durumuna göre değişiklik gösterir.

20 serbestlik derecesinde 0.05 anlamlılık düzeyindeki X^2 (Ki-kare) Tablo Değeri 31.41'dir. Hesapla bulunan X^2 (Ki-kare) değeri 15.164'tür.

$X^2_{0.05;20} = 31.41 > X^2_H = 15.164$ olduğu için % 95 güvenle, "doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnuniyet düzeyi eğitim durumuna göre değişiklik gösterir" şeklindeki H1 hipotezi RED edilmiştir.

Tablo 34 incelendiğinde eğitimsiz olan toplam 9 hastanın % 66.66'sı (6 kişi) doktorların verdikleri hizmetlerin tümü için "iyi" derken, okur-yazar olan toplam 23 hastanın % 65.21'i (15 kişi), ilkokul mezunu olan toplam 31 hastanın % 61.29'u (19 kişi), ortaokul mezunu olan toplam 16 hastanın % 50'si (8 kişi), lise mezunu olan toplam 14 hastanın % 85.71'i (12 kişi) ve üniversite ve üstü yerlerden mezun olan

toplam 9 hastanın % 88.88'i (8 kişi) de doktorların verdikleri hizmetlerin tümünü "iyi" olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 34 eğitim durumu ile doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyini göstermektedir. Tablo 34 incelendiğinde hastanın eğitim durumu ne olursa olsun, doktorların verdikleri hizmetlerden memnun olduklarını ifade edenlerin oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle "doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnuniyet düzeyi eğitim durumuna göre değişiklik gösterir" şeklindeki H1 hipotezi RED edilmiştir.

$0.767 > 0.05$ olduğundan dolayı doktorların verdikleri tüm hizmetlerden memnuniyet düzeyi ile eğitim durumu arasında bir ilişki olmadığı görülür. Pearson'a göre iki değişken arasındaki korelasyon değeri -0.076 'dır.

Tablo 35: Eğitim Durumuna Göre Hemşirelerin Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Durumu

Hmş. Verdikleri Hiz. Tümünden Memn. Düzeyi Eğitim Durumu	Çok İyi	İyi	Ne İyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Dikey Toplam
Eğitimsiz	2	5	2	-	-	9 8.8
Okur-yazar	10	8	4	1	-	23 22.5
İlkokul	10	16	4	1	-	31 30.6
Ortaokul	5	10	1	-	-	16 15.6
Lise	2	11	1	-	-	14 13.7
Üniversite ve Üstü	1	5	2	1	-	9 8.8
Yatay Toplam	30 29.4	55 53.9	12 11.7	3 2.9	-	102 100

H- 9 Hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyi eğitim durumuna göre farklılık gösterir.

15 serbestlik derecesinde 0.05 anlamlılık düzeyindeki X^2 (Ki-kare) Tablo Değeri 25.00'dır. Hesapla bulunan X^2 (Ki-kare) değeri 15.335'tir.

$X^2_{0.05;15} = 25.00 > X^2_H = 15.335$ olduğu için % 95 güvenle, "hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnuniyet düzeyi eğitim durumuna göre değişiklik gösterir" şeklindeki H1 hipotezi RED edilmiştir.

Tablo 35 incelendiğinde eğitimsiz olan toplam 9 hastanın % 55.55'i (5 kişi) hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümüne "iyi", okur-yazar olan toplam 23 hastanın % 43.47'si (10 kişi) "çok iyi" ilkokul mezunu olan toplam 30 hastanın % 53.33'ü (16 kişi) "iyi" , ortaokul mezunu olan toplam 16 hastanın % 62.5'i (10 kişi) "iyi", lise mezunu olan toplam 14 hastanın % 78.57'si (11 kişi) "iyi" ve üniversite ve üstü yerden mezun olan toplam 9 hastanın % 55.55'i (5 kişi) ise "iyi" cevabını vermiştir.

Tablo 35 eğitim durumu ile hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnun olma düzeyi arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Tablodan da görüleceği gibi hastaların eğitim durumu ne olursa olsun, hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tamamından memnun olduklarını ifade edenlerin oranının yüksek olduğu ve memnuniyet düzeyinin eğitim durumuna göre farklılık göstermediği görülmektedir. Bu nedenle, "hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyi eğitim durumuna göre değişiklik gösterir" şeklindeki H1 hipotezi RED edilmiştir.

0.428 > 0.05 olduğundan dolayı hemşirelerin verdikleri tüm hizmetlerden memnuniyet düzeyi ile eğitim durumu arasında net bir ilişki olmadığı görülür. Pearson'a göre iki değişken arasındaki korelasyon değeri 0.104'dür.

Tablo 36: Doktorların Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma İle Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Arasındaki İlişki Durumu

Dr. Verd. Hiz. Tümünden Memnun Olma Hastaneyi Tekrar Tercih Etme	Çok İyi	İyi	Ne İyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Yatay Toplam
Kesinlikle Tercih Ederim	7	9	-	1	-	17 16.6
Tercih Ederim	11	53	4	2	1	71 69.7
Kararsızım	2	3	4	-	-	9 8.8
Tercih Etmem	-	3	1	-	1	5 4.9
Kesinlikle Tercih Etmem	-	-	-	-	-	-
Dikey Toplam	20 19.6	68 66.7	9 8.8	3 2.9	2 2	102 100

H- 10 Hastaların hastaneyi tekrar tercih etme durumu doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyine göre farklılık gösterir.

12 serbestlik derecesinde 0.05 anlamlılık düzeyindeki X^2 (Ki-kare) Tablo Değeri 21.03'dür. Hesapla bulunan X^2 (Ki-kare) değeri 34.153'dür.

$X^2_{0.05;12} = 21.03 < X^2_H = 34.153$ olduğu için % 95 güvenle, "hastaların hastaneyi tekrar tercih etme durumu doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyine göre değişiklik gösterir" şeklindeki H1 hipotezi KABUL edilmiştir.

Tablo 36 incelendiğinde doktorların verdikleri hizmetleri çok iyi olarak değerlendirenlerin % 35'i (7 kişi) "kesinlikle tercih ederim", % 55'i (11 kişi) ise "tercih ederim" derken, doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnunluk düzeyi iyi olanların % 77.9'u "tercih ederim", % 4.4'ü (3 kişi) "kararsızım" ve % 4.4'ü (3 kişi) "tercih etmem" demiştir. Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnun olma düzeyi ne iyi ne kötü olan hastaların % 44.4'ü (4 kişi) "tercih ederim" derken, % 44.4'ü (4 kişi) "kararsızım" ve % 11.2'si (1 kişi) ise "tercih etmem" demiştir. Doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyi kötü olan hastaların % 66.6'sı "tercih ederim" demiştir. Memnunluk düzeyi çok kötü olan hastaların % 50'si "tercih etmem" demiştir.

Tablo 36 doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnun olma düzeyi ile herhangi bir sağlık probleminde aynı hastaneyi tercih etme arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olan hastaların, hastaneyi tekrar tercih etme oranları yüksektir. Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnun olma düzeyi düşük olan hastaların hastaneyi tekrar tercih etme oranı da düşüktür. Bu nedenle, “hastaneyi tekrar tercih etme durumu doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyine göre değişiklik gösterir” şeklindeki H1 hipotezi KABUL edilmiştir.

$0.01 < 0.05$ olduğundan dolayı hastaneyi tekrar tercih etme durumu ile doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyi arasında bir ilişki olduğu görülür. Pearson’a göre iki değişken arasındaki korelasyon değeri 0.288’dir.

