SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI: HASTALARIN SUNULAN HİZMETLERİN KALİTESİNİ ALGILAMALARI ÜZERİNE BİR UYGULAMA

Hazırlayan: Şeniz ERDEM

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Nevin ÜZEREM ALTUĞ

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin İşletme Anabilim Dalı için öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak hazırlanmıştır.

Edirne

Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Temmuz, 2007

TEŞEKKÜR

Hazırlamış olduğum araştırma süresince önerilerini ve desteğini eksik etmeyen, tecrübelerini benimle paylaşan değerli tez danışmanım Yrd.Doç.Dr. Sayın Nevin ÜZEREM ALTUĞ'a sonsuz teşekkür ederim.

Çalışmamın analiz aşamasında benden yardımını ve zamanını esirgemeyen saygı değer hocam Yrd.Doç.Dr. Sayın Adil OĞUZHAN'a, literatür araştırmalarımda yardımını eksik etmeyen sevgili arkadaşım Uz.Dr. Sayın Hızır ASLIYÜKSEK'e teşekkür ederim. Anket çalışmamı gerçekleştirmemde gerekli izni vererek yardımcı olan Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yönetimi ve çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam süresince önerileri, destekleri, yardımlarıyla yanımda yer alan değerli çalışma arkadaşlarım Öğr.Gör. Sayın Erkan ÖZHAN'a ve Öğr.Gör. Sayın Ali Faruk AÇIKGÖZ'e teşekkür ederim.

Tezimin bitmesini dört gözle bekleyen, maddi, manevi en büyük desteği vererek her zaman yanımda olan ve beni yüreklendiren sevgili anne ve babama en içten teşekkürlerimi sunarım.

SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI: HASTALARIN SUNULAN HİZMETLERİN KALİTESİNİ ALGILAMALARI ÜZERİNE BİR UYGULAMA

Şeniz ERDEM

ÖZET

Günümüzde hizmetlerin profesyonel anlamda pazarlanmasının gittikçe önem kazanması, sağlık hizmetleri pazarlamasında da önemli gelişmeler kaydedilmesine yol açmıştır. Özellikle, özel sağlık hizmetlerinin artışı ve sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışıyla sunulması sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamalarını önemli bir konuma getirmiştir.

Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin kalitesi denildiğinde, çoğu hastane yöneticisi için bu, teşhisten tedaviye hizmet sunumunu olanaklı hale getiren teknik unsurların kalitesi anlamına gelmektedir. Bu da, kalite tanımındaki müşteri odaklılıkla bağdaşmamaktadır. Çünkü, bu noktada hastanın hizmet kalitesiyle neyi işaret ettiği gözden kaçmaktadır. Hasta bakış açısıyla hizmet kalitesi, sağlık hizmeti sunanların anlayışlarından farklı olarak, hizmetin teknik yönü kadar, hastanenin fiziksel olanaklarını, atmosferini, personelin yaklaşımını vb. kapsamaktadır.

Bu çalışmada, sunulan hizmetlerin kalitesinin hastalar tarafından ne düzeyde algılandığını tespit etmek amacıyla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalar üzerinde anket uygulaması yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin teknik kısmından çok, hastaların daha rahat algılayabileceği, hizmeti sunan personelin tutumu, davranışı, hastaların personele güveni gibi konular değerlendirmeye alınmış ve hastaların hastanede sunulan hizmetleri algılama dereceleri üzerinde durulmuştur. Hastalar tarafından hangi hizmetlerin kalitesiz olarak algılandığı tespit edilmiştir. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastanede sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi arasında ilişkinin olup olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini

HEALTH CARE MARKETING: A PRACTISE ON THE PATIENTS PERCEIVING THE QUALITY OF THE SERVICES OFFERED

Şeniz ERDEM

ABSTRACT

Today the ongoing importance of the services which are marketed on a professional basis revealed many important developments in health care marketing. Especially with the increase of special health services and their administrative offer has brought the marketing practises on health services to a crucial site.

When the quality of the services offered in health organisations is spoken, for many hospital managers it means the quality of the technical factors which make possible the offer of the service from diagnosis to cure. This is not getting along well with customer focusing in the description of the quality. Therefore, what patient means by service quality can not be noticed at this point. From the patient's point of view, the quality of service contains; not only the technical characteristics of the service, but also the physical facilities, atmosphere and personnel strategies of the hospital etc. different from the understandings of the ones who offer health service.

In this study, in order to determine the level of patient perception on the quality of the services offered a questionnaire practice was conducted on the patients who were staying and having polyclinic service in the Faculty of Medicine, Trakya University. Rather than the technical part of the health services, the topics which are comfortably perceived by the patients as the manner and behaviour of the personnel who offers the service, patient trust to the personnel etc. were evaluated and the degrees of the patient perception were assessed. Which services had been perceived as low quality by the patients was determined. Whether there is a relationship between the socio-demographic characteristics of the patients and the assessment of the services offered in the hospital was discovered.

Key Words: Health Care Marketing, Service Quality, Patient Satisfaction

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
GİRİŞ	1
PROBLEM	2
AMAÇ	2
ÖNEM	3
SAYILTILAR	3
SINIRLILIKLAR	4
TANIMLAR	4
I.BÖLÜM**:** HİZMET KAVRAMI ve HİZMET PAZARLAMASI	5
1.1. Hizmet Kavramı	5
1.2. Hizmetlerin Ortak Özellikleri	7
1.2.1. Dokunulmazlık (Soyutluk)	7
1.2.2. Eşzamanlı Üretim ve Tüketim (Ayrılmazlık)	10
1.2.3. Türdeş Olmama (Heterojenlik)	12
1.2.4. Dayanıksızlık	14
1.2.5. Sahiplik	16
1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması	17
1.3.1. İnsan Gücüne Dayalı Olan Hizmetler	18
1.3.2. İnsan Gücüne Dayalı Olmayan Hizmetler	18
1.3.3. Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektiren Hizmetler	18
1.3.4. Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektirmeyen Hizmetler	19
1.3.5. Kişisel İhtiyaçları Karşılayan Hizmetler	19
1.3.6. İşletme İhtiyaçlarını Karşılayan Hizmetler	20
1.3.7. Kar Amaçlı ya da Kar Amaçsız Hizmetler	20
1.4. Hizmet Pazarlaması	21
1.4.1. Hizmet Pazarlaması Kavramı	23
1.4.2. Hizmet İşletmelerinde Pazarlamanın Yeri ve Önemi	24
1.4.3. Hizmet İşletmeleri İçin Pazarlama Karması	26
1.4.3.1. Ürün (Hizmet)	27
1.4.3.2. Fiyat	30

1.4.3.3. Tutundurma 35
1.4.3.4. Dağıtım 39
1.4.3.5. Fiziksel Ortam 43
1.4.3.6. Katılımcılar 44
1.4.3.7. Süreç Yönetimi 46

II. BÖLÜM**:** SAĞLIK HİZMETLERİ ve ÖZELLİKLERİ 48
2.1. Sağlık Kavramı 48
2.2. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri 49
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları 60
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 61
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 62
2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 64
2.4.3. Rehabilite Edici Hizmetler 67
2.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri 67
2.5. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunulması 68
2.5.1. Kamu Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri 69
2.5.2. Özel Kesim Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri 70
2.5.3. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri 70
2.5.4. Yerel Yönetimler Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri 71

III. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI 72
3.1. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Önemi 77
3.2. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Özellikleri 79
3.3. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Yöneltilen Eleştiriler 83
3.4. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasını Destekleyen Görüşler 86
3.5. Sağlık Hizmetlerinde Pazar Bölümlendirme 87
3.5.1. Pazar Bölümlendirme 87
3.5.1.1. Etkin Pazar Bölümlendirme Koşulları 88
3.5.2. Pazar Bölümlendirme Çeşitleri 89
3.5.2.1. Coğrafik Bölümlendirme 89
3.5.2.2. Sosyo-Demografik Bölümlendirme 90
3.5.2.3. Psikografik Bölümlendirme 90

3.5.2.4. Davranışsal Bölümlendirme 90
3.5.3. Pazar Bölümlendirme Stratejileri 91
3.5.3.1. Farklılaştırılmamış Pazarlama Stratejisi 91
3.5.3.2. Farklılaştırılmış Pazarlama Stratejisi 92
3.5.3.3. Yoğunlaştırılmış Pazarlama Stratejisi 92
3.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Büyüme Stratejileri 92
3.5.4.1. Pazara Sokulma (Nüfuz Etme) Stratejisi 93
3.5.4.2. Pazar Geliştirme Stratejisi 93
3.5.4.3. Hizmet Geliştirme Stratejisi 94
3.5.4.4. Çeşitlendirme Stratejisi 95
3.6. Sağlık Hizmetleri Pazarlama Karması 95
3.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Ürün 96
3.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Fiyat 99
3.6.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlandırma Politikaları 101
3.6.2.1.1. Maliyete Dayalı Fiyatlandırma 101
3.6.2.1.2. Talebe Dayalı Fiyatlandırma 102
3.6.2.1.3. Rekabete Dayalı Fiyatlandırma 103
3.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtım 103
3.6.3.1. Dağtım Kanalındaki Fonksiyonlar 104
3.6.3.1.1. Zaman Faydası 105
3.6.3.1.2. Yer (Mekan) Faydası 105
3.6.3.1.3. Şekil (Biçim) Faydası 106
3.6.3.1.4. Sahiplik (Mülkiyet) Faydası 106
3.6.3.2. Dağıtım Yoğunluğu 107
3.6.3.2.1. Yoğun (Yaygın) Dağıtım 107
3.6.3.2.2. Sınırlı (Kısıtlı) Dağıtım 108
3.6.3.2.3. Seçimli Dağıtım 108
3.6.3.3. Dağıtım Kanalları 109
3.6.3.3.1. Dolaylı Dağıtım 109
3.6.3.3.2. Dolaysız Dağıtım 110
3.6.4. Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma Karması 111
3.6.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Reklam 112
3.6.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Satış 114

3.6.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Satış Tutundurma 114
3.6.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler/Duyurum 115
3.6.5. Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılar 117
3.6.5.1. Personel 117
3.6.5.2. Müşteriler 118
3.6.6. Sağlık Hizmetlerinde Fiziksel Çevre 119
3.6.7. Sağlık Hizmetlerinde Süreç Yönetimi 119

IV. BÖLÜM: HİZMET SEKTÖRÜNDE KALİTE ve MÜŞTERİ (HASTA) TATMİNİ 121
4.1. Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi Kavramları 121
4.1.1. Kalite Kavramı 121
4.1.2. Toplam Kalite Yönetimi Kavramı 122
4.1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi 124
4.2. Hizmet Sektöründe Kalite 126
4.2.1. Hizmet Kalitesi ve Sağlık Kuruluşları İçin Önemi 128
4.2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları 132
4.2.2.1. Christian Grönroos Tarafından Açıklanan Kalite Boyutları 132
4.2.2.2. Parasuraman, Zeithaml ve Berry Tarafından Açıklanan Hizmet Kalitesi Boyutları 134
4.2.3. Hizmet Kalitesi Modeli 138
4.2.4. Servqual 143
4.3. Müşteri (Hasta) Tatmini 144
4.3.1. Müşteri Kavramı 145
4.3.2.Müşteri (Hasta) Tatmini 146
4.3.3. Müşteri (Hasta) Tatmininin Önemi 150
4.3.4. Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler 152
4.3.4.1. Personel-Hasta Etkileşimi 153
4.3.4.2. Bilgilendirme 154
4.3.4.3. Beslenme Hizmetleri 154
4.3.4.4. Fiziksel ve Çevresel Koşullar 155
4.3.4.5. Bürokrasi 155
4.3.4.6. Güven 155

4.3.4.7. Ücret 156
4.3.5. Hasta Tatmini Ölçüm Yöntemleri 156
4.3.5.1. Odak Grup Görüşmeleri 156
4.3.5.2. Diğer Kalitatif Yöntemler 157
4.3.5.3. Telefon Görüşmeleri 157
4.3.5.4. Anket Yöntemi 158

V. BÖLÜM: HASTALARIN SUNULAN HİZMETLERİN KALİTESİNİ ALGILAMALARI ÜZERİNE BİR UYGULAMA 159
5.1. Araştırma Modeli 160
5.2. Evren ve Örneklem 160
5.3. Verilerin Toplanması 161
5.4. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması 162
5.4.1. Güvenirlik Testi 162
5.4.2. Yatan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin ve Hastaneyi Genel Değerlendirmelerinin Dağılımı 163
5.4.3. Yatan Hastaların Sunulan Hizmetleri Algılamaları İle İlgili Bulgular, Algılamalarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları 175
5.4.4. Yatan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Arasındaki Farka İlişkin Bulgular 181
5.4.4.1. Yatan Hastaların Yaşlarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 181
5.4.4.2. Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Bulgular 183
5.4.4.3. Yatan Hastaların Eğitimlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 187
5.4.4.4. Yatan Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 189
5.4.4.5. Yatan Hastaların Meslek Gruplarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 191
5.4.4.6. Yatan Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 193

5.4.4.7. Yatan Hastaların Tedavi Gördükleri Servise Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 195
5.4.5. Poliklinik Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin ve Hastaneyi Genel Değerlendirmelerinin Dağılımı 197
5.4.6. Poliklinik Hastalarının Sunulan Hizmetleri Algılamaları İle İlgili Bulgular, Algılamalarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları 207
5.4.7. Poliklinik Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Arasındaki Farka İlişkin Bulgular 212
5.4.7.1. Poliklinik Hastalarının Yaşlarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 212
5.4.7.2. Poliklinik Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Bulgular 214
5.4.7.3. Poliklinik Hastalarının Eğitimlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 216
5.4.7.4. Poliklinik Hastalarının Gelir Düzeylerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 218
5.4.7.5. Poliklinik Hastalarının Meslek Gruplarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 219
5.4.7.6. Poliklinik Hastalarının Sosyal Güvencelerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 221
5.4.7.7. Poliklinik Hastalarının Muayene Oldukları Polikliniğe Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 223
5.4.7.8. Poliklinik Hastalarının Bekleme Sürelerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi 225
SONUÇLAR ve ÖNERİLER 227
KAYNAKÇA 232

EK 1: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Yatan Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları İle İlgili Anket Formu 242
EK 2: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları İle İlgili Anket Formu 246

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER **Sayfa**

Şekil 1. Çeşitli Ürünlerin Somutluk-Soyutluk Unsurlarına Göre Sıralanışı 6
Şekil 2. Hizmet Kavramı 28
Şekil 3. Hizmet Geliştirme Süreci 29
Şekil 4. Hizmet Tasarlama Süreci 30
Şekil 5. Fiyat Kararları Süreci 33
Şekil 6. Malların ve Hizmetlerin Dağıtım Kanalı 40
Şekil 7. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi 51
Şekil 8. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması 61
Şekil 9. Sağlık Kurumlarının Pazarlama Sürecini Etkileyen Faktörler 74
Şekil 10. Çekirdek ve Genişletilmiş Hizmet 96
Şekil 11. A Hastanesi Hizmet Bileşimi 98
Şekil 12. Dolaysız ve Dolaylı Dağıtım 110
Şekil 13. Sağlık Kuruluşlarında TKY Mantığı 125
Şekil 14. Endüstriyel Üretim/Sağlık Hizmeti Sunumu Farklılıkları 126
Şekil 15. Algılanan Hizmet Kalitesi 134
Şekil 16. Hizmet Kalitesinin Kavramsal Modeli 140
Şekil 17. Hasta Tatmini Kuramları 148
Şekil 18. Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler 152

TABLOLAR LİSTESİ

Tablolar **Sayfa**

Tablo 1. Sekiz Ana Pazarlama Görevi 73
Tablo 2. Hastanelerin Pazarlamayı Benimsemesinde Dört Aşama 76
Tablo 3. Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler 145
Tablo 4. Cronbach α Testi ile Elde Edilen Güvenirlik Puanları 163
Tablo 5. Yatan Hastaların Yaşa Göre Dağılımı 164
Tablo 6. Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı 164
Tablo 7. Yatan Hastaların Eğitimlerine Göre Dağılımı 165
Tablo 8. Yatan Hastaların Gelirlerine Göre Dağılımı 165
Tablo 9. Yatan Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımları 166
Tablo 10. Yatan Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı 166
Tablo 11. Yatan Hastaların Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ni Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı 167
Tablo 12. Yatan Hastaların Poliklinik Hizmeti Alabilmek İçin Bekleme Sürelerine Göre Dağılımı 167
Tablo 13. Yatan Hastaların Poliklinik Hizmetinden Memnun Olup Olmamalarına Göre Dağılımı 168
Tablo 14. Yatan Hastaların Poliklinik Hizmetlerinden Memnun Olmama Nedenlerine Göre Dağılımı 168
Tablo 15. Yatan Hastaların Doktorun Muayene İçin Ayırdığı Zamanı Yeterli Bulup Bulmamalarına Göre Dağılımı 169
Tablo 16. Yatan Hastaların Bekleme ve Doktor Kabulü Sırasında Karşılaştıkları Tutum ve Davranışları Değerlendirmelerine Göre Dağılımı 169
Tablo 17. Yatan Hastaların Hastaneye Yatış Şekillerine Göre Dağılımı 170
Tablo 18. Yatan Hastaların Yattıkları Servislere Göre Dağılımı 171
Tablo 19. Yatan Hastaların Hastanede Kalma Sürelerine Göre Dağılımları 171
Tablo 20. Yatan Hastaların Odalarındaki Yatak Sayılarına Göre Dağılımları 172
Tablo 21. Yatan Hastaların Daha Önce Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hizmetlerinden Yararlanmalarına Göre Dağılımları 172

Tablo 22. Yatan Hastaların Hastane Hizmetlerini Önceki Geliş/Gelişlerine Göre Değerlendirme Dağılımları 173
Tablo 23. Yatan Hastaların Daha Önce Başka Bir Sağlık Kuruluşundan Hizmet Almalarına Göre Dağılımları 173
Tablo 24. Yatan Hastaların Hastanenin Diğer Sağlık Kuruluşlarına Göre Hizmet Düzeylerini Değerlendirme Dağılımları 174
Tablo 25. Yatan Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etmelerine Göre Dağılımı 174
Tablo 26. Yatan Hastaların Hastaneyi Tavsiye Edip/Etmemelerine Göre Dağılımı 175
Tablo 27. Yatan Hastaların Sunulan Hizmetleri Algılamaları İle İlgili Bulgular, Algılamalarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları 176
Tablo 28. Yaşa Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 182
Tablo 29. Cinsiyetlerine Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin T Testi Sonuçları 184
Tablo 30. Eğitimlerine Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 187
Tablo 31. Gelir Gruplarına Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 189
Tablo 32. Meslek Gruplarına Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 191
Tablo 33. Sosyal Güvencelerine Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 193
Tablo 34. Tedavi Görülen Servise Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 196
Tablo 35. Poliklinik Hastalarının Yaşa Göre Dağılımı 198
Tablo 36. Poliklinik Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı 198
Tablo 37. Poliklinik Hastalarının Eğitimlerine Göre Dağılımları 199

Tablo 38. Poliklinik Hastalarının Gelirlerine Göre Dağılımı 199
Tablo 39. Poliklinik Hastalarının Mesleklerine Göre Dağılımı 200
Tablo 40. Poliklinik Hastalarının Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı 200
Tablo 41. Poliklinik Hastalarının Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ni Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı 201
Tablo 42. Poliklinik Hastalarının Poliklinik Hizmeti Alabilmek İçin Bekleme Sürelerine Göre Dağılımı 201
Tablo 43. Poliklinik Hastalarının Poliklinik Hizmetinden Memnun Olup Olmamalarına Göre Dağılımı 202
Tablo 44. Poliklinik Hastalarının Poliklinik Hizmetlerinden Memnun Olmama Nedenlerine Göre Dağılımı 202
Tablo 45. Poliklinik Hastalarının Doktorun Muayene İçin Ayırdığı Zamanı Yeterli Bulup Bulmamalarına Göre Dağılımı 203
Tablo 46. Poliklinik Hastalarının Bekleme ve Doktor Kabulü Sırasında Karşılaştıkları Tutum ve Davranışları Değerlendirmelerine Göre Dağılımı 203
Tablo 47. Poliklinik Hastalarının Daha Önce Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hizmetlerinden Yararlanmalarına Göre Dağılımları 204
Tablo 48. Poliklinik Hastalarının Hastane Hizmetlerini Önceki Geliş/Gelişlerine Göre Değerlendirme Dağılımları 204
Tablo 49. Poliklinik Hastalarının Daha Önce Başka Bir Sağlık Kuruluşundan Hizmet Almalarına Göre Dağılımları 205
Tablo 50. Poliklinik Hastalarının Diğer Sağlık Kuruluşlarına Göre Hastanenin Hizmet Düzeyini Değerlendirme Dağılımları 205
Tablo 51. Poliklinik Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumlarına Göre Dağılımı 206
Tablo 52. Poliklinik Hastalarının Hastaneyi Tavsiye Edip/Etmemelerine Göre Dağılımı 206
Tablo 53. Hastaların Bulundukları Polikliniklere Göre Dağılımı 207
Tablo 54. Poliklinik Hastalarının Sunulan Hizmetleri Algılamaları İle İlgili Bulgular, Algılamalarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları 208
Tablo 55. Yaşa Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 213

Tablo 56. Cinsiyetlerine Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin T Testi Sonuçları 214
Tablo 57. Eğitimlerine Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 216
Tablo 58. Gelir Gruplarına Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 218
Tablo 59. Meslek Gruplarına Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 220
Tablo 60. Sosyal Güvencelerine Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 221
Tablo 61. Muayene Olunan Polikliniğe Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 223
Tablo 62. Bekleme Sürelerine Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 225

GİRİŞ

Hizmet işletmelerinin tamamını ilgilendiren, müşterinin isteklerine ve beklentilerine uygun hizmet sunabilmenin önemi, sağlık hizmetlerinde de söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin müşterileri olan hastalar da, ancak kaliteli olarak algıladıkları hizmetlerden memnun kalmaktadırlar.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık git gide daha fazla önem verilen bir konu haline gelmekte, ekonomik ve sosyal gelişmenin itici güçlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Ancak sürekli olarak artan ihtiyaçlara ve talebe karşın sağlık alanındaki kaynakların sınırlı olması ve verimli kullanılamaması, etkin dağıtımın yapılamaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanılamaması ve bu sağlık hizmetlerinin atlanarak hastanelere başvurulması hastanelerde yığılmalara ve sunulan hizmetlerin kalitesinin düşmesine neden olmakta, dolayısıyla müşterilerin bekledikleri kaliteyi yakalamak ve müşterilerin tatmin edilmesi güçleşmektedir.

Bu tez çalışması; hizmet, hizmet pazarlaması, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri pazarlaması, hizmet kalitesi ve sağlık hizmetlerinde kalite ve bunların gerçekleşmesinde karşılaşılacak güçlükleri aşma yollarını belirlemek amacıyla yazılmıştır. Birinci bölümde; hizmet kavramı, hizmetlerin ortak özellikleri, sınıflandırılması ve hizmet işletmelerinde pazarlamanın önemi üzerinde durulmuş, hizmet işletmeleri için pazarlama karmasının nasıl olacağı değerlendirilmeye çalışılmıştır. İkinci bölümde; sağlık kavramı, sağlık hizmetleri ve özellikleri, amaçları, sınıflandırılması ve sunulmasından bahsedilmiştir. Üçüncü bölümde; sağlık hizmetleri pazarlamasının önemi, özellikleri, sağlık hizmetleri pazarlamasına ilişkin eleştiriler ve sağlık hizmetleri pazarlamasını destekleyen görüşlere yer verilmiştir. Ayrıca bu bölümde sağlık hizmetlerinde pazar bölümleme ve sağlık hizmetleri için pazarlama karmasının geliştirilmesi de ele alınmıştır. Dördüncü bölüm; kalite, toplam kalite yönetimi, hizmet sektöründe kalite ve hasta tatminini içermektedir. Çalışmanın son bölümünde ise uygulama olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan ve poliklinik hizmeti alan hastaların algı verileri yüz yüze anket metoduyla elde edilerek, hastaların hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri istatistiksel analizlere tabi tutulmuştur.

PROBLEM

Toplumun tüm kesimlerine yönelik, örgütlü bir sağlık hizmeti anlayışı ve uygulamasının yaygınlaşması II. Dünya Savaşı sonlarına rastlamaktadır. Aynı dönemlerde pazarlama biliminin boyutları da geniş alanlara yayılmaya başlamıştır. Özellikle 1960'lı yıllarda sadece ürünlerin değil; kişilerin, hizmetlerin ve düşüncelerin de pazarlanabileceği görüşü yaygınlaşmıştır. Çağdaş pazarlama anlayışı, hizmet ve kar amacı gütmeyen kuruluşlarda son 25 yılda giderek daha da önem kazanmıştır. Tüketici ihtiyaç ve isteklerinin belirlenerek, tatmin edilmesine yönelik uygulamaları içeren çağdaş pazarlama anlayışının sağlık hizmetleri için de gereklidir. Sağlık hizmetleri alanındaki kaynakların en etkin biçimde kullanılmaları ve hizmeti talep eden tüketicilerin ihtiyaçlarının doyuma ulaştırılması, sağlık hizmetleri pazarlama programları ve uygulamaları ile olanaklı olabilmektedir. Sağlık hizmetleri pazarlaması Türkiye'de henüz gelişme dönemindedir. Sektördeki kuruluşlar arasında farklı düzeylerde uygulanmaktadır. Ancak, hastaneler bunlar arasında en ileri düzeyde pazarlama uygulamalarına sahip olan kurumlardır (Odabaşı, 1994).

AMAÇ

Bu çalışmanın amaçları;

- Bir eğitim ve araştırma hastanesi olan Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalarla yapılacak anket çalışması sonuçlarını inceleyerek sunulan hizmetlerle ilgili hastaların kalite algılamalarını saptamak,
- Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastaların tatmin düzeylerini belirlemek,
- Hastaların demografik özelliklerini tespit ederek, hastaların demografik özellikleri ile hastaneyi genel olarak değerlendirmeleri arasında ilişkinin olup olmadığını; hizmetlerle ilgili algılamalar ve hastaneyle ilgili genel değerlendirmeler için farklılık olup olmadığını saptamak ve
- Araştırma sonuçlarına dayanarak, sağlık kuruluşlarına önerilerde bulunmaktır.

ÖNEM

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamaları önemli ve vazgeçilmez bir konuma gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesine ve yaygın biçimde kullanılmasına neden olan gelişmeler şöyle özetlenebilir (Odabaşı, 1994: 30):

- Artan maliyetlerin baskısı
- Sağlık hizmeti tüketicilerinin ihtiyaçlarının arttığının kabul edilmesi,
- Özel sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak artışı,
- 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 çalışma, günümüz sağlık işletmeleri için önemi giderek artan hasta memnuniyeti ve hastaların kalite algılayışları kavramlarına dikkat çekmesi ve sağlık işletmelerinin bu yöndeki çabalarının incelenmesi açısından önem taşımaktadır.

SAYILTILAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalar üzerinde yapılacak araştırmanın kuramsal kısmın uygulanmasında yeterli olacağı varsayılmaktadır.

Literatür taraması ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde konuyla ilgili yapılacak anket çalışması sonucunda yatan ve poliklinik hizmeti alan hastaların, hastanede sunulan hizmet kalitesini nasıl algıladıklarının belirlenebileceği varsayılmaktadır.

SINIRLILIKLAR

Çalışma kapsamlı bir konuyu içerdiğinden, özellikle müşterilerin (hastaların) kalite algıları ve tatminleri ağırlıklı bir şekilde ele alınarak konu sınırlandırılacaktır.

Ayrıca uygulama aşamasında, araştırmacı herhangi bir kişi veya kuruluştan yardım almayarak yüz yüze görüşme yöntemini kullanacağından ve sektörün büyüklüğünden dolayı, anket uygulamaları ve analizi uzun zaman alacak ve yüksek maliyetlere neden olacaktır. Bu nedenle uygulama alanı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ile sınırlı tutulacaktır.

TANIMLAR

Sağlık Hizmetleri: Kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetlerdir (Harcar, 1991).

Sağlık Hizmetleri 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 (Odabaşı, 1994: 30).

Hizmet Kalitesi: Hizmet kalitesi; bir hizmetin beklenen ve algılanan kalitesi ile ilgili olup, müşteri memnuniyeti ya da memnuniyetsizliğinin esas belirleyicisidir (Boone ve Kurtz, 1992:373).

Müşteri (Hasta) Tatmini: Müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesidir (Kavuncubaşı, 2000:293).

BÖLÜM I: HİZMET KAVRAMI ve HİZMET PAZARLAMASI

1.1. Hizmet Kavramı

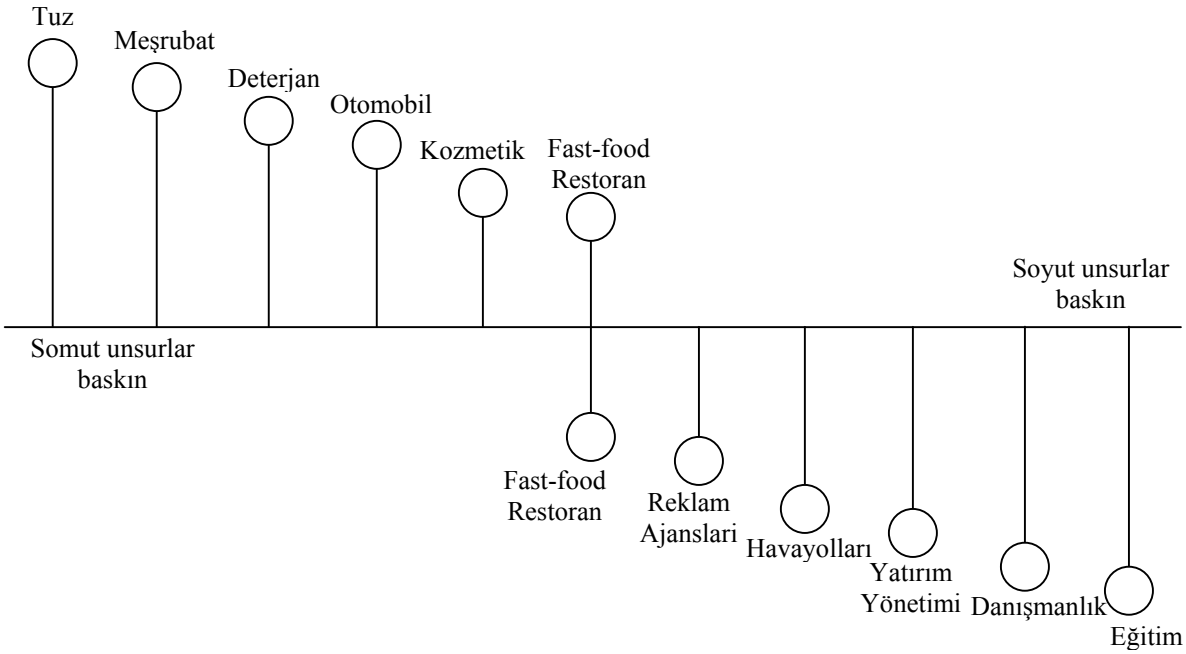
Hizmet tanımlanması güç bir kavramdır. Hizmetlerin büyük bir çoğunluğu elle tutulur ve önceden küçük miktarlar halinde alınıp denenir, vitrinlerde sergilenir, reklamları mallardaki gibi etkin bir biçimde yapılabilir ve beş duyu yardımıyla kolayca algılanıp öğrenilir türden değillerdir. Hizmetleri tanımlayıp geliştirmedeki diğer güçlük, ihtiyacın belirlenmesinde yatmaktadır. Çünkü, hizmetlere duyulan ihtiyaç, mallara duyulan ihtiyaca göre, çevre koşullarına daha fazla bağımlı ve önceden sezmekten çok, görüp tanımaya dayanır (İslamoğlu, 1995:3-5).

Aslan (1998: 34) hizmet tanımını "İhtiyaçlarımızı karşılayan tatmin araçlarının veya ekonomik faaliyetlerin elle tutulmayan kısmı" olarak yapmıştır. Cemalcılar (1999: 90) hizmet kavramını, "hizmetler, mallardan bağımsız olarak tüketicilere ve örgütlere satıldığında, ihtiyaç ve istek doygunluğu sağlayan eylemlerdir" şeklinde tanımlamıştır. Dinçer (2003: 458) hizmeti, "bir başka insanın ihtiyacını gidermek için belirli bir fiyattan satışa arz edilen ve herhangi fiziki bir malın mülkiyetini gerektirmeyen faaliyet ve yararlar" şeklinde tanımlamıştır.

Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) hizmet kavramını, "bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doygunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir" şeklinde tanımlamıştır (Öztürk, 2003:4).

İslamoğlu, Candan, Hacıefendioğlu ve Aydın (2006: 18) hizmet kavramını "hizmet, tüketicilerin yaşantılarından kaynaklanan ve çoğunlukla fiziksel olmayan sorunlarını çözmeye ya da çözümü kolaylaştıran sistemler, faaliyetler ve faydalar toplamıdır" şeklinde tanımlamışlardır.

İşletmelerin pazara sundukları çeşitli ürünler (mal ya da hizmetler), somut ve soyut unsurların baskınlığına göre bir yelpaze üzerinde aşağıdaki gibi gösterilebilir.



Şekil 1. Çeşitli Ürünlerin Somutluk-Soyutluk Unsurlarına Göre Sıralanışı

Kaynak: Shostack, G. L. (1977): "Breaking Free From Product Marketing", The Journal of Marketing, Vol:41, s.77.

Somut unsurların baskın olduğu, tuz, meşrubat gibi ürünler saf mallar olarak nitelendirilirken, eğitim hizmeti gibi soyut unsurların baskın olduğu hizmet ağırlıklı ürünler saf hizmetlerdir. Havayolu taşımacılığı, açıkça soyut hakimdir; somut bir malın fiziksel sahipliğiyle sonuçlanmaz. Neredeyse bütün diğer unsurları da soyuttur. Havayolu ile otomobilin karşılaştırılmasında benzerlikler saptanabilir. Nakliye unsuru her ikisinde de ortaktır. Somut dekor her ikisinde de önemli roller oynar. Benzerliklere rağmen, bazı yönleri taban tabana zıttır. Bir otomobil, hizmet veren fiziksel bir sahipliktir. Fakat havayolu seyahatine fiziksel olarak sahip olmak mümkün değildir, sadece yaşanabilir (Shostack, 1977:73-80). Somut ve soyut unsurların eşit oranda hakim olduğu bazı işler, soyutlama ve gerçekliğe de eşit derecede önem verirler. McDonald's buna iyi bir örnektir. Ana hizmet unsuru, yani fast food hazırlanması, çevrenin düzenlenmesi, renk, görünüm ve dağıtımın tutarlılığı (genç personel) ile somut olarak ayrılmıştır.

1.2. Hizmetlerin Ortak Özellikleri

Hizmetlerin verilen tanımlarda da vurgulanan soyut olmaları, heterojen olmaları, üretim ve tüketimlerinin eşzamanlılığı ve stoklanamamaları gibi birtakım ortak özellikleri mevcuttur. Aşağıda bu özellikler ayrıntılı olarak açıklanacaktır.

1.2.1. Dokunulmazlık (Soyutluk)

Hizmetleri mallardan farklılaştıran dört karakteristik arasında dokunulmazlık ya da soyutluk, diğerlerinin ortaya çıktığı ana kaynaktır. Hizmetler; performans ve çabalardır. Hizmetler, somut mallarla aynı biçimde görülemez, hissedilemez, tadılamaz ve dokunulamazlar. Örneğin, bir sinema bileti almakla bir çift ayakkabı almak arasındaki farklar ele alındığında; ayakkabılar somut mallardır ve satın alma öncesinde objektif olarak değerlendirilebilirler. Ayakkabıyı tutup kaldırmak, yapıldıkları malzemenin kalitesini incelemek, kendine has stilini görmek, denemek, satın aldıktan sonra somut bir mal olan ayakkabının fiziki sahibi olabilmek mümkündür. Bir sinema biletinin satın alınmasıyla elde edilen şey ise, bir deneyimdir. Film bittiğinde tüketici, bir deneyim ve sadece bir biletin fiziki sahipliğiyle evine dönecektir (Hoffman ve Bateson, 1997:24-25).

Pazarlama açısından mal, herhangi bir madde, bir araç gibi elle tutulabilen, gözle görülebilen, koklanabilen, giyilebilen, okunabilen, dinlenebilen veya bir yere yerleştirilebilen somut bir unsurdur. Oysa, hizmetler, maddi unsurlardan ziyade, "performans" sınıfına girdiklerinden, mamullerde olduğu gibi görülme, hissedilme, dokunulma ve benzeri şekillerde değerlendirilemezler. Bu nitelik, hizmet pazarlamasını, mamul pazarlamasından ayıran en önemli özellik olarak kabul edilmektedir (Ferman, 1988: 25; Üner, 1994:3).

Hizmetlerin, tüketicilerin görme, işitme, koklama, tat alma ve dokunma duyularına hitap eden somut özellikleri yoktur. Buna göre, hizmetlerin ticaret fuarlarında

sunulması, perakende mağazalarda vitrine konması, raflarda sergilenmesi, dergi, gazete vb. reklamlarında gösterilmesi ve örneklenmesi zordur. Bu sebeple, kişisel satış ve reklam, bir hizmetin kullanımından doğacak faydaları ifade etmelidir (Boone ve Kurtz, 1992:370).

Bir ürün iyi düzenlenmiş spesifikasyonlarla objektif olarak ölçülebilir, toleransları kontrol edilebilir, ağırlık, renk, biçim, stil vs. açılardan karşılaştırılabilir. Bir hizmet ise, fiziksel bir yapıya sahip olmadığı için, ancak başka bir hizmetle karşılaştırılarak ölçülmeye çalışılır (Fitzgerald, 1988: 28).

Bir hizmet satın alındığında genellikle bunu temsil edecek somut birşey yoktur. Bazen kolayca algılanamaz bile. Örneğin sağlık hizmetleri bu hizmeti sunanların hastalara ve ailelerine yönelik muayene, teşhis, inceleme ve tedavi gibi eylemlerinden oluşur. Teşhis ve tedavi tamamlandıktan sonra bile hasta yerine getirilen hizmeti bütünüyle kavrayamaz. Hizmetlerin dokunulmazlığı fiziksel bir varlığa sahip olmamasının bir sonucudur (Öztürk, 2003:9). Hizmetlerin soyutluğu sebebiyle, somut malların pazarlanması için sözkonusu olmayan birçok pazarlama zorluğu ortaya çıkar. Bu zorluklar; hizmet envanterlerinin yokluğu, patent korumasının yokluğu, bir hizmetin hedef pazara tanıtımındaki zorluklar ve fiyatlandırmadaki özel zorlukları içerir (Hoffman ve Bateson, 1997: 25).

Hizmet pazarlamasında hizmetin dokunulmazlık özelliği gözönünde tutularak bazı farklı çalışmalar yapılabilir. İlk olarak; hizmetin somut bir sunuluşu geliştirilir. Finansal kuruluşların hizmetlerini somutlaştırmak için kullandıkları kredi kartları buna örnek olarak gösterilebilir. İkinci olarak; hizmet kuruluşlarının görünen boyutları çekici ve etkili biçimde sunulmalıdır. Şirket çalışanlarının, büro düzeninin ve donanımın etkili bir hizmet sunulduğunu belirtmesi açısından önemleri büyüktür. Üçüncü olarak; hizmet pazarlamacıları reklamlarında hizmetin getireceği yararı somut bir obje ile aktarmaya çalışmalıdırlar. Dördüncü olarak; hizmetin dokunulmazlık özelliğinin üstesinden gelebilmek için çok etkili bir müşteri ilişkileri geliştirilmelidir (Odabaşı, 1994: 17).

Hizmetlerin soyutluğu, bir hizmetin satın almadan önce görülemeyeceği, hissedilemeyeceği, tadılamayacağı veya koklanamayacağı anlamına gelir. Mesela, estetik ameliyatı olan biri, bu hizmeti satın almadan onun sonuçlarını bilemez. Alıcılar, belirsizliği azaltmak için "hizmet kalitesinin" işaretlerini ararlar. Kalite hakkında; mekan, insanlar, ekipman, fiyat ve iletişim araçlarından sonuçlar çıkarırlar. Buna göre, hizmet sağlayıcısının görevi, "hizmeti somutlaştırmak"tır. Ürün pazarlamacıları, somut ürünlere soyut vasıflar atfetmeye çalışırken, hizmet pazarlamacıları için durum bunun tersidir (Kotler ve Armstrong, 1996:259).

Bir bankanın kendisini "hızlı" banka olarak konumlandırmak istediği varsayılırsa; banka, bu konumlandırma stratejisini birçok araçla somutlaştırabilir (Kotler, 1994:467):

1. Mekan: Bankanın fiziksel düzeni, hızlı hizmeti akla getirmelidir. Bankanın içi ve dışı temiz hatlara sahip olmalı, masaların düzeni ve trafik akışı dikkatle planlanmalıdır.
2. İnsanlar: Banka personeli meşgul görünmeli, iş yükünü karşılamaya yetecek sayıda çalışan olmalıdır.
3. Ekipman: Bankanın ekipmanı – bilgisayarlar, fotokopi makineleri, masalar- emsallerinin en iyisi gibi görünmeli ve olmalıdır. Bütün daktilolar 1940 model Remington ise, bir müşteri, işlem yapmadan önce iki kere düşünecektir.
4. İletişim materyali: Bankanın iletişim malzemesi –metin ve fotoğraflar- etkinlik ve sürati çağrıştırmalıdır.
5. Semboller: Banka hızlı hizmetini çağrıştıracak bir sembol ve isim seçmelidir. Mesela, görsel bir sembol olarak, Grek tanrısı Merküry'i benimseyebilir.
6. Fiyat: Banka, bir işlem için 5 dakikadan fazla bekleyen her müşterinin hesabına 5 dolar yatıracağı yolunda reklam yapabilir.

1.2.2. Eşzamanlı Üretim ve Tüketim (Ayrılmazlık)

Ürünler, ihtiyaçların belirlenmesiyle üretilir ve tüketicilere sunulurlar. Hizmet pazarlanmasında ise, hizmetler tüketicilere sunulmadan hizmetin üretilmiş olması sözkonusu değildir. Dolayısıyla hizmetlerin üretimi ve tüketimi, mamul pazarlamasından farklı olarak eşzamanlı gerçekleşir (Fitzgerald, 1988: 28).

Ürünler önce üretilip sonra satılıp tüketilirken, pek çok hizmetin tüketiminde üretici ile tüketicinin bulunması zorunludur. Kimi zaman o an hizmet edilen müşteriden başka, hizmetten yararlanacak diğer müşteriler (örneğin kuyruktaki müşteriler) de, üretim sürecine tanık olabilirler. Hizmetlerin merkezi bir biçimde, kitlesel olarak üretimleri zor ve çoğu kez olanaksızdır. Fiziksel ürün üretiminde olduğu gibi fabrikasyona gidilemez. Ayrılmazlık özelliği, hizmetlerin pazarlamasında doğrudan satışı gerekli kılmaktadır (Odabaşı, 1994: 17). Ancak, seyahat ve sigorta acentaları gibi kuruluşlar hizmet üreten işletmeyi temsil ederek tanıtımı üstlenebilir. Bu durumlarda hizmet üretiminde dolaylı dağıtım kanalından söz edilebilir (Üner, 1994:5).

Ayrılmazlık; hizmet sunanın sunduğu hizmetle olan fiziki bağlantısına, müşterinin hizmet üretim sürecine dahil olmasına ve diğer müşterilerin bu üretim sürecine dahil olmasına işaret eder. Hizmet sunanlar, malları ayrı bir fabrikada üreten mal pazarlamacılarından farklı olarak, müşterileri ile sürekli bir temas halindedirler. Hizmet sundukları alanları müşterinin fiziki varlığını akılda tutarak kurmalıdırlar. Müşteri ile hizmet sunan arasındaki bu etkileşim, hizmet pazarlamasındaki kritik noktaya işaret eder. Kritik noktalar, hem kazanç hem de kayıp için en büyük fırsatları temsil ederler (Hoffman ve Bateson, 1997: 28-29). Çoğu hizmetler eşzamanlı olarak üretilip, dağıtılıp, tüketildikleri için tüketim esnasında üretenle tüketen arasında karşılıklı ilişki vardır. Bu durum, hizmet sunanların davranışlarını, tüketicileri algılayışlarını, ilişki ve iletişim becerilerini son derece önemli hale getirir (İslamoğlu vd., 2006:20).

Hizmetlerin ayrılmazlığı, hizmetlerin onları sunanlardan ayrı tutulamayacakları anlamına gelir. Bir çalışan, bir hizmeti sunuyorsa, o çalışan, o hizmetin bir parçasıdır.

Müşteri hizmetin üretimi esnasında hazır bulunduğundan, hizmet sağlayıcı ile müşteri arasındaki etkileşim, hizmetlerin pazarlanmasının özel bir yanıdır. Hizmetin çıktısını hem onu sağlayan, hem de müşteri etkiler (Kotler ve Armstrong, 1996:259).

Hizmet pazarlamasında 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 (Dinçer, 2003:459);

- Birbirinden farklı pazarlarda aynı anda pazarlanamaz.
- Aynı anda çeşitli hizmetler birarada pazarlanamaz.
- Üretici ile tüketici arasında yakınlık ve yüzyüze ilişki gerekir.
- Depolanamaz ve stoklama problemleri olamaz. Dolayısıyla bir hizmet pazara sunulduktan sonra tüketilmemesi durumunda ortaya çıkacak ekonomik kayıplar sonradan giderilemez.

Sheraton otelleri, hizmet ile onu sağlayanın ayrılmazlığına kuvvetle inanır. Bu oteller zinciri, "Sheraton Müşteri Memnuniyeti Sistemini" geliştirmiştir. Bu sistem, yoğun personel eğitimi içerir ve eğitim, ayrılmazlık ilkesi üzerinde yoğunlaşır. Sheraton, bu sistemi, spesifik görevlerde istihdam edeceği yeni personele de uygular. İş için başvuranlara, içinde otel müşterilerinin bulunduğu durumları içeren 20 video klibi izlettirir ve en iyi tepkiyi içeren videonun hangisi olduğu sorulur. Elde edilen skorlar, yeni personelin müşteriyle ilişkinin yüksek olduğu görevlerde mi, yoksa müşteriyle ilişkinin düşük olduğu görevlerde mi istihdam edileceğinin belirlenmesinde kullanılır.

Sheraton'ın müşteriyle ilişkinin düşük olduğu görevlerde istihdam edilen personeli bile, zaman zaman müşteriyle ilişkinin yüksek bulunduğu durumlarla karşılaşır. Dallas Sheraton Park Central Hotel'in güvenlik şefi olan Ron Wiseman, bir bayan müşterinin 3000 dolar değerindeki ziynet eşyasını karton sabun kutusuyla beraber kaybolduğu yolundaki çağrısıyla eylemin içine dalmış, sabun kutusu otel içinde bulunamayınca, otelin çöp traktörüne atlayıp, şehir çöplüğünde yarım ton kadar çöpü, üç saatlik bir çabayla aktardıktan sonra, takım elbisesi ve ayakkabılarını mahvetmek pahasına, kaybolan eşyayı bulmuştur (Boone ve Kurtz, 1992: 370-371).

1.2.3. Türdeş Olmama (Heterojenlik)

Hizmetler genellikle insanlar tarafından üretilen performanslar olduğu için aynı hizmetin iki ayrı sunumunun aynı olması olanaksızdır. Hizmetlerin kalite ve içerikleri, hizmeti yaratandan bir diğerine, hizmetin bir müşterisinden diğerine, hatta, günden güne değişip, farklılık gösterebilir. Örneğin, tıbbi muayene hizmetinin kalite ve içeriği, bir doktordan diğerine, hastadan hastaya ya da günden güne farklılık gösterebilir. O halde, hizmet performanslarında, şahıslara, zaman ve zemine göre, büyük dalgalanma ve değişiklikler görülmesi imkan ve ihtimali, daima mevcuttur. Bu özelliğin ortaya çıkardığı spesifik bir pazarlama problemi ise standartlaştırma ve kalite kontrol faaliyetlerinin zor olmasıdır (Ferman, 1988: 25-27, Öztürk, 2003:10).

Mallar ve hizmetler arasındaki farklar arasında en sık biçimde vurgulananı, hizmet kalitesinin hizmetin tüketiciye ulaşmasından önce kontrolündeki yetersizliktir. Hizmet deneyimleri hizmetin üretildiği ve tüketicinin hizmetin üretildiği bu yerde hazır bulunduğu zamanlarda gerçekleşir. Bu sebeple, hizmet üretim süreci içinde birşeyler yanlış giderse, hizmetin tüketiciye ulaşmasından önce kalite kontrol önlemleri almak için çok geçtir. Müşteri (veya bir başka müşteri) kalite probleminin bir parçası olabilir. Bir restoranda birşeyler yanlış gidiyorsa, müşterinin hizmet deneyiminin bundan etkilenmemesi sözkonusu olamaz. Heterojenlik, bir hizmet işletmesinin %100 kaliteye ulaşmasını imkansız kılar. İmalat işletmeleri de bu hedefe ulaşmakta problem yaşayabilirler, ancak hatalar süreç içinde aynı noktalarda ortaya çıkma eğiliminde oldukları için, zaman içinde bunlar önlenebilir. Bunun tersine, hizmet işletmelerindeki hataların çoğu hizmetin sunulduğu anda gerçekleşen olaylardır. Örneğin, bir garsonun yemek tabağını müşterinin üzerine dökmesi ne önceden görülebilir, ne de oluş zamanından önce önlenebilir (Hoffman ve Bateson, 1997: 33-34).

Hizmetlerin değişkenliği, hizmetin kalitesinin; onun ne zaman, nerede ve nasıl sunulduğu kadar, kim tarafından sunulduğuna da bağlı olduğu anlamına gelir. Örneğin, bazı oteller diğerlerinden daha iyi hizmet vermekle ünlüdür. Buna rağmen, otel içindeki bir resepsiyon görevlisi neşeli ve verimli çalışırken, hemen birkaç adım ötesindeki

başka biri memnuniyetsiz ve yavaş olabilir. Tek bir otel çalışanının verdiği hizmetin kalitesi bile, her müşteride farklı olabilir (Kotler ve Armstrong, 1996:259).

Hizmetler insana bağlı, teknolojiye çok az bağımlı olduklarından onları mallarda olduğu gibi, hem standart hale getirmek hem de standart bir biçimde sunmak mümkün değildir. İnsanlar farklı olduğundan aynı hizmeti farklı tüketicilere farklı bileşim ve düzeyde sunmak gerekebilir. Ayrıca, aynı hizmeti aynı kişiler farklı zaman ve mekanda aynı düzeyde sunamazlar. Örneğin bir tur işletmesi aynı tur paketini farklı zamanlarda hem aynı standartta sunamaz hem de aynı tur paketi farklı tüketicileri aynı düzeyde tatmin edemez. Ayrıca hizmetin kalite algılanmasını o hizmeti sunanların dışındaki kişiler de etkileyebilir. Bir lokantadan hizmet alan bir tüketici, aynı hizmeti alan bir başkasının davranışlarından rahatsız olabilir ve bu, onun kalite algılamasını olumsuz yönde etkileyebilir (İslamoğlu vd., 2006:20).

Heterojenliğin getirdiği diğer bir zorluk, sadece hizmet tutarlılığının firmadan firmaya ve kişiden kişiye değişmesi değil, aynı zamanda zaman içinde de değişmesidir. Örneğin, bazı McDonald's şubeleri yardımsever, güler yüzlü personele sahipken, diğerleri robot gibi elemanlar çalıştırırlar. Bu fark sadece şubeler için değil, belli dönemlerde oluşabilecek farklılıklar nedeniyle aynı şube için de geçerlidir (Hoffman ve Bateson, 1997: 34).

Hizmetlerin türdeş olmaması, hizmet kalitesini değerlemeyi de zorlaştırmaktadır. Hizmeti satın almadan önce kalitesi hakkında bir tahminde bulunmak zordur. Örneğin bir tiyatro ya da konser bileti alan kişi nasıl bir gösteri olacağını ve verdiği paraya değip değmeyeceğini önceden bilemez. Hem hizmet personeli hem de tüketiciler hizmetin bir parçasını oluşturduğu için hizmet işletmelerinde kalite kontrolü ve tutarlı bir hizmet sunmak çok zordur (Öztürk, 2003: 10).

Heterojenliğin getirdiği ana sorunlar olan hizmetlerin standardizasyonu ve kalite kontrolü sorunları, hizmetlerin kişiselleştirilmesi yani hizmet sunum sürecine hem tüketici hem de hizmet sunan personel dahil olduğundan hizmeti müşterilerin spesifik talimatları temelinde yerine getirilmesi ve standardizasyon yani insan emeğini

makinelerle değiştirmek yoluyla çözülmeye çalışılabilir (Hoffman ve Bateson, 1997: 34-35).

1.2.4. Dayanıksızlık

Hizmetler, mamuller gibi fiziksel dayanıklılık ve ömüre sahip değillerdir. Hizmetler birer "performans" arz ettikleri için saklanamaz ve stoklanamazlar. Dayanıksızlık, hizmetlerin stoklanamama özelliğine dayanır. Örneğin, belirli bir sefer için satılamayan uçak koltukları, boş kalan otel odaları, satılamayan tiyatro biletleri, bir doktor için boş geçen bir muayene saati gibi olaylarda kullanılmayan hizmet kapasitesi, bir daha geri gelmeyecek olan o zaman dilimi için değerlendirilememiştir. Halbuki mamullerde stoklama imkanı mevcuttur (Ferman, 1988:27; İslamoğlu vd., 2006:20).

Hizmetlerin dayanıksızlığı, hizmetlerin daha sonraki bir satış veya kullanım için depolanıp saklanamayacakları anlamına gelir. Bazı doktorlar, randevularını kaçıran hastalarından bunlar için ücret alırlar, çünkü muayene hizmetinin değeri ancak bu noktada mevcuttur ve hasta randevuya gelmezse kaybolur. Talep sabitken, dayanıksızlık bir problem teşkil etmez, ancak talep dalgalandığında, hizmet işletmeleri, genellikle zor problemlerle karşı karşıya kalırlar. Örneğin, iş çıkışı saatlerindeki yoğun talep dolayısıyla, toplu taşımacılık işletmeleri, gün içindeki sakin saatlere göre daha fazla araç, ekipman ve işgücüne ihtiyaç duyarlar. Bu sebeple hizmet işletmeleri, arz ve talebi dengelemek için stratejiler geliştirirler. Mesela oteller, sezon haricinde daha düşük fiyatlar uygularlar, restoranlar, talebin yoğun olduğu saatlerde part-time garsonlar çalıştırırlar (Kotler ve Armstrong, 1996:260).

Bazı hizmetlerde talebin düzensiz oluşu hizmetlerin dayanıksızlık özelliğini arttırır. Örneğin, eğlence yerlerine hafta sonlarında talep daha fazla olurken, lokantalarda ise yemek saatlerinde talep artışı sözkonusudur. Hizmetler, dayanıksızlıkları sebebiyle, depolanamazlar. Talebin zirve yaptığı dönemlerde hizmet işletmeleri, daha sonra dramatik biçimde düşecek olan yüksek fiyatlar talep ederler. 1992 Yaz Olimpiyat Oyunları sırasında kişi başına, haftada 5500 dolar olan Barcelona otel fiyatları buna

örnektir. Bir uçaktaki boş koltuklar, satılmayan konser biletleri, boşta gezen aerobik hocaları, kullanılmayan elektrik üretim kapasitesi vb. hizmetlerin dayanıksızlık özelliğinin örnekleridir. Bazı firmalar, talebin az olduğu dönemleri canlandırmak için "sezon harici" fiyatlandırma veya iskonto uygularlar. Örneğin, tatil köyleri, yüksek sezon ve düşük sezon fiyatlarını ayrı tutarlar, oteller daha düşük haftasonu fiyatları uygularlar, akşamları ve haftasonlarında telefon ücretleri düşük tutulur (Boone ve Kurtz,1992: 371-372).

Hizmetlerin saklanamaması önemli pazarlama zorlukları getirir. Malların saklanabilme özelliği, üretim ve tüketimin zaman ve mekan içinde ayrılabileceği anlamına gelir. Bir mal, ülke içinde bir bölgede üretilir ve satılmak üzere bir başka bölgeye nakledilebilir; Ocak ayında üretilip, Mayıs ayında tüketilebilir. Ancak çoğu hizmet üretim noktasında ve anında tüketilir. Yine mal üreten işletmelerde saklama, pazarlama ve üretim departmanlarının ayrılması fonksiyonunu görür. Çoğu işletmede stok, bir departmandan diğerine bir transfer fiyatıyla satılır. Firmanın iki bölümü arasında kalite ve miktar konusunda bir anlaşma mevcuttur. Bu anlaşma bir kere yapıldığında, her departman birbirinden bağımsız olarak çalışabilir. Fakat hizmet işletmelerinde, ürünün ayrılmazlık özelliği, her departmanın birbiriyle sürekli etkileşim içinde bulunmasını gerektirir (Hoffman ve Bateson, 1997: 36).

Hizmetlerin dayanıksızlığı ve talebin dalgalanma göstermesi hizmet işletmesi yöneticilerinin hizmetlerin planlanması ve uygulanması konusunda önlemler almasını gerektirir. Bu uygulamalardan birisi, ön-ödemeli hizmet satışı yapmaktır. Örneğin; tiyatro ve spor faaliyetlerinin biletlerinin önceden satılması gibi. Talebi düzenlemek için özel fiyatlandırmalara başvurmak ikinci bir uygulama türü olabilir. Otellerin sezon dışında farklı fiyatlar uygulaması buna örnek olarak gösterilebilir. Bazı hizmet türlerinde üçüncü tür uygulama olarak, geçici olarak hizmet personelinin sayısını arttırmak önerilebilir (Odabaşı, 1994: 18).

Bir envantere sahip olmaksızın arz ve talebi dengelemek çoğu hizmet işletmesi için önemli bir zorluktur. Tüketicinin talebinin tahmin edilemez olması yüzünden arzın talebi dengelemesi sadece tesadüfen olur. Çoğu hizmet işletmesi için herhangi bir

andaki tüketici talep seviyesi yüksek oranda belirsizdir. Bu nedenle hizmet işletmeleri arz ve talebi birbirine dengeleyecek şekilde ayarlamaya yönelik stratejiler geliştirmişlerdir. Talep dalgalanmalarını düzeltmek için kullanılan yaratıcı fiyatlandırma stratejileri bunlardan biridir. Belli dönemlerde fiyat indirimi yapılarak, fiyata duyarlı hedef pazarların talepleri bu dönemlere kaydırılır. Diğer bir ortak strateji ise, müşterilerin firmanın hizmetlerinin bir kısmını belli bir zaman dilimi için rezerve ettikleri bir rezervasyon sistemi uygulamaktır. Rezervasyon sistemlerini kullanan tipik hizmet işletmeleri restoranlar, doktorlar, golf sahaları ve solaryum salonlarıdır. Bir diğer strateji, tamamlayıcı hizmetlerin geliştirilmesidir. Bir restorandaki bekleme salonu tamamlayıcı hizmetin tipik bir örneği olup, sadece müşterilerin beklerken bulunabilecekleri bir alan değil, aynı zamanda ek bir gelir kaynağıdır. Dayanıksızlığın etkileri, düşük talep geliştirilmesiyle de azaltılabilir. Talebin yüksek olduğu dönemlerde talep olunan hizmetin arzı, talebin düşük olduğu dönemlerde bunun için hazırlanmak suretiyle yükseltilebilir. Örneğin, çalışanlar diğer arkadaşlarına yardımcı olabilecekleri biçimde çapraz eğitime tabi tutulabilir. Dayanıksızlığın etkileri, tüketici talebinin yönetimine ek olarak, gereken zamanlarda ek arz yapan stratejilerle de azaltılabilir. Bu stratejilerden biri, yüksek talep dönemlerinde yardımcı olan part time işçilerin kullanımıdır. Yine müşteri katılımında artış sağlanarak hizmet arzı arttırılabilir. Örneğin, bazı restoranlarda müşterilerin salata barlarında kendi salatalarını yapması (Hoffman ve Bateson, 1997: 38-43).

1.2.5. Sahiplik

Bir ürün satın alan onun sahibi olurken, hizmet sektöründe ancak o hizmetten faydalanmak söz konusudur. Örneğin; bir otel odasından yararlanmak gibi. Ödeme, hizmetlerin kullanılması ya da kiralanması için yapılır. Hizmeti kullananlar da, hizmetin sahipliğini devredemezler. Bu yüzden kullanıcılar hizmeti satın alırken ve kullanırken hizmet üreticisine daha çok bağımlıdırlar (Odabaşı, 1994: 19).

Bir hizmeti satın alan tüketici, bu hizmeti bir başkasına devredemediği için, hizmetlerde ikinci el pazarları ortaya çıkmaz. Bir otomobil sahibi, onu ikinci el

pazarında satarak değiştirebilir, ancak bir sağlık hizmetini devretmek mümkün değildir (İslamoğlu vd., 2006:20).

1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmet sektöründe sınıflandırma önemli ancak hizmetlerin çok farklı ve geniş bir yelpazede yer almalarından dolayı oldukça zordur. Örneğin; uluslararası bir banka zincirini, bir kuaförü ya da bir doktoru aynı hizmet grubu içinde incelemek olanaksızdır (Öztürk, 2003: 25). Hizmetlerin sınıflandırılması, işletme yöneticilerine, diğer sektörlerdeki gelişme ve değişmeleri izleme ve değerlendirme fırsatları sunar. İşletmeler, bu fırsatları değerlendirerek rakiplerinden daha öne geçme şansını yakalayabilir. Sınıflandırma sayesinde yöneticiler, hangi hizmet işletmesiyle ortak noktalarda hareket ettiğini veya hangi işletmelerle ortak noktada hareket etmediğini belirleme imkanı bulur (Karahan, 2000: 23).

Hizmet işletmeleri, tüketici piyasalarına, endüstriyel piyasalara veya her ikisine de hizmet sağlayabilirler. Bazı durumlarda bu hizmetler otomatik makinelerle (oto yıkama makinesi gibi), bazı hallerde ise, avukatlar, muhasebeciler veya idari danışmanlar gibi özel ekipman kullanmayan kalifiye personellerce gerçekleştirilir. Hizmetler bu iki faktör yani, hizmetin sağlanmasında ekipman kullanımı ve hizmet sağlayıcısının kalifikasyonu arasında sınıflandırılabilir. Hukuk hizmetleri insan temelli iken, bir sinema salonu ekipman temelli bir hizmet tipidir. Ekipman temelli hizmetler; otomatik, vasıflı işgücü gerektiren ve vasıflı işgücü gerektirmeyen ekipman temelli hizmetler şeklinde sınıflandırılabilir. Benzer biçimde, insan temelli hizmetler de, vasıflı ya da vasıfsız işgücü veya kalifiye personel tarafından verilebilir (Boone ve Kurtz, 1992:376).

Hizmetleri insan gücüne dayalı olan ve insan gücüne dayalı olmayan, müşterinin hazır bulunmasını gerektiren ve müşterinin hazır bulunmasını gerektirmeyen hizmetler, kişisel ihtiyaçları karşılayan ve işletme ihtiyaçlarını karşılayan hizmetler, kar amaçlı ya da kar amaçsız hizmetler şeklinde sınıflandırmak mümkündür. Bu sınıflandırma aşağıda ele alınmıştır.

1.3.1. İnsan Gücüne Dayalı Olan Hizmetler

İnsan gücüne dayalı olan hizmetler şu şekilde örneklendirilebilir (Tek ve Özgül, 2005:377):

- Kalifiye olmayan işgücü (Çim kesme, bekçilik, müstahdem ve hizmetçilik, kapıcılık, telefon, su, elektrik vb. faturaları ödeyen ve çeşitli beceri gerektirmeyen işleri yapan firmalar, bankacılık sistemleri)
- Kalifiye işçilik (Alet onarım/bakımı, yönetici bulma, yiyecek–içecek ve ilgili hizmetler- catering)
- Profesyoneller (Avukatlar, yönetim danışmanları, muhasebeciler).

1.3.2. İnsan Gücüne Dayalı Olmayan Hizmetler

İnsan gücüne dayalı olmayan hizmetler de şu şekilde örneklendirilebilir (Tek ve Özgül, 2005:377).

- Otomatikleştirilmiş (Elektronik vb. sistemler yardımıyla otomatik olarak çalışan, satış makineleri, bankamatikler vb.)
- Nispeten fazla becerili/kalifiye olmayan operatörlerce işletilen hizmetler (Sinemalar, merkez istasyon koruma hizmetleri, kuru temizleme, taksiler)
- Kalifiye operatörlerce işletilen (Havayolları, gemiler, bilgisayarlar, devre-mülk vb.)

1.3.3. Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektiren Hizmetler

Müşterinin hazır bulunmasını gerektiren hizmetlere, lokanta hizmetleri, sağlık hizmetleri örnek verilebilir. Müşterilerin hizmet sunumu esnasında fiziksel mevcudiyetlerinin gerekmesi, hizmetin gerçekleştirilmesi süresince zaman harcamalarını gerektirmektedir. Hizmetlerden tatmin olmaları ise hizmeti sunan personelden, hizmeti kullanan diğer müşterilerin özelliklerinden dahi etkilenir.

Müşterinin fiziksel olarak bulunduğu hizmetlerde hizmet sunulan mekan ve zamanlama faktörleri önem kazanır. Bu durumda, hizmet ortamının düzenlenmesi önem arz etmektedir. Burada işletme, müşterinin ihtiyaçlarını dikkate alarak gerekli düzenlemelere gitmelidir (Karahan, 2000: 24, Öztürk, 2003:28).

1.3.4. Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektirmeyen Hizmetler

Müşterinin hizmet ortamında bulunmasını gerektirmeyen hizmetlere otomobil tamir ve bakım hizmetleri örnek verilebilir. Bu tür hizmetlerde, müşteri hizmet veren personeli ya da mekanı görmeyeceği için hizmetin teknik kalitesi önem kazanır, hizmet süreci daha az önemlidir. Örneğin, kredi kartları ve bazı sigortalar için hizmet verilen kuruma gitmeden telefon ya da posta yoluyla hizmetten faydalanılabilir (Öztürk, 2003: 28).

1.3.5. Kişisel İhtiyaçları Karşılayan Hizmetler

Bu tür hizmetler, kişilerin veya grupların özel ihtiyaç ve isteklerini karşılamaya ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik olarak sunulan hizmetlerdir. Ev ve tamir bakım hizmetleri, hekimlik, eğitim hizmetleri örnek olarak verilebilir. Kişisel ihtiyaçları karşılayan hizmetler kolayda, beğenmeli ve özelliği olan hizmetler olarak da gruplara ayrılabilir. Kolayda hizmetlere taksi, kitle taşıma hizmetleri örnek olarak verilebilirken, beğenmeli hizmetlere doktorluk, muhasebecilik ve özelliği olan hizmetlere de uzman avukatlık, kalp cerrahlığı, uzman danışmanlık vb. örnek olarak verilebilir (Cemalcılar, 1999: 92-93).

1.3.6. İşletme İhtiyaçlarını Karşılayan Hizmetler

İşletme hizmetleri, üretime veya hizmete yönelik olarak faaliyet sergileyen işletmelere dönük verilen hizmetlerdir. Hukuk, bankacılık hizmetleri, bir işletmenin problemlerinin çözümüne yönelik danışmanlık hizmetleri (Dinçer, 2003: 460) örnek olarak gösterilebilir.

Hizmetlerin kişisel ihtiyaçları karşılamaya yönelik ya da işletme ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olmasına göre bir ayrıma tabi tutulması, pazarlama faaliyetleri açısından bir farklılık yaratması açısından gereklidir. Örneğin; bir temizlik şirketinin fabrikaya vereceği temizlik hizmeti ile, bir eve vereceği temizlik hizmetinin pazarlama yöntemleri birbirinden farklı olacaktır. Bu farklılık yüz yüze görüşme yöntemlerinde, fiyatlandırmada, kullanılan araç gereçlerde ve hizmet sunanların uzmanlık alanlarında ortaya çıkacaktır (Karahan, 2000: 26).

1.3.7. Kar Amaçlı ya da Kar Amaçsız Hizmetler

Kişiler ya da işletmeler tarafından kar amacıyla satılan hizmetler ticari hizmetler olarak bilinirler. Ticari hizmetler, tüketiciler ve örgütler tarafından satın alınırlar. Bu tür hizmetler şunlardır (Cemalcılar, 1999: 91):

- Barınma hizmetleri (otel, ev, çiftlik kiralama vb.)
- Konut hizmetleri (konut onarımı, konut temizleme vb.)
- Eğlence hizmetleri (lokanta, spor, konser, sinema vb.)
- Bakım hizmetleri (giysi temizleme, berberlik vb.)
- Sağlık hizmetleri (doktorluk, hemşirelik vb.)
- Öğretim ve eğitim hizmetleri (özel okul, kurs vb.)
- Meslek ve işletme hizmetleri (avukatlık, muhasebecilik vb.)
- Sigorta ve finansal hizmetler (sigortacılık, bankacılık vb.)
- Taşıma ve haberleşme hizmetleri (insan ve mal taşıma, PTT hizmetleri vb.)

İşletme dışı -kar amacı gütmeyen- örgütlerin sağladıkları hizmetlere örnek olarak; sağlık hizmetleri, hastanelerin sunduğu hizmetler, eğitim, dini hizmetler, dernek ve vakıfların verdiği hizmetler, posta hizmetleri, kamu hizmetleri ve çeşitli mesleki ve sosyal hizmetler verilebilir.