Tablo 37: Hemşirelerin Verdikleri Hizmetlerin Tümünden Memnun Olma İle Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Arasındaki İlişki Durumu

Hem. Ver. Hiz. Tümünden Memnun Olma Hastaneyi Tercih Etme Durumu	Çok İyi	İyi	Ne İyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Yatay Toplam
Kesinlikle Ederim	7	6	3	1	–	17 16.8
Ederim	21	40	8	1	–	70 69.4
Kararsızım	1	7	1	–	–	9 8.9
Etmem	1	2	2	–	–	5 4.9
Kesinlikle Etmem	–	–	–	–	–	–
Dikey Toplam	30 29.7	55 54.5	14 13.8	2 2	–	101 100

H- 11 Hastaneyi tekrar tercih etme durumu hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyine göre farklılık gösterir.

9 serbestlik derecesinde 0.05 anlamlılık düzeyindeki X^2 (Ki-kare) Tablo Değeri 16.92’dir. Hesapla bulunan X^2 (Ki-kare) değeri 8.971’dir.

$X^2_{0.05;12} = 16.92 > X^2_H = 8.971$ olduğu için % 95 güvenle, “hastaların hastaneyi tekrar tercih etme durumu hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyine göre değişiklik gösterir” şeklindeki H1 hipotezi RED edilmiştir.

Tablo 37 incelendiği zaman hemşirelerin verdikleri hizmetleri çok iyi olarak değerlendirenlerin % 33.3’ü (7 kişi) hastaneyi “kesinlikle tercih ederim”, % 70’i (21 kişi) ise “tercih ederim” demiştir. Hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnunluk düzeyi iyi olanların % 72.7’si hastaneyi “tercih ederim”, % 20’si (6 kişi) “kesinlikle tercih ederim” ve % 12.7’si (7 kişi) ise “kararsızım” demiştir. Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnun olma düzeyi ne iyi ne kötü olan hastaların % 57.1’i (8 kişi) “tercih ederim” derken % 14.2’si (2 kişi) “tercih etmem” ve % 7.2’si (1 kişi) “kararsızım” demiştir. Hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyi kötü olan hastaların % 50’si (2 kişi) “kesinlikle tercih ederim” derken, % 50’si (1 kişi) ise “tercih ederim” demiştir.

Tablo 37, hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnun olma düzeyi ile herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştıklarında aynı hastaneyi tercih etme arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Tablodan da görüleceği gibi hastaların hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyleri ne olursa olsun hastaneyi tekrar tercih etme oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle, “hastaneyi tekrar tercih etme durumu hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyine göre değişiklik gösterir” şeklindeki H1 hipotezi RED edilmiştir.

$0.440 > 0.05$ olduğundan dolayı hastaneyi tekrar tercih etme durumu ile hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyi arasında bir ilişki olmadığı görülür. Pearson’a göre iki değişken arasındaki korelasyon değeri 0.088’dir.

Tablo 38: Hastaların Eğitim Durumu ile Doktorların Nezaket Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Durumu

Doktorların Nezaket Düzeyleri Eğitim Durumu	Çok İyi	İyi	Ne iyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Yatay Toplam
Eğitimsiz	2	5	2	-	-	9 8.8
Okur-yazar	6	12	4	1	-	23 22.5
İlk Okul	9	18	3	1	-	31 30.4
Ortaokul	3	11	1	1	-	16 15.6
Lise	2	11	-	1	-	14 13.7
Üniversite ve Üstü	2	5	1	1	-	9 8.8
Dikey Toplam	24 23.5	62 60.8	11 10.7	5 4.9	-	102 100

Tablo 38 doktorların nezaket düzeyleri ile hastaların eğitim durumu arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Tablo incelendiğinde eğitimsiz olan toplam 9 kişinin % 55.55'i (5 kişi), okur-yazar olan toplam 23 hastanın % 52.17 'si (12 kişi), ilköğretim mezunu olan toplam 31 hastanın % 58.06'sı (18 kişi), ortaokul mezunu olan toplam 16 hastanın % 68.75'i (11 kişi), lise mezunu olan toplam 14 hastanın % 78.57 'si (11 kişi) ve üniversite ve üstü yerden mezun olan toplam 9 hastanın % 55.55'i (5 kişi) doktorların nezaket düzeyini "iyi" olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo genel olarak incelendiğinde, hastaların eğitim durumu ne olursa olsun doktorların nezaket düzeylerinin çoğunlukla iyi olarak değerlendirildiği görülür. Bu açıdan doktorların nezaket düzeyleri ile ilgili hizmetin eğitim durumuna göre değişmediği görülmektedir. Tablodaki en yüksek oranlar "iyi" seçeneğinde toplanırken, "çok iyi" diyenler de ele alındığında çoğunluk olarak doktorların nezaket düzeyi bakımından her türlü eğitime sahip hastalarca iyi değerlendirildikleri görülmektedir.

Tablo 39: Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Doktorların Teşhis ve Tedavi Konusundaki Becerilerinin Değerlendirilmesi Arasındaki İlişkinin Durumu

Doktorların Becerisi Eğitim Durumu	Çok İyi	İyi	Ne iyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Yatay Toplam
Eğitimsiz	1	6	2	-	-	9 8.8
Okur-yazar	3	17	2	-	1	23 22.5
İlk Okul	10	19	1	1	-	31 30.4
Ortaokul	5	10	-	1	-	16 15.6
Lise	2	11	1	-	-	14 13.7
Üniversite ve Üstü	2	6	1	-	-	9 8.8
Dikey Toplam	23 22.7	69 67.7	7 6.8	2 1.9	1 0.9	102 100

Tablo 39 doktorların hastalığın teşhis ve tedavi konusunda becerilerinin, hastaların eğitim durumuna göre değerlendirilmesini göstermektedir. Tablo incelendiğinde eğitimsiz olan toplam 9 kişinin % 66.66'sı (6 kişi), okur-yazar olan toplam 23 hastanın % 73.91'i (17 kişi), ilkokul mezunu olan toplam 31 hastanın % 61.29'u (19 kişi), ortaokul mezunu olan toplam 16 hastanın % 62.5'i (10 kişi), lise mezunu olan toplam 14 hastanın % 78.57'si (11 kişi) ve üniversite ve üstü yerden mezun olan toplam 9 hastanın % 66.66'sı (6 kişi) hastalığın, teşhis ve tedavisini üstlenen doktorların becerilerinin iyi olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo genel olarak incelendiğinde hastaların eğitim durumu ne olursa olsun doktorların hastalığın teşhisi ve tedavisi konusunda çoğunlukla iyi olduğunu ifade edilmiş olduğu görülür. Bu soruya yanıt veren toplam 102 hastanın % 90.19'u (91 kişi) bu konuda doktorlarından tatminkar (iyi ve çok iyi diyenlerin toplam oranı) olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 40: Gelir Durumuna Göre Odanın Temizlik ve Düzeninin Değerlendirilmesi Arasındaki İlişkinin Durumu

Odanın Temizliği ve Düzeni Gelir Durumu	Çok İyi	İyi	Ne iyi Ne Kötü	Kötü	Çok Kötü	Yatay Toplam
80 Milyon ve Üstü	12	27	7	1	-	47 46.1
81-150 Milyon TL	7	11	3	1	-	22 21.3
151-250 Milyon TL	10	15	-	1	-	26 25.3
251-350 Milyon TL	1	3	-	1	-	5 4.9
351-500 Milyon TL	2	-	-	-	-	2 1.9
Dikey Toplam	32 31.4	56 54.9	10 9.8	4 3.9	-	102 100

Tablo 40 odanın temizlik ve düzeninin hastaların gelir durumuna göre ele alınmasını göstermektedir. Tablo incelendiğinde 80 Milyon TL ve altı gelire sahip olan toplam 47 hastanın % 57.44'ü (27 kişi), 81-150 milyon TL gelire sahip olan toplam 22 hastanın % 50'si (11 kişi), 151-250 milyon TL aylık gelire sahip olan toplam 26 hastanın % 57.69'u (15 kişi) ve 251-350 milyon TL gelire sahip olan toplam 5 hastanın % 60'ı (3 kişi) odanın temizlik ve düzeni için "iyi" değerlendirmesini yaparken, aylık geliri 351-500 Milyon TL olan toplam 2 hastanın % 100'ü (2 kişi) odanın temizlik ve düzeni için "çok iyi" değerlendirmesi yapmışlardır.

Tablo daha ayrıntılı olarak ele alındığında düşük gelire sahip (80 Milyon TL ve altı) olan hastaların % 14.89'unun (7 kişi) bu hizmeti "ne iyi ne kötü" olarak değerlendirdiği görülmektedir. Ancak gelir durumu arttıkça odanın temizlik ve düzeni için yapılan değerlendirmenin "iyi" ve "çok iyi"ye doğru bir değişim gösterdiği görülmektedir. Bu açıdan gelir durumu ne olursa olsun odanın temizlik ve düzen konusunun hastalarca genelde iyi değerlendirilmiş olduğu görülmektedir.

Tablo 41: Sosyal Güvence İle Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Arasındaki İlişkinin Durumu

Sosyal Güvence Hastaneyi Tercih Etme	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	SSK	Yeşil Kart	Yok	Diğre	Yatay Toplam
Kesinlikle Ederim	6	5	1	4	1	-	17 16.6
Ederim	17	16	2	21	11	4	71 69.7
Kararsızım	-	5	-	4	-	-	9 8.8
Etmem	1	2	-	2	-	-	5 4.9
Kesinlikle Etmem	-	-	-	-	-	-	-
Dikey Toplam	24 23.7	28 27.5	3 2.9	31 30.3	12 11.7	4 3.9	102 100

Tablo 41 hastaların sosyal güvenceleri ile hastaneyi tekrar tercih etme durumu arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Tabloda görüldüğü gibi sosyal güvencesi bağ-kur olanların % 25'i (6 kişi) bir sağlık problemiyle karşılaştığında hastaneyi "kesinlikle tercih ederim" derken % 70.8'i (17 kişi) ise "tercih ederim" demişlerdir. Sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların % 17.8'i (5 kişi) bir sağlık problemiyle karşılaştığında hastaneyi "kesinlikle tercih ederim", % 57.1'i (16 kişi) "tercih ederim", % 17.8'i (5 kişi) "kararsızım" ve % 7.1'i (2 kişi) ise "tercih etmem" demişlerdir. Sosyal güvencesi SSK olan hastaların % 33.5'i (1 kişi) bir sağlık problemiyle karşılaştığında hastaneyi "kesinlikle tercih ederim" derken % 66.5'i (2 kişi) ise "tercih ederim" şeklinde ifade etmişlerdir.

Sosyal güvencesi Yeşil Kart olanların % 67.7'si (21 kişi), Sosyal güvencesi olmayanların % 91.6'sı (11 kişi) ve sosyal güvencesi bunların dışında olan diğerlerinin % 100'ü (4 kişi) bir sağlık problemiyle karşılaştığında hastaneyi tekrar "tercih ederim" demişlerdir. Sosyal güvencesi olmayan hastaların tamamı "kesinlikle tercih ederim" ve "tercih ederim" şikkında yoğunlaşmışlardır.

Tablo daha ayrıntılı ele alındığında bir sağlık problemiyle karşılaşınca bu hastaneyi "kesinlikle tercih etmem" seçeneğini ankete katılanlardan kimse işaretlememiştir. Buradan da anlaşılacağı gibi hastanede yatan hastaların sosyal güvencesi ne olursa olsun % 86.2'si (88 kişi) hastaneyi tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

SONUÇ

Çağdaş pazarlama anlayışına göre, işletmelerin temel amacı müşterilerin ihtiyaç ve isteklerini tatmin etmek ve bunun doğal sonucu olarak da kara ulaşımdır. Sağlık kurumlarının hedefi de kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek, hastalarını tatmin edebilmek dolayısıyla sağlık hizmetlerinin özelliklerini iyi analiz ederek sağlık hizmetini tüketicilerin istek ve ihtiyaçları doğrultusunda sunabilmektir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması ve hasta tatmininin sağlanmasında en önemli rol hasta ile temas eden sağlık personeline düşmektedir. Sağlık personeli hastanenin pazarlama temsilcisi rolündedir. Hasta ile ilişkide bulunan sağlık personeli hastaya dostça, yardımsever ve nazik bir şekilde davranmalı, hastanın bilgi alma hakkına saygı göstermeli ve hastalığı hakkında yeterli ve kesin bilgileri vermelidir. Yönetimdeki kişiler çalışanlarına uygun ücret, uygun fiziksel ortam ve gerekli personel eğitimi vermelidir. Çalışanın tatmin olduğu bir işletmede müşterilerin de daha çok tatmin olma olasılığı artmaktadır. Çünkü tatmin olunan bir işte çalışan kişi, işini daha istekli ve gereğini yerine getirerek yapacaktır.

Sağlık hizmetlerinin kalitenin değerlendirilmesinde fiziksel olanaklar da büyük önem taşır. Hizmetin kolay ulaşılabilirliği, teşhis ve tedavi sırasında kullanılan araç gereçlerin teknolojiyle uyumu, hizmet veren kuruluşun ünü (ismi), satın alındığı ortam, dış bina ve iş bina özellikleri, odanın dizayn edilişi, mobilyaların görüntüsünün iyi olması vb. gibi fiziksel olanaklar hastanın hizmet kalitesini değerlendirmede kullanabileceği ölçütlerdir. Örneğin, otomasyon sistemine geçmiş bir hastaneye giden hasta bilgisayarla karşılaştığı zaman hastanenin teknolojiyi yakından takip ettiğini ve diğer tıbbi araç- gereçlerin de teknolojik olduğunu düşünecektir. Bu yüzden sağlık hizmeti sunan işletmeler fiziksel olanaklara önem vermeli ve bütçesinden belirli bir pay ayırarak yatırım yapmalıdır.

Sağlık hizmetini satın alan hasta, hizmetten beklediği fayda ile elde ettiği fayda arasında algıladığı farkı değerlendirilmesi sonucunda tatmin olur veya olmaz. Eğer hizmetin tüketim ile ilgili ortaya çıkan fayda mevcut beklentileri en azından karşılıyor ya da aşılıyorsa hastaların tatmin olacağı, buna karşın beklentilerin altında kalıyorsa tatminsizlik duyacağı söylenebilir.

Hasta tatminsizliği yaratan sorunların giderilmesinin yanısıra, yeni hizmetlerin geliştirilmesi, mevcut hizmetlerin kalitesinin artırılması ya da yeni özellikler katılarak farklılaştırılması, hizmetlerin dokunurluğunun artırılması, hastalara yönelik eğitici ya da sorun çözücü programlar ile hizmet karmaşasının genişletilmesi gibi çeşitli pazarlama etkinliklerinden yararlanarak hizmet kalitesi ve hasta tatmini artırılabilir.