Kar amaçlı – kar amaçsız hizmetler, pazarlanan ya da pazarlanamayan hizmetler olarak da değerlendirilebilir. Pazarlanan hizmetlerden kasıt, piyasa için yapılan üretimi ifade etmektedir. Pazarlanmayan hizmetler ise kamu kesiminin sunduğu bedava veya çok yüksek sübvansiyonlu hizmetleri, kar amacı gütmeyen kuruluşların sundukları hizmetleri ve pazarlanmayan aile içi üretimi kapsamaktadır (Aslan, 1998: 53).

1.4. Hizmet Pazarlaması

Başta çok gelişmiş, sanayileşmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada hizmet sektöründe görülen hızlı büyüme ve gelişmeler gözönünde tutulduğunda son yıllarda hizmet pazarlamasına yönelik ilginin gitgide artması doğal karşılanmalıdır. Geleneksel olarak fiziksel mal esasına dayanarak geliştirilmiş olan pazarlamanın (mamul pazarlaması), hizmetlerin pazarlanmasında ortaya çıkan bazı problemler ve bunların çözümünde yetersiz kalınması, "hizmet pazarlaması" olarak pazarlamanın özel şeklinin veya alt disiplininin gelişmesine yol açmıştır. Sözkonusu gelişmeler özellikle 1980'lerden itibaren hız kazanmış bulunmaktadır (Mucuk, 2000: 321).

Hizmet sektörü pazarlama anlayışının yaygın biçimde kullanılmaya başlandığı bir alandır. Gün geçtikçe gelişen ve zenginleşen uygulamalara tanık olunmaktadır. Bu durum, hizmet ve hizmet pazarlaması konularına dikkati yoğunlaştırmakta ve bu konulardaki özgün açıklamalar gittikçe artmaktadır. 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 zorunludur (Odabaşı, 1994: 14).

Hizmet işletmeleri, yakın zamana kadar, pazarlamanın kullanılmasında imalat işletmelerinin gerisinde kalmışlardır. Hizmet işletmelerinin çoğu (berber dükkanları, ayakkabı tamircileri vb.) küçüktür ve formel pazarlama teknikleri kullanmazlar. Pazarlama yapmayı profesyonel bulmayan diğer hizmet işleri de (avukatlık, muhasebecilik vb.) vardır. Kolejler, hastaneler gibi diğer hizmet işletmeleri ise yakın zamana kadar o denli yoğun taleple karşılaşmışlardır ki, pazarlamaya ihtiyaç duymamışlardır (Kotler, 1994: 469).

Genel olarak bir ülke ekonomisi geliştikçe ve endüstrileşme düzeyi arttıkça, hizmetlerin önemi ve payı da hızla artmakta, hatta bu artış endüstridekinden daha hızlı olmaktadır. Ekonomik gelişme yanında, bir ülkenin dış pazarlarla ilişkisinin artıp, dünya ekonomisi ile bütünleşme düzeyi geliştikçe hizmet sektörünün hem iş imkanı, hem de yaratılan değer açısından önemi artmaktadır. Ülkemizin bugünkü ekonomik gelişme ve dışa açılarak dünya ekonomisi ile bütünleşme sürecindeki konumu bakımından hizmetlerin öneminin hızla artmakta olduğu söylenebilir (Mucuk, 2003: 321-322).

Ekonomik eylemlerin önemli bir kesimini hizmetlerin oluşturduğu gözönüne alınırsa, hizmet pazarlamasının mal pazarlaması ölçüsünde önemli olduğu ve bu alanda da bilgilerin geliştirilmesi gereği açıkça ortaya çıkar. Mal pazarlamasına ilişkin bilgilerin hizmet pazarlaması için geçerli olduğu yolundaki düşünce bir ölçüde doğru değildir. Ya da, kendine özgü nitelikleri nedeniyle, hizmetlerin pazarlamasında ayrıcalıklar olacağı gözden kaçırılmamalıdır (Cemalcılar, 1999: 90).

Hizmet sektöründe faaliyet sürdüren işletmeler, ürün pazarlaması alanında sürdürülen geleneksel pazarlama yaklaşımını, hizmet pazarlaması alanında da sürdürmüşlerdir. Bu alanda yenilikçi bir düşünceye yer verilmemesinin sebeplerinden birisi de rekabet eksikliği olmuştur. Diğer yandan, hizmetlerin sürekli yeni stratejiler geliştirilerek sunuluyor olması, yaratıcılık gerektiren bir çalışmayı öngördüğü için, bu alanda yöneticilik yapanların da yenilikçi olmasını gerektirmektedir. Ancak, yeniliklere açık olmak ve yeniliği yakalamak herkes için kolayca başarılabilecek bir iş değildir.

İstenen ve beklenen yenilikleri bulmak, her şeyden önce bir araştırma ve bilgi toplama faaliyetinin sonucunda mümkün olacaktır (Karahan, 2000: 12-13).

1.4.1. Hizmet Pazarlaması Kavramı

Hizmet Pazarlaması günümüzde, pazarlama biliminin gittikçe gelişen ve zenginleşen bir alt disiplini olarak kabul edilmektedir. Gerçekten, gerek pazarlama kuramcıları ve gerekse uygulamacıları arasında, hizmetlerin pazarlanmasıyla ilintili alanlara yönelmiş, geniş bir ilgi ve artan akademik çalışmaların varlığı, yaygın şekilde gözlenmektedir. Esasen, bütün dünya ekonomilerinde, servis sektörlerinde yaşanan hızlı büyüme ve ilerlemeler gözönüne alındığında, bu gelişmelerin nedenini anlamak zor değildir. Hizmet pazarlaması alanındaki konu ve sorunların, mal (meta) esasına dayanan, klasik "mamul pazarlaması" disiplinine dayanarak çözümünde ortaya çıkan problem ve yetersizlikler, "hizmet pazarlaması" olarak nitelendirilen bir pazarlama alt disiplininin kurulup gelişmesini sağlamıştır. Özellikle, 1980 sonrasında, hizmet pazarlaması literatürünün zenginleşip geliştiği görülmektedir (Ferman, 1988: 25).

Hizmetlerin mallardan farklı olan özellikleri, mallara göre hizmetlerin pazarlanmasında birtakım güçlükleri beraberinde getirmektedir. Bu güçlükler; tanımlama güçlüğü, standartlaştırma güçlüğü, derecelendirme güçlüğü, sergileme ve resmedilme güçlüğü, her hizmeti aynı şekilde pazarlamanın olanaksız olmasının yarattığı güçlük, üretim ve tüketim zamanını ayırma güçlüğü, hizmetlerin dayanıklı olmamalarının yarattığı güçlük, ertelenme güçlüğü, üretenden ayrılma güçlüğü, hizmet talebini sürekli hale getirme güçlüğü, test etme güçlüğü, hizmetleri bölme güçlüğü, hedef pazarı tayin etme güçlüğü, hizmet pazarını bölümleme güçlüğü, hizmetlerin ihtiyari oluşunun getirdiği güçlükler, emek-yoğun olma durumunun getirdiği güçlükler, hatadan geri dönme güçlüğü, plana bağlı kalma güçlüğü, hizmet üretiminde işbirliği sağlama güçlüğü, araştırma güçlüğü, değişken olma güçlüğü ve fiyatlandırma, tutundurma ve dağıtım güçlüğü olarak belirtilebilir (Karahan, 2000: 54-57).

Hizmet pazarlaması, sadece, hizmet yapım sürecinin sonuçlarıyla ve tek tek hizmetin pazarlanmasıyla uğraşmakla yetinmez; ayrıca, hizmet üretim potansiyeline biçim vermenin ve hizmet üretim planlamasının da katılması zorunlu olur. Bu yüzden hizmet işletmelerinde üretim de pazarlamanın dolaysız bir parçası durumundadır (Yüksel ve Yüksel – Mermod, 2004: 18). Hizmet sektöründe faaliyet sürdüren pek çok iş kolunda pazarlama kavramının uygulanması düşüncesi, yavaş yavaş gelişme göstermesine rağmen bankacılık, sigortacılık, danışmanlık, komisyonculuk, mimarlık ve mühendislik gibi hizmetlerde pazarlama faaliyetlerinin uygulanması biraz daha fazla başarı sağlamıştır. Kamuoyu araştırma firmaları ve reklam ajansları da kendi hizmetlerini pazarlamak için, pazarlama ilkelerini uygulamaya yönelmişlerdir (Karahan, 2000: 12).

1.4.2. Hizmet İşletmelerinde Pazarlamanın Yeri ve Önemi

İmalat işletmeleri gibi, hizmet işletmeleri de seçilen hedef pazarda kendilerini sağlam bir biçimde konumlandırmak amacıyla pazarlama kullanırlar. Soutwest Havayolları, kısa mesafeli uçuşlarda sık uçuculara düşük bilet fiyatı uygulamak suretiyle, kendini "Just Plane Smart (sadece akıllı uçuş)", The Ritz Carlton Hotel ise kendini "müşterileri için daima hatırlanacak bir deneyim" olarak konumlandırır. Bunlar ve diğer hizmet işletmeleri, konumlarını geleneksel pazarlama karması vasıtasıyla oluştururlar (Kotler ve Armstrong, 1996: 260).

Hizmet pazarlamasında mamul pazarlamasından farklı olan durum, üretimin satış noktasında gerçekleştirilmesidir. Pazarlama departmanı ile pazarlama fonksiyonu arasında bir ayırım yapılmalıdır. Hizmetlerin pazarlanması sahada olur. Hizmetler satılır veya satılmaz, hizmet kalitesi zayıf veya yüksektir, kurum söz verilen hizmeti tamamlar veya tamamlayamaz. En etkin pazarlama departmanları, pazarlama konusunda iyi olanlar değil, işletme personelinin tümünü pazarlama sürecine katanlardır. Pazarlama departmanının rolü, iyi pazarlama yapmaktır; pazarlamayı uygulamak ise herkesin sorumluluğudur. Bir hizmet işletmesinde, müşteriye karşı herkes sorumludur. Buna göre, pazara somut bir ürün sunan bir işletmede pazarlama fonksiyonu, ayrı bir pazarlama grubu tarafından yerine getirilebilir. Ancak, bir hizmet organizasyonunda

pazarlama fonksiyonları, işletme yönetiminin sorumlulukları arasındadır (Fitzgerald, 1988: 27-28).

Hizmetler somut ürünlerden farklı oldukları için, genellikle ek pazarlama yaklaşımları gerektirirler. Mamul pazarlamasında, ürünler, standart biçimde, raflarda müşterilerini beklerler. Hizmet pazarlamasında ise, ön-saf personeli ve müşteriler, ürünü, yani hizmeti üretmek üzere verimli bir biçimde etkileşmek durumundadırlar. Verimli bir etkileşim ise, ön-saf personelinin becerisine ve onun ardındaki üretim ve destek proseslerine bağlıdır (Kotler ve Armstrong, 1996: 260). Örneğin, kredi almak için bir bankaya giden müşterinin durumu ele alınacak olunursa; bu müşteri, bu ve diğer hizmetler için bekleyen diğer müşterileri görür. Müşteri, ayrıca bir bina, binanın içi, ekipman ve mobilyalardan oluşan fiziksel çevreyi de görür. Ek olarak müşteri, ön-saf personelini de görür ve ilgili memurla görüşür. Bütün bunlar müşteri için görünür. Görünür olmayan, görünen hizmet işini destekleyen bütün "arka oda" üretim prosesi ve organizasyon sistemidir. Buna göre, bir hizmet çıktısı; birçok değişken unsurdan etkilenir (Kotler, 1994: 469).

Günümüzde hizmet alanında faaliyet gösteren yöneticiler, bu alanda pazarlamanın rolünü hala sınırlı olarak görmektedirler. Bu nedenle hizmet işletmelerinin çoğu, hizmet talebinde bulunanların değişken beklentileri karşısında ve artan rekabet gibi zorlayıcı güçlüklerin çözümlenmesinde yetersiz kalmaktadırlar. Yöneticiler, müşterilerden çok, kazanacakları pazarlama yaklaşımını anlamazlıktan gelmeye çalışmaktadırlar. Genellikle de bu tip yöneticiler, hizmet fiyatları üzerinde tartışılmasını hoş karşılamamaktadırlar (Karahan, 2000: 12).

Bir hizmetin başarıyla pazarlanması sadece birtakım fonksiyonların yerine getirilmesini gerektirmez. Hizmeti aynı zaman dilimi içinde hem üretip, hem dağıtanlarda bir pazarlama bakış açısı ister. Pazarlama bir fonksiyon değil, bir felsefe olmalıdır. Önce hizmeti kullananı ve ancak ondan sonra sağlayanı ele alır. Bu yaklaşım hem mevcut hem de muhtemel müşteriler için doğrudur. Her hizmet işletmesinin karşılaştığı en büyük zorluk, hizmetlerini rekabetten uzak tutmaktır. Mamül pazarlayan işletmeler ürün benzerliği problemini (Pepsi ve Coca Cola örneğindeki gibi) tipik olarak

markalama yoluyla çözerler. Başarılı işletmelerin üründen ziyade memnuniyet satan işletmeler oldukları konusunda fikir birliğine varıldığında farklılaşma, biraz daha kolay anlaşılır. Farklılaşmış ürünler müşteri memnuniyetini belirgin bir isim, logo veya imaj ile başarılı biçimde ilişkilendirenlerdir. Bu ilişkinin gerçekleşmesi ürünler için, hizmetlere oranla çok daha kolaydır; çünkü, mallar objektif biçimde ölçülebilirken hizmetler ölçülemez (Fitzgerald, 1988: 28-29).

Başarılı hizmet işletmeleri, dikkatlerini hem müşteriler hem de çalışanlar üzerinde odaklayanlardır. Bu tip işletmeler, karlılığı müşterilerin ve çalışanların memnuniyetine ilişkilendiren "hizmet-kar zincirini" kavramış durumundadırlar. Bu zincir beş halkadan meydana gelir (Kotler ve Armstrong, 1996: 260):

- İçsel Hizmet Kalitesi: Üstün personel seçimi, eğitimi, kaliteli çalışma ortamı ve müşterilerle yoğun ilişki halindeki personele destek.
- Memnun ve Üretken Hizmet Personeli: Daha memnun, sadık ve iyi çalışan personel.
- Yüksek Hizmet Değeri: Daha etkin ve verimli müşteri değeri yaratılması.
- Memnun ve Sadık Müşteriler: Sadık kalan, tekrar satın alan ve diğerlerine referansta bulunan müşteriler.
- İstikrarlı Hizmet Karı ve Büyüme: Üstün hizmet firması performansı.

Bu durumda, hizmet karı ve büyüme hedeflerine ulaşmak, "müşterilere özen gösterenlere" özen göstermekle başlar.

1.4.3. Hizmet İşletmeleri İçin Pazarlama Karması

Bir hizmet işletmesi, hizmet sunmada, rekabette üstünlük sağlamak ya da farklı hizmet pazarlayabilmek için, pazarlama karması elemanlarından 4 p'ye ilave olarak 3 p diye adlandırılan insan unsuru (people), fiziksel çevre (physical environment) ve süreç yönetimi (process) gibi pazarlama karması elemanlarına önem vermek durumundadır. Çünkü, müşterilerle ilişki kuracak olan ve hizmeti verecek olan insanın üstün

yeteneklere sahip olması durumunda, rakiplere üstünlük sağlanabilir. Diğer yandan hizmet işletmeleri, hizmet verdikleri yerlerin fiziksel görünümünün ve donanımının iyi olması, müşteriye kolaylık sağlaması ve güven vermesi durumunda ve işlem sürecindeki yöntemleri iyi seçmesi halinde de rakiplerinden üstün duruma gelebilir. Örneğin bankacılık hizmeti veren bir işletme, işlem sırasını düzenleyerek, müşterilerinin araçları için uygun park yerleri tesbit ederek ve bekleme hatlarını düzgünleştirerek, rakiplerinden üstün duruma gelebilir (Karahan, 2000: 99-100).

Aşağıda hizmet işletmeleri için pazarlama karması elemanları Ürün (Product), Fiyat (Price), Tutundurma (Promotion) ve Fiziksel Dağıtımdan (Physical Distribution) oluşan 4P'ye ilave olarak Fiziksel Ortam (Physical Environment), Katılımcılar (Participation) ve Süreç Yönetimi (Process) elemanlarının ilave edilmesi ile 7P olarak ele alınacaktır.

1.4.3.1. Ürün (Hizmet)

Ürün kavramı hemen hemen tüm pazarlama literatüründe fiziksel malları, fikirleri, hizmetleri kapsayacak bir biçimde tanımlanmaktadır. Belirli bir ihtiyacı ve isteği doyurma özelliği bulunan ve değişime konu olan herşeyi ürün olarak düşündüğümüzde karşımıza çok geniş bir ürün yelpazesi çıkacaktır ve bu yelpaze içinde çok çeşitli ürünlerle birlikte (siyasi adaylar, ülkeler, sosyal davalar, endüstriyel mallar, fikirler, ambalajlı tüketim malları vb.) hizmetleri de barındırmaktadır (Öztürk, 2003: 41).

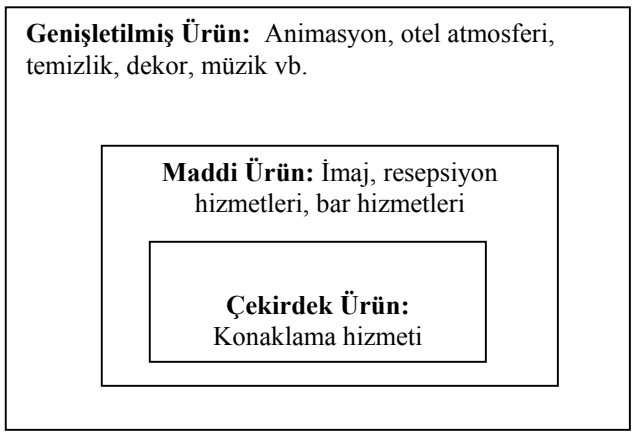
Somut bir ürün üretmeye karar veren bir işletme, müşteri beklentilerini iyi bir biçimde tanımlayarak mühendislik ve üretim yöntemleri geliştirerek ürünü üretir. Halbuki, sözkonusu olan hizmetin üretilmesi olduğunda hizmet biriminin tanımlanması zordur. Örneğin, çocuk bakımında ailelerin isteği genel olarak "benim çocuğumun bakımı (mümkün olan en düşük maliyetle, mümkün olan en iyi bakım)" şeklindedir; fakat "en iyi bakım" nedir? (Fitzgerald, 1988: 28).

Ürün kavramı ve ürüne ilişkin kararların yapısı fiziksel mallarla karşılaştırıldığında hizmetler için oldukça farklıdır ve hizmet kavramı oldukça karışıktır. Hizmet ürününün

ve çeşitli boyutlarının kavranması hizmet pazarlayan bir işletmenin başarısı için çok önemlidir. Bir ürün olarak hizmeti kavramlaştırmak yönünde çeşitli denemeler bulunmaktadır. Örneğin, bazı yazarlar Kotler ve Andreasen tarafından önerilen ürünün üç düzeydeki analizini hizmet sunumunu üç düzeyde tanımlayacak şekilde revize etmişlerdir. Bu üç düzey (Öztürk, 2003: 43):

- çekirdek ürün (bir otomobil için çekirdek ürün sağladığı ulaşım faydasıdır),
- maddi ürün (ürünün renk, marka özellikleri, (sun roof, merkezi kilitleme)) ve
- genişletilmiş üründür (garanti, satış sonrası hizmetler, kredi gibi). Ancak hizmetlerin dokunulmazlık ve ayrılamazlık özellikleri hizmetlerin bu üç düzeyde incelenmesini fiziksel mallar kadar anlamlı kılmamaktadır.

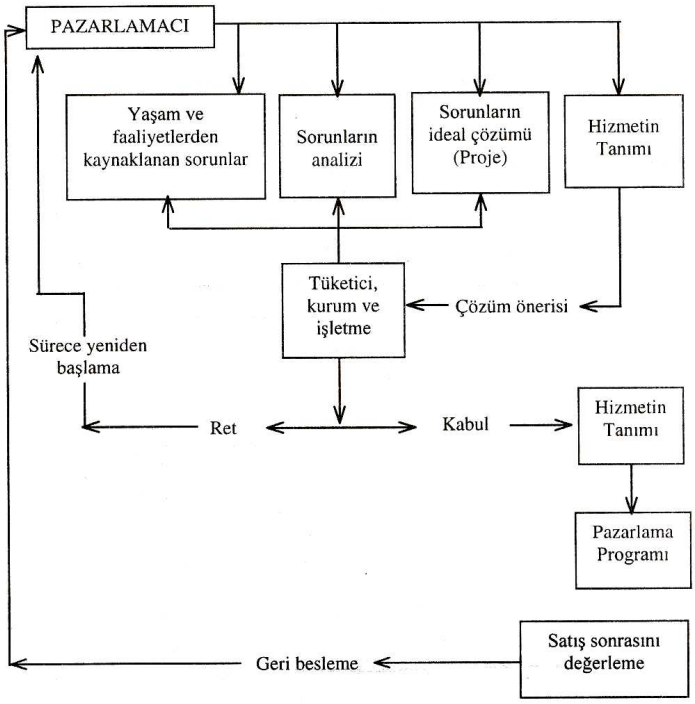
Mallarda olduğu gibi hizmetlerde de Şekil 2.'de gösterildiği gibi bir öz hizmet bir de bu hizmetin uzantıları olan destekleyici ve zenginleştirici hizmetler vardır. Öz hizmet temel faydayı sağlayan ya da temel sorunu çözen hizmettir. Hastanenin tedavi hizmeti, berberin saç biçimlendirme hizmeti, havayolu işletmesinin sunduğu seyahat hizmeti gibi hizmetler öz ya da temel hizmetler olarak nitelendirilirler. Temel hizmetin yerine getirilmesi için sunulan diğer hizmetler destekleyici hizmetler olarak tanımlanabilirler. Örneğin, bir lokanta temel hizmet olarak sağlıklı beslenme sorununu çözmeyi sunarken, karşılama, masa temizleme, servis gibi hizmetleri de sunması gerekir. Zenginleştirici hizmetler, rekabet üstünlüğüne katkı sağlama yanında müşteri tatmini bakımından temel hizmetin düzey ve kalitesini arttıran hizmetlerdir. Lokantada yemekten sonra ikram edilen çay-kahve hizmeti buna örnek olarak gösterilebilir (İslamoğlu vd., 2006: 110).



Şekil 2. Hizmet Kavramı

Kaynak: İslamoğlu, A.H.; Candan, B.; Efendioğlu, Ş.H.; Aydın, K. (2006): *Hizmet Pazarlaması*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., s.18.

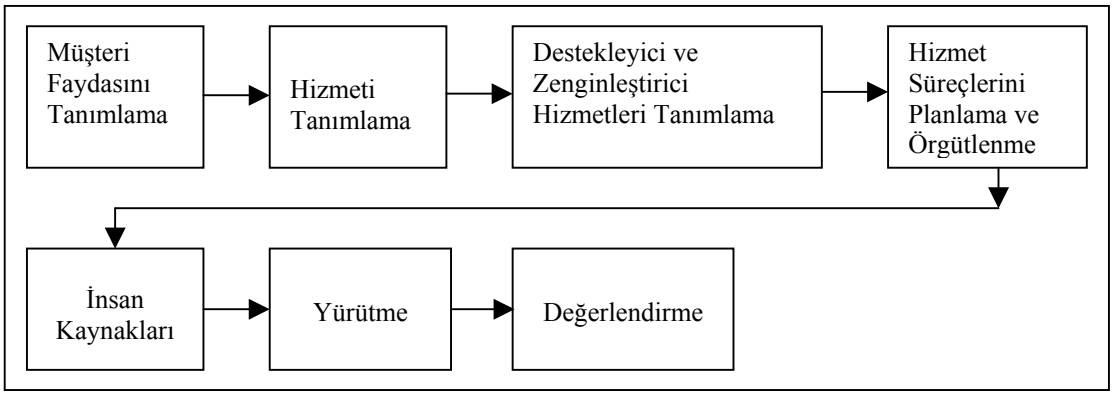
Diğer bir kavramlaştırma çabası olan hizmet paketi modeline göre, bir ürün olarak hizmet beraberce toplam ürünü oluşturan –somut ve soyut unsurlardan oluşan- bir paket ya da farklı hizmetler demetidir. Bu paket ana hizmet ve yardımcı hizmetler olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır. Ana hizmet ya da çekirdek hizmet bir otel için konaklamayı içerirken, oda hizmeti, restoran hizmeti, resepsiyon hizmeti, temizlik hizmeti gibi yardımcı hizmetler de sunulmaktadır (Öztürk, 2003:43). Hizmet kavramını geliştirmenin en kestirme yolu, değişik pazar bölümlerindeki tüketicilerin, kurumların ve işletmelerin hangi tür sorunlarla karşılaştıklarını araştırmaktan geçer. Pazarlamacı değişik tüketici gruplarının yaşamlarından, yürüttükleri ekonomik ve toplumsal faaliyetlerden, yaşam tarzlarından, paylaştıkları kültürden ve değerlerden kaynaklanan sorunları teşhis etmelidir. Daha sonra, bu sorunların ağırlıklarını, önemlerini, iş ve faaliyetler üzerindeki etkilerini analiz ederek; bu sorunların ne tür ve düzeyde bir hizmetle karşılanabileceğini ortaya çıkarmalıdır. Daha sonraki aşamada bu sorunları tanımlayarak çözüm önerileri biçiminde, tüketici grupları üzerinde test etmelidir (İslamoğlu, 1995: 5-6). Hizmet kavramını geliştirmeye yönelik bu bakış açısı aşağıdaki Şekil 3'de gösterilebilir.



Şekil 3. Hizmet Geliştirme Süreci

Kaynak: İslamoğlu, A.H., Pazarlama Dünyası, Yıl:9, Sayı:50, Mart-Nisan 1995, s.5.

Hizmet geliştirme ve sunmadaki başarı, o hizmetin hiyerarşik bir sistem içinde düşünülmesine bağlıdır. Hizmetler faydaya yönelik olduklarından, öncelikle doyurulacak faydanın ne olduğu iyice tanımlanmalıdır. Örneğin, bir sağlık işletmesinin sunduğu fayda sadece, sağlık sorunlarını ortadan kaldırmak mıdır yoksa, sorunla karşılaşmayı önleyen bir faydayı da sunmakta mıdır? İkinci adımda bu faydayı sağlayacak öz hizmet etraflı bir biçimde tanımlanmalıdır. Üçüncü adımda, öz hizmet tanımına uygun olarak destekleyici ve zenginleştirici hizmetler tanımlanmalıdır. Daha sonra bu hizmetlerin nasıl teslim edilmeleri gerektiğine ilişkin düzenleme kararları verilmelidir. Şekil 4, hizmet tasarlama ve uygulama sürecini göstermektedir.



Şekil 4. Hizmet Tasarlama Süreci

Kaynak: İslamoğlu, A.H.; Candan, B.; Efendioğlu, Ş.H.; Aydın, K. (2006). Hizmet Pazarlaması. İstanbul:Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., s.112.

1.4.3.2. Fiyat

Hizmetlerin pazarlanmasında, fiyatlandırma oldukça önemli, beceri ve yaratıcılık gerektiren bir faaliyettir. Hizmetlerin dayanıksız olması, talebinin dalgalanma göstermesi ve değişken maliyetlerin değişebilir olma özelliği, fiyatların önceden belirlenen ölçüler dikkate alınarak hesaplanmasını mümkün kılmamaktadır. Pek çok hizmetin fiyatı, örneğin doktor muayene ücretleri ve avukatlık hizmetlerinin fiyatları gibi, hizmetin pazarlandığı anda değişme gösterebilmektedir (Karahan, 2000: 92).

Pazarlama karmasının diğer elemanları birer maliyet ya da gider öğesi iken, fiyat gelir yaratan elemandır. Fiyat düzeyinin, işletmenin pazarlama programı üzerindeki etkisi çok fazladır. Diğer pazarlama faktörlerine göre oransal önemi, ülke ekonomisinin içinde bulunduğu durumla ilgilidir. Ekonominin iyi işlediği, tüketicilerin refah seviyesinin yüksek olduğu durumlarda, fiyat diğer pazarlama karması elemanları kadar önemli olmayabilir. Ancak ekonominin kötü, enflasyonun yüksek olduğu dönemlerde, fiyat başarıyı büyük ölçüde etkiler (İnal, 1996: 35). Fiyat kararlarının her zaman rasyonel ilkelere dayandırılamayacağını gösteren birtakım nedenler aşağıda sıralanmıştır (İslamoğlu vd., 2006: 192):

- Bazı hizmetlerin satın alınmasında fiyatı önceden öğrenmeye gerek duyulmaz (berber hizmeti).
- Bazı hizmetler pahalı olduğu için, bazıları da ucuz olduğu için tercih edilebilir.
- Öteki pazarlama çabaları fiyata verilen önemi azaltabilir.
- En ucuz olmak her zaman yarar sağlamayabilir.
- Fiyat, hizmet düzeyine ve kalitesine göre farklı tüketicilerce farklı algılanır.
- Hizmet kalitesi ve hizmetin değerine göre fiyat farklı değerlendirilir.
- Ödeme koşulları, fiyatın farklı algılanmasına neden olur.
- Pazardaki hizmet boşluklarına göre fiyatın algılanması farklı olabilir.

Mallarda olduğu gibi hizmetlerde de fiyat düzeyini belirlerken fiyat-talep esnekliği dikkate alınmalıdır. Hatta, hizmetlerin ihtiyari oluşu, bunu daha önemli hale getirmektedir. Son yıllarda ABD, İngiltere ve Fransa'da hızla yayılan "ekonomik oteller" bunu göstermektedir. Bu oteller hizmet çeşitlerini azaltarak, az sayıdaki hizmeti yüksek kalitede sunup fiyatlarını düşürmektedirler. Sayıları ve pazar payları hızla artan bu oteller maliyet avantajlarını fiyatlara yansıttıkları için, ucuz otel olarak tanınmaktadırlar.

Mallarda geçerli olan fiyatlama stratejisi ve politikalarının hizmetler için de geçerli olması gerektiği düşünülebilir. Ancak bunun birtakım sınırlamaları sözkonusudur. Bunlardan biri; hizmet maliyetlerini hesaplamanın, malların maliyetlerini hesaplamaktan daha zor olmasından kaynaklanmaktadır. Bunun iki temel nedeni vardır.

İlk neden, hizmeti üreten işgücünün maliyetinin kolayca belirlenemeyişidir. Diğer neden ise, maliyetin değişik üretim hacimlerine göre değişmesinden ileri gelmektedir. Yine, hizmet talebinin önceden tahmin edilmesi mallardaki gibi kolay olmamaktadır.

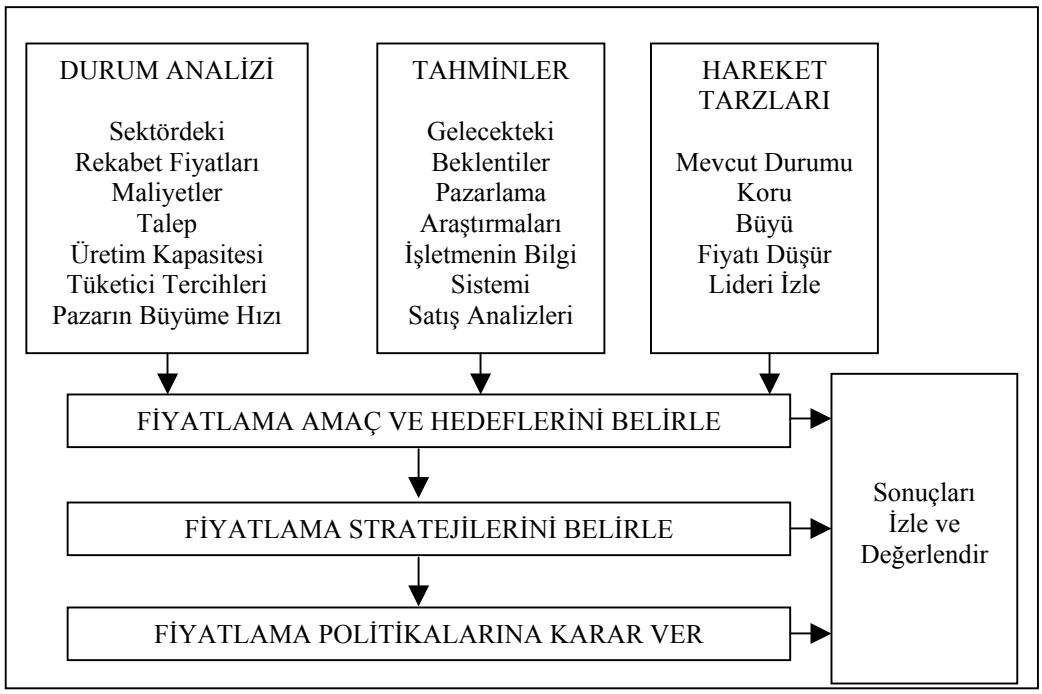
Talebe dayalı fiyatlama yöntemi, müşterilerin hizmete kendi gözünde biçtiği ve ödemeye hazır olduğu değeri dikkate almaktadır. Sinema ve tiyatro salonları, otel işletmeleri bunu bildiklerinden zamana göre farklı fiyat uygulamaktadırlar. Havayolu işletmeleri belli uçuş hatlarında mil başına farklı fiyat uygulamaktadırlar. Bu uygulamaların nedeni, fiyat-talep elastikiyetidir. Buradaki temel sorun, değişik fiyat düzeyine göre talebin ne olabileceğini tahmin etmektir. İşletme iyi bir bilgi sistemine sahipse, yaklaşık da olsa, bir tahminde bulunabilir. Talebe dayalı fiyatlandırma maliyetlerin ihmal edilmesi anlamında da gelmez. İşletmenin karının hesaplanabilmesi, maliyetlerinin bilinmesini gerektirir (İslamoğlu vd., 2006: 207-208). Talebe yönelik fiyatlamanın da birtakım sınırlamaları mevcuttur. Sağlık hizmetleri gibi bazı hizmetlerin fiyat-talep ilişkisini matematiksel kalıplara dökmek mümkün değildir. Bazı hizmetlere olan talebi belirlemede çok değişik faktörler rol oynamaktadır ve bu faktörlerin her birinin analiz edilmesi mümkün olmayabilir.

Hizmetlerde standartlaşmanın az olması ve heterojenliğin yaygın olması fiyatın belirlenmesini zorlaştırır. Birçok hizmet alanında fiyatlar durumdan duruma değişen özelliğe sahip olduğundan, ne hizmeti istenen işletme, ne de müşteri, hizmetin ne ölçüde olacağını, kaza yapmış bir otomobilin tamirinde neler çıkacağı örneğinde görülebileceği gibi, üretim ve tüketim öncesinde bilemez. Tüm güçlüklerine karşılık maliyet artı metodu rekabete ve talebe göre fiyatlandırmadan daha çok uygulanır (Mucuk, 2000: 330-331).