Sağlık hizmet kalitesi ve hastaların hizmetlerden tatmin düzeyleri ile ilgili

Eskişehir Devlet Hastane'sinde yapılan araştırmada hastaların demografik özellikleri ele alındığında aşağıdaki gibi bir yapı görölmektedir.

Her yaş grubundan hasta olmakla birlikte, bu yaş grubunun çoğunluğunu 38-49 yaş grubunun oluşturduğu göröür.

Eğitim durumu itibariyle her eğitim düzeyinde hastaların bulunduğu görölmektedir.

Meslek durumu itibariyle hastanede yatan hastaların çoğunluğunu ev hanımı, öğrenci ve memurdur.

Hastaların gelir durumuna bakıldığında büyük bir çoğunluğu asgari ücret ve altında gelire sahipken 501 Milyon üzerinde geliri bulanan hasta bulunmamaktadır.

Hastaların sosyal güvencesine bakıldığında ilk sırayı yeşilkartlılar almakta, ikinci sırayı ise Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'a bağlı kişiler oluşturmaktadır.

Hastaların hastaneye yatış şekillerine bakıldığında ilk sırayı acilden, ikinci sırayı normal poliklinik ve özel muayenehaneden yatanlar almaktadır.

Hastaların hastaneyi seçme nedenine bakıldığında büyük bir çoğunluğun çalıştığı kamu kuruluşunun sevki ile hastaneye geldiğini belirtirken, rastgele kendi seçimin diyenler ikinci sırada yer almaktadır.

Hastaların kaldıkları odadaki yatak sayısına bakıldığında çoğunluğu dört kişilik ve altı kişilik odalarda kalmaktadır.

Hizmet işletmelerinde pazarlama karması sadece 4 P'den ibaret değildir. Pazarlama karması ürün, fiyat yer ve tutundurmanın yanısıra beşinci bir değişken de personeldir. Hastalara sunulan hizmetin kalitesininin ve tatmin düzeyinin arttırılmasında sağlık personelinin teşhis ve tedaviye ilişkin açıklamaların yeterli düzeyde olması, hasta ile temas eden tüm personelin tutumlarının nazik, arkadaşca ve yardımsever olması ve hastaların istek ve şikayetlerini kısa sürede yerine getirebilmesinin önemli olduğu görölmektedir. Bir hastane, personelinden sadece klinik ve fonksiyonel görevler değil aynı zamanda hastaya hizmet yönlü davranışı da beklemelidir. Özellikle hastalarla temas eden personel hastanenin pazarlama temsilcisi rölünü üstlenmelidir. Hastaların hastane hakkında iyi ya da kötü bir fikre sahip olmalarında hastayla temas edenlerin önemli bir etkisi vardır. Bu yüzden araştırmada hastanın hastaneye yatması ile başlayan tüm hizmet süreçlerinde karşılaştıkları personelle ilgili değerlendirmeleri ele alındığında şu sonuçlar görölmektedir.

Hastaneye yatış işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin hastaların

çoğunluğu tarafından iyi olarak değerlendirildiği görülmektedir.

Hastane yatış işlemlerinin yapılmasında görevli personelin; ilgi, nezaketi ve yardımseverliği de hastaların çoğunluğu tarafından tatminkar düzeyde bulunmuştur.

Hemşirelerin verdikleri hizmetlere ilişkin değerlendirmeler, hastaların çoğunluğu tarafından olumlu olarak ifade edilmiştir. 5 noktalı likert ölçeğe hemşirelik hizmetleri ile ilgili yapılan ayrı ayrı değerlendirmelerde verilen bu hizmetlerin iyi ve çok iyi aralığında olduğu görülmektedir. Tüm hemşirelik hizmetleri iyi olarak değerlendirildiği halde; uygulanan tedavi, tetkik ve hastalık hakkında hemşirelerin hastaları bilgilendirme düzeylerini kötü olarak değerlendiren hastaların olduğunu belirtmekte yarar vardır.

Doktorların verdikleri hizmete ilişkin değerlendirmeler hastaların çoğu tarafından olumlu olarak ifade edilirken hemşirelik hizmetlerinde olduğu gibi doktorluk hizmetinde de hastaların bilgilendirilme düzeyini kötü olarak değerlendirenler de bulunmaktadır. Doktorluk hizmetleri ile ilgili doktora ulaşma kolaylığı ile doktorun hasta odasına gelme sıklığını orta düzeyde bulanlar ikinci sırada gelmektedir.

Diğer sağlık personellerinin verdiği hizmetlere ilişkin değerlendirmede röntgen, labaratuvar ve temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeylerini "iyi" ve "çok iyi" olarak belirtirlerken, yönetim ve destek personelinin davranışı ve yardımcı olma düzeylerini "iyi" ve "ne iyi ne kötü" olarak değerlendirmişlerdir.

Hizmet kalitesini ve hasta tatminini etkileyen diğer bir eleman ise fiziksel olanaklardır. Sağlık hizmetlerini riskli olarak değerlendirmeleri nedeniyle hastalar hizmeti satınalmadan önce hastanenin kalitesi hakkında bazı ipuçları aramaktadır. Fiziksel ortam ise hastanın sağlık hizmetini almadan önce aradığı ipuçlarını vermesi bakımından önemlidir.

Elde edilen bulgulara bakıldığında; yemeklerin lezzeti, çeşitliliği, doyuruculuğu, temizliği ve dağıtılma zamanı bakımından tatmin edici olduğu görülmektedir. Hastanenin yemek verilme işinin özel bir şirket tarafından üstlenilmiş olması ve yemeklerin tabildot şeklinde değil de porselen tabaklarla servis yapılması ve yemek yenildikten sonra toplama işinin servisi yapanlar tarafından üstlenilmiş olmasının tatmini arttırdığı söylenebilir. Bununla birlikte sunulan yemeklerde tatmin olma düzeyini yatan hastaların büyük bir çoğunluğunun gelir durumunun düşük olmasının da arttırdığı söylenebilir.

Hastaların kaldıkları odanın temizliği, düzeni, havalandırılma durumu, yatağın rahatı ve yatak takımlarının değiştirilme düzeni bakımından tatmin edici düzeydedir.

Hastane ile ilgili hastaların genel düşüncelerine bakıldığında hastaneni genel temizliği tatmin edici düzeydeyken, hastane ortamının gürültüsü, arandığı yerlerin rahatlıkla bulunması konusunda tatminsizlikler görülmektedir. Park yeri olanakları ise orta düzeyde değerlendirilmiştir. Zaten park yerini kullanan hasta sayısı sınırlıdır.

Fiziksel ortam hastanede yatan hastaları ve çalışan personeli etkilemektedir. Odaların tanzimi, hastaların ihtiyaç duyduğu eşyaların çalışır vaziyette bulunması (oksijen tüpü, buhar makinesi), hastane içinde arandığı yerlerin kolaylıkla bulunması, merkezi ısıtma ve soğutma sistemi, park yeri, giriş ve çıkışları düzenleyen işaretler, çevre düzenlemesi gibi hastane dışı olanaklar da tatmin düzeyini etkilemektedir. Bu yüzden hastane mevcut olanaklarını değerlendirip konfor ve etkinliği artırıcı girişimlerde bulunmalıdır. Bu tatmin düzeyinin artırılması ve olumlu tutumlar geliştirilmesinde etkilidir. Çünkü sağlık hizmetleri dokunulmaz olduğundan ve kişilerin sağlık hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasından dolayı aldıkları hizmetin kaliteli olup olmadığını fiziksel olanaklarla değerlendirebilirler.

Hastaların aldıkları hizmeti kaliteli bulup tatmin olmaları bu hizmete tekrar ihtiyaçları olduğu durumlarda tekrar aynı hastanede tercih etmeleri ile ölçülebilir. Çünkü alınan hizmetten memnun olan hasta tekrar bir sağlık problemiyle karşılaştığında, büyük bir olasılıkla aynı hastaneyi tercih eder. “Hastaneyi tekrar tercih edermisiniz”? sorusuna hastaların büyük bir çoğunluğu “tercih ederim” demiştir.

Hastanelerin potansiyel müşterisi olan hasta yakınları, hastanede yatan hastaların deneyimlerine büyük önem verirler. Bu yüzden hastaneler yatan hastaların tatmin düzeyini artırarak, çevrelerindeki kişilere olumlu düşüncelerini aktarmalarını sağlamalıdır. Çünkü sağlık hizmetlerine harcama yapacak olan kişiler kendi deneyimleriyle birlikte çevresindeki bu hizmeti satın alan kişilerin fikirlerine de büyük önem verirler. Çevrelerindeki kişilere bu hastaneyi “tavsiye edermisiniz”? sorusuna hastaların çoğunluğu “tavsiye ederim” şeklinde ifade etmişlerdir.

Hastaneye “tekrar tercih edermisiniz”? ve “tavsiye edermisiniz”? sorusuna büyük bir çoğunluğun olumlu cevap vermesi hizmetten tatmin olduklarını göstermektedir.

Hastaların kaldıkları odadaki yatak sayısına göre doktorların verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyleri farklılık göstermektedir. Hizmet kalitesi ve hasta tatminini arttırmak için hastane odalarındaki kişi sayısı azaltılabilir yada hizmeti veren doktorun kalabalık odada kalan hastalarla ilgilenme düzeyi artırılabilir. Devlet hastanelerinde mekanın sınırlı olması ve bakmakla yükümlü olduğu potansiyel hasta hacminin fazla olmasından dolayı oda sayısındaki yatakların azaltılma ihtimali düşük olmakla birlikte hasta ile ilgilenim artırılabilir.

Özel odaların ücret tarifesinin farklı olması ve sınırlı sayıda olmasından dolayı gelir durumu değiştikçe hastaların kaldıkları oda da farklılık göstermektedir.

Hastaların doktorların ve hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnurluk düzeyi servislere göre farklılık göstermemektedir.

Odanın temizliği ve düzeni, yatak takımlarının değişme sıklık düzeni servislere göre değişiklik göstermektedir. Hizmetlerin özellikleri gereği belirli bir standartlaşma sağlanamamaktadır. Hastanelerde temizlik belirli bir düzende yapılmakla birlikte bazı servislerin daha yoğun olması bu temizlik düzeninin tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir. Yatak takımları hasta taburcu olduktan sonra değiştirilir ve hastanın hastanede yattığı süreye bağlı olarak ve hastanın isteği doğrultusunda değiştirilmelidir. Çünkü servisler arasında yatan hastaların durumunda farklılık vardır. Örneğin göz servisinde ve fizik tedavide yatan hastalar ile cerrahi servisinde yatan hastaların yataklarının değiştirilme zamanları aynı olmaması gerekir. Çünkü cerrahi servisinde ameliyat olan hastaların yatak takımlarının kirlenme ihtimali daha yüksektir ve değiştirme aralığının ise daha kısa olması gerekir. Hizmetin kaliteli olarak değerlendirilmesinde fiziksel ortamların çok büyük önemi vardır. Yatak takımı kirli olan hastaların aldığı sağlık hizmetinden tatmin düzeyinin de düşük olabilme olasılığı yüksek olacaktır.

Hemşirelerin hastaları bilgilendirme düzeyinin algılanması hastanın eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir. Bu da hastalık hakkında bilgilendirmenin eğitim durumuna göre değişmediğini ve hastaların bilgilendirildiğini göstermektedir.

Hemşirelerin sundukları hizmetlerin tümünden memnun olma düzeyi eğitime göre farklılık göstermemektedir.

Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnun olma durumuna göre hastaların hastaneyi tekrar tercih etmeleri farklılık gösterirken, hemşirelerin verdikleri hizmetlerin tümünden memnun olma ile hastaneyi tercih etme durumları farklılık göstermemektedir.

Doktorların nezaket düzeyleri, teşhis ve tedavi konusundaki becerileri eğitim durumu farklı olan hastaların çoğunluğu tarafından "iyi" olarak değerlendirilmiştir.

Odanın temizlik ve düzenine farklı gelir durumundaki hastaların çoğunluğu "iyi" ve "çok iyi" olarak değerlendirmişlerdir.

Hastaneyi tercih edip etmeme durumu farklı sosyal güvenceye sahip hastaların çoğunluğu tarafından tercih ederim şeklinde ifade edilmiştir.

EKLER

**Sayfa
No**

EK-1. Eskişehir Devlet Hastanesinde Yatan Hastalara
Verilen Hizmetlerden Tatmin Düzeyleri ile İlgili Anket Formu..... 156

EK-1.

ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİNDE YATAN HASTALARA VERİLEN
HİZMETLERDEN TATMİN DÜZEYLERİ İLE İLGİLİ ANKET FORMU

Değerli Hasta

Elinizdeki bu anket, Eskişehir Devlet Hastanesinde kaldığınız süre içerisinde aldığınız hizmetlerle ilgili olup, sizin duygu ve düşüncelerinizi öğrenmeye yöneliktir. Ankete vereceğiniz cevaplardan çıkarılacak sonuçlar bizim için çok önemlidir. Çünkü sizin cevaplarınız “Hastane Hizmet Kalitesinin İyileştirilmesi” konulu bilimsel bir araştırmaya esas olacaktır.

Araştırma bulgularının gerçekçi ve yararlı olabilmesi temelde sizlerin anketi doğru ve eksiksiz biçimde cevaplandırmanıza bağlıdır. Bu anketten elde edilecek bilgiler sadece bu araştırmanın amacı doğrultusunda kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır.

Anketi cevaplandırmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Mahpere TOKAY
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

1 .Hastaneye yatışınız hangi şekilde oldu

- a.Acilden
b.Normal poliklinik muayenesinden
c.Özel muayenehaneden
d.Başka kurumdan sevkli
e.Diğer

2 .Hastaneyi seçmenizin asıl nedeni

- a.Doktorun eski hastasıyım
b.Doktorumu tanıyorum
c.Hastanede bir yakınım çalışıyor
d.Çalıştığım kamu kuruluşu sevk ile bu hastaneye gönderdi
e.Rastgele kendi seçimim
f.Hastanede bir yakınım çalışıyor

3 .Yattığınız servis;

- a.Dahiliye b.Bevliye c.Cerrahi d.KBB e.Göz f.Ortopedi g.Göğüs h.Çocuk
ı.Fizik Tedavi

4 . Kaç kişilik odada kalıyorsunuz?

- a. Tek Kişilik b. Çift Kişilik c. Üç Kişilik d. Dört Kişilik e. Beş kişilik
f. Altı Kişilik

Bu bölümdeki sorular hastanede verilen hizmetlerle ilgili sizin gerçek düşüncenizi anlamak için düzenlenmiştir. soruları sayfanın başında bulunan 5'li ölçeklere göre cevaplayarak, durumunuzu en iyi açıklayan seçeneği işaretleyiniz. Her ifade için size uygun olan bir boşluk işaretleyeceksiniz. Eğer almadığınız bir hizmet varsa o soruyu cevaplandırmayınız.