İşletmelerin maliyete ya da talebe bağlı kalarak fiyatlarını belirlemesi her zaman doğru bir strateji olmamaktadır. Rakiplerin uyguladıkları fiyat düzeylerini de dikkate almak gerekir. Aynı hizmeti aynı kalitede sunan rakip bir işletme (diğer koşullar aynı) fiyatı düşük tutuyorsa, müşteri fiyatı düşük olandan o hizmeti satın alır. Müşteri talep ya da maliyetlerle ilgilenmez. O halde, işletme pazardaki rekabeti esas alan bir yaklaşımla hizmetini fiyatlandırmak zorunda kalacaktır (İslamoğlu vd., 2006: 208). Ancak,

hizmetlerin heterojen olması nedeniyle rekabete yönelik fiyatlama, her zaman doğru sonuç verecek bir yaklaşım olmayabilir (İslamoğlu, 2000:338).

Fiyat ve ödeme koşul politikası saptanmadan üretim politikasıyla ilgili karar alınamaz. Bir yandan program ve marka politikası, öte yandan fiyat politikası, pazarı etkileyen başlıca parametreler olarak görülmektedir. Üretim politikası daha önce belirlenmiş olan pazarlama stratejisiyle ortaya çıkmış olur. Yüksek fiyat politikası mı yoksa sürüme dayanan düşük fiyat politikası mı uygulanacak, bu kararın önceden verilmesi gereklidir (Yüksel ve Yüksel-Mermod, 2004: 118). Hizmetlerin fiyatlama kararları yapısında barındıkları birtakım zorluklar nedeniyle bir problem çözme süreci olarak ele alınmalıdır. Şekil 5, bu karar sürecini göstermektedir.



Şekil 5. Fiyat Kararları Süreci

Kaynak: . İslamoğlu, A.H.; Candan, B.; Efendioğlu, Ş.H.; Aydın, K. (2006). Hizmet Pazarlaması. İstanbul:Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., s.196.

Bir hizmet işletmesi bu süreci izlerken, farklı konulara ilişkin bazı kararlar almalıdır (Yükselen, 2003: 377-378).

- Hizmete ne kadar fiyat yükleneceği konusu, fiyatlama stratejisi oluştururken kritik önem taşır. Yönetici öncelikle maliyetlerin ne olduğunu ortaya koymalı, sadece değişken maliyetleri mi yoksa sabit maliyetleri de mi dikkate alacağına karar vermelidir. Yönetici ayrıca, farklı fiyat düzeylerine ilişkin tüketici hassasiyetini ve rakiplerin benzer hizmetlere yükledikleri fiyatları dikkate almalıdır. Fiyatlama kararları alınırken yapılacak indirimlerin miktarı da belirlenmelidir. Burada üzerinde durulması gereken bir nokta, fiyata karşı hassas olan müşteriler için oluşturulan indirim avantajlarında, ödeme gücü yüksek ve fiyat hassasiyeti olmayan müşterilerin yararlanmasını önlemektir. Ayrıca yöneticilerin tam rakam biçiminde mi yoksa, olduğundan daha azmış gibi etki yaratan "psikolojik fiyat" şeklinde mi fiyatlama yapacaklarına karar vermeleri gerekir.
- Yöneticinin, fiyatlama esaslarının ne olduğunu belirlemesi gerekir. Bunun için hizmet biriminin yapısı dikkate alınır. Acaba fiyat, bir hizmet performansına girişi mi kapsamaktadır (eğitim programlarına katılmak gibi), yoksa zaman esaslı mıdır (otelde bir gece veya daha fazla konaklamak gibi)? Ayrıca öz-hizmet ve tamamlayıcı hizmetlerden oluşan hizmet paketi, bir bütün şeklinde mi, yoksa ayrı biçimde mi fiyatlanmalıdır?
- Fiyatlandırmayla ilgili diğer bir konu, ödemeleri kimin kabul edeceğidir. Bazen hizmet işletmeleri, bazı hizmetleri aracılara devrederler. Örneğin; seyahat acentesinin otel için rezervasyon alması gibi.
- Ödemenin ne zaman yapılması gerektiğini belirleyip, müşteriyi bilgilendirmek gerekir. Müşteri ya hizmeti kullandıktan sonra ödemesini yapar (lokanta hizmeti) veya hizmeti kullanmadan önce ödemesine başlar (bir kulübe üyelik gibi). Yine hizmet bedelinin nasıl ödeneceğinin belirlenmesi de önemlidir. En kolay ödeme şekli olan nakit ödemelerin yanında; jeton, çek, kredi kartı gibi araçlarla da yerine getirilebilir. Günümüzde kredi kartları ve internet aracılığıyla olan alışlar oldukça yaygınlaşmıştır.
- Fiyatlamayla ilgili son bir karar, fiyatların hedef pazara nasıl iletileceğidir. Müşteriler, satın almayı düşündükleri hizmetin fiyatının ne olduğunu, ayrıca ne zaman, nereye ve nasıl ödeneceğini bilmek isterler. Yönetici, fiyatlamaya ilişkin bilgilerin, reklamlarda yer alıp almama kararını dikkate almalıdır.

1.4.3.3. Tutundurma

Hizmetlerin pazarlanması onların doğru tanımlanmalarından, doğru fiyatlandırılmalarından, doğru dağıtılmalarından başka şeylerin de yapılmasını gerektirir. Bir işletme ve hizmetleri hedef kitlelerce bilinmeli, hizmetin hangi fayda ya da doyumları sağladığı konusunda tüketiciler bilgilendirilip ikna edilmelidir. Bunun için de işletme hem kendini hem de hizmetlerini hedef pazarda tutundurmalıdır. Bu anlamda, tutundurma; bir işletmenin, bir kurumun, bir örgütün ya da kişinin kendine ya da ürettiklerine ilişkin bilgileri işletmelere, kitlelere, hedef gruplara ya da bireylere arzulanan biçimde ulaştıran ve birçok faaliyetten oluşan bir haberleşme sürecidir (İslamoğlu vd., 2006: 247). Bu süreçte başarılı olamayanların hizmetleri ne olursa olsun, fiyatları ne kadar doğru belirlenirse belirlensin başarılı olma şansları son derece düşüktür.

Hizmet işletmeleri, rekabet avantajı elde etmek, satış gelirlerini arttırmak, hizmetlerini tanıtmak ve müşterilerini etkilemek amacıyla tutundurma araçlarını kullanmaktadırlar. Hizmet tutundurma araçları mamul pazarlamasında olduğu gibi reklam, halkla ilişkiler, kişisel satış ve satış tutundurma gibi elemanlardır. Bu araçlar hizmet işletmeleri için hizmetin somutlaşmasına, müşteriyi bilgilendirmeye ve müşterilerin hizmetler arasında seçim yapabilmesini kolaylaştırıcı rol oynar. Yine tutundurma veya iletişim, pazarda işletmenin ve ürününün konumlanmasında da önemli bir role sahiptir (Yükselen, 2003: 379).

Hizmetlerin soyut olma, resmedilme ve sergileme olanağının bulunmayışı gibi özellikleri tutundurmanın etkin bir biçimde yapılmasını engeller. Ancak, hizmetlerden memnun kalmış tüketiciler çok etkili bir tutundurma aracı olurlar ve hizmetlerin sergilenememe güçlüğünü giderirler. Hizmeti kullanmış ve tatmin olmuş tüketicinin tecrübesini tavsiye etmesi özellikle doktorluk, avukatlık, danışmanlık gibi hizmetlerin pazarlanmasında oldukça önemlidir (Mucuk, 2000: 331). Sağlık hizmetleri gibi bazı hizmetlerin tutundurulmasına ilişkin faaliyetlerin meslek ahlakı açısından yadırganması sözkonusudur. Yine, hizmet işletmelerinin genelde küçük işletmeler olması, yüksek düzeyde tutundurma maliyetlerine katlanamamalarına neden olmaktadır. Bu nedenle de

en iyi tutundurma yönteminin yüksek kalite olduğuna inanılmaktadır (İslamoğlu, 2000: 338).

Tutundurma çalışmaları gerçekleştirilirken dikkate alınması gereken dört önemli konu vardır. Bunlar; dış şartlar, kuruluş içi düşünceler, pazarlama bölümü ve tutundurma stratejisidir. Dış şartlar, tutundurma çalışmalarının yöneldiği hedef kitleyi etkileyen faktörler ve yasal koşulları içerir. Hedef kitlenin satın alma karar süreci, kültürel ve sosyal çevresi, psikolojik özellikleri dış şartlar içerisinde incelenmelidir. Ayrıca yasaların kısıtlamaları da önemli bir konudur. Örneğin; reçeteli ilaçların reklamlarının yapılması ya da doktor ve hastanelerin kendi hizmetlerini iletmelerinde bazı kısıtlamaların olabilmesi gibi. Bu dış faktörler kuruluşun amaçları ve düşünceleri ile tutundurma bütçesi açısından da tutundurma çalışmalarına etkide bulunur. Pazarlama bölümünün yapısı, felsefesi ve elemanları da tutundurmanın içeriği ve uygulama biçimini etkiler. Tutundurma stratejisi ise, kişisel satış, halkla ilişkiler, reklam ve satış tutundurma gibi tutundurma karmasının düzeylerinin saptanmasını kapsar (Odabaşı, 1994: 80).

1.Reklam: Bir ürün ya da hizmetin, bir kurumun, bir kişinin ya da fikrin kimliği belli sorumlusunca tarifesi önceden belirlenmiş bir bedel ödenerek yığınsal iletişim araçlarıyla kamuya olumlu bir biçimde tanıtılıp benimsetilmesine reklam denir (Oluç, 1990: 3). Tüm tutundurma yöntemlerinde dolayısıyla reklamda da bütünleşik pazarlama anlayışı hakim olmalıdır. Bu görüşten hareketle, bir hizmet işletmesinde reklam hem iç hem de dış müşteriye yönelik olarak hazırlanmalıdır. Böylelikle, reklam mesajının iç müşteriler tarafından bilinmesi ve doğru yorumlanması sağlanmış olur. Örneğin, bir banka reklamında bir hizmetin vaat edildiği ve müşterinin bu vaati banka personelinden talep etmiş olduğu varsayılırsa, personel bu vaat konusunda bilgi sahibi değilse, müşteri karşısında ne yapacağını bilemeyeceğinden, belki de müşteriye böyle bir hizmeti sunmak istemeyecektir (İslamoğlu vd., 2006: 249-250). Dış müşteriye yönelik reklamlarda, reklamın fonksiyonlarını yerine getirmesi sağlanmalıdır. Reklamın fonksiyonları; bilgilendirme, hatırlatma, ikna etme, değer katma ve örgütün diğer fonksiyonlarına yardımcı olmadır (Tek ve Özgül, 2005:663).

Hizmet pazarlamasında, özellikle hizmetin kalitesine ve hizmetin müşteriye sağlayacağı yararlara yönelik mesajlar verilir. Hizmeti sunan kişi ya da işletme için olumlu imaj yaratılmaya çalışılır. Bankalar, turizm ve ulaşım sektöründeki işletmelerin, daha çok reklam kanalı ile tutundurma çalışmalarına gittikleri görülmektedir (Karahan, 2000: 97).

2. Kişisel Satış: Bir ürün ya da hizmetin, satış elemanı vasıtasıyla, yüz yüze ve sözel olarak kişi ya da gruba sunulmasıdır. Bir veya daha fazla potansiyel müşteri grubunun satın alma tercihlerini etkilemek ve satışı sonuçlandırmak üzere geliştirilir ve farklı şekillerde uygulanabilir (İslamoğlu vd., 2006: 261). Hizmetlerin pazarlanmasında alıcı ve satıcının karşı karşıya gelmesi ve ikna edilmesinin gerekmesinden dolayı, hizmetin tutundurulmasında en uygun tutundurma karması elemanı kişisel satıştır.

Kişisel satışın diğer tutundurma araçlarına göre birtakım üstünlükleri vardır. Bunlar (Öztürk, 2003: 82):

- Alıcı ile satıcı arasında yüzyüze ya da telefonla gerçekleştirilen kişisel bir karşılaşma sözkonusudur.
- Kişisel satışta satış elemanı müşterinin mesaja tepkilerini değerlendirerek değişiklikler yapabileceği için esneklik sözkonusudur.
- Kişisel satışta bir reklamın yapabileceğinden daha fazla bilgi aktarmak mümkündür.
- Kişisel satışta belirli hedef kitleleri ve müşterileri hedefleyebilme ve diğer tutundurma araçlarına göre daha doğrudan geri bildirim alabilme sözkonusudur.

Kişisel satış, pahalı ve zor bir teknik olmasına rağmen birçok işletme tarafından önemli hizmet satışlarında kullanılmaktadır. Özellikle, pahalı, düzenli aralıklarla satın alınmayan, karmaşık (müşterinin daha çok bilgiye ihtiyaç duyacağı hizmetler), kişisel iletişimin etkili olacağı ve hizmet gösteriminin önemli olduğu hizmetler için çok daha etkili bir yöntemdir. Örneğin, sigorta, bankacılık (kredi kartı), bireysel emeklilik, tatil satışları, kurum üyelikleri vb. hizmetler (İslamoğlu vd., 2006: 261).

Kişisel satışın zayıf yönleri ise; reklam ve diğer tutundurma yöntemleriyle kıyaslandığında ilişki başına maliyetin yüksek olması ve bir satış gücü oluşturmanın ve eğitmenin önemli bir yatırım gerektirmesidir. Yine satış elemanlarının baskıcı satış teknikleri ve gerçekçi olmayan vaadleri nedeniyle bazı hizmet işletmelerinin olumsuz bir imaja sahip olabilmeleri sözkonusudur. Örneğin devre mülk ve devre tatil satışları bu konuda bazen eleştiri alabilmektedir (Öztürk, 2003: 82-83).

3. Halkla İlişkiler: Kuruluş ile ilgili çevreleri arasında karşılıklı iyi niyet ve anlayışı sağlayıp sürdürmeye yönelik planlı ve sürekli çabalardır. Halkla ilişkiler faaliyetleri hizmet işletmesinin mevcut ve potansiyel müşterileri ile olduğu kadar personeli, tedarikçileri, hükümet, yerel topluluklar, finansal kuruluşlar ve aracılar ile de olumlu ilişkiler kurulmasını amaçlar (Öztürk, 2003: 80).

Bir işletme ne kadar kaliteli hizmet üretip sunarsa sunsun, zaman zaman ortaya birtakım hizmet aksaklıkları çıkması muhtemeldir. Bu hizmet aksaklıklarının bertaraf edilmesi için işletmenin kamuoyundaki imajını değiştirmesi gerekecektir. Bu amaçla kullanacağı yöntemlerden biri halkla ilişkidir. Kamuoyunda iyi bir imajı olan bir firma ile seyahat eden bir kişi hizmetlerle ilgili olumsuz bir durumla karşı karşıya kalsa bile, tekrar aynı firma ile seyahat etmek isteyebilir. Müşterinin firma için ayırdığı bir kredibilite vardır ve bunu sonuna kadar kullanır. Yani, olumlu bir imaja sahip işletmeler güven aksaklıklarını daha kolay aşabilir. Özellikle, hizmetlerin satın alınmasında kamuoyundaki imaj oldukça etkilidir. Sigorta hizmetlerinin satın alınmasında, seyahat acentasının önereceği bir tatil bölgesi ya da otelde geçirilecek bir tatil, geleceğinizin güvencesi bir hayat sigortası, belki de hayatınızı emanet ettiğiniz bir hastane ya da sağlık hizmetleri, herhangi bir konuda haber ve bilgi veren bir yazar ya da TV kanalı, çocuğunuzu emanet ettiğiniz bir eğitim kurumu vb. birçok hizmeti satın alacağımız kurumu seçerken güven ve kurum imajı belirleyicidir (İslamoğlu vd., 2006: 255-256).

Halkla ilişkiler faaliyetlerinin başlıca amaçları şunlardır (Tek ve Özgül, 2005: 744):

- Tüketicilere ürün ve hizmetler ve kullanımları hakkında bilgi vermek,
- Müşteri istek ve şikayetlerini benimsemek,

- Müşterileri ve personeli eğitmek,
- Aracılarla ilişkileri geliştirmek,
- Piyasada süreklilik göstermek, varlığını duyurmak, topluma yararlı hizmet verildiği imajını sürdürmek,
- Kuruluşla ilgili olumsuz haberleri, dedikoduları vb. düzeltmektir.

4. Satış Tutundurma: Tüketici veya kullanıcıların alımını harekete geçirmeye ve aracıların (dağıtıcıların) etkinliğini arttırmaya, özendirmeye yönelik süreklilik göstermeyen ve olağan rutinde olmayan kendine özgü tutundurma ve satış çabalarıdır. Yerli-yabancı kullanıcılara, tüketicilere, ara kullanıcılara (imalatçı, sanayici vb.), aracılara (toptancı, perakendeci, esnaf vb.) ve işletmelerin kendi satış elemanlarına yönelik olabilen, reklam ve kişisel satış arasında yer alan satış geliştirmenin oranı (satış geliştirme/reklam veya tutundurma) (20:80) ile (80:20) arasında değişebilmektedir. Aşırı tutundurma marka imajını zedeleyeceği için bu rasyonun çok yükselmesi pek tavsiye edilen bir durum değildir (Tek ve Özgül, 2005: 728).

1.4.3.4. Dağıtım

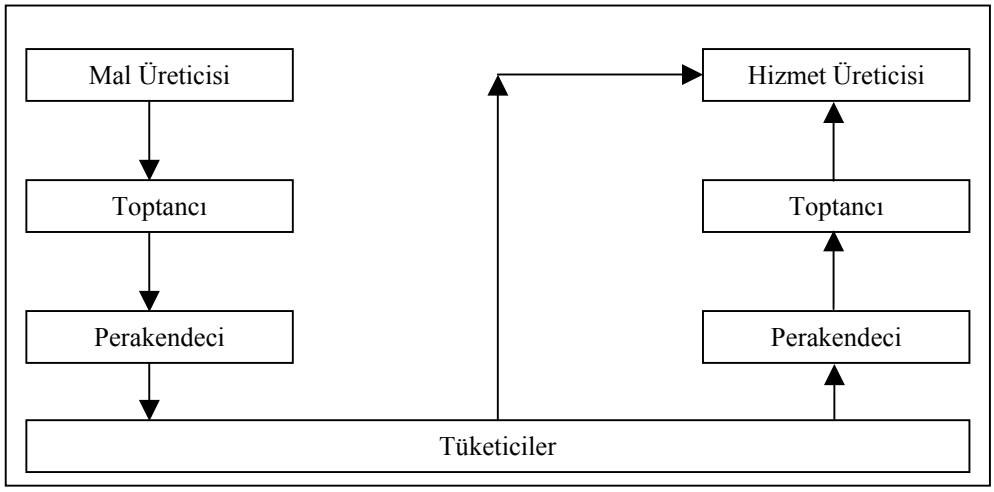
Dağıtım stratejisinin temel amacı; tüketici memnuniyetini sağlamak amacıyla, mal veya hizmeti müşteriye doğru yer ve zamanda sunmaktır. Bu amaçla dağıtım kanalı sistemi oluşturulur. Dağıtım politikası, pazarlama amaçlarına ulaşmak için daha sonraki dağıtım basamaklarını bilinçli olarak etki altında tutmaktır. Bunun gerçekleşmesi birtakım faktörlere bağlıdır. Bunlar işletmenin kendi dağıtım organlarının etkinliği ve aracı kullanıyorsa bu aracıların etkinlikleri (Yüksel ve Yüksel-Mermod, 2004: 166). Ancak hizmetlerin ayrılmazlık, bölünmezlik, taşınamama ve depolanamama gibi özelliklerinden dolayı, hizmet işletmelerinde direkt (doğrudan) dağıtım sözkonusudur. Mal üreten işletmelerin aksine yiyecek-içecek işletmeleri, otel işletmeleri, kuaförler, sağlık kuruluşları, bankalar gibi pek çok hizmet işletmesi, hizmeti müşterilerinin ayağına götürerek değil, onların kendi bulundukları yerlere gelmesini sağlayarak hizmetlerini satarlar. Böyle bir dağıtım kanalı doğrudan dağıtım olmakla birlikte, mal üreten işletmelerde kanalın yönü, üretici – tüketici yönünde iken, hizmet üreten

işletmelerde tüketici – üretici yönlü olmasından dolayı, kanalda ters yönlü bir akış sözkonusudur (Karahan, 2000: 87).

Bir ürün için üretilip, paketlenip, fiyatlandırılıp gönderilmeden önce bir dağıtım kanalı sözkonusu değildir. Bir hizmet için dağıtım kanalı ise, hizmetin sunulmasıyla eşdeğerdir. Örneğin, bir hastanenin acil servisinde bir hastayı tedavi eden bir doktor, ürününü (hizmetini) aynı zamanda hem üretiyor, hem de dağıtıyor demektir (Fitzgerald, 1988: 28).

İster imalat, ister hizmet, ister büyük ister küçük olsun tüm işletmelerin önemli sorunlarından biri, mal ya da hizmetlerini doğru zamanda, doğru yerde bulundurarak müşterinin talebini anında karşılamaktır. Müşteri talep ettiği halde edinemediği bir hizmeti başka işletmeden satın alacağı ve işletme o anda satamadığı bir hizmeti başka zamanda satamayacağı için, dağıtım önemli bir pazarlama bileşeni olarak değerlendirilmelidir (İslamoğlu vd., 2006: 217).

Malların dağıtımı üretici işletmeden aracılara ve aracılardan tüketicilere doğru fiziksel bir akış izlerken, hizmetlerin çok düşük bir kısmında bu yol izlenebilir. Mallara ve hizmetlere ilişkin dağıtım Şekil 6'daki gibi gösterilebilir.



Şekil 6. Malların ve Hizmetlerin Dağıtım Kanalı

Kaynak: İslamoğlu, A.H.; Candan, B.; Efendioğlu, Ş.H.; Aydın, K. (2006): *Hizmet Pazarlaması*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., s.217.

Malların pek çoğu dolaylı dağıtılırken hizmetlerin pek çoğu doğrudan dağıtılır. Bir hastane hizmetini dolaylı dağıtmak mümkün değildir. Müşterinin işletmeye doğrudan gelmiş olması gerekir. İşletme, müşterinin hizmet birimine kolaylıkla ulaşmasını sağlayabilir. Perakendeci işletmeler, belli hatlarda ulaşım araçlarını devreye sokarak müşterilerinin işletmeye ulaşmalarını sağlamaktadırlar. Havayolu işletmeleri, müşterilerini belli noktalardan alarak hava alanına ve hava alanından belli noktalara götürmek için otobüs hizmeti vermektedirler (İslamoğlu vd., 2006: 217).

Hizmetlerin dolaylı ya da aracılar kanalıyla dağıtımı ise, acenta ve komisyoncular, franchising ve teknolojinin hızla geliştiği günümüzde elektronik kanallar aracılığıyla gerçekleşmektedir. Örneğin, finansal kuruluş olan bir banka, müşterilerine kredi vermede bir perakendeci kuruluşu, kredi kartlarını dağıtması için aracı olarak kullanabilir. Kredi kartı kullanımını yaygınlaştırmak için, yenilikçi müşteri ve mağazalardan perakendeci bir kuruluş gibi yararlanıp, onlara birtakım güvenceler verebilir. Bu durumda perakendeci mağazalar, kredi kartı dağıtım kanalında etkili bir aracı olarak yer alırlar (Karahan, 2000: 88).

Hizmet sektöründe, dağıtım kanalı oluşturulurken genellikle şu ölçütlere göre davranılması uygun olur (İslamoğlu vd., 2006: 221):

- Ekonomiklik: Kanal istenen pazarlara ulaşabilir mi? Hangi kanallar toplam maliyet bakımından en düşük maliyetlidir?
- Esneklik: Kanal değişen koşullara uyabilir mi?
- Denetlenebilirlik: Hizmetin dağıtımının kaliteli, etkin ve müşteri memnuniyeti yaratacak biçimde dağıtılıp dağıtılmadığı denetlenebilir mi?
- Dağıtım kanalında aracıların sayısı ne olmalıdır?
- Aracılar nasıl seçilmelidir? Her aracıya yer verilmeli midir?

Aracıların sayısı, dağıtılacak hizmetin özelliğine ve talep boyutuna bağlıdır. Bazı hizmetler sık sık ve en yakın yerlerden alınmak istenir. Bu tür hizmetler çok sayıda dağıtım noktasında sunulmak zorundadır. Seyahat, kreş, banka vb. hizmetler bunlara örnek verilebilir. Dolayısıyla, bu tür hizmetlerde çok sayıda aracıya yer vermek gerekir.

Bazı hizmetlerin ise, talep sıklıkları daha azdır; tüketiciler o hizmetleri edinmek için, belli bir fiziksel ve parasal maliyete katlanmaya razı olurlar. Bu yüzden o hizmetleri her dağıtım noktasında değil, sınırlı sayıdaki dağıtım noktasında bulundurmak yeterlidir. Banka, sigorta, güzellik salonu, spor hizmetleri bunlara örnek olabilir.

Kimi hizmetlerin prestij yönü vardır ya da hizmet çok önemlidir ve bu hizmetin çok sayıda dağıtım noktasında bulundurulması gereksizdir. Tüketiciler o hizmeti edinmek için, hem her türlü maliyete katlanmaya hazırdır hem de o hizmet onlar için çok önemlidir. Bu tür dağıtım, seçimli dağıtım olarak adlandırılır. Bilgisayar paket programları, bazı eğitim hizmetleri bunlara örnek olarak verilebilir.

Sınırlı ve seçimli dağıtıma konu olan hizmetler önemli, kalite hassasiyetleri ve prestijleri yüksek olan hizmetler oldukları için, bu tür hizmetlerde aracıların seçimi daha da fazla bir özeni gerekli kılmaktadır. Bu tür hizmetlerde aracılar seçilirken, mallara benzer biçimde, aracının olanakları ve yetenekleriyle ilgili şu hususlara dikkat edilmelidir (Cemalcılar, 1999:153):

- Hedeflenen satış bölgesini kapsıyor mu?
- İşletmenin hizmetine ters düşecek hizmetleri sunuyor mu?
- İşletmenin sunduğu hizmetlerle uyumlu hizmetler sunuyor mu?
- İşletmenin hizmet çeşidinin az olması durumunda da, bunları satmak için çaba gösterecek mi?
- Yetenekli ve bilgili satış görevlileri var mı?
- Satışçılarını eğitiyor mu?
- İşletmenin reklam araç ve gereçlerini kullanacak mı?
- Finansal gücü yeterli mi?
- İşletme kar ediyor mu? Yöneticileri başarılı mı?

1.4.3.5. Fiziksel Ortam

Hizmetlerin çoğu, hizmet işletmeleri tarafından oluşturulan fiziksel ortamlarda müşteriye ulaştırılmaktadır. Hizmetlerin maddi olmama özelliği nedeniyle, hizmetleri satın alma kararı vermeden önce, hizmeti tüketirken ve sonrasındaki tatmin düzeyimizi belirlerken bu fiziksel ortam ve somut ipuçları kararlarımıza yön verir. Bu nedenle, hizmetin fiziksel kanıtları hizmet işletmelerinin kontrolleri altında ve müşterilerin sunulan hizmeti algılamalarında önemli rol oynayan bir pazarlama karması elemanıdır (Öztürk, 2003:107).

Fiziksel kanıtlar müşterinin önerilen hizmeti anlamasına yardım eder. Renk, tasarım, logo, cıngıl, basılı malzemeler, maskotlar ve hizmet sağlayıcıyı anımsatan diğer kanıtların kullanımıyla birleşik bir şirket imajı yaratılması sağlanır; bu fiziksel kanıtlar ofislerin, otellerin, restoranların ve perakende mağazalarının tasarlanması ve dekorasyonu gibi daha somut bir yapıda da olabilirler. Bunların yanında tek tip kıyafetler, giyim kuralları ya da önerilen standardizasyon müşteri ya da potansiyel müşterilerin hizmet sağlayıcı için ayırt edici bir imajın algılanmasında etkili olur (İslamoğlu vd., 2006: 224).

Bir hizmet işletmesinin fiziksel ortamı farklı özelliklerden oluşan birtakım boyutlardan oluşur. Bu boyutlar; ortam koşulları, ilişkili düzen ve fonksiyonel olma, işaretler, semboller ve maddelerdir (Üner, 1994: 7). Ortam koşulları; hizmet çevresinin ısısı, ışıklandırılması, gürültüsü, renkleri, müzik ve kokusu gibi duyu organlarını etkileyen özellikleri içermektedir. Fiziksel ortam çalışanların tatmini, verimliliği ve motivasyonu üzerinde etkilidir. İşletme çalışanları ve tüketicilerin davranışlarını etkileyecek düzeydeki öneminden ötürü hizmet işletmesinin fiziksel ortamının tarafların ihtiyaçlarına aynı anda cevap verecek şekilde düzenlenmelidir. Bu sayede, hem işletme içi örgütsel amaçlara hem de işletme dışı pazarlama amaçlarına ulaşmak mümkün olabilecektir (Üner, 1994: 6). Özellikle hastane, tatil köyü, kreş gibi işletmelerde fiziksel kanıtlar müşteriye çok şey iletirken, sigorta, kargo gibi hizmetlerde fiziki kanıtların müşteriler üzerindeki etkisi nispeten daha azdır.

Hizmetlerin soyut yapısı nedeniyle potansiyel müşterilerin risklerini azaltmak için hizmetleri tüketmeden önce bir yargıya varmaları gerekir. Pazarlama karması stratejilerinin önemli bileşenlerinden biri önerilen somut bir fiziksel kanıtla risk seviyesini azaltmaktır. Bu kanıtlar çok değişik yapılarda olabilir. En basit bir biçimde bir broşür hizmet ürününün önemli bileşenlerini tanımlayabilir ve fotoğraflarını içerebilir. Bir tatil broşürü bu amaçla kalınan otel hakkında resimli bir kanıt oluşturur. Çalışanların görünümü sunulan hizmetin yapısı hakkında müşterilere bir kanıt sağlar (İslamoğlu vd., 2006: 224). Yerleşim planı ve fonksiyonel olma (işlevsellik) ise, işletmenin fiziksel ortamında bulunan makina, ekipman ve mobilyaların düzenleri, boyutları, şekilleri ve aralarındaki ilişkileridir. Fonksiyonel olmadan kasıt ise, bu unsurların gerekli işleri yerine getirebilme ve amaçları gerçekleştirebilmeyi mümkün kılmasıdır (Üner, 1994: 7).

İşaret, sembol ve maddeler ise, bir işletmenin içine ya da dışına yerleştirilen tabelalar işletme hakkında açık sinyaller iletir. Bu tabelalar, işletmenin ya da departmanın ismini gösteren etiket şeklinde olabileceği gibi, yönlendirici amaçlı giriş ve çıkışları gösterir şekilde ya da davranış kurallarını ileten şekilde de olabilir. Daha dolaylı sinyaller ise, yapıda kullanılan maddelerin kalitesi, işçilik, duvarlardaki sertifika, diplomalar, fotoğraflar, yer döşemeleri ve çevrede sergilenen objeler aracılığıyla iletilir (Öztürk, 2003: 113-114).

İşletme çalışanları ve tüketicilerin hizmet üretimine katılma düzeylerine göre, fiziksel ortamın düzenlenmesinin nasıl olacağı kararı verilecektir. Örneğin; self servis hizmet veren işletmelerde, hizmet personeli olmayacaktır. Dolayısıyla, tüketici ihtiyaçlarına cevap verecek nitelikte bir fiziksel ortam yaratmak gerekecektir (Üner, 1994:7).

1.4.3.6. Katılımcılar

Katılımcılar, işletmenin hizmet personeli ile tüketicileri de içeren insan unsurunu kapsamaktadır. Tüketiciler riskli olarak değerlendirdikleri hizmet işletmesinin

yetenekleri ve kalitesi hakkında katılımcılardan birtakım ipuçları ararlar. Tüketiciler hizmeti satın almadan önce işletmenin fiziksel ortamında, işletme personeli ve diğer tüketicilerle biraraya gelirler. İşletme personeli ve diğer tüketicilerin fiziksel görüntüleri ve davranışları, sunulan hizmetin kapsam ve kalitesini tüketicilerin algılamalarını etkileyecektir. Tüketiciler, işletme personeli ve diğer tüketicilerden etkilenerek sunulan hizmetle ilgili birtakım beklentiler oluşturacaktır. Tüketiciler bu beklentilerden yola çıkarak satınalma kararını vereceklerdir. Tüketicilerin sunulan hizmetlerden tatmin olup olmaması ise hizmet personelinin yeteneklerine kalmıştır.

Tecrübelerin beklentilerin altında kalması halinde tüketiciler açısından tatminsizlik oluşacaktır. Bu tatminsizlik durumunda işletme personelinin iki önemli rolü sözkonusudur. Bunlardan ilki, satın alma öncesinde tüketicilerin beklentilerini doğru tanımlamaktır. Tüketicilerin beklentileri doğru tanımlandıktan sonra, beklentilere uygun hizmetler üretilebilir. Diğeri ise, tüketicilerin tatmin olmaması halinde, hizmetin başarısız olma nedenlerinin personel tarafından tüketiciye açıklanmasıdır. Böyle bir durumda, olumsuzluk giderilerek hizmet tatmin edici hale dönüştürülebilir (Üner, 1994: 9).

Bir ürünü üreten personel, ürünün üretilmesinde kullanılan aletler, kalıplar vb. ile sınırlanmış insiyatife sahiptir. Ürünün üretilme süresi, üretim şekli ve üretim maliyetlerinde çok az değişiklik yapabilir. Bir hizmet işletmesinde ise, hizmeti sunan personel, ürünü değiştirme bağlamında çok geniş sınırlara sahiptir (Fitzgerald, 1988: 28).

Hizmet, hizmeti üreten ile tüketen arasında yüz yüze ilişki ve yakınlık gerektirir. Yani hizmet, insanlararası ilişkilerle ilgilidir. Dolayısıyla hizmet sektöründe insan varlığı kesin ve kaçınılmaz bir zorunluluktur. Bu açıdan hizmet yönetimi, bir ilişki yönetimi anlamını taşımaktadır. Emek yoğun ve ilişki yoğun özellikler taşıyan hizmette, kalite ve performans da insana bağımlıdır. Hizmeti üretip pazarlayanın kişiliği ve ikna kabiliyeti hizmetin satın alınma kararını etkileyecektir. Bu açıdan, uç noktadaki çalışanın teknik ustalığından daha çok, etkileme ustalığı önem kazanmaktadır. Bunun yanı sıra, çalışan ve müşteri ilişkilerinde yoğunlaşan insan odaklılık ve müşteriye

yakınlık, işlerin merkezkaç olması, kararların yeniden alınması ve yöneticilerin denetleyici değil destekleyici olmaları sonuçlarını getirmektedir (Öztürk, 2000a: 194).