	<u>Çok İyi</u>	<u>İyi</u>	<u>Ne İyi Ne Kötü</u>	<u>Kötü</u>	<u>Çok Kötü</u>
A.Hastaneye yatış işlemleri					
5. Hastane yatış işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresi	()	()	()	()	()
6. Görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	()	()	()	()	()
B.Hemşireler Hakkında					
7. Hemşirelerin sizi dinleme ve anlama düzeyi	()	()	()	()	()
8. Hemşirelerin uygulanan , teşhis, tedaviilaç ve hastalığınız hakkında bilgilendirmeleri düzeyleri	()	()	()	()	()
9. Fiziksel ve duygusal sorununuz zamanında belirleme ve çözümlenme düzeyleri	()	()	()	()	()

	<u>Çok İyi</u>	<u>İyi</u>	<u>Ne İyi Ne Kötü</u>	<u>Kötü</u>	<u>Çok Kötü</u>
10. Sorun ile karşılaştığımızda hemşirelere ulaşma kolaylığı	()	()	()	()	()
11. Size gösterdikleri nezaket düzeyi	()	()	()	()	()
12. Yardım ve kontrol amacıyla odanıza gelme sıklık düzeyi	()	()	()	()	()
13. Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	()	()	()	()	()

C. Doktorlar Hakkında

14. Doktorların sizi dinleme ve anlamadüzeyleri	()	()	()	()	()
15. Doktorların uygulanan teşhis tedavi ilaç ve hastalığınız hakkında bilgilendirme düzeyleri	()	()	()	()	()
16. Nezaket düzeyleri	()	()	()	()	()
17. Bir sorun olduğunda doktorunuza ulaşma kolaylığı	()	()	()	()	()
18. Hastalığınızın teşhisi ve tedavisi konusunda doktorunuzuz beceri düzeyi	()	()	()	()	()
19. Doktorun tedavi gereği odanıza gelme sıklığı	()	()	()	()	()
20. Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnuniyet düzeyiniz	()	()	()	()	()

D. Diğer Sağlık Personelleri

21. Labaratuvarında çalışan personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	()	()	()	()	()
22. Hastane temizlik personelinin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	()	()	()	()	()
23. Teşhis birimlerindeki (EKG, Röntgen) personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	()	()	()	()	()
24. Yönetim ve destek bölümündeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	()	()	()	()	()

	<u>Çok İyi</u>	<u>İyi</u>	<u>Ne İyi Ne Kötü</u>	<u>Kötü</u>	<u>Çok Kötü</u>
E. Yemekler Hakkında					
25. Yemeklerinlezzeti	()	()	()	()	()
26. Yemeklerin çeşitliliği	()	()	()	()	()
27. Yemeklerin doyuruculuğu	()	()	()	()	()
28. Yemeklerin dağıtılma zamanı	()	()	()	()	()
29. Yemeklerin temizliği	()	()	()	()	()

F. Oda hakkında

30. Odanızın temizliği ve düzeni	()	()	()	()	()
31. Odanızın havalandırma durumu	()	()	()	()	()
32. Odanızın ısınma ve aydınlanma durumu	()	()	()	()	()
33. Yatak takımlarınızın değişme düzeni	()	()	()	()	()
34. Yatağınızın rahatı	()	()	()	()	()

G. Hastane Hakkında

35. Hastanenin genel temizliği	()	()	()	()	()
36. Hastane içinde ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla yolunuzu bulma kolaylığı	()	()	()	()	()
37. Ziyaret saatlerinin uygunluğu	()	()	()	()	()
38. Hastanenin ses yönünden uygunluğu	()	()	()	()	()
39. Otopark hizmetleri	()	()	()	()	()

40. Bir sağlık probleminiz olursa tekrar bu hastaneyi tercih edermisiniz?
a.Kesinlikle Ederim b.Ederim c.Kararsızım d.Etmem e.Kesinlikle Etmem

41. Çevrenizdeki kişilere bu hastaneyi tavsiye edermisiniz?
a.Kesinlikle Ederim b.Ederim c.Kararsızım d.Etmem e.Kesinlikle Etmem

42. Cinsiyetiniz;

a.Erkek b.Kadın

43. Medeni durumunuz;

a.Bekar b.Evli c.Dul veya Boşanmış d.Ayrı yaşıyor

44. Mesleğiniz;

a.İşçi b.Memur c.Emekli d.Öğrenci e.Ev Hanımı f.Serbest Meslek g.İşsiz

45. Eğitim durumunuz;

a.Eğitimsiz b.Okur-Yazar c.İlkokul d.Ortaokul e.Lise e.Üniversite ve Üstü

46. Yaşınız;

a.18'den küçük b.18-25 c.26-37 d.38-49 e.50-61 f.61 ve üstü

47. Sosyal güvenceniz;

a.Bağ-kur b.Emekli sandığı c.S.S.K. d.Yeşilkart e.Yok f.Diğer

48. Gelir durumunuz;

a. 80.000.000 TL ve Altı
b.81.000.000-150.000.000TL
c. 151.000.000-250.000.000 TL
d. 251.000.000-350.000.000 TL
e. 351.000.000-500.000.000 TL
f. 501.000.000-750.000.000TL
g. 751.000.000 ve Üstü

KAYNAKLAR

Kitaplar

- BALTAŞ, Zuhâl. **Sağlık Psikolojisi**. Birinci Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2000.
- BELEK, İlker. **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**. Birinci Basım. İstanbul: Sorun Yayınları, 1994.
- BERKOWITZ, Eric N. **Essentials of Health Care Marketing**. Maryland: Aspen Publisheis, Inc., 1996.
- CEMALCILAR, İlhan. **Pazarlama Kavramlar-Kararlar**. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1996.
- CEMALCILAR, İlhan. **Pazarlama**. Eskişehir: A.Ü. A.Ö.F.Yay.; No:72, 1995.
- CEMALCILAR, İlhan. **Pazarlama Araştırması**. Eskişehir: İ.T.İ.A., 1969.
- DİNÇER, Ömer. **Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası**. Genişletilmiş Üçüncü Basım. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1996.
- DÜREN, Zeynep. **İşletmelerde Kalite Çemberleri**. İstanbul, 1991.
- EREN, Erol. **İşletmelerde Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası**. İstanbul: Der Yay., 1997.
- ERGİN, Hüseyin. **Stratejik Yönetim Muhasebesi**. İkinci. Basım. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yay., 1997.
- ERKUT, Haluk. **Hizmet Kalitesi**. Toplam Kalite Yönetim Dizisi, Yayın No:2, İstanbul 1995.
- GEYLAN, Ramazan. **İşletmelerde Halkla İlişkiler**. Eskişehir: Birlik Ofset Yayıncılık, 1994.
- HİSRİCH, Robert D.. **Pazarlama**. A.Ü. A.Ö.F.Yay. Eskişehir 1994.
- İSLAMOĞLU, Ahmet Hamdi. **Pazarlama Yönetimi (Stratejik ve Global Yaklaşım)**, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., Ağustos 1999.
- KARAFAKİOĞLU, Mehmet. **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**. İstanbul, 1998.
- KARALAR Rıdvan, **İşletme Politikası Örnek Olaylar**, Genişletilmiş Üçüncü Basım. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Basımevi, 1998
- MCDANIEL, Jr. Carl. **Marketing**. Second Edition, New York: Harper and Row Publishers, The University of Texas, Arlington, 1982.
- MUCUK, İsmet. **Pazarlama İlkeleri**. Genişletilmiş İkinci Basım. İstanbul: Der Yayınları, 1984.