1.4.3.7. Süreç Yönetimi

Süreç yönetimi, tüketicinin istediği kalitedeki bir hizmetin istediği yerde ve istediği zamanda hazır bulundurulmasıyla ilgili düzenlemeleri içermektedir. Süreç yönetimi, hizmetleri maldan ayıran stoklanamama ve heterojen olma özelliklerinden kaynaklanan sorunların çözümünü ele almaktadır. Etkili ve verimli bir şekilde işleyen hizmet sistemi, pazarlama yönetimini en iyi şekilde destekler ve onun müşteri tatmini sağlayacak hizmeti vermesine yardımcı olur. Bir hizmet işletmesinde farklı hizmetlerin verilmesi durumunda süreç yönetimi, daha da önem kazanmaktadır. Örneğin bir konaklama işletmesinde yeme içme, eğlence ve istirahat hizmetleri arasında uyumlu işleyişin olması halinde tüketici memnuniyeti artacaktır. Aksi halde bu hizmetlerden birisindeki bir aksama, diğer tüm hizmetler mükemmel olsa bile memnuniyetsizlik yaratabilecektir (Karahan, 2000:105).

Hizmetlerin stoklanamaması ve hizmetlerde sık karşılaşılan talep dalgalanmaları, tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarının zamanında karşılanamamasına neden olabilmektedir. İşletmeler süreç yönetimi kapsamında çeşitli alternatiflere başvurarak, tüketici istek ve ihtiyaçlarını talep dalgalanmalarına rağmen karşılamaya çalışırlar. Talebin yükseldiği ve azaldığı dönemlerde, işletmeler aşağıda sıralanan çeşitli alternatifleri kullanabilirler (Üner, 1994: 10).

Yüksek Talep Dönemleri: İlave tam gün personel istihdamı, ilave yarım gün personel istihdamı, talep yükseldiği zamanlarda mevcut personelin çalışma saatlerinde değişiklikler yapmak, mevcut personelin fazla mesai yapmasını sağlamak, işin talebin gerisine düşmesine fırsat vermek, devamlı müşterilerle ilgilenirken diğerlerinin beklemesi, tüketicinin hizmeti talebin azaldığı dönemlerde kullanması için eğitilmesi, tüketicinin hizmeti talebin azaldığı dönemlerde kullanmasını sağlamak için düşük fiyat gibi teşviklerin önerilmesi, işletmeyi başka faaliyet alanlarına yöneltmek, çalışanların

başka görevleri de üstlenecek şekilde eğitilmesi, işletmenin başka şubelerinin hizmete sokulması.

Düşük Talep Dönemleri: Çalışanlardan bazılarının işten çıkarılması, talebin düştüğü zamanlarda işletme çalışanlarının çalışma saatlerinde değişiklik yapmak, fiyat indirimlerine gitmek, tutundurma çabalarını arttırmak, talebin düştüğü zamanlarda işletmenin sahip olduğu kaynaklardan yararlanabilmek için değişik hizmetlerin tüketicilerin kullanımına sunulması, talebin düştüğü dönemlerde taşeronluk gibi iş imkanlarının aranması, tüketicilerle temas kurarak işi hızlandırmaya çalışmak.

Talebin yükseldiği ve düştüğü dönemlerde işletmeler çeşitli strateji alternatiflerinden kendilerine en uygun bir veya birkaçını seçerek uygulamaya koyabilir. Talebin yükseldiği dönemlerde, yukarıda sıralanan alternatif stratejiler arasından hizmet işletmelerinin en çok tam gün personel istihdamı, personelin fazla mesai yapmasını sağlama ve çalışanların başka görevleri üstlenecek şekilde eğitilmesini tercih ettikleri görülmektedir. Talebin düştüğü dönemlerde ise, hizmet işletmelerinin en çok tüketiciler ile temasa geçerek işi canlandırmaya çalışma stratejisini uyguladıkları görülmektedir.

Talebin yoğun olduğu zamanlarda fiyatların yükseltilmesiyle tüketiciler hizmetin daha düşük fiyatlarla sunulduğu zaman dilimlerini tercih edebilir. Turizmde ve ulaşım hizmetlerinde bu ayarlamalarla, talebin daha geniş bir zaman dilimine, sıkışıklığı giderecek şekilde yayılması mümkün olmaktadır. Diğer yandan talebin yoğun olduğu saatlerde ve günlerde, beklemeden dolayı doğacak müşteri gücenmelerini engellemek için, kuyruk oluşumunu engelleyecek yedek hizmetler ya da yan hizmetler sunulmalıdır. Örneğin, ulaşım, bankacılık, otel ve sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerde uygun oturma ve bekleme salonları düzenlenerek, kişilerin buralarda gazete okumaları, çay, kahve içmeleri sağlanmalıdır. Böylece hizmet üretiminin rahatlaması sağlanacağı gibi, kapasite planlaması da yapılmış olacaktır (Karahan, 2000: 107-108).

BÖLÜM II: SAĞLIK HİZMETLERİ ve ÖZELLİKLERİ

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı genelde "hasta olmama" şeklinde, hastalık kavramı ile ilgili olarak, negatif bir mesaj verecek şekilde tanımlanmaktadır. Bugün batı tıbbındaki gelişmeler, mevcut hastalıkların nedenlerini bulma çabalarıyla olmuştur. Özellikle son yıllardaki tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler, hastalıklara ilişkin geniş bir bilgi birikiminin oluşmasına neden olmuştur. Bu birikim sonucunda örgütlenen ve verilen "sağlık hizmetleri"nin ne derece "sağlık"la ilgili olduğu tartışılabilir. Çünkü, bu hizmetler genelde "hastalıkların" ve "hasta olan kişilerin" tedavisi ile, birtakım hastalıkları önleme çabalarından oluşmaktadır (Yerebakan, 2000: 13; Hayran ve Sur, 1998:1).

Sağlık, hastalık ve sakatlığın olmayışından ibaret değildir. Bu nedenle, hastalığın tanımlanması, sağlık kavramının daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastalık kavramını "Hastalık, doku ve hücrelerde yapı ve fonksiyon yönünden normal olmayan değişikliklerin ortaya çıkardığı bir durumdur" şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık, birbirine bağlı fiziksel, ruhsal, kültürel ve toplumsal yönleri olan çok boyutlu bir olgudur. Sağlık ve hastalığın tek boyutlu bir sürekliliğin karşıt uçları şeklindeki tanımı yanlışa götürücüdür. Fiziksel hastalık, pozitif ruhsal tavır ve toplumsal destekle dengelenebilir. Bunun yanında duygusal sorunlar, bir insanı fiziksel denkliğine rağmen eksiklik duygusuna sürükleyebilir. Sağlığın bu birden çok boyutları genellikle birbirini etkiler ve sağlıklı olmaya dair en güçlü duygu, bu boyutlar yeterince dengelendiği ve bütünleştiği zaman ortaya çıkar (Kızılçelik, 1996:80-81).

Her toplum ve ülkenin sağlık sorunlarının, önceliklerinin, olanaklarının ve kaynaklarının farklı olması dolayısıyla sağlık hizmetlerinin arzı, finansmanı, örgütlenme ve denetimi konusunda birbirinden farklı uygulamalarla karşılaşılmaktadır. Bu uygulamalar üzerinde yaptırım gücü olmamakla birlikte etkinliği fazla olan uluslararası kuruluş Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'dür. Birleşmiş Milletler Teşkilatının bir kuruluşu olan DSÖ'ne Türkiye üyedir. DSÖ, her ülkeyi ilgilendiren sağlık

konularında çalışmalar yapmakta ve neler yapılması gerektiğini zaman zaman duyurmaktadır (Hayran ve Sur, 1998:21-22).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımını "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" şeklinde yapmıştır. Bu tanımda "iyilik" ve "tam" kavramlarının açıklanması, tanımlanması ve ölçülmesi güç kavramlar olması yine sağlığın "hal" olarak görülmesine karşılık, tanımda "sosyal" iyilik kavramına yer verilmesi önemli bir gelişme olarak değerlendirilmelidir (Yerebakan, 2000: 14; Hayran ve Sur, 1998:3).

Kızılçelik sağlık kavramını (1996) "Sağlık; yalnızca belirli bir toplumdaki fertlerin hastalık, sakatlık ve rahatsızlığının olmayışı değil, bunun yanında, o toplumdaki fertlerin akılsal, ruhsal, fiziksel, ekolojik, ekonomik, kültürel, siyasal ve toplumsal bakımdan tam bir huzur, harmoni, denge, uyum ve iyilik içinde bulunma durumudur" şeklinde tanımlamıştır.

2.2. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri

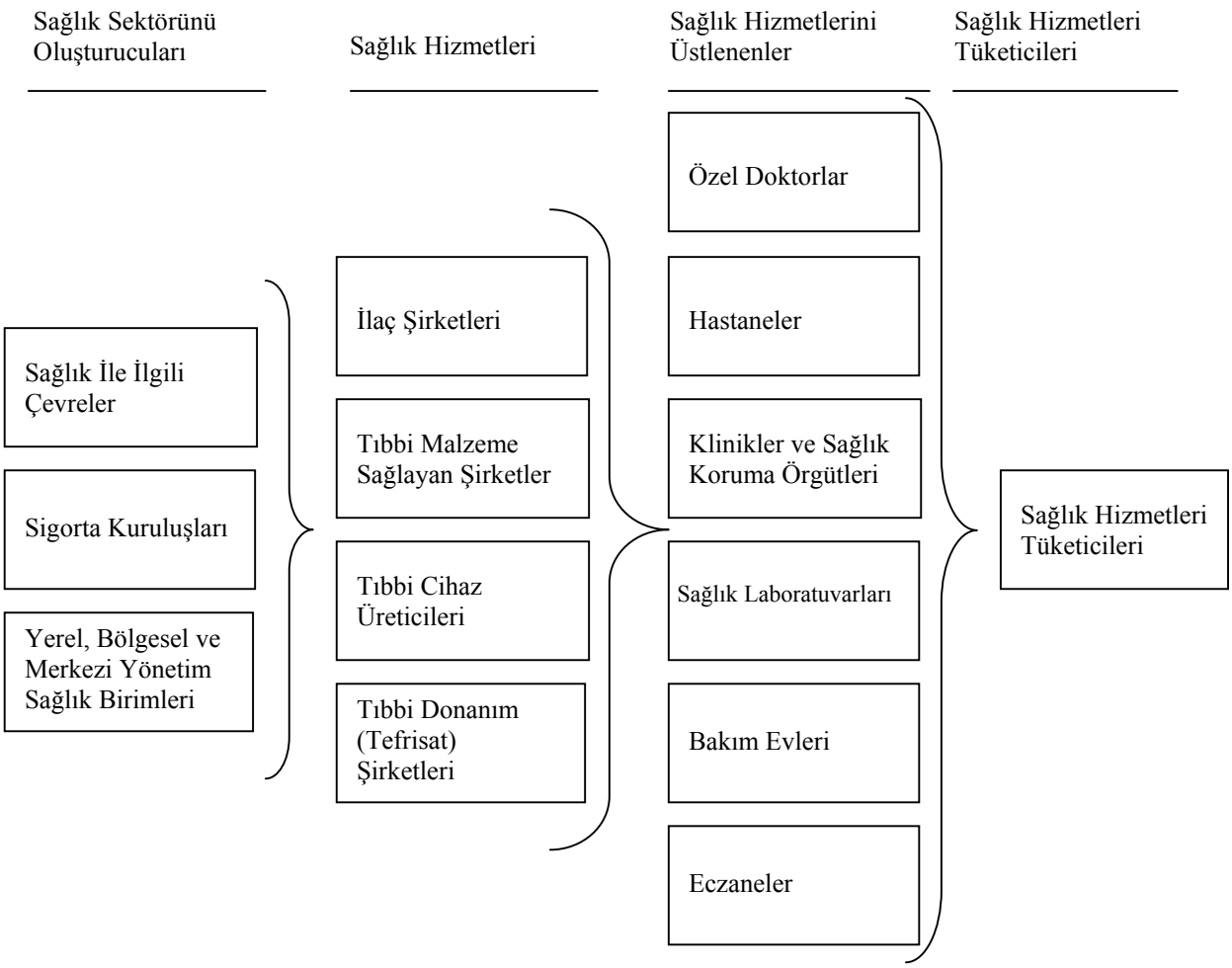
Öztürk (2000a:142) sağlık hizmetleri kavramını "sağlık hizmetleri, bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dahilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar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

kaynaklar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır" şeklinde tanımlamıştır.

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

Son yüzyıl içinde gelişmiş batı ülkelerinde sağlık alanında çok büyük ilerlemeler kaydedilmiş, çok ileri teknolojiler geliştirilmiş ve ortaya gelişmiş sağlık kuruluşları içeren ulusal sağlık sistemleri çıkmıştır. Hatta globalleşen dünya kavramı içerisinde 2000'li yıllarda ulusal sağlık politikalarının yanında uluslararası ilişkileri daha da geliştirerek dünya sağlık politikaları ve dünya sağlık hizmetleri yönetimi gündeme gelmiştir (Toker, 1999:12).

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur. Bu konuda geliştirilmiş bir gruplandırma Şekil 7'de gösterilmiştir. Gruplandırmanın en sağında yer alan kesim sağlık ürünleri ve hizmetlerini talep eden ve sayıları oldukça farklı olan "sağlık hizmetleri tüketicileri"dir. Sağlık hizmetleri tüketicilerine (hasta ya da potansiyel hastalar) en yakın diğer grup "sağlık hizmetlerini üstlenenler"dir. Bunlar; serbest çalışan doktorlar, hastaneler, klinik ve sağlık koruma kuruluşları, laboratuarlar, 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 (tefrisat) sağlayan kuruluşlardan oluşan bu grubun en önemli özelliği kar amaçlı çalışmaları ve ileri düzeyde pazarlama tekniklerini kullanmalarıdır. Son grup "sağlık sektörü oluşturucuları"dır ve sağlık kurumları, sigorta şirketleri, merkezi ve yerel sağlık birimlerinden oluşur (Odabaşı, 1994: 26).



Şekil 7. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi

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

Sağlık hizmetleri denilince üreticilerinin ürettikleri mal ve hizmetler, hizmetlerin üreticisi durumunda olan doktorların teknik bilgi ve yetenekleri, sağlık kuruluşlarının teknolojik kapasiteleri, özel testler, ameliyat prosedürü gibi konular düşünülmektedir. Buna karşılık tüketicilerin bu terime bakış açıları daha farklıdır. Sağlık hizmetleri konusunda tüketiciler için tıbbi bakım yanında sağlık personeliyle etkili iletişim, sağlık hizmetinin elde edilmesindeki kolaylık, fiziki imkanlar ve hizmeti üreten kişilerin kendilerine karşı tutumu önemli faktörlerdir (Harcar, 1991: 38).

Sağlık hizmetleri sektörünün işleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde sağlık sektörünün kendine has kurallarının etkili olduğu görülmektedir. Sağlık

hizmetleri piyasalarının nitelik bakımından rekabet piyasalarına göre farklılaşması bazen kaçınılmaz olarak, bazen de sağlık hizmetleri veren özel ve kamu kurumlarının uyguladığı politikaların doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık piyasalarını diğer piyasalardan ayıran başlıca özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kurtulmuş, 1998: 44-60):

1. Sağlık piyasalarında eksik rekabet şartları hakimdir.
    - Arz ve talep arasında eşitsizlik vardır.
    - Sağlık piyasalarında arz miktarı sınırlıdır ve sağlık hizmetlerini arzedenler kendi aralarında monopoller oluşturabilirler.
    - Sağlık piyasasında talep belirsizdir (Hastalık riski önceden hesap edilemez).
    - Sağlık piyasasına girişte bazı kısıtlamalar vardır.
    - Alıcılar piyasa hakkında tam bilgi sahibi değillerdir.
    - Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanamaz.
2. Sağlık piyasalarında dışsal faktörler mevcuttur.
3. Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez.
4. Fiyatlarla gerçek maliyetler arasındaki korelasyon zayıftır.
5. Sağlık piyasalarında kar amacı gütmeyen kurumların da bulunduğu karma bir yapı mevcuttur.

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

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

2. Hizmette üretim ve tüketim eşzamanlıdır. Yani, hizmet üretildiği anda tüketilmektedir. Dolayısıyla da, hataların ve ihmallerin gözlenmesi ve giderilmesi daha zor olmaktadır. Hatta, örneğin, yanlış bir tedavi sonucu bir hastanın sakat kalması ya da ölmesi halinde hatanın veya ihmalin sonucunun düzeltilmesi mümkün olmamaktadır.

3. Bir malın üretimi sırasında fabrikada ya da atölyede, çalışanlarla tüketiciler yüz yüze gelmemektedirler. Oysa hizmet sektöründe tüketici ile doğrudan temas söz konusudur; iletişim yüz yüze gerçekleşmektedir. Dolayısıyla, hizmeti sunanların giyimi, konuşması, davranışları vb. tüketiciyi etkilemektedir.

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

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

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

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

Mal üretim sektörü ile hizmet üretim sektörü arasındaki yukarıda sıralanan temel farklılıklara ek olarak; sağlık işletmelerinin birtakım ayırdedici özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

- **Çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur:** Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını, diğer sektörlerde olduğu gibi, kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün olmamaktadır (Yerebakan, 2000: 48). Sağlık kurumlarının temel girdisi ve çıktısının insan olması; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçlarını kısa bir süre içinde görme ve değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Bir otelde yenen yemeğin miktar ve niteliği konusunda karar vermek mümkün iken, hastanede bir ameliyatın sonuçlarını anında ve kolayca değerlendirmek mümkün değildir (Kavuncubaşı, 2000: 56).

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

- **Yapılan işler karmaşık ve değişkendir:** Sağlık kurumları, temel fonksiyonları olan tanı ve tedavi hizmetlerinin yanında, eğitim ve araştırma hizmetlerini de verebilmektedir. Verilen hizmetlerin sayısı arttıkça, karmaşıklık derecesi de artar. Örneğin, bir üniversite hastanesi amaçları ve görevleri açısından bir devlet hastanesinden çok daha karmaşıktır. Çünkü, üniversite hastanesinde tanı ve tedavi hizmetleri dışında, eğitim, araştırma, çok daha kompleks vakaların tedavisi gibi hizmetler verilmektedir. Yine aynı hastalığın tedavisinin kişiden kişiye yaş, cinsiyet, ırk, genetik özellikler gibi faktörler nedeniyle farklılık göstermesi tıbbi bakım hizmetlerinde standardizasyon sağlanamamasına yol açmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 54-55). Hastalıkların çok etkenli oluşu ve birey hastaların farklılıkları dolayısıyla, hizmetler kişiye özgü olmakta; standardize edilememektedir (Yerebakan, 2000: 48).

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

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

- **Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir; bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir:** İşlevsel bağımlılık, bir bireyin veya birimin iş yapabilmesi için bir diğer birey ya da birimin hizmetlerine ihtiyaç duymasıdır. Bir sağlık kurumuna başvuran hastaya çok sayıda kişi ve birim hizmet verir. Hekimler tanı ve tedavi hizmetleri, hemşireler tedavi hizmetleri, eczacılar ilaç hizmetleri sunarlar. Sağlık kurumlarında bir birey ya da bireyin çeşitli nedenlerle işlerinin aksaması, sağlık kurumunu tümüyle olumsuz şekilde etkileyecektir. İşlevsel bağımlılığın çok olduğu sağlık kurumlarında yönetimin temel görevlerinden biri eşgüdümleme sağlamaktır. Yöneticiler eşgüdümleme fonksiyonu aracılığıyla, farklı birey ve birimlerin faaliyetlerini uyumlaştırarak ve ortak hedefe yönlendirirler (Kavuncubaşı, 2000: 52-53). Birçok farklı meslek grubunun bir arada hizmet verdiği hastanelerde, bir noktadaki aksama kurumun/hizmetin tümünü olumsuz etkiler. Farklı birimlerin koordinasyon içinde çalışması çok önemlidir (Yerebakan, 2000: 49).

- **Çatışmaya yol açan ikili otorite yapısı vardır:** Hastanelerde görev yapan insan kaynaklarının büyük ölçüde profesyonel kimselerden oluşması, bu kimselerin alanlarındaki bilgi ve deneyimlerinden kaynaklanan otoriteye sahip olmalarını

da beraberinde getirir (Kavuncubaşı, 2000: 54). Mesleki bilgi ve deneyimleri profesyonellere yönetime karşı otorite kazandırmaktadır (Yerebakan, 2000: 49).

- **İnsan kaynakları ağırlıklı olarak, kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflerine öncelik veren profesyonellerden oluşur:** Profesyonelleşme (Meslekleşme), kurum çalışanlarının eğitim düzeylerine karşılık gelir. Sağlık kurumlarında görev yapan insan kaynakları, gerek hekim ve gerekse hekim dışında kalan hemşire, eczacı, psikolog, fizyoterapist gibi profesyoneller üniversite mezunudur. Profesyonel kişiler mesleki hedefler üzerine odaklaşırlar ve onlar için mesleki amaçlar, kurumsal amaçların önündedir. Bir doktorun temel hedefi, maliyetini düşünmeksizin hastanın en iyi şekilde tedavi edilmesi iken sağlık kurumları yöneticisinin temel amacı, kalite ve verimliliğin eşzamanlı gerçekleştirilmesidir. Zaman zaman yönetimin kalite ve verimliliği yükseltmek amacıyla koyulan kurallar profesyonel kişiler ve yönetim arasında çatışmalara neden olabilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 53-54). Çok uzun süreli ve zorlu eğitimden geçen profesyoneller, mesleki hedeflere yoğunlaşmakta; mesleksel etik çerçevesinde çalışmaktadırlar. Profesyonel hedefler ile yöneticilerin odaklandığı kurumsal hedefler çatışabilmektedir (Yerebakan, 2000: 49-50).

- **Hizmetin ve dolayısıyla gelirin belirleyici bölümünü oluşturan hekimlik fonksiyonları, tümüyle denetlenebilir özellikte değildir:** Sağlık kurumlarında hizmet miktarı doktorların iş talebine (order) göre gerçekleşir. Örneğin doktor istemeden röntgen teknisyeni film çekemez ya da laboratuar teknisyeni kan analizi yapamaz. Yapılan birtakım çalışmalarda sağlık harcamalarının %75'inin doktorların kararlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Sağlık kurumlarında kaynakların etkin ve verimli kullanımını sağlamak için doktorların karar ve davranışlarını denetleyen yönetsel ve kurumsal organlara ihtiyaç duyulmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 54).

- **Yapılan işlemlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır:** Teşhis ve tedavi sürecine ilişkin yapılan hatalar veya yaşanan gecikmeler doğrudan insanın yaşamını etkilemekte; geri dönüşü olmayan sorunlara neden

olabilmektedir. Deneme şansı yoktur; her işlem "ilk seferde ve her zaman doğru" yapılmalıdır (Yerebakan, 2000: 50). Sağlık hizmetleri yönetimi direkt olarak insan sağlığı ve hayatı ile ilgilidir. Herhangi bir sanayi kuruluşunda yönetsel kararların yanlışlığı en fazla üretim kaybına ya da parasal zarara neden olur. Sağlık yönetiminde ise yanlış kararlar, insan hayatının kalitesinde düşme hatta insan hayatına mal olma ve toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır (Toker, 1999:14).

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

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

- **Sağlık sektörü diğer sektörlere oranla çok hızlı değişip gelişen bir sektördür:** Sektörlerin gelişim ve değişim sürecine bakıldığında sağlık sektörü diğer pek çok sektörden hızlı gelişmekte ve gelişen diğer sektörlerden hızlı ve yoğun biçimde etkilenmektedir. Örneğin uçak sanayiinin son 50 yılına bakıldığında uçakların model, konfor ve hız özelliklerinde gelişim ve değişmenin yaşandığı gözlenir. Sağlık sektöründe ise son 50 yılda devrimle nitelendirilebilecek düzeyde gelişmeler sağlanmış; özellikle bilgisayar teknolojisindeki gelişmeler sağlık sektörünü çok yakından etkilemiştir (Toker, 1999:14-15).

- **Sağlık hizmetleri endüstrisinde tüketicilerin, pazarda sunulan hizmetleri satın almak konusunda seçenekleri kısıtlıdır:** Bunun en önemli nedeni tüketicilerin satın alma arzusunda bulundukları hizmetlerin niceliği ve niteliği konusunda verecekleri kararları, çoğunluğunda, hatta hemen hemen tümünde, tamamiyle satıcılara (tıbbi otoriteye) bağımlı bulunmalarıdır. Bazı durumlarda tüketiciler istenilen fiyatı ödemeye hazır olmalarına karşın, hizmetlerden yararlanılması hizmet sunucusunun iznine bağlı bulunur. Örneğin; hastanın doktor uygun görmeden hastaneye yatırılamaması veya ameliyat edilememesi gibi (Toker, 1999:15).

- **Tüketicinin bilgi yetersizliği ve uzmanın gücü:** Tüketicinin, ürünler ve hizmetler hakkında geniş ve yeterli bilgiye sahip olması pazarın etkin biçimde çalışabilmesi için gereklidir. Sağlık hizmetlerinde, tüketicilerin talep edecekleri hizmet ve ürünler konusunda bilgisiz olmaları önemli bir özelliktir. Sağlık konusu ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin bilebileceği karmaşıklıktadır. Bu durum, ileri teknolojinin getirdiği olanaklarla üretilen sağlık ürünlerinin hizmete sunulması ile daha da karmaşık bir yapı yaratmaktadır. Asıl sorun, ürün ve hizmetin özelliklerini bilmek değil, hizmetin getirebileceği faydanın bilinmemesidir. Böylece, satın almanın getireceği riskin büyük olması hizmetlerinin kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı gerektirmektedir. Doktor, hangi ilacın ve tahlilin yapılması gerektiğine ve ameliyatın zorunlu olup olmadığına karar verir. Tüketici açısından sağlık hizmetlerinde yapılabilecek seçim hatası istenmeyen kötü sonuçları beraberinde getirecektir. Halbuki, aldığımız bir deterjandan hoşnut kalmaz isek, bir daha o markayı satın almayabiliriz (Odabaşı, 1994: 28).

- **Tüketicilerin akılcı olmayan davranışları:** Genellikle, ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendi için en iyi olanı seçeceği varsayılmıştır. Sağlık hizmetleri uygulamalarında ise, üç önemli konuda akılcı olmayan önemli davranışlara rastlanmaktadır: Birçok tüketici, hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmamakta, hatta hastalıklarının farkında bile olmamaktadırlar. Bu davranış,

pazar mekanizmasının çalışmamasına neden olurken, hastalıkların belirlenmesine yönelik tarama hizmetlerine büyük harcamalar yapmayı zorunlu kılmaktadır. Akıl hastaları gibi gruplar, serbest iradeleri ile seçim yapabilme yeteneğine sahip olmadıklarından, "tüketici üstünlüğü" kavramına uymamaktadır. Seçimi bunların yerine başkaları yapar ve sağlık hizmetini talep ederler. Acil sağlık hizmeti talebinde bulunan hastalar tercihlerini belirtemeyecek durumdadır. Bu akılcı olmayan davranışlarda, diğer ürünlerin ve hizmetlerin tersine, talep ve tercih belirlenmesi dış faktörlerin etkisinde kalacaktır (Odabaşı, 1994: 28).

- **Tıp mesleğinin kuralları:** Tıp mesleğini yerine getirenler için uyulması zorunlu olan ahlaki ve sosyal standartlar mevcuttur. Sağlık hizmetini önceden alıp denemek ve test etmek olanaksız olduğundan, hizmet veren-hizmet alan ilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır. Ancak, tıp hizmetini sunanlar üzerindeki kontrol süreci hastanın memnun kalmasını sağlayacak davranış biçimini geliştirmektedir. Toplumun kültür ve eğitim düzeyinin artması, sigorta şirketlerinin denetimi, rekabet gibi konular ahlaki sosyal standartların yanında hizmet sektöründeki tüketici doyumunu olumlu yönde etkileyen unsurlardır (Odabaşı, 1994: 29).

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

- **Dış etkenler:** Salgın hastalık durumlarında, hasta ya da hastaların tedavisi 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 hizmetleri,

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

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

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

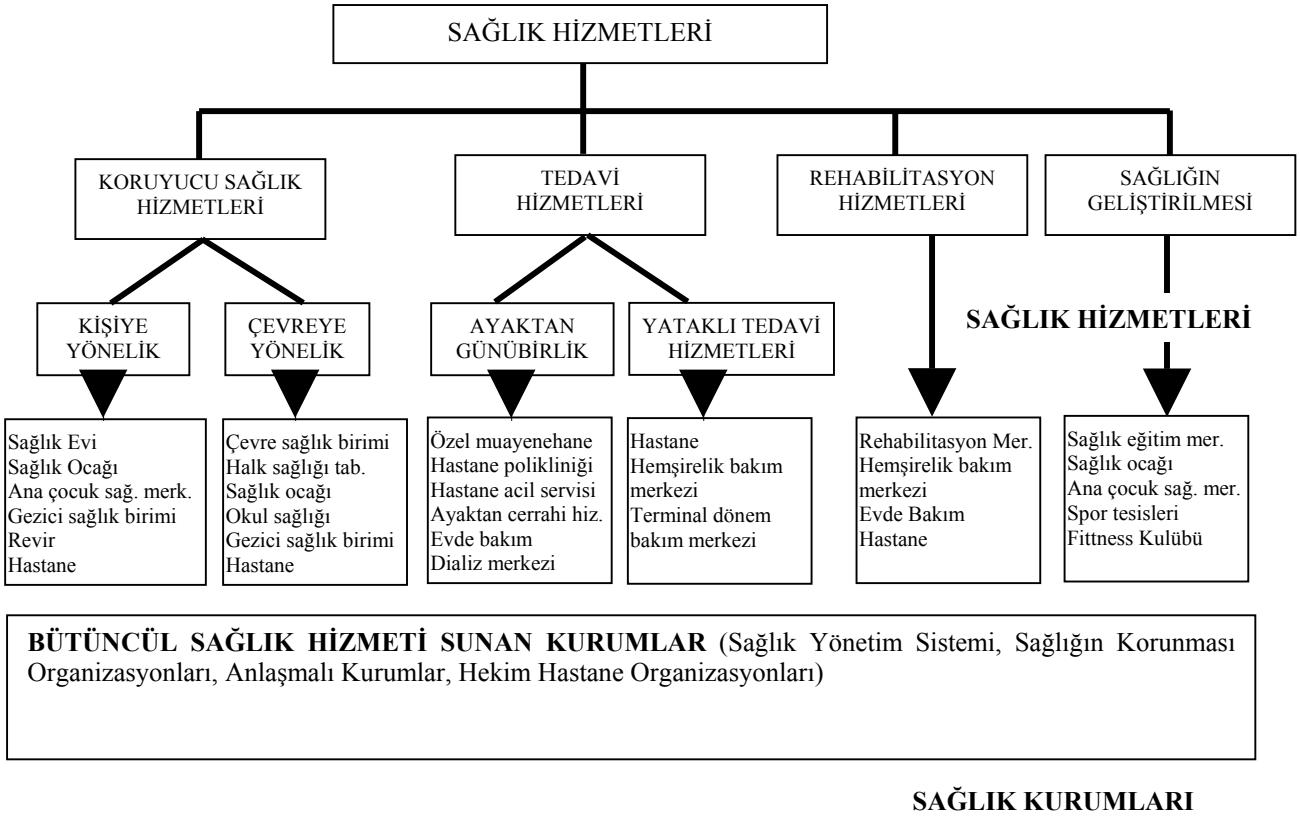
Bir toplumdaki sağlık göstergeleri, özellikle insan mutluluğunun ana kaynağını teşkil eden sağlıklı olma halini yansıtan temel göstergelerdir. Bu yönü ile, bireylerin sağlıklarını korumak ve toplumların sağlık statülerini geliştirmek önemli bir devlet görevi olarak hükümetleri ilgilendirdiği gibi, fertlerin sağlık hizmetlerine olan taleplerinin giderek artması tüm dünyada sağlık piyasalarının gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 13-14). Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Soysal, Kenanoğlu, Emre, Hameşoğlu, 1993: 71):

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

Sağlık hizmetlerinde amaç; hastaya mümkün olan en kısa sürede, ulaşılabilecek uygun bir fiyat seviyesinde, güleryüzlü ve şefkatli, alternatif tedavi yöntemlerini de kendisine sunarak bilgilendirici tarzda, tıbbi etik ve deontoloji ilkeleri çerçevesinde, eldeki olanaklar ölçüsünde medikal anlamda en iyi hizmeti sunmaktır (Özgirin ve Taş, 1996: 34).

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sınıflandırılabilir. Bu hizmetleri ve bu hizmetleri veren kurumların sınıflandırılması aşağıdaki şekildeki gibi gösterilebilir.



Şekil 8. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması

Kaynak: Kavuncubaşı, Ş. (2000): Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi: Ankara, s.35.

Sağlık kuruluşları, hizmet sunumunda kalite ve verimliliği yükseltmek, rekabetin olumsuz etkilerinden kaçınmak, rekabette üstünlük sağlamak, daha iyi hizmet sunmak, dış çevre ve politik çevreyi etkileme potansiyelini arttırmak için diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içerisine girebilmektedirler. Sağlık kurumları arasındaki bu işbirliği ve bütünleşme, bütüncül (entegre) sağlık hizmeti veren kuruluşların ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Örneğin bir hastane, hasta potansiyelini yükseltmek, yatak kapasitesi ve teknik olanaklarının daha verimli kullanılması için özel hekimlerle, sağlık ocaklarıyla veya hemşirelik bakım merkezleriyle işbirliği yapabilmektedir. Bu işbirliği, yatay ve dikey bütünleşme şeklinde olabilir. Yatay bütünleşmede, iki hastanenin işbirliği yapması gibi benzer sağlık kurumları işbirliği yapar. Dikey bütünleşmede ise, bir hastane ve laboratuarın işbirliği yapması gibi farklı sağlık kurumlarının işbirliğine girmesidir (Kavuncubaşı, 2000:34).

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Günümüzde koruyucu tıp hizmetleri, hızla gelişmektedir. Sağlık hizmetinin amacı hastalığın önlenmesini sağlamaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri, çevre sağlık koşullarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme koşullarının geliştirilmesi ve aile planlaması gibi konuları içermektedir. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bu hizmetlere, 1963 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Yasa'yla yürürlüğe giren sosyalleştirme programında büyük önem verilmiştir (Soysal vd., 1993:57-74).

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

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

Koruyucu sağlık hizmetleri iki grupta incelenmektedir (Yerebakan, 2000: 19-20; Öztürk, 2000a: 144; Hayran ve Sur, 1998: 18;).

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

2. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü, konut sağlığı, iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü, haşere gibi zararlı canlılarla mücadele, gürültü kirliliğinin kontrolü, radyolojik zararlıların kontrolü gibi hizmetlerdir. Bu hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz yönde etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini engelleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetler çevre sağlığı hizmetleri adını alır ve bu konuda eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlık teknisyeni gibi meslek mensupları tarafından verilir (Kavuncubaşı, 2000: 36; Fişek, 1983:5).

Sağlığı koruyucu önlemler üç düzeyde ele alınmaktadır.

Primer Koruma: Kişi ya da toplum düzeyinde sağlığın geliştirilmesi amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi halde olmak amacıyla gerekli önlemlerin alınmasıdır (Yerebakan, 2000: 19; Öztürk, 2000a: 144; Hayran ve Sur, 1998: 17).