ODABAŞI, Yavuz. **Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması**. Eskişehir: A.Ö.F. Yay.,1998.

ÖZTÜRK, Sevgi Ayşe. **Hizmet Pazarlaması**. Eskişehir: A.Ü. Yay., 1998.

TEK, Ömer Baybars. **Pazarlama İlkeleri Global Yönetimsel Yaklaşım Türkiye Uygulamaları**. İstanbul: Cem Ofset Matbacılık Sanayii A.Ş, 1997.

TOKAT, Mehmet. **Sağlık Ekonomisi**. Eskişehir: A.Ü A.Ö.F. Yay., 1993.

YÜKSELEN, Cemal. **Temel Pazarlama Bilgileri**. Ankara: Adım Yayıncılık, Ekim 1989.

Çok Yazarlı

AŞICI, Ömer Z.ve Ömer Baybars TEK. **Fiziksel Dağıtım Yönetimi**. İzmir: Bilgehan Basımevi, 1985.

BAYD, Harper W.and Orville C. WALKER. **Marketing Management An Strategic Approach**. Boston 1990.

BELCH, George E.and Michael A. BELCH. **Introduction of Advertising and Promotion /An Integrated Marketing Communications Perspective**. 3.Baskı. Irwin, Chicago, 1995.

EVANS, Joel R. and Barry BERMAN. **Marketing Management**. Newyork: Macmillan Publishing Comp., London 1990.

KOTLER, Philip and Gary ARMSTRONG. **Principles of Marketing**. 7.Baskı. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, 1996.

MORTAN, Kenan ve Tandoğan TOKGÖZ. **Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi**. Ankara1984.

SAATÇIOĞLU Ömer ve KÖKSAL Gülser. **Sistem Analiz Raporu** (Bir Özel Hastane İçin Toplam Kalite Yönetimi İçin Sistem Analizi), Ankara 1995.

SEZGIN, Selime ve Diğerleri. **Pazarlama Stratejileri**. Yeni Yüzyıl Kitaplığı. İstanbul: İletişim Yayınları, 1997.

Çeviri

KOTLER, Philip, **Pazarlama Yönetimi**. İngilizceden Çeviren; Yaman Erdal. Ankara 1996.

ADALI, Orhan. "Hastanelerde Halkla İlişkilerin Önemi", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.

ALGIER, Lale ve Gülten UYER. "Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Geçişte Hemşirelerin Eğitimi", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.

AKGÜN, Seval. "Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**. Ankara: Haberal Vakfı, 1997.

ALCAN, Zehra. "Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyeti Anket Sonuçları", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Ankara: Haberal Vakfı, 1997.

AY, Nihad. "Toplumsal Yönetim Açısından Türkiye'de Sağlık Sorunu", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.

DERVİŞOĞLU, Ayşe Akın ve Arzu KÖSELİ. "Sağlık Hizmetlerinde Özdeğerlendirme Yaklaşımı", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 11-12 Kasım 1994.

ERSOY, Korkut ve Şahin KAVUNCUBAŞI. "Sağlık Kurumlarında Kalite-Yönetimi", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.

ESATOĞLU, Afsun Ezel ve Korkut ERSOY. "Hasta Tatmininin Ölçülmesi", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Ankara: Haberal Vakfı, 1997.

FOWLER, John. "Acil Servis Organizasyonu", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.

HAYRAN, Osman. "Sağlık Hizmetleri", **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş., 1998.

İSTİROTİ, Meri. "Türkiye'de Yeni Gelişmekte Olan Bir Kavram: Hastane Yönetiminde Pazarlamanın Önemi", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.

KARAKAŞ, Kadriye. "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında İç Müşteri Kavramının Anlam ve Önemi Akdeniz Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Hekimlere Yönelik Bir Tatmin Araştırması", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**. Ankara: Haberal Vakfı, 1997.

KARDEŞ, Semra. "Hastanelerde Sağlık Hizmeti Pazarlaması ve Verimliliğin Arttırılması", **Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)**. Derleyen: Hikmet Seçim, Eskişehir: A.Ü.Yay., 1995.

- KARDEŞ, Semra. "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.
- KAVAS, Alican ve Gül GÜDÜM. "Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin. "Ekip Çalışması ve Toplam Kalite Yönetimi Açısından Önemi", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**. Ankara: Haberal Vakfı, 1997.
- KOCADAĞ, Zahide ve Hacer ÖZGEN. "Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı, Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.
- KOCAMAN Gülseren, OKUMUŞ Hülya ve Dilek ÖZMEN "Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Hemşirelik Departmanında Kalite Geliştirme Uygulama Örneği", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.
- MENDERES, Münevver. "Hastanelerde Maliyet Hesaplaması", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.
- ÖZSARI, Haluk. "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkililik", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 11-12 Kasım 1994.
- SARGUTAN, Erdal. "Sağlık Hizmetleri Arzının Özelleştirilmesi: Özerkleştirilme ve Özelleştirme" **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.
- TENGİLİMOĞLU, Dilaver. "Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Ankara: Haberal Vakfı, 1997.
- TÜRKÖZ Yeşim Taş, PERÇİN Korkut ve Ayşen AKSOY, "Hasta Tatmininin Sosyodemografik Değişkenler ve Tedaviye Özgü Değişkenler Yönünden İncelenmesi", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**. Ankara: Haberal Vakfı, 1997.
- UÇKU, Reyhan. "Sağlık Örgütlenmesinde Sevk Zinciri Nedir", **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir 1994.
- UZ Hulki, "Sağlık Ekonomisi", **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**. İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş., 1998.
- ZORLUTUNA, Yaman. "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**. Ankara: Haberal Vakfı, 1997.

Temel Britannica Ansiklopedisi, İstanbul 1993, Cilt:15, s. 8.

Dergi

AK, Bilal ve Nermin ÖZGÜLBAŞ. "Hastahane İşletmelerinde Pazarlama Fonksiyonları", **Sağlık Gazetesi**. Sayı:25, Eylül 1993.

ALKIBAY, Sanem. "Hastanelerde Halkla İlişkiler Anlayışı ve Uygulamaları", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 31, Sayı: 1, Mart 1998.

BAYSAL, Ayşe Can. "Sosyal Psikolojide Tutumlar" **İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi**. Cilt: 10, Sayı: 1-2, 1981.

BOZKURT, Rıdvan ve Nilüfer ASİL. "Kalite Politikasını Oluşturma Süreci", **Verimlilik Dergisi**. Mart 1995.

BUĞDAYCI, Ahmet. "Marka İsmi Nasıl Olmalı", **Capital Dergisi**. Yıl: 5, Sayı: 6, Haziran 1997.

CEMALCILAR, İlhan. "Hizmetlerin Pazarlanması", **Pazarlama Dergisi**. Yıl: 4, Sayı: 2, Haziran 1979.

CIHANGİROĞLU, Necmettin. "Hastalar Doktorlarından Ne İstiyor", **Modern Hastane Yönetimi**. Cilt: 3, Sayı: 2, Şubat 1999.

DONABEDIAN, Avedis. "Kalite Güvencesi", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**. Cilt: 1, Sayı: 1, Kış 1992.

EREFİ, İnci "Sağlık Hizmetlerinde Standart ve Kalitenin Milli Ekonomi Açısından Önemi", **TSE Standart Dergisi**. Sayı: 394, Ekim 1994.

ENGİZ, Oğuz. "Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları", **Toplum Ve Hekim**. Cilt 11, Sayı:72, Mart-Nisan 1996.

ENSARİ, M. Sıdık. "Sağlıkta Özelleştirme", **Sağlık Gazetesi**. Sayı: 27, Kasım 1993, s.9.

ERSOY, Korkut ve Hacer ÖZGEN. "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimine Kısa Bir Bakış", **Önce Kalite**. Ekim 1995.

FERMAN, Murat. "Hizmet Pazarlaması Üzerine Genel Bir Değerlendirme", **Pazarlama Dünyası**. Yıl: 2, Sayı: 7, Şubat 1988.

FERMAN, Murat. "Mamül Hayat Eğrisi Üzerine Değerlendirmeler", **Pazarlama Dünyası**. Sayı: 14, Mart-Nisan 1989.

FRANCE, Karen Russo and Rajiv GROVER. "What Is the Health Care Product?", **Journal of Marketing**. Volume: 12, No:2, June 1992.

- HARCAR, Talha. "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", **Pazarlama Dünyası**. Yıl: 5, Sayı: 25, Ocak-Şubat 1998.
- HOCAOĞLU, Nesrin. "Özel Sektörün Yeni Gözdesi Sağlık", **Power**. Kasım 1997.
- JOHN, Joby. "Referent Opinion and Health Care Satisfaction", **Journal of Health Care Marketing**. Vol: 14, No: 2, Summer 1994.
- KILIÇ, Mine. "Akıllı Hastane", **Kariyer Dünyası**. Yıl: 2, Sayı: 3, Aralık 1998.
- KUMCU, Erdoğan. "Pazarlama Politikasının Belirlenmesinde Mamül Hayat Eğrisinin Yeri", **Pazarlama Dergisi**. Yıl: 4, Sayı: 1, Mart 1980.
- MALHAN, S. Tokyürek. "Sağlık Hizmetlerinde Talebi Etkileyen Faktörler", **Modern Hastane Yönetimi**. Yıl: 1, Sayı: 3, Kasım 1997.
- OLUÇ, Mehmet. "Tutundurma, İletişim", **Pazarlama Dünyası**. Yıl: 3, Sayı: 17 Eylül-Ekim 1989.
- OLUÇ, Mehmet. "Kişisel Satış", **Pazarlama Dünyası**. Yıl: 5, Sayı: 25, Ocak-Şubat 1991.
- OLUÇ, Mehmet. "Tutundurma, İletişim", **Pazarlama Dünyası**. Yıl: 3, Sayı: 17, Eylül-Ekim, 1989.
- OLUÇ, Mehmet. "Pazarlama Stratejileri Ürün Politikaları". **Pazarlama Dünyası**. Yıl: 2, Sayı: 7 Ocak Şubat 1988.
- OKYAY, Engin. "Yeni Mamül Geliştirmede Markalama ve Ambalajlama" **Pazarlama Dergisi**. Yıl: 4, Sayı: 1 1978.
- ÖÇER, Abdullah. "Basın Sektöründe Satış Promosyonu Uygulamasının Etkinliği: Ekonometrik Analiz", **Pazarlama Dünyası**, Yıl: 12, Sayı: 69, Mayıs-Haziran 1998.
- ÖZSARI, Haluk. "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", **Modern Hastane Yönetimi**. Yıl: 1, Sayı: 3, Kasım 1997.
- ÖZVEREN, Nida. "Mutlu Hastalar", **Kariyer Dünyası**. Yıl: 2, Sayı: 3, Aralık 1998.
- PEKER, Ömer. "Toplam Kalite Yönetimi", **Amme İdaresi Dergisi**. Mart 1993.
- PİŞKİRCİOĞLU, Nurettin. "Kaliteyi Raslantılar Değil Sistemli Çabalar Oluşturur", **Anahtar**. Yıl: 1, Sayı: 8, Ağustos 1989.
- SARVAN, Fulya ve Oğuz BERK "Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi", **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**. Cilt: 24, Sayı: 2, Kasım 1995.
- SEÇİM, Hikmet. "Reklamın İşlevleri", **Pazarlama Dünyası**. Yıl: 1, Sayı: 6, Kasım-Aralık 1987.

SMİTH, Brian Abel. "Genel Sağlık Sigortası Uluslararası Deneyimden Çıkarılan Dersler", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**. Cilt: II, 1993.

TATAR, Fahrettin ve Mehtap TATAR. "Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları", **Toplum Ve Hekim**. Cilt: 11, Sayı: 72, Mart-Nisan 1996.

TAYLOR, Steven A. and Joseph CRONİN Jr. "Modeling Patient Satisfaction and Service Quality", **Journal of Health Care Marketing**., Volume: 14, No:1, Spring 1994

TENGİLİMOĞLU, Dilaver. "Sağlık Hizmetleri Piyasa Araştırması" **Toplum ve Hekim Dergisi**., Sayı:56, Ağustos 1993.

ÜNER, Mithat. "Hizmet Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?", **Pazarlama Dünyası**. Yıl: 8, Sayı: 43, Şubat-Mart 1994.

ÜZEREM, Nevin. "Hizmet Kalitesinin Yönetimi", **Pazarlama Dünyası**. Yıl: 11, Sayı: 63, Mayıs-Haziran 1997.

YILDIRIM, H.Hüseyin. "Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları", **Amme İdaresi Dergisi**. Cilt: 32, Sayı: 1, Mart 1999.

Gazete

ÇELEBİ, Erkan. "Özel Hastanede Promosyon Dönemi", **Hürriyet Gazetesi**, 27 Şubat 2000.

Yayınlanmamış Tez, Rapor ve Bildiriler

ALPUGAN, Oktay. "Genel Hastanelerin Kullanımı, Türkiye'de Uygulamada Karşılaşılan Kimi Sorunlar ve Bu Sorunların Çözülmesi." Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, 1981.

BIÇAKÇI, Gönül. "Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması Hizmet Tüketicileri Olan Hastaların Sağlık Kuruluşlarından Beklentileri Üzerine Bir Araştırma." Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi S.B.E., Erzurum 1995.

ÇAKIR, Nesrin. "Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesi ve Şile Bölgesinde Bir Araştırma." Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi S.B.E., Eskişehir 1998.

CANGÖZ, İncilay. "Türk Basınında Tutundurma Çalışmaları ve Ansiklopedi Kampanyası." Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi S.B.E., Eskişehir 1995.

ESATOĞLU, Afsun Ezel. "Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi."

Yayımlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara 1997.

Gönül, GÜNAYDIN. "Türkiye'de Sağlık Sektörünün Ekonomik Etkinliği." Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi S.B.E., Eskişehir 1994.

MALHAN, Simten. "Bir Üniversite Hastanesinde Talep Analizi İle İlgili Bir Uygulama." Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi S. B. E., Ankara 1998.

TUNA, İsmail. "Pazarlamada Marka ve Dayanıklı Tüketim Mallarında Markanın Tüketici Tercihine Etkisi." Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi S.B.E., Eskişehir 1993.

SEZGİN, Selime. "Application of Marketing Concepts and Practices to the Operations of Private Hospitals in İstanbul." Yayımlanmamış Doktora Tezi, B.Ü. İstanbul 1982.