Sekonder Koruma: Sağlığın bozulma ihtimali karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişi ve toplum düzeyinde alınmasıdır (Yerebakan, 2000: 19; Öztürk, 2000a: 144 Hayran ve Sur; 1998: 17).

Tersiyer Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın bu duruma uyumunun sağlanması ve yaşam kalitesinin arttırılması için önlemlerin alınmasıdır. Rehabilite edici hizmetlerin alanına da girdiği söylenebilir (Yerebakan, 2000: 19; Öztürk, 2000a: 144; Hayran ve Sur, 1998: 17).

2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

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

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel gayeler ön plandadır. Bu tip hizmetlerde, hizmeti kullanan kişi hizmetten doğrudan yararlanmaktadır. Ancak, hastanın yatırılıp tedavi altına alınması hastalığın toplumun diğer fertlerine bulaşma ihtimalini azalttığı ölçüde dışsal fayda sağlar. Ağır ruh hastalarının gözlem ve tedavi altına alınması da aynı şekilde dışsal fayda sağlar. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden birisi de, serbest piyasa şartları

bakımından cazip oluşudur ve bu özelliği dolayısıyla sadece kamu kurumu tarafından değil özel müteşebbisler tarafından da sunulmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 90-91).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta olmaları önlenemeyen bireylerin eski sağlık düzeylerine ulaşmaları amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler hekim sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla verilir (Kavuncubaşı, 2000: 39). Devlet bu tedavi hizmetini ülke insanının ulaşabileceği her yere götürmekte, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik durumu kötü olan kişilere doğrudan veya sosyal yardım kuruluşları desteği ile ücretsiz tedavi hizmeti sunulmaktadır (Kızılçelik, 1996:130).

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

Tedavi edici sağlık hizmeti sunan kurumlar, günübirlik (ayaktan) tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki grupta toplanabilir. Ayakta tedavi ya da günübirlik tedavi hizmetleri, hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsar (Kavuncubaşı, 2000: 39). Tedavi edici sağlık hizmetleri hizmet kapsamı ve yoğunluğu esas alınarak sınıflandırılabilir. Bu sınıflamaya göre tedavi hizmetleri aşağıda açıklanacaktır.

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 20; Öztürk, 2000a: 145; Hayran ve Sur, 1998: 18).

Türkiye sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Sosyalizasyon sistemi kırsal kesimlerde daha etkin olmak üzere bütün ülkeyi kapsamaktadır. Sağlık hizmet sunumu, sağlık evinde çalışan bir ebeden başlayarak doktorun çalıştığı sağlık ocakları (1. basamak sağlık hizmetleri) ve yataklı tedavi hizmetleri (2. basamak sağlık hizmetleri) şeklinde örgütlenmiştir. Başta Çalışma ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmak üzere birçok Bakanlık, 1. ve 2. basamak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara sahiptir. Özel kuruluşlar olarak doktor muayenehaneleri, doktor grupları ve özel hastaneler, sağlık hizmeti vermektedirler. Devlet memurları, işçiler, serbest çalışanlar, emekliler, Savunma Bakanlığı görevlileri ve silah altında olanlar, sağlık güvence şemsiyesi altında bulunurken çoğunluğu tarım sektöründe çalışanlar ve yakınları sağlık güvencesinden mahrumdurlar. Tüm ülke nüfusunun sağlık güvencesi altına alınması için bir sağlık reformu kanun tasarısı TBMM'ne verilmiştir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti veren poliklinik, dispanser, sağlık evi ve ocakları halktan beklenen ilgiyi görmemektedirler. Her türlü sağlık ihtiyaçları için hastaneler tercih edilmektedir. Bunun düzeltilmesi gerekir (Çoruh, 1995: 24).

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

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

2.4.3. Rehabilite Edici Hizmetler

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

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

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

2.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini hedef alır. Günümüzde birçok hastalığın kaynağında kişilerin yaşam tarzları, alışkanlıkları vardır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri geniş kapsamlıdır ve sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi, dar kapsamlıdır, birey ve grupları hedef alarak; halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinç düzeyinin yükseltilmesine yöneliktir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise, bireylerin ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeyi, çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal

yapıyı değiştirmeyi hedefler. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda olmayıp, ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarının da görevleri vardır (Kavuncubaşı, 2000: 46). Sağlık hizmetlerinin gelişimini ve gelecekteki durumunu öngörebilmek için "koruyucu sağlık hizmetleri" kavramı ile "tedavi edici sağlık hizmetleri" kavramı arasındaki farkın iyi vurgulanması gerekir.

Tedavi edici hizmetler, genelde koruyucu hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçları düzeltmek amacıyla düzenlenen hizmetlerdir. Yani, eğer toplumdaki bireylerin sağlıkları temiz içme suyu sağlanması, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, beslenme durumunun düzeltilmesi, sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi gibi önlemlerle korunamıyor ise ortaya sağlık sorunları ve hastalıklar çıkacak, sağlık kuruluşları bunların tedavisi ile uğraşacaktır. Genellikle tüm toplumlarda sağlık hizmetleri kavramının tedavi edici hizmetler kavramı ile eşanlamda kullanılmasının altında yatan anlayış budur (Hayran ve Sur, 1998: 19).

Temel sağlık hizmetleri kentsel ve kırsal kesimlere eşit şekilde sunulamamaktadır. Kırsal kesimlerde temel sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz yönde etkileyen mesafe, sağlık kuruluşlarının ve sağlık insangücünün yetersizliği gibi birtakım faktörlerin yanı sıra devlet tarafından kırsal kesimlere sunulan temel sağlık hizmetlerinin çeşitliliğinin kentsel kesimlere göre az olması da önemli bir etmendir. Toplumumuzun kırsal kesimlerine sunulan temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri iken kentsel kesimlere yönelik temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin dışında tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir (Kızılçelik, 1996:131).

2.5. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunulması

Ülkemizde sağlık hizmetleri kamu hastaneleri, özel hastaneler, yerel yönetimlere ait hastaneler, bazı sivil toplum kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlar, farklı bakanlıkların

değişik kuruluşları ve azınlıklara ait bazı sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır (Öztürk, 2000a:151).

2.5.1. Kamu Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek, Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasındadır. Bu nedenle devlete doğrudan bağlı hastaneler, Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı bünyelerinde kurulan hastanelerdir (Sosysal vd., 1993:70). Sağlık hizmetlerini sunan başlıca kamu kurum ve kuruluşları (Öztürk, 2000a:151):

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

Ülkemiz sağlık hizmetlerinin %95'i kamu kurumları (Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Savunma Bakanlığı, Üniversite Tıp Fakülteleri, Belediyeler ve diğer bazı bakanlıklar) tarafından karşılanmaktadır. Hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu üst yöneticiler mesleki uygulamalarının yanında ek bir görev olarak yer alan idari faaliyetleri de yürüten başhekimlerdir. İdari hiyerarşi tepeden tabana dikey bir otorite kullanımı yapısındadır. Yürürlükte olan sağlıkla ilgili kanun ve yönetmeliklerin büyük bir kısmı yarım asır geriye dayanmaktadır. Denetim mekanizmaları değişik kaynaklardan gelen şikayetlerin incelemeye alınması ve teftişlerle yürütülmektedir. İstatistiki veriler kurum karar organının talebi doğrultusunda bilgiye dönüştürülmeden üst yönetime aktarılmaktadır. Kırsal kesimde yer alan sağlık kuruluşunun kadrolaşma veya donanım yenilikleri merkezi karar organının tercihine göre yapılmaktadır. Personel hizmeti için eğitim programları genelde statik yapısını korumaktadır. Yapılan bilimsel araştırmalar sağlık kurumlarında görevli personelde (iç müşteri) iş tatminsizliğinin yaygın olduğunu göstermektedir. Sağlık harcamalarında maliyet/etkililik çerçevesi detaylı olarak ele alınmamaktadır. Çok defa kaliteli sağlık hizmet sunumu, en son teknolojik teşhis, tetkik, tedavi araçlarına sahip olmakla eşdeğer görülmektedir. Sağlık

sisteminin iyileştirilmesi planları sağlığı ilgilendiren reform kanunlarının çıkarılmasına bağlanmıştır (Çoruh, 1997:5).

2.5.2. Özel Kesim Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

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

- Hastaneler

a- Genel Amaçlı Hastaneler

b- Özel Amaçlı Hastaneler

- Poliklinikler
- Laboratuarlar

a- Biokimya Laboratuarları

b- Patoloji Laboratuarları

c- Nükleer Tıp Laboratuarları

- Görüntüleme Merkezleri

a- 1. Kuşak Görüntüleme Merkezleri

b- 2. Kuşak Görüntüleme Merkezleri

c- 3. Kuşak Görüntüleme Merkezleri

- Muayenehaneler

2.5.3. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

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

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

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

2.5.4. Yerel Yönetimler Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

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

BÖLÜM III: SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

Sağlık hizmetlerinin pazarlanması konusu 1970'li yılların ikinci yarısında ortaya atılan bir kavramdır. Sağlık hizmetleri endüstrisi, son 50 sene boyunca ciddi biçimde ilerlemiş bulunmaktadır. Buna rağmen 10 sene öncesine kadar, bireysel doktorlar kadar sağlık işletmeleri de, hizmetlerin pazarlanması gereğinin farkına tam olarak varamamıştır. Hizmetlerin pazarlanması, sağlık sektörü için yeni bir kavram olmakla beraber, önemini korumaya ve arttırmaya devam edecektir (Corbin, Kelley ve Schwartz, 2001: 7).

Tüm uluslarca bireylerine doğuştan elde edinilen bir hak olan sağlık ile ilgili hizmetleri üreten hastanelerde pazarlama kavramı başta denk düşmeyen bir kavram olarak algılanabilir. Ancak sağlık hizmetlerini üreten hastaneler ister kar amacı gütsün isterse de gütmesinler, farkında olmadan pazarlama veya sosyal pazarlama alanına girebilecek faaliyetlerini kendiliğinden yerine getirmektedirler. Örneğin, hizmetlerin tanıtımı, hasta ve yakınlarının hafızalarında kaliteli sağlık bakım hizmetleri imajı yaratmak, yeni bir hizmetin sunumuna yönelik talep araştırmaları gibi (Şahin, 2002: 19).

Geleceğe bakıldığında günümüzde faaliyet gösteren ve daha da büyümesi beklenen sağlık hizmetleri; doktorluk, diş hekimliği, hemşirelik ve hasta bakıcılığı, hastane hizmetleri, tıbbi laboratuarlar, diyaliz merkezleri, ayakta tedavi merkezleri ve evde bakım hizmetleridir (Hoffman ve Bateson, 1997:54).

Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesine ve yaygın biçimde kullanılmasına neden olan gelişmeler; artan maliyetlerin baskısı, sağlık hizmeti tüketicilerinin ihtiyaçlarının arttığının kabul edilmesi, özel sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak artışı, 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 şeklinde özetlenebilir. Bu gelişmeler sonucunda, sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamaları önemli ve vazgeçilmez bir konuma gelmiştir. Sağlık hizmetleri 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" (Odabaşı, 1994: 30).

Pazarlama, sağlık hizmetleri sektörü için önemli, fakat nispeten yeni bir kavramdır. Kenneth, Henson, Crow, Hartman (2005), sağlık hizmeti pazarlamacılarının sekiz ana pazarlama görevini aşağıdaki tablodaki gibi oluşturmuşlardır.

Tablo 1. Sekiz Ana Pazarlama Görevi

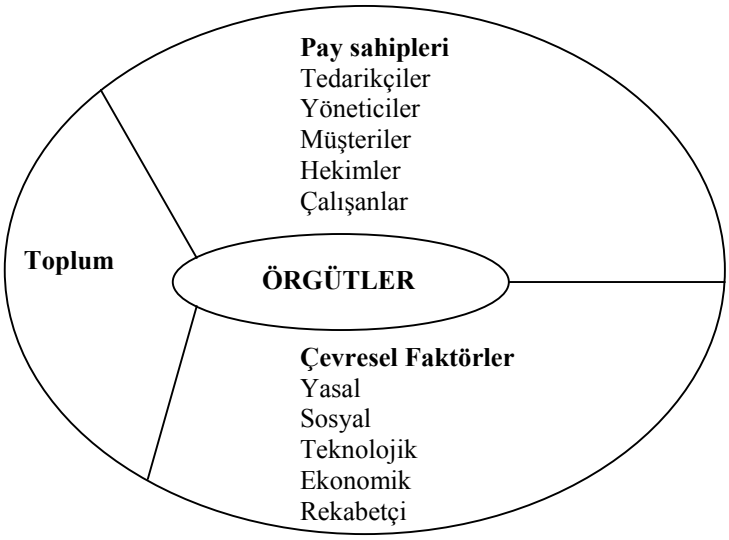
1. İş çevresini yasal, teknolojik, demografik, ve toplumsal açılardan taramak.
2. Rekabetçi pazarların temellerini anlamak.
3. Müşteri karar alma sürecini, ona olan etkileri ve diğer satın alıcı davranışlarını anlamak.
4. Pazarı farklı müşteri tiplerine göre bölümlere ayırmak, farklı pazar bölümlerini hedefleyen farklı ürün ve hizmetler üretmek.
5. Hangi ürün ve hizmetlerin sunulacağına ve bunların nasıl geliştirileceğine karar vermek.
6. Ürün ve hizmetlerin fiyatlarını belirlemek, diğer pay sahipleriyle (SSK, Emekli Sandığı, Bağ Kur ve benzeri kurumlar) pazarlık etmek.
7. Müşteriler ve potansiyel müşterilerle iletişim kurmak ve sürdürmek.
8. Ürün ve hizmetlerin dağıtımı için diğer organizasyonlarla ilişkileri geliştirmek.

Kaynak: Kennett, P.A.; Henson, S.W.; Crow, S.M.;. Hartman, S.J. (2005): "Key Tasks in Healthcare Marketing: Assessing Importance and Current Level of Knowledge", Journal of Health and Human Services Administration, Vol:27, No:3/4, Winter 2004/Spring 2005, p.417.

Sağlık hizmetinin pazarlanmasındaki zorluk, sağlık hizmetinin çok nadiren arzulanır bir ürün olarak tanımlanmasındandır. Hastane deneyimine ilişkin olumsuz duygular (ağrı, rahatsızlık ve kaygı) vardır ve bu sebeple satılması zordur. Sağlık hizmeti pazarlamacılarının odak noktaları hastalık değil, sundukları sağlık hizmetinin faydaları olmalıdır. Sağlık hizmetleri işletmeleri, tüketicinin uzun dönemdeki sağlığı ve yaşam kalitesinde yaptıkları değişiklikleri izlemelidirler. Sağlık hizmetinin tüketicinin hayatında yaptığı uzun vadeli değişiklikler hakkında bilgi sahibi olunabilmesi için

tedavi sonrası birkaç aylık bir takip süresi gereklidir. Tüketicilere sunulan sağlık hizmetinin faydalarının anlatılması, sadece gelecekteki viziteler için yardımcı olmakla kalmaz, ayrıca ilişkiler geliştirmek için de temel teşkil edebilir. Her sağlık hizmeti tüketicisi, yatırıma önemli bir getiri veren ve hayat boyu süren bir değere sahiptir (Wolf, 2001: 13).

Sağlık kurumları pazarlama sürecinde toplum, pay sahipleri ve çevresel faktörleri dikkate almak zorundadırlar (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 119).



Şekil 9. Sağlık Kurumlarının Pazarlama Sürecini Etkileyen Faktörler

Kaynak: Malhan, S.; Özgülbaş, N. (1999): "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Bir Örnek Hastane", II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 15-16 Mayıs 1999, Ankara.

Yasal Faktörler: Tüm sağlık kuruluşları geleceğe yönelik planlarında devlet tarafından belirlenmiş hedefleri dikkate almak ve mevzuattaki değişiklikleri yakından takip etmek zorundadır (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 120).

Teknolojik Faktörler: Günümüzde sağlık sektörünün büyümesi ve pazarlamada uzmanlaşmanın yoğunlaşması, sağlık hizmetlerinin pazarlanmasını ayrı bir uzmanlık dalı haline getirmiştir. Bunda, özellikle sağlık hizmetleri teknolojisindeki ilerlemelerin

büyük rolü vardır (Welch ve Kleiner, 1995:32). Teknoloji geliştikçe, sağlık hizmetleri daha çabuk, güvenilir bir biçimde arz edilebilmektedir. Örneğin, kardiyolojik teşhiste kullanılan birçok tıbbi gereç eskiden sadece sınırlı sayıda hastanede mevcutken bugün birçok özel klinikte vardır. Ancak, hızla gelişen ve değişen tıp teknolojisi bir yandan teşhis ve tedavinin kalitesini yükseltirken, diğer yandan da bu malzemelerin yaşam süresini kısaltmakta, sağlık kuruluşlarını sürekli yeni yatırımlar yapmaya zorlamakta, bu da teşhis ve tedavi giderlerini yükseltmektedir (Karafakioğlu, 1998: 45).

Ekonomik Faktörler: Toplumdaki gelir dağılımının değişimi, mali koşulların değişimi yatırım yapacak sağlık kuruluşlarının planlarını etkileyecektir (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 120).

Rekabetçi Çevre: Rekabet ortamında varlığını sürdürmek isteyen işletmenin yapması gereken, rakipleri yakından izlemek, güçlü ve zayıf yönlerini saptayarak, buna göre gerçekçi ve etkili pazarlama politikaları belirlemektir. Rakipler karşısında üstünlük kazanabilmek için onların henüz tam olarak karşılayamadığı ihtiyaçları belirleyip pazara sunmak başka bir ifade ile boşlukları yakalamak gerekir. Bunun gerçekleştirilmesi halinde işletme kendini rakiplerinden farklılaştırmış olur. Rekabet ortamında başarılı olabilmenin ilk kuralı, pazarda rakiplerden farklı bir konuma, başka bir ifade ile rakiplerden üstün bir imaja sahip olmaktır (Karafakioğlu, 1998: 40-41).

Devitt (1992:9) hastane yöneticilerinin pazarlamayı benimsemelerini Tablo 2'de gösterilen dört evre halinde karakterize etmiş ve her bir evredeki pazarlama çabasının etkide bulunması için belirli bir zamana gerek olduğu sonucuna varmıştır (Tengilimoğlu, 1997: 23).

Tablo 2. Hastanelerin Pazarlamayı Benimsemesinde Dört Aşama

	Üretim Uyumu		Pazar Uyumu	
	1. AŞAMA **İçe Dönük**	**2. AŞAMA** **Tanıtımsal Pazarlama**	**3. AŞAMA** **Bütünleştirilmiş Taktik Pazarlama**	**4.AŞAMA** **Dışa Dönük**
Açıklama	Pazarlama ihtiyacının farkında olmama; yalnız içe dönük değerlendirmelerle belirlenen dış çevre ile ilişki	Tanıtıma olan ihtiyacın farkında olma; hastaneyi kendi ifadeleriyle çevresine tanıtmakta kullanılan halkla ilişkiler	Pazarlamanın potansiyelinin sınırlı olarak farkında olma; stratejik kısıtlamalarla sınırlandırılmış taktik pazarlama karması faaliyetleri yolu ile kısıtlı müşteri tatmini	Pazarlamanın potansiyelinin tam farkında olma; tam bütünleştirilmiş stratejik taktik pazarlana çabaları yolu ile azami müşteri tatmini
Pazarlama araştırması	Yok	Fırsat buldukça yapılan imaj çalışmaları, hasta orijini çalışmaları, hasta tatmin araştırmaları,	Kısıtlı pazarlama bilgi sistemleri, alıcı davranış çalışmaları, hekim araştırmaları, imaj çalışmaları, hasta orijini çalışmaları, hasta tatmin araştırmaları,	Tam pazarlama bilgi sistemi, bölümlendirme çalışmaları, alıcı davranış çalışmaları, hekim araştırmaları, imaj çalışmaları, hasta tatmin çalışmaları
Pazarlama karar vericileri	Üst düzey yönetici üst düzey finans yöneticisi	Halkla ilişkiler yöneticisi, üst düzey yönetici, üst düzey finans yöneticisi	Üst düzey pazarlama yöneticisi üst düzey yönetici, üst düzey finans yöneticisi	Üst düzey pazarlama yöneticisi
Pazarlama sorumluluğun doğası	Bilgilendirilmemiş stratejik ve taktik kararlar	Bilgilendirilmemiş Stratejik ve taktik kararlar (Tanıtım hariç)	Bilgilendirilmemiş stratejik pazarlama kararları ve bilgilendirilmiş taktik kararlar	Tam bilgilendirilmiş stratejik ve taktik kararlar

Kaynak: Tengilimoğlu, D. "2000'li Yıllarda Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", Modern Hastane Yönetimi, Yıl: 1, Sayı: 3, Kasım 1997, s. 24.

Birinci ve ikinci aşamadaki hastane yöneticileri hastane ihtiyaçlarını ön planda tutmakta ve "hastane için en iyi olan, hastalar için de en iyisidir ve yöneticiler hastane için neyin en iyi olduğunu belirleyebilir" şeklinde bir pazarlama anlayışına sahipken, pazarlama halkla ilişkiler ve promosyonla eş anlamlı olarak değerlendirilirken, üçüncü ve dördüncü aşamalardaki yöneticilerin hasta (müşteri) odaklı pazarlama anlayışına sahip oldukları görülmektedir. Ülkemizde birkaç özel hastane dışında böyle bir anlayış henüz gelişmemiştir. Hastaneler hala birinci ve ikinci aşama pazarlama evresinde bulunmaktadırlar (Tengilimoğlu, 1997: 23).

3.1. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Önemi

Sağlık hizmetlerinin pazarlanması, hizmet pazarlaması anlayışının yaygın biçimde kullanılmaya başlamasıyla aynı zamanda gündeme gelmiştir. Hizmet işletmeleri, büyüklük ve ülke ekonomisi için önem bakımından üretim işletmelerini geride bırakmış bulunmaktadırlar (Corbin vd., 2001: 1).

Sağlık hizmetleri endüstrisinin dinamik yapısından dolayı, sağlık hizmetleri yönetim sınıfının başarılı olabilmek için sürekli bir eğitim ve beceri gelişimine ihtiyaç duyduğu genel kabul görmektedir. Bu sürekli eğitim; muhasebe ve finansal yönetim, operasyon ve kalite yönetimi, organizasyonel (örgütsel) davranış ve insan kaynakları yönetimi gibi bütün sağlık hizmeti konuları için gerekli olup, sadece bunlarla sınırlı da değildir. Sağlık hizmetleri işletmelerinin çoğunun kullanmakta olduğu yaklaşımların, benzer diğer rekabetçi endüstrilerdeki işletmelerin yaklaşımlarından geri kaldığı oldukça açıktır. Sağlık hizmetleri organizasyonlarında ciddi organizasyonel açıklar bulunmuştur.

Bu açıklar, diğer endüstrilerde de olmasına rağmen, sağlık hizmetleri endüstrisi için, birkaç sebepten dolayı kaygı vericidir. İlki; Birleşik Devletler'de sağlık hizmetleri gelirleri 1.2 katrilyon dolar olarak, sağlık hizmetleri sektörünü en büyük sektör arasına koyar. İkincisi; sağlık hizmetleri sektörü, diğer sektörlere göre çok daha büyük çevresel zorluklarla karşı karşıya kalır. Hem teknolojik hem de yasal değişiklikler, bu sektör üzerinde genellikle radikal değişimler gerektiren etkilere sahiptir. Son olarak; sağlık

hizmetleri sektörünün yönetim sınıfı, yaşam kalitesi gibi konuları alt sınır karları ile dengelemek durumundadır ki, diğer sektörlerdeki yöneticilerin böyle mecburiyetleri yoktur. Sonuç olarak, yönetim alanındaki açıklar, sağlık hizmetleri sektörünün başarısı için yıkıcı etkilere sahip olabilirler. İnsan kaynakları yönetimi gibi içsel fonksiyonlardaki sürekli eğitim gereği belgelenmiş durumdadır. Fakat, pazarlama gibi dışsal fonksiyonlar, sağlık hizmetleri sektöründe başarı için eşit derecede öneme sahiptir. Smith, Vorderer vd. (1988), pazarlama becerilerinin sağlık hizmetleri alanındaki liderler için ana araçlardan biri olmaya devam edeceğini ifade etmişlerdir (Kenneth vd., 2005: 414-416).

Sağlık hizmetlerinin pazarlanması, doktorlar ve farklı büyüklükteki sağlık işletmelerinin finansal başarısı için önemlidir. Geçmişte sağlık hizmetleri sunanlar tarafından reklam vermekle bir tutulan pazarlama, reklam yapmaktan, hasta ihtiyaçlarına anlayışlı bir yaklaşıma dönüşmüştür. Günümüzde hastalar, kendilerini pek çok kaynaktan eğitmekte, teknik ve fonksiyonel ihtiyaçlarının hem klinik hem de hizmet açısından karşılanmasını talep etmektedirler. Özel klinikler ve büyük sağlık hizmeti işletmeleri bu yeni hasta tavrını kavramalı ve hizmetleri tüketicilerin arzu ettiği şekilde sunmalıdır. Memnun hastalar, sadık müşterilere dönüşür. Böylelikle, kendi sağlık hizmeti deneyimleri ve seçtikleri sağlık hizmeti işletmesinin bütünsel başarısında olumlu katılımcılar haline gelirler (Corbin vd., 2001: 2).

Günümüzde sağlık kuruluşları genellikle tıbbi bakım kalitesine, inceliğine ve teknolojisine odaklanmış, tıbbi bakım vermelerinden dolayı hasta tatminsizliği ve rahatsızlığını gözardı etmektedirler. Halbuki yöneticiler ve sağlık personeli verecekleri kararlarda tüketici ihtiyaçları, istekleri ve toplumun menfaatlerini hesaba katmayı kendi sorumlulukları olarak görmelidirler. Toplumun ihtiyaçlarını ve tutumlarını dikkate almaksızın sağlık programları tasarlayan hastaneler hayal kırıklığına uğrayabilirler. Bütün bunların yanısıra hastanelerin sosyal boyutunun olması bu kuruluşların sunduğu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde ve bu hizmetlerin istenilen sonucu yaratmasında "sosyal pazarlama" yaklaşımının önemli bir rol oynamasını gerekli kılmaktadır (Tengilimoğlu, 1997: 25).

Sağlık hizmetleri alanında pazarlama kavramının gelişmesiyle, tüketicileri tatmine yönelik faaliyetlerle sağlık hizmetleri kaynakları geliştirilmeye çalışılacaktır. Bu durumda her bir sağlık kuruluşu söz konusu kaynaklar konusunda da rekabete girişecek ve bu konuda pazarlama faaliyetlerinden yararlanacaklardır. Her bir sağlık kuruluşunun fiyatlandırma, tutundurma, dağıtım ve mamul geliştirme gibi birtakım pazarlamaya ait fonksiyonları zaten gerçekleştirdikleri gözönüne alınırsa pazarlama bu kararların bilimsel temele dayandırılarak alınmasını sağlayacak ve bu sayede verimlilik artacaktır (Harcar, 1991: 40).

3.2. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin pazarlamasında pazarlamanın diğer uygulama alanlarına göre gerek hizmet sektörünün kendine has özelliklerinden ve gerekse sağlık konusunun hassasiyetinden kaynaklanan birtakım farklı özellikler sözkonusudur. Bu özellikler aşağıda açıklanacaktır.

a- Pazarlama kavramının temelinde yatan mal ve hizmetlerin değiş tokuşu çoğu kez karşılıklı olarak iki tarafın isteği ile gerçekleşmesine rağmen sağlık hizmetleri konusunda bazen 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 (Harcar, 1991: 39). Sağlık hizmetlerinde değişim ilişkisi genellikle hükümet ve yasa koyucular tarafından belirlenir. Yeni bir düzenleme ile karlı olan bir kuruluş birdenbire kar edemez duruma düşebilmektedir (Odabaşı, 1994:30-31).

b- 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 (Harcar, 1991: 39).

c- Sağlık hizmetlerinin tüketicileri olan hastalar sağlık hizmeti olarak tıbbi müdahale konu edildiğinde mamul veya hizmet olarak bu hizmeti veren doktorları, hastane veya bakım evleri sözkonusu olduğunda da hemşireleri, hasta bakıcılarını, 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 mamul, fiyat, dağıtım ve tutundurmanın yanı sıra beşinci P olarak kişiler girmektedir (Harcar, 1991: 39). Sunulan sağlık hizmeti çok iyi eğitilmiş uzman kişiler tarafından sunulmaktadır. Doktorlar, hemşireler, hasta bakıcıları ve yöneticiler hep birlikte en iyi hizmeti sunmaya çalışırlar. Bu nedenle, tüketicinin gözünde hizmetin kendisinden çok hizmeti sunanlar önem kazanmaktadır (Odabaşı, 1994: 31).

d- 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 (Harcar, 1991: 39).

e- 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 (Harcar, 1991: 39).

f- 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 (Harcar, 1991: 39).

g- Tıp bu konuda tüketici davranışlarındaki değişmeler içinde tüketicilerin söz sahibi olmadığı bir satıcılar pazarı özelliğini taşımaktadır. Tüketicinin yalnızca tek bir karar alması sözkonusudur o da bir doktora görünmektir, bunun dışında hastaneler veya

hekimler tüketicinin hangi hizmetleri satın almaları gerektiğini tüketiciye adeta emretmektedir (Harcar, 1991: 39).

h- 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 kavuşturabilir misiniz?" şeklinde bir teklifte bulunması olağandışı bir durumdur. Ayrıca hekimlerin uyguladıkları fiyatları reklam etmeleri günümüzde dahi çeşitli kesimlerde mesleğin geleneklerine aykırı olarak düşünülmektedir. Bu bakımdan çoğu zaman hastalar sağlık hizmetini veren hekimlerin uyguladıkları fiyatlardan dahi habersiz olabilirler (Harcar, 1991: 39).

i- Pazarlama konusunda dağıtım ile ilgili olarak çoğu kez fiziksel dağıtım, dağıtım kanalları ve bu kanalların üyesi durumunda olan perakendeci ve toptancıların faaliyetleri konu edilmektedir. Ancak diğer hizmet konularında olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da dağıtım kavramına ilaç ve tıbbi araç gereç ve malzemenin dağıtımı gibi konular haricinde bu açıdan bakılmamaktadır. Fiziksel malların dağıtımında sorun üretilen malın tüketicilere ne şekilde ulaştırılacağının belirlenmesidir. Oysa sağlık hizmetleri konusunda dağıtım daha ziyade tüketicinin verilen servise nasıl ulaştırılacağı şeklinde ortaya çıkmaktadır (Harcar, 1991: 39).

j- Sunulan hizmetin kalitesini kesin olarak ölçmek olanaksızdır. Verilen ilacın nasıl bir etkide bulunduğu, anestezide kullanılan tekniğin ne gibi sonuçlar getirdiği ya da ameliyat sonrası bakım hizmetinin kalitesi konusunda kesin ölçme ve denetleme yapmak oldukça zordur (Odabaşı, 1994: 31).

Bir hizmetin farklı satıcıları arasında standardizasyonu genellikle imkansızdır. Hatta, bir hizmeti, tek bir hizmet sağlayıcı içinde standardize etmek bile çok zordur. Sağlık hizmetleri, hizmet sektöründeki standardizasyon eksikliğinin örneği olarak sıklıkla gösterilir. Ancak bu, Toronto Shouldice Hospital gibi tek tip hasta –herni (fıtık) ameliyatı olacak olanlar- kabul eden kuruluşlar için söylenemez. Shouldice, kalp problemleri bulunan, aşırı kilolu ve son bir sene içinde herhangi bir ameliyat geçirmiş

olan herni hastalarını bile geri çevirir. Kabul ettiklerine ise, çok standart bir tedavi uygular. Shouldice cerrahları, kendilerini son derece verimli hale getiren prosedür içinde çok sayıda herni ameliyatı gerçekleştirirler. Hastalar da, başka yerlerde 5-10 gün olan nekahat dönemine nazaran çok kısa olan yarım ile 1 günlük bir nekahat döneminde kendi bakımlarını uygularlar. Mesela, hastalar, ameliyat bölgelerini kendileri traş ederler, ameliyathaneye kendileri yürür ve ameliyat sonrasında odalarına kendileri dönerler. Yemekler, merkezi bir yemek salonunda verilir. Bütün gayretler, hastaların herni ameliyatından iyileşme süreçlerini destekleyecek yöndedir (Boone ve Kurtz: 1992: 372).

Günümüzde birçok sağlık kuruluşu pazarlama fırsatlarıyla olduğu kadar pazarlama problemleri ile de karşılaşmaktadır. Bu hastanenin mülkiyet yapısına (kamu, özel), büyüklüğüne ve hizmet türüne (genel, özel dal, araştırma vb.), yerleşim konumu veya hizmet bölgesine (kırsal, kentsel, metropol) ve bölgedeki hastane sayısına, sahip olduğu pazar payına göre değişmektedir. Sağlık kuruluşları genellikle yakın kamu gözetimine maruz kalırlar. Çünkü bu kuruluşlar ihtiyaç duyulan kamu hizmetlerini verirken kamudan destek görürler, genellikle vergiden muaftırlar ve bir şekilde yasal düzenlemeye tabi tutulurlar. Yasa düzenleme organları sağlık kuruluşlarının pazarlama stratejileri seçmelerini kısıtlamaktadır. Sağlık kuruluşları genellikle kendi ürün hattı veya hizmet politikalarını belirleyemezler. Bazı durumlarda onlara emredilir. Örneğin; belirli fiyatla hizmet vermeleri, belirli hasta türüne hizmet etmeleri şart koşulur. Sağlık hizmetleri pazarlamasında görülen temel problemlerin nedenlerinden birisi de hasta talebinde görülen zaman ve miktar belirsizlikleri ve dalgalanmalardır. Örneğin; kış sezonunda hastanelerde talep yoğunluğu görülürken, hafta içi akşamları, hafta sonlarında ve yaz aylarında talepte düşüşler görülmektedir (Tengilimoğlu, 1997:23-24).

3.3. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Yöneltilen Eleştiriler

Sağlık hizmetleri pazarlamasına yöneltilen eleştiriler aşağıdaki başlıklar halinde ele alınacaktır.

Pazarlama Kıt Kaynakların Boşa Harcanmasına Neden Olur: Sağlık hizmetleri konusunda pazarlamaya yöneltilen en önemli eleştiri pazarlama faaliyetlerinin gereksiz masrafa yol açtığı şeklindedir. Bu eleştiriler aslında özellikle diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi daha ziyade tutundurma harcamalarına yöneliktir. Şüphesiz; sağlık hizmetleri konusunda yapılan tutundurma harcamalarına yönelik eleştirilere verilecek cevap, genel olarak tutundurma faaliyetlerini lüzumsuz masraf olarak görenlere verilen cevapla benzer olacaktır. Burada doğal olarak sağlık hizmetleri kuruluşlarının yaptıkları tutundurma faaliyetlerinin karşılığını alamadıkları takdirde lüzumsuz masraftan söz etmek mümkün olabilir. Ancak tutundurma harcamalarının asıl amacı sağlık hizmetleri kuruluşlarına yeni masraflar eklemek yerine yeni gelir kaynaklarının sağlanmasıdır. Günümüzde gerçekte sağlık hizmetleri konusunda yapılan tutundurma harcamaları diğer konularda yapılan harcamalarla karşılaştırılacak olursa çok düşük düzeydedir. Örneğin A.B.D.'de havayolu taşımacılığında toplam gelirlerin % 14'lük bölümü tutundurma harcamalarına giderken sağlık hizmetleri konusunda bu rakam onda biri bile bulmamaktadır (Harcar, 1991: 39).

Pazarlama Rekabete Neden Olur: Bazı yöneticiler pazarlamanın sağlık kuruluşları arasında rekabete yol açacağını ve hastaneler arasında rekabet yerine kardeşliğin sözkonusu olduğunu düşünmektedir. Bütün bu eleştirilerin temelinde pazarlamanın yanlış anlaşılması ve pazarlamanın yalnızca satış, reklam ve promosyon olarak tanımlanması yatmaktadır. Halbuki satış, pazarlama buzdağının görünen kısmıdır. Ayrıca bilinçli pazarlama gayretleri olsun olmasın birçok sağlık kuruluşu birçok hizmetteki arz fazlalığından ötürü rekabet edeceklerdir. Bu rekabet her zaman kötü değildir. Bu, gereksiz veya atıl durumda olan hizmetlerin kaldırılması, daha çok verimlilik ve pazarın talep ve isteklerine uygun ve kaliteli hizmetlerin sunulmasını sağlayacaktır (Tengilimoğlu, 1997: 23).

Pazarlama Sağlık Sektöründe Uygulanamaz: Pazarlama bilgisinin sağlık hizmetleri konusunda uygulanmasına bir diğer eleştiri de, tüketicilerin tüketim malları satın alırken göstermiş oldukları tüketici davranışları ile sağlık hizmetleri satın alma konusunda gösterecekleri davranışların, belirli ölçüde farklı olacağı veya pazarlama bilimi için geliştirilen fiyatlandırma teorilerinin bu alanda kullanılmasının konunun insan sağlığına dayanması ve hekimlik mesleği bakımından birtakım mahzurları olabileceği yönündedir. Bu gibi eleştirilere karşın sağlık hizmetlerin konusunda pazarlama uygulamalarında başarılı sonuçlar alındığı da gözlenmektedir. Bu bakımdan pazarlama biliminin sağlık hizmetleri konusunda ortaya çıkabilecek değişiklikler göz önüne alınarak sağlık hizmetleri alanında farklı bir pazarlama teorisinin geliştirilmesi yerinde olur şeklinde bir görüş öne sürülmektedir. Bu görüşe karşı olan bir grup pazarlama teorisyeni ise pazarlama prensiplerinin sağlık hizmetlerine uygulanması bu konuda yeni prensiplerin ortaya konulmasını gerekli kılmayacağını, ancak sağlık hizmetlerini üreten kuruluşların kar amaçsız işletme olmalarının bir neticesi olarak bazı farklılıklar göstereceğini savunmaktadırlar (Harcar, 1991: 38).

Pazarlama Saldırgandır: Sağlık hizmetleri konusunda pazarlamaya yöneltilen bir başka eleştiri, pazarlama araştırmalarında bazı hassas konularda kişilerin özel yaşantılarını ilgilendiren araştırmalara olmaktadır. Örneğin kişilerin psikolojik problemleri gibi konularda yapılacak araştırmalar tamamen kişiye özel konular olarak kabul edildiğinden bu konuların araştırılmasına karşı çıkılmaktadır (Harcar, 1991: 39-40). Kişiye özel sağlık konularının sırf pazarlama çabalarına taban oluşturacak diye incelenmesine ve araştırılmasına karşı çıkılmaktadır (Odabaşı, 1994: 32). Pazarlama araştırmaları ile, kişilerin veya ailelerin dışarıya açıklamak istemedikleri bilgilerin toplanması, kişi veya aile mahremiyetine haksız bir biçimde tecavüz edilmesine yol açar. Pazarı tanımak ve böylece müşterilere daha iyi hizmet amacı ile gerçekleştirdikleri öne sürülen araştırma faaliyetlerinin çok dikkatli bir biçimde gerçekleştirilmeleri gerekir. Adeta bir bombardımana dönüşmüş olan yoğun reklam kampanyaları için toplumda huzursuzluk yarattıklarını düşünen ve karşı olanların sayısı az değildir (Karafakioğlu, 1998: 19).

Pazarlama Yönlendiricidir: Sağlık hizmetleri pazarlamasına tenkit konusu olan bir başka husus bu konudaki pazarlama çabalarının kişileri kendi arzuları dışında belirli şekilde davranmaya yönelttiği şeklindedir. Örneğin pek çok sigara tiryakisi çeşitli kanser enstitülerinin açıklamalarına karşı çıkmakta ve bu açıklamaların insanları kendi istekleri dışında hareket etmeye zorladıklarını savunmaktadırlar (Harcar, 1991: 40). Pazarlamanın etkileme ve istenmeyen davranışlara yol açma gücü sağlık hizmetlerinde de kullanılabilmektedir. Pazarlamanın bazı yanlış uygulamaları diğer alanlarda da ortaya çıkabilmektedir. Yöneticiler bu konuda biraz daha duyarlı ve dikkatli olarak bu sorunun üstesinden gelebilirler (Odabaşı, 1994: 32).

Pazarlama Kalitenin Düşmesine Neden Olur: Pazarlama faaliyetlerine yöneltilen diğer bir eleştiri ise pazarlamanın sağlık hizmetlerinin kalitesini düşüreceği şeklindedir. Bu düşünceyi savunanlar pazarlama faaliyetleri içinde reklam çabalarının yanıltıcı olabileceği, başka bir ifadeyle kendi alanında çok uzman bir hekimin yeterli reklam yapamadığı takdirde bu konuda çok daha az bilgi sahibi olan ancak reklam çabalarını eksiksiz yürüten bir hekim karşısında başarısız gibi görüneceği ve durumun da sağlık hizmetlerinin kalitesini düşüreceğini belirtmektedirler (Harcar, 1991: 40).

Pazarlama Gereksiz Talep Yaratır: Bu eleştiri 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 bir talep sonucu doğduğunu öne sürenler vardır. Ancak, insanlara istemediği ve ihtiyacı olmadığı bir hizmeti sunmak tıp standartları tarafından önlenmiştir (Odabaşı, 1994: 32).

Pazarlama Hastalar Arasında Ayırım Yapılmasına Neden Olur: Bu görüşü savunanlara göre, sağlık hizmetleri pazarda alım satımı yapılan ve bu yolla fiyatı oluşan herhangi bir mal ve hizmet gibi düşünülemez. Sağlık, oldukça kıymetli, temel bir ihtiyaç ve haktır. Dolayısıyla fiyatı, ne miktarda ve nerede alınıp satılacağı pazar güçlerine bırakılamaz. Bu nedenle sağlığın serbest rekabet düzenine ve sıkı bir denetim olmaksızın özel girişim eli ile üretimine izin verilemez (Karafakioğlu, 1998: 21).

3.4. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasını Destekleyen Görüşler

Sağlık hizmetleri pazarlamasını yöneltilen eleştirilere karşın, rekabetin olduğu özgür ülkelerde pazarlama uygulamaları tüketicilerin (hastaların) daha fazla doyum sağlamalarına olanak verir. Sağlık hizmetlerinin birçok türünde aşırı talep ve uzun bekleme listeleri bulunmaktadır. Kaynakların iyi kullanılıp, tüketicinin daha çok doyum sağlamasına yönelik uygulamalar ancak pazarlama anlayışı ile olanaklıdır. Devlete ya da kamuya ait sağlık hizmetleri sunan kuruluşlarda bu anlayış henüz ileri düzeye gelememiştir. Ancak, özel sağlık kuruluşları sayısının artması gözle görülür bir pazarlama anlayışının da uygulanmaya başladığını göstermektedir (Odabaşı, 1994: 32).

Pazarlama yönlendiricidir, boşa para harcamaktır, sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olur gibi eleştiriler, kötü örneklerde doğru olmakla birlikte, genel olarak kabul edilemez. Pazarlama kavram ve teknikleri sorumluluk sahibi kişilerce kullanıldıklarında, yaşam kalitesinin yükseltilmesine olumlu katkıda bulunurlar. Tersi davranışlar ise toplumun haklı tepkisine neden olur. Toplum bu tür kurum ve kuruluşlara yaşam hakkı tanımaz. Pazarlama çoğu zaman hastane yönetimleri tarafından desteklenmemiş veya sihirli bir değnek sanılarak ondan gerçekleştiremeyeceği mucizeler yaratması istenmiştir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde bir hastane işe aldığı pazarlama yöneticisinden doğum kliniğine başvuran hasta sayısını bir yıl içinde iki katına çıkarmasını talep etmiş, ancak bu hedefi gerçekleştirmek için herhangi bir parasal veya beşeri kaynak sağlamamıştır. Pazarlamanın sağlık kuruluşlarına katkısını objektif bir biçimde değerleyebilmek için önce ona gerek duyduğu maddi ve beşeri kaynakları sağlamak gerekir. Halbuki sağlık kuruluşları sanayi kadar ücret vermediklerinden yetenekli pazarlama yöneticileri bulmakta zorlanmışlardır. Bu sektör için pazarlama yöneticisi olarak yetişmiş çok az sayıda kişi olduğu için, sağlık kuruluşları, sanayiden pazarlama yöneticisi sağlamak zorunda kalmış, bunların da birçoğu sektöre yabancı oldukları için başarılı olamamış, pazarlama adına kötü örnekler oluşturmuşlardır (Karafakioğlu, 1998: 27).

3.5. Sağlık Hizmetlerinde Pazar Bölümlendirme

Sağlık sektöründe rekabet koşullarının zorlaşması, pazar araştırmalarının ve pazar bölümlendirmenin önemini arttırmıştır. Çünkü rekabet artınca, hedef pazarını iyi belirleyen ve pazarı daha iyi tanıyan, sağlık hizmetleri müşterilerinin ihtiyaçlarına ve beklentilerine daha iyi cevap verebilen ve pazarlama faaliyetlerine önem veren hastaneler ayakta kalacak, diğerleri ise yıkılmaya mahkum olacaktır (Ergin, Tengilimoğlu ve Kısa, 1999: 13).

Sağlık kuruluşları müşterilerini çocuk ve çocuk hastalıkları (pediatri), kanser (onkoloji), göğüs hastalıkları kliniklerine başvuran hastalar gibi çoğu zaman sağlık sorunlarına ve bunlara teşhis ve tedavi hizmetleri sunan servislere göre bölümlendirirler. Sağlık kuruluşları tarafından hastalık ve hastaları sınıflandırmak amacı ile kullanılan bir diğer ayırım ise, bunların ağır, hafif ve kronik şeklinde bölümlendirilmesidir. Bir diğer klasik ayırım ise, hastaların ayakta ve yatakta olarak gruplandırılmasıdır (Karafakioğlu, 1998: 46).

3.5.1. Pazar Bölümlendirme

Heterojen bir bütün pazarın nispeten benzer mamullere ihtiyaç duyan tüketici gruplarına (veya Pazar bölümlerine) ayrılması işlemi pazar bölümlendirme olarak ifade edilir. Bu yaklaşımın gerisinde yatan mantık, işletmenin pazarın her belirgin bölümünün ihtiyaçlarının ayrı bir pazarlama karması ile –tüm tüketicilerin ihtiyaçlarının tek pazarlama karması ile karşılamaktan- daha iyi karşılanabileceği düşüncesidir. İşletmelerin heterojen bir pazardaki tüm tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılayacak bir pazarlama karması geliştirmeleri hayli zordur; bu yüzden de farklı zevk ve tercihlere, farklı gelir gruplarına göre değişik mamul tipleri ve modelleri geliştirilir. Böylece farklı modellerde kıyafetler, otomobiller, mobilyalar vb. ortaya çıkar. İşletme yönetimi bir bütün pazarı bu şekilde birçok bölüme ayırdıktan sonra, en başarılı olabileceği bir veya

daha fazla bölümü kendisine hedef pazar seçer, sonra da seçtiği her bölüm için ayrı bir pazarlama karması geliştirir (Mucuk, 2000: 106-107).

Sağlık kuruluşları için pazarlama stratejisi pazar analizi ile başlar. İlk olarak, sağlık hizmetleri kullanıcılarının belirlenmesi gerekir. Mevcut ve potansiyel kullanıcıların büyüklüğü ve gelişmeleri tahmin edilmeye çalışılır. Sonraki aşamada, pazar bölümlere ayrılarak türdeş özelliklere göre sınıflandırılır. Pazar bölümlendirme, yerleşim, demografik ve davranışsal özelliklere göre yapılabilir. Pazar bölümlendirmesi sonucunda ortaya çıkan alternatif pazarlar fırsatlar açısından değerlendirilir. Bir ya da birkaç pazar seçilerek bunlara yönelik gerekli pazarlama karması oluşturulur. Hedef pazarlama olarak bilinen bu uygulama ile beklentiler ve sağlanacak yararların en yükseğine ulaşılmaya çalışılır. Pazarın analizi, pazarı oluşturan tüketicilerin sosyo-psikolojik özelliklerinin bilinmesi ile tanımlanır. Sağlık hizmetlerinin kullanımını belirleyen belirleyicilerin iyi analiz edilmesi ve satın alma karar sürecinin incelenmesi ile pazarlama programlarını sağlıklı zemine oturtabilmek olanaklıdır (Odabaşı, 1994: 44). Pazarın alt bölümleri olarak farklı tüketici gruplarının ihtiyaçları belirlenip, her grup için ayrı pazarlama programı oluşturmakla tüketici ihtiyaçları daha iyi karşılanır. En karlı, en cazip pazar bölümlerine yönelinir. Tutundurma mesaj ve araçları daha spesifik gruplar için ayrı ayrı düşünüleceğinden daha etkin ve verimli olur. Pazardaki değişmeler daha iyi izlenir. Toplam pazar yerine spesifik pazar bölümlerine yönelik olarak çalışan yönetim, genelde pazarlamayı daha iyi yapar ve kaynakları daha etkin olarak kullanır (Ergin vd., 1999: 13).

3.5.1.1. Etkin Pazar Bölümlendirme Koşulları

Pazar bölümlendirmenin başarılı olabilmesi için bazı önemli koşulların gözden kaçırılmaması gereklidir. Bunlardan ilki bölümlendirmede kullanılan değişkenlerin "anlamlılığıdır". Yaş, yanık tedavisi gibi bir sağlık hizmeti için anlamlı bir bölümlendirme kriteri olmayabilir. Bu nedenle bölümlendirmenin anlam taşıyan değişkenlere göre yapılması gerekir. İkinci önemli koşul ise "ulaşılabilirliktir". Ulaşılabilirlik, sağlık kuruluşunun belirlemiş olduğu pazar bölümlerine hizmet

verebilme kapasitesi ile ilgilidir. Örneğin cerrahi müdahale gerektiren çocuk sayısının fazla olmasına karşın hastanede henüz bir çocuk cerrahisi kliniği olmayabilir. Bir diğer koşul, hedef alınan pazar bölümlerinin sağlık kuruluşu açısından yeterli bir "büyüklüğe" başka bir deyişle, satış potansiyeline sahip olması gerekir. Örneğin, çevrede zaman zaman yanık vakaları olabilir, ancak sayıları azsa bunlar için yatırım yaparak, özel bir yanık merkezi açmak anlamlı olmaz (Karafakioğlu, 1998: 49-50).

3.5.2. Pazar Bölümlendirme Çeşitleri

Pazar bölümlendirme, kuruluşun amacını gerçekleştirebilmek amacıyla türdeş olmayan pazarı türdeş bölümlere ayırmak ve en etkili hizmeti bu bölümlere sunabilmektir. Sağlık hizmetlerindeki bir kuruluş için, insanlar gelirlerine, hastalık nedenlerine ve geçmişteki hizmetleri kullanma biçimlerine göre sınıflandırılabilir. Bölümlendirmede temel, grupların aralarındaki farklılıklar ve grup içindeki benzerlikler üzerine oturtulmalıdır (Odabaşı, 1994: 39-40).

Aşağıda pazarı bölümlere ayırmada en çok temel alınan bölge veya coğrafik alan, sosyo-demografik fakörler, psikografik faktörler ve davranışsal faktörlere göre pazar bölümlendirme açıklanmıştır.

3.5.2.1. Coğrafik Bölümlendirme

Coğrafik bölümlendirme, farklı coğrafik bölgelerde yaşayan tüketicilerin farklı sorunlar yaşadıkları ve dolayısıyla farklı pazarlama bileşenlerinden tatmin oldukları varsayımına dayanır (İslamoğlu vd., 2006: 76). Bazı bölgelerde yoğun olarak görülen hastalıklar olabilir. Bunlar; deri hastalıkları, bazı bulaşıcı hastalıklar (lepra), guatr vb. olabilir. O bölgelere özel olarak tıbbi bakım hizmeti götürülebilir. Bu hastalıklar o bölgenin iklimsel özelliklerinden veya o yörenin insanının yaptığı işten ortaya çıkabilir (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 121).

3.5.2.2. Sosyo-Demografik Bölümlendirme

Pek çok hizmet türünde, tüketicilerin istek, ihtiyaç, arzu ve beklentilerinin onların demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği kabul edilir. Yani, yaş, cinsiyet, gelir, aile büyüklüğü, aile yaşam eğrisi, meslek, eğitim düzeyi, ırk, dini inançlar ve diğer kültür öğeleri açısından farklı olan tüketicilerin talep özelliklerinin de farklı olduğu varsayılır. Bu yüzden de pazarın demografik faktörlere göre bölümlendirilmesinin yararlı olacağına inanılır. Sağlık kuruluşları, otel, lokanta, tatil köyü ve eğlence yerlerinin çoğu pazarı gelir gruplarına göre bölümlendirmektedirler (İslamoğlu vd., 2006: 76-78). Örneğin; hastane bağış toplamak üzere bir program uyguluyorsa önce yüksek geliri olan ve eskiden hastanenin hizmetinden yararlananları hedef alacaktır (Odabaşı, 1994: 39-40).

3.5.2.3. Psikografik Bölümlendirme

En fazla kullanılan üç psikografik temel, sosyal sınıf yapısı, kişilik karakteristik özellikleri ve yaşam tarzıdır (Mucuk, 2000: 109). Kişinin yaşadığı ortamda hava kirliliği varsa, kişi sağlıklı beslenmiyorsa veya çalıştığı iş, sağlığının bozulmasına neden oluyorsa daha fazla tıbbi bakıma ihtiyaç duyar. Bu yüzden sağlık kurumları bu grupları hedef alabilirler (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 121).

3.5.2.4. Davranışsal Bölümlendirme

Pazar tüketicinin mamule ilişkin davranış özelliklerine göre de bölümlendirilebilir. Bunun en çok kullanılan iki temeli istenilen yararlar (yarar bölümlendirmesi) ve kullanım hızıdır (Mucuk, 2000: 110). Örneğin yaşlılarla gençlerin beklentileri bir değildir. Yaşlılarla anlaşmak daha zor olabilir. Yine kullanım hızı (satın alma frekansı) pazarlamacılar tarafından çok sık kullanılan bölümlendirme biçimidir. Mal ve hizmetleri sık ve yoğun bir biçimde satın alanlar genelde pazarın yüzde olarak küçük bir

bölümünü oluşturmalarına karşın, getiri açısından en önemli bölümünü oluştururlar. Sağlık kuruluşları da diğer işletmeler gibi genelde gelirlerinin yüzde seksenini hastalarının yüzde yirmisinden sağlarlar. Bu tür hastalar sadece devamlı müşteriler oldukları için değil, aynı zamanda etkili bir referans grubu oluşturdukları için de önemlidir (Karafakioğlu, 1998: 46-50).

3.5.3. Pazar Bölümlendirme Stratejileri

İşletme, mamulü için ne gibi pazar fırsatları bulunduğunu belirlemek üzere pazarlarını analiz ettikten ve bu pazarları uygun değişkenleri kullanarak bölümlere ayırdıktan sonra, bunlardan birini veya birkaçını seçer. İşte bu "hedef pazar seçimi" karar sürecinde farklılaştırılmamış pazarlama (tüm pazar), yoğunlaştırılmış pazarlama (tek bölüm) ve farklılaştırılmış pazarlama (çok bölüm) stratejileri olmak üzere üç geniş kategorili alternatif stratejiden birinin seçilmesi söz konusudur (Mucuk, 2000 :112).

3.5.3.1. Farklılaştırılmamış Pazarlama Stratejisi

Bu stratejide pazarda farklı müşterilerin bulunduğunun bilinmesine rağmen tümüne aynı şekilde, yani aynı pazarlama bileşimi ile ulaşılmaya çalışılır. Amaç ortalama bir hizmet, dağıtım ve tutundurma gayreti ile tüm pazar bölümlerine seslenebilmek, üretim ve pazarlama giderlerini düşürmektir (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 122). Ancak kullanılabilmesi için, müşterilerin arzu ve ihtiyaçları arasındaki farkın az olması gerekir. Örneğin, bir acil servis için hastaların talepleri arasında önemli farklar varsa, bu strateji etkinliğini kaybeder (Ergin vd., 1999: 18-19).

3.5.3.2. Farklılaştırılmış Pazarlama Stratejisi

Bu stratejide belirlenen her pazar bölümü için ayrı bir pazarlama bileşimi geliştirilir ve uygulanır. Her müşteriye ve/veya müşteri grubuna uygun politikalar geliştirilir (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 122). Örneğin, genel cerrahi bölümü dışında ayrı bir çocuk cerrahisi ünitesi kurulabilir. Doğal olarak, bu strateji müşterilerin tatmini ve dolayısıyla çağdaş pazarlama anlayışı açısından en uygun stratejidir. Ancak, maliyetinin yüksek olması nedeniyle her bir ünite için yeterli sayıda hasta olması halinde uygulanabilir (Karafakioğlu, 1998: 53-54).

3.5.3.3. Yoğunlaştırılmış Pazarlama Stratejisi

Bu strateji, işletmenin tüm pazar için belirlediği bölümlerden sadece birini pazar olarak seçmesi ve tüm pazarlama çabalarını tek bir pazarlama karması ile bu bölüme yöneltmesidir. Özellikle işletme kaynak ve imkanlarının sınırlı olduğu durumlarda çok yararlı olan bu strateji, büyük bir pazarın küçük bir kısmına hitap etmektense, küçük bir pazarın büyük bir bölümünü ele geçirme yolunun izlenmesidir. Spesifik bir bölüme konsantre olmak, işletmeye bilgi, tecrübe ve uzmanlaşma sayesinde güçlü bir pazar pozisyonu sağlar; bölümü iyi seçmişse uzmanlaşma nedeniyle üretim, dağıtım ve tutundurmada önemli avantajlar elde eder; büyük işletmelerle rekabet eder ve karlı şekilde çalışabilir (Mucuk, 2000: 114-115). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi buna örnek olarak gösterilebilir (Ergin vd., 1999: 19).

3.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Büyüme Stratejileri

Büyüme, tüketicilere daha iyi hizmet vermek ve onlara daha yakın olmak demektir. Bu da işletmenin hizmet portföyünde ilerlemesi anlamına gelir. Büyüyen işletme, çevre baskılarına karşı koyma, çevreye uyum sağlama, pazarı geliştirme ve genişletme, rekabet gücünü arttırma ve koruma bakımından birtakım avantajlar sağlar. İşletmeler bu

nedenlerden dolayı büyümek isterler. Büyüme amaçlarından biri de; çalışanları yeni hedef arayışlarına, daha fazla üretmeye, daha verimli olmaya ve daha etkin arayışlara yönlendirmektir. Paydaşlara, çalışanlara daha fazla gelir sağlamak, kamuoyu karşısında güç ve prestij elde etmek, istihdama katkı sayılabilecek diğer büyüme amaçlarıdır (İslamoğlu vd., 2006: 87). Diğer işletmeler gibi sağlık işletmeleri de zaman içinde büyümek isterler. Büyüme isteği daha fazla kar elde etmek, pazara hakim olmak, topluma ve çevreye daha fazla hizmet sunabilmek gibi çeşitli amaçlara bağlı olabilir. Bir sağlık işletmesi büyümek için pazara sokulma (nüfuz etme), pazar geliştirme, hizmet geliştirme ve çeşitlendirme stratejilerini uygulayabilir (Karafakioğlu, 1998: 60).

3.5.4.1. Pazara Sokulma (Nüfuz Etme) Stratejisi

Pazara sokulma stratejisinde, sunulan hizmetlerde herhangi bir değişiklik yapılmaz. Hizmetler aynı hastalara daha fazla satılmaya çalışılır. Örneğin, bir diş hekimi kontrol için hastalarına altı yerine dört ayda bir randevu verebilir. Hastaların hekime daha sık başvurması gerek sağlık durumlarının daha yakından takip edilmesi, gerek iş hacminin arttırılması açısından fayda yaratır. Bunun için hekim veya sağlık kuruluşu tarafından bir hasta takip sistemi oluşturulması gerekir. Batı ülkelerinde bu konuya büyük önem verilmesine karşın, ülkemizde aynı hassasiyetin gösterildiğini söylemek zordur (Karafakioğlu, 1998: 61). Bu stratejide hastaların acil durumlarda değil, periyodik olarak bakımlarının sağlanması için çaba harcanır (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 122).

3.5.4.2. Pazar Geliştirme Stratejisi

Pazar geliştirme yoluyla yoğun büyüme stratejisinde işletme, mevcut ürünlerini yeni pazarlara götürerek satışlarını arttırmaya çalışmaktadır. Bu konuda işletme ek ya da yeni coğrafik pazarlara girme, farklı pazar bölümlerine girme ve ürünlerin reklamının halen kullanılanların dışında yeni medyalarda yapılması seçeneklerine başvurabilir (Tek ve Özgül, 2005: 102-103). Bu stratejide, aynı sağlık hizmetleri yeni hastalara satılmaya çalışılır, pazarı geliştirmek için çaba sarfedilir. Farklı coğrafik bölgelerdeki müşterilere

ulaşılabilir (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 123). Farklı konumlardaki kişi, aile ve kurumların sağlık talebi, bulundukları coğrafi bölgeye özgü olanlar dışında, genelde aynıdır. Bu nedenle sağlık işletmesi yeni hastaneler, klinikler açarak bu hastalara ulaşmaya çalışır. Bu stratejiye "çok yöreli büyüme stratejisi" adı da verilebilir. Sorun şubelerin nerede kurulacağıdır. Sunulan hizmette bir değişiklik olmadığı için sağlık kuruluşlarının sık kullandıkları bir yöntemdir. Yeni şubeler için gerekli olan finansmanı sağlamak, personel bulmak açısından önemli bir sorunla karşılaşılmadığı takdirde, yasal bir engel de yoksa, kısa zamanda uygulamaya konulabilecek bir yoldur. Birden fazla noktada hizmet vermek pazarı genişletmek yanında, personel, araç-gereç gibi girdilerin sağlanmasında maliyet tasarruflarını da sağlar. İkinci bir yol olarak da, mevcut hizmetlerin farklı sosyo-ekonomik özelliklere sahip pazar bölümlerine satılmasıdır. Böylece hastanenin mevcut kapasitesinden daha fazla yararlanılmaya çalışılır. Bu stratejiyi kullanabilmek için yeni pazar bölümlerinin yeterince büyük olması gerekir. Örneğin pazarı genişletilmek istenen hizmet bazı müşterilere pahalı geliyorsa, fiyat indirimine giderek, bu müşteri grubunun da o hizmeti kullanma olanağı yaratılabilir. Ancak stratejinin kullanılabilmesi için, sağlık hizmetinin farklı sosyo-ekonomik özelliklere sahip kişilere sunulabilecek nitelikte olması ve işletmede bu amaçla yararlanılabilecek boş kapasitelerin bulunması gereklidir (Karafakioğlu, 1998: 61-62).

3.5.4.3. Hizmet Geliştirme Stratejisi

Hizmet geliştirme stratejisinde işletme, pazar geliştirmenin aksine, mevcut pazarlara yeni veya geliştirilmiş ürünlerini sunmaktadır. Birçok işletmenin sıklıkla uyguladığı hizmet geliştirme yoluyla yoğun büyüme stratejisi yeni hizmet özellikleri ekleme, yeni fikir ve gelişmelere adaptasyon, benimsetmek, değişiklik yapmak, yeniden düzenleme, değişik nitelikte destekleyici hizmetler geliştirmek ve hizmeti zenginleştirmek gibi yollarla gerçekleştirilebilir (İslamoğlu vd., 2006: 91; Tek ve Özgül, 2005: 103). Bu stratejide, mevcut hastalara yeni sağlık hizmetleri sunularak sağlık hizmetleri bileşimi genişletilir (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 123). Örneğin doğum için hastaneye başvuran hanımlara doğum sonrası fazla kilolarını verebilmeleri için bir fitness programı önerilebilir. Çevresinde yaşlı nüfusun arttığını gören bir hastane bir geriatri bölümü

kurarak başka nedenlerle hastaneye gelen yaşlı hastalarına yeni bir hizmet sunmuş olur. Bu stratejinin avantajı, sağlık kuruluşunun tanıdığı, özelliklerini bildiği müşterilere yönelmesidir. Hastaların kayıtları mevcuttur ve durumları bilindiği için yeni hizmetlerde teşhis ve tedavi hızlanır. Ancak sağlık konusunda yeni hizmetler türetmek kolay değildir. Ayrıca bu stratejiyi kullanarak hizmetlerin sayı olarak çok çeşitlendirilmesi halinde, gerek sağlık işletmesi gerek müşteriler açısından aşırı kalabalık oluşması gibi olumsuz sonuçlar doğabilir (Karafakioğlu, 1998: 62).

3.5.4.4. Çeşitlendirme Stratejisi

Çeşitlendirme stratejisinde, sağlık işletmesi bir yandan yeni pazarlara girmeye çalışırken, diğer yandan da bu pazarların taleplerine uygun yeni sağlık hizmetleri geliştirecektir (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 123). Bu strateji büyüme stratejileri içinde en kapsamlı ve güç olanıdır. Sağlık işletmesi o güne kadar deneyimli olmadığı alanlara gireceğinden katlanacağı risk daha fazladır. Bu nedenle sağlık işletmesinin bu seçeneği denemeden önce tecrübe sahibi olmadığı konularda ne kadar başarılı olabileceğini düşünmesi gerekir. Yüksek riskine karşın başarılı olduğu takdirde bu stratejinin getirisi de yüksek olur (Karafakioğlu, 1998: 62). Örneğin dev ilaç firması Merck, yalnızca tıbbi ilaçlar geliştirip satmakla yetinmeyip 1993 yılında, mektupla ilaç sipariş alıp satan Medco şirketini 6,6 milyar dolara satın almıştır. Daha temel araştırma yapmak için DuPont şirketi ile ve bazı tıbbi ilaçların reçetesiz satışı için Johnson & Johnson şirketiyle ortak girişimler kurmuştur. Bunların yanı sıra, biyoteknoloji şirketleri ile işbirliği yapmakta ve Merc Generics'i çalıştırmaktadır (Kotler, 2003: 66-68).

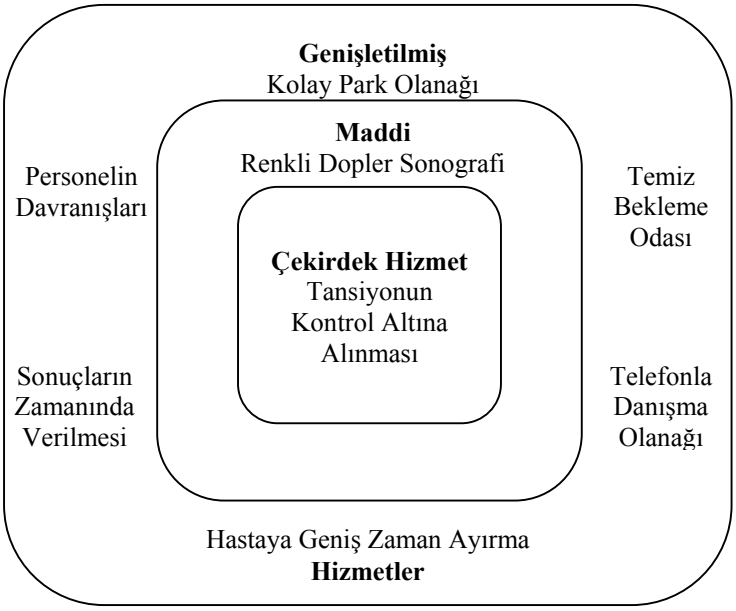
3.6. Sağlık Hizmetleri Pazarlama Karması

Pazar çevresi incelendikten ve pazar bölümleri belirlendikten sonra bunlara uygun pazarlama stratejileri belirlenir. Sağlık işletmeleri pazar çevresini oluşturan gelir dağılımı, yasalar, örf ve adetler gibi değişkenleri kısa dönemde değiştiremezler. Yapmaları gereken bunları anlamak, yarattıkları fırsatları en iyi biçimde

değerlendirmek, bunlardan kaynaklanan sınırlamalara en iyi biçimde uyum sağlamaktır. İşletmeler çevre koşullarına kendi denetimleri altındaki pazarlama bileşenleri aracılığıyla uyum sağlar. Pazarlama bileşenlerinin işletmenin kontrolü altında olmaları yanında diğer bir özelliği birbirleri yerine ikame edilebilmeleridir. Örneğin sağlık işletmeleri talebi arttırabilmek için laboratuar tahlil ücretlerini düşürebilir, hizmet türlerini arttırabilir veya rapor teslim sürelerini kısaltabilir (Karafakioğlu, 1998: 55-56). Aşağıda sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları olan ürün, fiyat, dağıtım, tutundurma, katılımcılar, fiziksel çevre ve süreç yönetimi ayrıntılı olarak tek tek açıklanacaktır.

3.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Ürün

Sağlık hizmetlerinde ürün (hizmet), çekirdek ve genişletilmiş hizmet olarak ikiye ayrılabilir. 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 yaşlılık hastalıkları kliniği sağlık işletmelerinin sunduğu hizmetlere genel örnektir (Berkowitz, 1996: 201-202).



Şekil 10. Çekirdek ve Genişletilmiş Hizmet

Kaynak: Karafakioğlu, M. (1998): *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No:271, s. 118.

Örneğin, çocuk sahibi olmakta güçlük çeken bir çiftin hastaneye başvurma nedeni, bekledikleri çekirdek fayda çocuk sahibi olmaktır. Laboratuar testleri, hatta gerektiğinde cerrahi bir müdahale, bu amaçla verilen elle tutulabilir hizmetlerdir. Sözkonusu çift hastaneye geldiklerinde otomobillerini kolayca park edebiliyor, doktorlarını beklemeden görebiliyorlarsa bu hizmetin çoğaltılmış yönüdür (Karafakioğlu, 1998:118).

Bir organizasyonun sunduğu ürünlerde ürün karması genişlik, uzunluk ve derinlik olarak sınıflandırılabilir. Sağlık hizmetlerinde ürün karması 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 (France ve Grover, 1992: 35). Sağlık işletmesinin başarısı, hizmet bileşimine bağlıdır. Hizmet bileşimi bir hizmet işletmesinin sahip olduğu tüm "hizmet hatlarını" ve bu hatları oluşturan hizmetleri ifade eder. Bir hastane "dar" bir hizmet bileşimine sahip olabileceği gibi, "geniş" bir hizmet bileşimine de sahip olabilir. Örneğin Şekil 11'de gösterilen A hastanesinin hizmet bileşimi üç hizmet hattından "Kadın ve çocuk hastalıkları", "Göğüs hastalıkları" ve "Beyin ve sinir hastalıklarından" oluşmaktadır. Hizmet hattı tanım olarak bir arada üretildikleri ve/veya dağıtıldıkları ve/veya tüketildikleri için aralarında talep ve/veya maliyetler açısından yakın ilişkiler bulunan hizmetlerdir. Örneğin kadın ve çocuk hastalıkları birbiri ile ilgili sağlık sorunlarıdır. Ancak her sağlık işletmesinde hizmet hatlarında aynı sayıda hizmet bulunmaz. Hizmet bileşiminin "uzunluğu" hizmet hatlarının sayısına bağlıdır ve örneğimizde üçtür. Her hizmet hattının "genişliği" ise o hizmet hattında yer alan hizmetlerin sayısı ile ölçülüdür. Kadın ve çocuk hastalıklarında dört hizmet verildiği için genişlik dört (kadın doğum, jinekoloji, pediatri ve cerrahi) diğerleri için sırası ile üç ve ikidir (Karafakioğlu, 1998: 119-120).



Şekil 11. A Hastanesi Hizmet Bileşimi

Kaynak: Karafakioğlu, M. (1998): Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No: 271, s. 120.

Hizmet bileşimlerini belirlerken aşağıdaki hususlara dikkat etmek gerekir (Karafakioğlu, 1998:119):

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

Birçok işletmenin çeşitli ürün hattı vardır. İşletmeler rakiplerine 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 önlemdir (Berkowitz, 1996: 209).

3.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Fiyat

Bir ürün ya da hizmet için ödenen para ya da hizmete sahip olma veya kullanma karşılığında verilen değerler fiyattır (Kotler ve Armstrong, 1996:340). Fiyat hizmetlerin değerlenmesinde bir kalite ölçütü olarak ele alınırken; hizmetlerin kendine özgü yapısı da fiyat belirlemeyi zorlaştırmaktadır.

Talebin gözönüne alınması belirlenecek fiyat için bir tavan oluştururken, maliyetlerin gözönüne alınması da fiyatlar için taban oluşturur. Alıcıların ödemeye istekli oldukları, satıcıların ise karşılayabilecekleri fiyat arasındaki fark ise yaşamsal bir fiyat kararıdır. Bu fiyat kararı iki uçta da sınırlanmaktadır. Satıcılar fiyat tabanını oluştururken maliyetler kadar şirket amaçlarını da gözönüne almalıdırlar. Sadece maliyetlerin karşılanması da yeterli değildir. Çünkü firma finansal amaçlarını yerine getirmek ve kar etmek zorundadır. Diğer uçta ise rekabetçi faktörler fiyat tabanını düşürmekte ve çoğu zaman müşteri tarafından algılanan tüm değerin fiyat olarak belirlenmesi önlenmektedir (Öztürk, 2003: 63).

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 hizmetlerindeki uygulamaları üç grupta toplamak mümkündür (Odabaşı, 1994: 68-69):

- 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 kullanılabilir. Örneğin; sağlık hizmetlerinin daha geniş halk kesimi tarafından kullanımı için kamu sağlık hizmetlerinin fiyatları olabildiğince düşük tutulur. Ülkemizdeki kamu sağlık hizmetleri bu gruba girerken, benzer uygulamalar İngiltere ve İsveç ulusal sisteminde de görülebilir. Ödenecek fiyat genel vergi sistemi içerisinde düşünülür. Sağlık hizmetlerinden yararlanma esnasında ya hiçbir ödemede bulunulmaz ya da çok düşük ödemede bulunulur. Tüm harcamalar merkezi denetim altında devlet bütçesi ile karşılanmaya çalışılır.

Bazı sağlık hizmetleri, hizmetleri sunan kuruluşların oluşturduğu dernek ve odaların düzenlemelerine bağlıdır. Serbest doktorların, diş tabiplerinin ücretleri buna örnek olarak gösterilebilir. 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 oldukça 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 vb. gibi faktörlere göre düzenlenir. Saptanacak fiyat pazarın nasıl tepki göstereceğine bağlıdır. A.B.D.'deki tıbbi bakım ve tıbbi yardımı kapsayan sistem buna örnek olarak gösterilebilir. Hizmetlerden yararlanma pazar koşulları içerisinde oluşur. Ödeme gücü ve isteğinin olduğu kabul edilerek hizmetler sunulmaktadır. Tüketiciler, ödeme konusunda sigorta sisteminden geniş biçimde yararlanırlar. Sağlık hizmetleri kuruluşlarında kullanılan kaynaklar ve bütçe konusunda devlet en az kontrolü sağlamaktadır. Ülkemizde de gelişmeye başlayan özel hastane ve klinikler bu gruba girmektedir (Odabaşı, 1994).

Uygulamalardan hangisi ele alınırsa alınsın, maliyetleri ve fiyatı belirlemek oldukça zordur. Sağlık hizmetinin önemli bir özelliği tek bir hizmet olmaktan çok hizmetler paketi olmasıdır. Böylece birden fazla hizmetin bir araya getirilerek tüketici yararı sağlanmasındaki fiyat tüm sunulan hizmetlerin fiyatlarının toplamı olabilecektir.

Örneğin; plastik cerrahi ve müdahaleyi takip eden bir kişinin, laboratuar testleri, röntgen ve hatta psikolojik danışma gibi hizmetlerin tümünden yararlanması gerekebilecektir. Sonuçta tüketiciye yansıyan fiyat, tümünün fiyatının toplamı olacaktır. Bunun üçüncü şahıslar tarafından (sigorta, devlet) ya da kişinin kendisinin ödemesinde bir farklılık yoktur. Bu uygulamalar, ortaya çıkmış olan maliyet ve fiyatın kim tarafından ödeneceği ile ilgilidir (Odabaşı, 1994: 69).

3.6.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlandırma Politikaları

Genelde, belirli bir hizmet için ne kadar fiyat belirleneceğine ve yöntemine karar vermek için maliyete, talebe ve rekabete dayalı fiyatlandırma olmak üzere üç yaygın yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar diğer hizmetlerde ve ürünlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında da kullanılabilir (Odabaşı, 1994: 71). Aşağıda bu fiyatlandırma politikaları ele alınacaktır.

3.6.2.1.1. Maliyete Dayalı Fiyatlandırma

Maliyete dayalı fiyatlandırma hizmet işletmeleri tarafından en çok kullanılan yöntemlerden biridir. Bu yaklaşım kolay ve anlaşılır olma avantajlarına rağmen, karmaşık ve rekabetçi iş dünyasında verimli olamamaktadır (Tung, Capella ve Tat, 1997: 53). Maliyete dayalı fiyatlandırmada bir işletme hammadde ve işçiliğin maliyetlerini belirler, genel üretim giderlerini ve kar miktarını ya da oranını ekler ve bir fiyat belirlemiş olur. Bu yöntem kamuya yönelik hizmetlerde, toptancılık ve reklamcılık gibi sektörlerde yaygın olarak kullanılır. Maliyete dayalı fiyatlandırmayla ilgili önemli zorluklardan biri hizmetin satın alındığı birimlerin hesaplanmasıdır. Fiziksel mallarda iyi anlaşılan bir kavram olan birim başına fiyat hizmetler için belirsiz bir konudur. Bundan dolayı hizmetler ölçülen çıktı birimleriyle değil, girdi birimleriyle satılır. Örneğin birçok profesyonel hizmet (danışmanlık, mühendislik, psikoterapi, mimari) hizmeti sunanın harcadığı saat temeline göre satılır (Öztürk, 2003: 64-65).

Sağlık hizmetlerinde kullanılan en yaygın fiyatlandırma uygulaması "maliyete dayalı" fiyatlandırmadır. Maliyete dayalı fiyatlandırma en adil yöntem olarak görülür. Diğer taraftan bir kuruluşun maliyetleri verimsizlik ya da düşük hacimli kullanım nedeniyle gereksiz yere yüksek olabilir. Eğer belirli bir fiyat hizmetin kullanılmasını engelleyecek kadar yüksekse ve rakipler benzer hizmetleri daha düşük fiyatlarda sunuyorsa maliyetleri karşılamak olanaksızdır (Odabaşı, 1994: 71).

3.6.2.1.2. Talebe Dayalı Fiyatlandırma

Bir firma fiyatlandırma yaparken önce müşterilerin ödeyebileceği fiyatları inceliyor daha sonra maliyetleri dikkate alıyorsa buna talebe göre fiyatlandırma denir. Talebe göre fiyatlandırma yapabilmek için önce bir talep fonksiyonuna ihtiyaç vardır. Böyle bir fonksiyonu, müşterilerin geçmiş dönemlerde değişik fiyatlardan ne kadar satın almada bulunduklarını inceleyerek, benzer mal veya hizmetlerin fiyat ve satış rakamlarına bakarak, potansiyel müşterilerle görüşerek vb. yöntemlerle geliştirmek mümkündür. Bu yöntemin güvenle kullanılabilmesi için talep ve maliyet fonksiyonlarının doğru olarak saptanması gerekmektedir. Talebe göre fiyatlandırmaya verilebilecek en tipik örnek fiyat farklılaştırmasıdır. Fiyat farklılaştırması, aynı mal veya hizmetin farklı müşterilere farklı fiyatlardan satılmasıdır. Fiyat farklılaştırması müşteri, yer, zaman ve ürün temeline göre gerçekleştirilebilir. Bir hekim zengin ve fakire iki farklı vizite ücreti uyguluyorsa bu politikaya "müşteri temeline göre fiyat farklılaştırması" adı verilir. Hastanelerde tek kişilik ve koğuşta kalan hastalara uygulanan farklı fiyat politikası, hekimlerin hastane ve özel muayehanelerindeki farklı vizite ücretleri yer temeline göre fiyat farklılaştırmasına örnektir. Bazı hastanelerin hafta sonlarında ve mesai saatleri dışında düşük ücretler talep ederek hastaların bir kısmını bu gün ve saatlere kaydırmaya çalışmaları yine zaman temeline göre fiyat farklılaştırmasına örnektir (Karafakioğlu, 1998: 177-180).

Talebe dayalı fiyatlandırmada pazarın dayanabileceği miktara göre fiyat belirlenir. Bu yöntem sık olarak talebin zamanlamasını ve düzeyini değiştirmek için kullanılır. Acil servislerde uygulanan yüksek fiyatları belirleyen maliyet değildir. Burada fiyat bu

bölümün acil olmayan durumlarda kullanılmasını engellemek amacıyla yüksek olarak belirlenir (Odabaşı, 1994: 71).

3.6.2.1.3. Rekabete Dayalı Fiyatlandırma

Rekabete dayalı fiyatlandırma yaklaşımında fiyat, rekabetçi pazar durumunu karşılamak için ayarlanmaktadır. Genelde rekabete yönelik hizmet fiyatlandırma, bir hizmet sağlayıcısının rakiplerin fiyatlarından ne kadar daha yüksek ya da düşük fiyat ayarlaması yapması gerektiği üzerinde durmaktadır (Tung vd., 1997:53). Bu yöntemde, maliyetlere ve gelirlere göre, rakiplerin fiyatlarına daha çok önem verilir. Eğer rekabet eden mallar homojen ise ve fiyat pazarda geçerli en önemli etken ise, bu yöntem uygulanır. Ancak, rekabete dayalı fiyatlamada, rakiplerin fiyatlarının aynen uygulanması sözkonusu değildir. Rakip fiyatlarının belirli bir ölçüde üstünde ya da altında mal fiyatlanabilir. Önemli olan malın fiyatını sıkı sıkıya maliyete ya da talebe bağlamamaktır. İşletmenin maliyeti ya da malına olan talep değişebilir, ancak rakipler fiyatı değiştirmediği sürece, fiyat değiştirilmez. Maliyet ya da talep değişmese de, rakipler fiyatı değiştirirse, fiyat değişikliğine gidilir (Cemalcılar, 1999:226).

Rekabete dayalı fiyatlandırma sağlık hizmetleri fiyatlandırmasında gerçeğin bir kısmıdır. Bir sağlık kuruluşu, benzer hizmetler sunan diğer kuruluşlara göre aynı hizmet için daha fazla fiyat belirlemişse, müşteri fiyatı direkt ödemiyor olsa bile imajını olumsuz etkileyebilir. Bazı durumlarda ise yüksek fiyat daha nitelikli bir tedavinin ve konforun belirtisi olarak kabul edilebilir ve tercih nedeni olabilir (Odabaşı, 1994: 71).

3.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtım

Bir hizmet ne kadar mükemmel olursa olsun, müşteri onu istediği yerde bulamıyorsa bir anlam ifade etmez. Dolayısı ile dağıtım sistemi iyi olmayan, coğrafik olarak yanlış konumlanmış bir sağlık kuruluşunun başarılı olması mümkün değildir. Pazarlamada

dağıtım kanalları yönetiminin amacı en iyi kanal alternatiflerinin seçimi ve kanal üyeleri arasındaki ilişkilerin uyumlaştırılmasıdır. Sağlık sektöründe dağıtım kararları, sağlık hizmetlerinin zaman, mekan ve mülkiyet faydaları yaratmak üzere nerede, ne zaman, nasıl sunulacağı gibi soruları yanıtlamaya yönelik çalışmalardır (Karafakioğlu, 1998: 57). Sağlık hizmetleri konusunda dağıtım; muayene için bekleme zamanı, park yeri, ulaşım gibi konuları içerir. Aile danışma klinikleri, aile hekimliği, gezici sağlık ekipleri, sağlıklı yaşam programları, gönüllü katılımcılar programları gibi uygulamalar uygun hizmetlerin uygun yerlerde sunulması konusunda verilen karar ve uygulamalara örnek oluşturmaktadır (Odabaşı, 1994: 59). Mümkün olduğu kadar fazla sayıda hastane, sağlık ocağı açarak, en ücra köşelere hizmet götürülmeye çalışılmaktadır. Ayrıca düzenlenen aşı kampanyaları, verem taramaları vb. gibi faaliyetlerle de sağlık hizmeti insanların ayağına götürülmektedir. Ancak bazı sağlık hizmetlerinin bu şekilde gerçekleştirilmesi mümkün değildir. Hastanın beyin ameliyatına ya da tomografi çekimine ihtiyacı varsa bu tür hizmetlerden hastanın yararlanabilmesi için bu cihazların olduğu ve ameliyatının gerçekleştirilebileceği hastaneye kendisinin gelmesi veya getirilmesi gerekmektedir. Fiziksel malların dağıtımında sorun üretilen malların tüketicilere ne şekilde ulaştırılacağının belirlenmesidir. Oysa sağlık hizmetleri konusunda dağıtım daha ziyade hastanın verilen hizmete nasıl ulaştırılacağı şeklinde ortaya çıkmaktadır (Bıçakçı, 1995: 61).

3.6.3.1. Dağıtım Kanalındaki Fonksiyonlar

Dağıtım yer, zaman, mülkiyet ve biçim faydası yaratır. Pazarlama bu faydaları yaratan eylemler olarak tanımlandığında, pazarlama ile dağıtım adeta özdeşleşir (Karafakioğlu, 1998: 137). Aşağıda sağlık hizmetlerinde dağıtımın yarattığı faydalar ele alınacaktır.

3.6.3.1.1. Zaman Faydası

Sağlık hizmetlerinin dağıtımında bir diğer önemli konu, tüketicilerin hizmetlerden yararlanmak için harcayacakları zamanla ilgilidir. Gereksiz biçimde harcanan zaman, hizmetin getireceği doyumu ve yararı olumsuz etkileyebilecektir. Özellikle rekabetin gittikçe arttığı özel sağlık kliniklerinde zaman unsuru tüketicinin satın alma karar sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Hizmetin çabuk, yeterli ve zamanında verilmesi, sağlanacak yararı en üst düzeye çekebilecektir. Bu açıdan, hizmetin sunulduğu günler ve saatler, randevu için beklenen zaman, muayene ve tanı için bekleme zamanı, müdahale zamanının düzeyi, işlemlerin yapılması için gereken zaman ve sağlık kuruluşunda kalınması gereken zaman yöneticilerin değerlendirmeye almaları gereken zaman ile ilgili konulardır. Bu konularda ortaya çıkabilen olumsuz durumların çoğu sağlık hizmetlerinde talebin arzdan fazla olması ile açıklanabilir. Ancak, bu faktörün dışında yanlış uygulamalardan ve tüketici doyumunu hedefleyen pazarlama anlayışının eksikliğinden kaynaklanan boyutu da vardır. Hem tıbbi personelin hem de tüketicilerin zamanlarını en iyi biçimde kullanabilecekleri bir uygulama olanaksız değildir. Bunun için önce nerelerde gereksiz zaman harcamaları olduğu ve bunun nedenlerinin bilinmesi gerekir. İkinci adım olarak, pazarlama planlamasından yararlanılarak uygulamalar gerçekleştirilir. Aksamalar ile ilgili bilgiler, kuruluşun personelinden elde edilebileceği gibi, doğrudan tüketicilerden mülakat ya da anket çalışmaları ile de elde edilebilir (Odabaşı, 1994: 64).

3.6.3.1.2. Yer (Mekan) Faydası

Hastanın, sağlık kuruluşuna ulaşması ne kadar az sıkıntı olursa mekan faydası da o kadar artacaktır. Müşteriler mekan faydası düşük olan seçenekleri zorunlu olmadıkça tercih etmezler. Hastaların kendi yakın çevrelerindeki hekim ve hastaneleri tercih etmelerinin temel nedeni budur. Kimse başka bir alternatifi olmadığı durumlar dışında uzakta bulunan bir marketi, bankayı, pazarı ve doktoru tercih etmez (Karafakioğlu, 1998: 140).

3.6.3.1.3. Şekil (Biçim) Faydası

Biçim faydası, tüketiciler için üretilen ürünün biçimine dayanmaktadır. Kimi aracılar tüketiciye uygunluk sağlayacak ürün veya hizmet değişikliği yapmaktadır. Şekil faydası Pasifikteki Rehabilitasyon hastanesinde görülmektedir. Bu hastane 100 kişilik yatak kapasitesiyle Hawai'de acil rehabilitasyon hizmeti vermektedir. Bu rehabilitasyon hastanesinin özelliği, hastaların rehabilitasyon ihtiyaçlarına göre kullanılan araçları kısa sürede hastaların ihtiyaçlarına uygun hale getirme yeteneğine sahip olmasıdır (Berkowitz, 1996: 258). Biçim faydası, üretim ve pazarlama aracılığı ile yaratılan faydaların en önemlisidir. İşe yaramayan bir mal veya hizmet bedelsiz dahi olsa satılamaz. Hastalar da bedelsiz ancak kalitesiz bir sağlık hizmeti yerine, bedelini ödeyerek kaliteli, kendilerine faydası olacak bir sağlık hizmetini satın almayı tercih ederler (Karafakioğlu, 1998: 142).

3.6.3.1.4. Sahiplik (Mülkiyet) Faydası

Mamuller üreticilerden toptancılara, oradan da perakendeciye ve son kullanıcıya doğru dağıtım kanalı boyunca yukarıdan aşağıya doğru yol alırken mülkiyetleri de değişmiş olur. Mülkiyet faydası mübadelenin gerçekleşmesi için en temel koşuldur. Hizmetler elle tutulur bir boyuta sahip olmadıkları için mülkiyetlerinin devri söz konusu değildir. Ancak hizmetlerin de bir fiyatı vardır. Hizmeti arz eden karşılığını almadıkça hizmeti üretmez, yararlanılmasına olanak sağlamaz. Hizmet işletmeleri de aracılardan yararlanabilirler. Örneğin, bir sağlık kuruluşu hizmetlerini bir sigorta şirketine veya bir başka sağlık kuruluşuna özel bir fiyatla, toptan satabilir. Hastaneler doktorlara, doktorlar hastanelere hastalarını bir bedel karşılığında devretmezler ancak burada da en azından iki farklı akış vardır. Bunlardan ilki sevk edilen hasta, diğeri de hasta ile birlikte aktarılan onun hakkındaki bilgidir. İlk teşhis veya müdahale doğru yapılır ve hasta tam bir dosya ile sevk edilirse, diğer hekim ve sağlık kuruluşlarının işi kolaylaşır. Hekim hastaya bir hastane veya meslektaşını önerirken, hastane veya meslektaşının da kendisini hastalarına önermelerini bekleyecektir. Dağıtım kanalında yer alan kuruluşlar birbirlerini finansal açıdan desteklerler. Üretici malını toptancıya devredip bedelini daha

sonra tahsil edebilir. Perakendeciler ödeme gücü olmayan tüketicilere taksitli mal satarlar. Böylece hem mal üretici, toptancı ve perakendecinin elinde kalmamış, hem de tüketici arzu ettiği mal veya hizmeti ihtiyaç duyduğunda satınalmış olur. Eğer kişinin maaşından sağlık sigortası için belirli bir miktar kesiliyorsa, ileride karşılaşabileceği bir sağlık sorunun bedelini peşin olarak ödemekte, yani üreticiyi finanse etmektedir (Karafakioğlu, 1998: 140-141).

3.6.3.2. 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. Genel olarak üç dağıtım yoğunluğu türü vardır. Bunlar; yoğun, sınırlı ve seçimlidir (Berkowitz, 1996:259).

3.6.3.2.1. Yoğun (Yaygın) Dağıtım

Yoğun dağıtımda firmalar mümkün olan tüm satış noktalarından yararlanır, bunlar arasında fazla bir fark gözetmezler. Önemli olan mümkün olduğunca yer ve zaman faydası yaratmak, mal veya hizmeti tüketicinin çok az bir gayret sarfı ile aradığı her yerde bulundurmaktır. Dayanıksız tüketim mallarının çoğu bu şekilde dağıtılır. Eğer sağlık işletmesi temel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri sunmayı hedef alıyorsa, iyi bir örgütlenme ile yaygın bir dağıtım politikası uygulayabilir. Çünkü bunlar fazla bir ihtisas, beceri gerektirmezler. Ancak özelliği olan, belirli bir beceri, donanımı gerektirenler için aynı şey söylenemez. Beyin operasyonları birinci kademe sağlık kuruluşları tarafından gerçekleştirilemez. Yine hastanın sağlık hizmetini nasıl bir hizmet olarak algıladığı da dağıtım politikasında etkilidir. Eğer hasta hizmeti özelliği olan bir hizmet olarak görüyorsa, hizmetin yaygın dağıtımından beklenen fayda sağlanamaz (Karafakioğlu, 1998: 145-146). Sonuç olarak, sağlık kuruluşlarının pek çoğu çeşitli aracıların sağlayacağı yoğun dağıtımı kullanmakta ve bu giderek yaygınlaşmaktadır.

Hastaneler de yoğun dağıtımı arttırmak için büyümeye ihtiyaç duyduklarını gözden kaçırmamalıdırlar (Berkowitz, 1996:260).

3.6.3.2.2. Sınırlı (Kısıtlı) Dağıtım

Sınırlı dağıtım yaygın dağıtımın tam tersidir. Firma tek veya çok az sayıda noktada satış yapmayı tercih eder. Bu, özelliği olan mal veya hizmetlere uygun bir dağıtım politikasıdır. Bu politikanın uygulanması halinde müşteri daha fazla satınalma gayreti sarf etmek zorunda kalacak, buna karşılık üreticinin satış noktaları üzerindeki kontrolü artacaktır. Parasal güçleri olmasına karşılık birçok tanınmış firma yeni şubeler açmamayı, az sayıda noktada hizmet sunarak farklı bir imaj yaratmayı tercih etmişlerdir (Karafakioğlu, 1998: 145). Örneğin Brookline'ndeki Joselin Kliniği diabet (şeker) hastalığının tedavisinde uluslararası bir başarı kazanmıştır. Diabet tedavisi hizmetinden yararlanmak isteyen hastalar kendi çevrelerinde Joselin Kliniği olmadığından bu hizmeti bulundukları yerleşim yerinde alamayacak, Brookline'a seyahat etmek zorunda kalacaklardır (Berkowitz, 1996:261). İstanbul'da bulunan Dünya Göz Hastanesi de sınırlı dağıtım politikası uygulamaktadır.

3.6.3.2.3. Seçimli Dağıtım

Seçimli dağıtım, iki uç olan yoğun ve sınırlı dağıtım arasında yer alır (Cemalcılar, 1999:152). Bu politika yoğun ve sınırlı dağıtımın üstünlüklerini bir araya getirmeyi hedef alır. Seçimli dağıtımda ürün veya hizmetin satış yetkisi talep eden herkese tanınmaz. Bu yetki sadece üreticinin pazarlama gayretine katkıda bulunacak, mal veya hizmetine gerekli özeni gösterecek olanlara verilir. Ürün her yerde satılmadığı için tüketici yaygın dağıtıma oranla daha fazla çaba harcamak zorundadır (Karafakioğlu, 1998: 145). Sağlık hizmetlerinde, seçimli dağıtım stratejisinin kullanımı artmaktadır. Minnesota'daki Mayo Kliniği ve Louisiana'daki Ochsner Kliniği bu dağıtım sistemini uygulamaktadır. Tüketiciler bu kliniklerin sunduğu sağlık hizmetlerini kullanmak istediklerinde, Rochester ya da New Orleans'a gitmek zorunda kalırlardı. Günümüzde,

tüketici ihtiyaçları değiştiği için, işletmelerin dağıtım yoğunluğu da değişmektedir. Örneğin Mayo Kliniği, Jacksonville, Florida ve Scottsdale, Arizona'da merkezler açmıştır (Berkowitz, 1996: 261-262). Bu örneklere ilave olarak Acıbadem Hastanesi ve Alman Hastanesi de verilebilir.

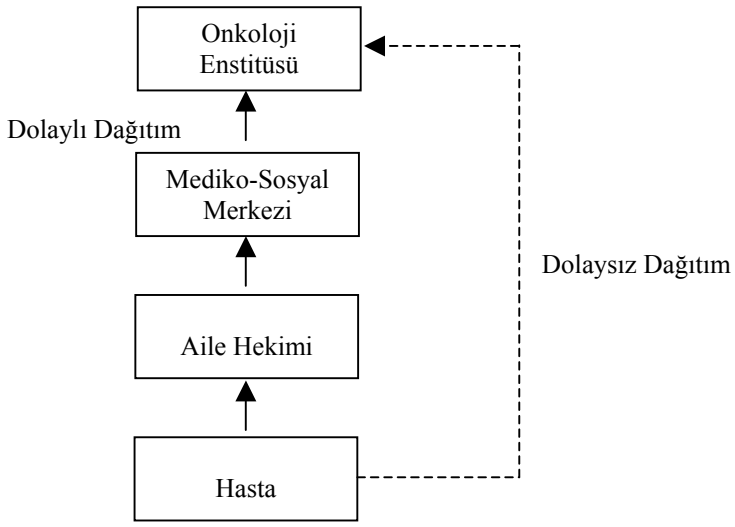
3.6.3.3. Dağıtım Kanalları

Dağıtım kanalı, kısaca bir mal ya da hizmetin üreticiden tüketiciye veya endüstriyel kullanıcıya akışında izlediği yoldur. Dağıtım kanalının seçimi, çok karmaşık bir yapıya sahip olan dağıtım sistemi çerçevesinde yapılır. Dağıtım kanalları çeşitli şekillerde sınıflandırılır. Geleneksel olarak yapılan bir sınıflandırmada, kanal üyeleri arasındaki ilişkinin niteliği esas alınır ve ilişkinin dolaysız (doğrudan) veya dolaylı olmasına göre dağıtım dolaylı ve dolaysız dağıtım şeklinde ikiye ayrılır (Mucuk, 2000: 242-243). Aşağıda sağlık hizmetlerinde dolaylı ve dolaysız dağıtım ele alınacaktır.

3.6.3.3.1. Dolaylı Dağıtım

Dolaylı dağıtım, bir mal ya da hizmeti üreticiden tüketiciye ulaştırmak için aralarında ekonomik ilişkiler kurarak gerçekleştirilen faaliyetler dizisidir (Stern ve Reve, 1980: 52). Dolaylı dağıtımda üretici ve müşteriler arasında aracılar yer alır. Dolaylı dağıtım tek kademeli olabileceği gibi, iki, üç veya daha çok kademeli de olabilir. Müşterileri geniş bir coğrafik alana dağılmış olan üreticiler için onlara doğrudan ulaşmak çok güç, pahalı, zaman alıcı hatta olanaksızdır. Bu durumda dolaylı dağıtımla, dağıtım kanalında yer alan kanal üyeleri birçok pazarlama fonksiyonunu üreticiye göre çok daha etkin bir biçimde gerçekleştirirler. Bu nedenle birçok işletme ürün ve hizmetlerinin dağıtımında dolaylı dağıtım kanalını tercih etmektedir. Sağlık hizmetleri de Şekil 12'de görüldüğü gibi doğrudan veya dolaylı olarak ihtiyaç duyanlara ulaştırılabilir. Örneğin bir semt kliniğine yöredeki hastalar doğrudan doğruya başvurmuşlarsa klinik açısından dolaysız bir dağıtım gerçekleşmiştir. Buna karşılık hasta Kalp Vakfı'na aile hekiminin veya semt kliniğindeki uzman hekimin tavsiyesi ile

başvurmuşsa dolaylı bir dağıtım söz konusudur. Çünkü hasta ile vakıf arasındaki ilişki bir aracı vasıtası ile gerçekleşmiştir. Gezici sağlık ekipleri hizmetlerini hastalara doğrudan ulaştırırlar. Türkiye'de tedavisi mümkün olmayan bir hastalık için hastanın Houston Metodist Hospital'a gönderilmesi de, dolaylı dağıtım için bir başka örnektir. Sağlık hizmetlerinde dolaylı dağıtım önerme yolu genelde aşağıdan yukarı doğru olur. Ancak çeşitli kademelerdeki sağlık işletmelerinin bir araya gelerek örgütlenmeleri halinde dağıtım yukarıdan aşağıya doğru da gerçekleşebilir. Üst düzey sağlık kuruluşlarının ayakta hatta yatakta sağlık hizmetlerinden bir bölümünü kendi altlarındaki sağlık kuruluşları aracılığı ile sunmaları halinde, bu dalda da bir çeşit toptancılık, perakendecilik faaliyeti gerçekleştirilmiş olacaktır (Karafakioğlu, 1998: 142-144).



Şekil 12. Dolaysız ve Dolaylı Dağıtım

Kaynak: Karafakioğlu, M. (1998): Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No: 271, s. 143.

3.6.3.3.2. Dolaysız Dağıtım

En yalın dağıtım kanalı, üreticiden tüketiciye veya sanayiciden kullanıcıya doğrudan dağıtımdır. Bu doğrudan ilişki, aracıyı ortadan kaldırsa da bu yöntem oldukça yüksek

postalama ve reklam giderlerini gerektirebilir (Oluç, 1989:9). Hizmet işletmelerinin çoğu ürettikleri hizmetleri doğrudan dağıtmak zorundadır. Sağlık, berberlik, konaklama, lokanta, avukatlık vb. hizmetleri dolaylı dağıtmak zordur. Doğrudan dağıtımda, üretici ile tüketici yüz yüze ilişki içinde olduğundan, işletme müşteri tatmini yönünden hem elverişli hem de elverişsiz durumda olabilir. Hizmet personeli ve işletmenin strateji ve politikaları uygunsa bu, işletme için yararlı bir dağıtımdır. Dolaylı dağıtımda ise, tatminsizliğin faturasının bir kısmı işletmeye bir kısmı da aracıya çıkartılır. Hizmetlerin standartlaştırılamayışı ve üretenden ayrılamayışları nedeniyle doğrudan dağıtımda bazı hizmetlerde pazar alanını genişletmek kolayken (kargo ve konaklama hizmetleri vb.), bazılarında pazar alanını genişletmek zordur (İslamoğlu vd., 2006: 230).

Sağlık hizmetleri, hizmetlerin dağıtımında doğrudan dağıtım kanalının geçerli olduğu bir faaliyet alanıdır. Bu hizmetlerin dağıtımı oldukça hayati bir öneme sahiptir. Hizmet veren sağlık elemanları, bu alanda hizmet alan hastadan ayrılamazlar. Çünkü hasta, hizmet verenin eline kendisini teslim eder. Bu durumda kanal aşağıdaki gibi aracısız dağıtım kanalı şeklindedir (Karahan, 2000: 89).

Doktor ----------Hasta

3.6.4. Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma Karması

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 koyar (Oluç, 1989: 3).

Tutundurma yöntemleri çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Her işletme, müşterileri ile iletişim sağlamak için genelde birden fazla tutundurma yöntemi kullanır. Bunun temel nedeni tutundurma vasıtalarının etkinliğinin müşteriden müşteriye değişmesi ve birarada kullanılmaları halinde, tedavide birbirini tamamlayan iki ilaç gibi daha etkili

olmalarıdır. Çevre koşulları değiştiğinde tutundurma yöntemlerinin etkisi de değişir. Yeni mal ve hizmetlerle eski mal veya hizmetlerin tutundurulması amacı ile kullanılan tutundurma politikaları birbirinden farklıdır. Dolayısı ile tutundurma bileşenleri açısından birbirine tıpatıp benzeyen iki işletme bulmak mümkün değildir. Her işletmenin dikkatli bir araştırma yaparak kendisine en uygun tutundurma bileşimini seçmesi gerekir (Karafakioğlu, 1998: 190).

Sağlık sektöründe tutundurma sağlık kuruluşlarının hizmetlerini potansiyel kullanıcılara iletişim yoluyla bildirmek ve sağlanacak yararlar hakkında onları ikna etmektir. Sağlık hizmetlerinin tutundurması çoğu kimse tarafından uygun görülmeyebilir. Ancak, tutundurma çalışmaları ile potansiyel hastalara sunulacak hizmetlerin varlığını, niteliklerini, erişme ve kullanma yollarını iletmek amaçlanır. Sağlık hizmetleri için farklı maliyet, etkinlik ve uygunluk düzeylerinde iletişim yöntemleri vardır. Ürün pazarlamasında önemli rol oynayan kişisel satış ve satış tutundurma çalışmalarının sağlık hizmetlerinde çok geniş uygulaması olmasa da reklam ve halkla ilişkiler oldukça önemli ve geniş uygulama alanı bulabilmektedir (Odabaşı, 1994: 78). Aşağıda sağlık hizmetlerinde tutundurma karması elemanları üzerinde durulacaktır.

3.6.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Reklam

Sağlık hizmetleri, hizmet sektörü içinde en çok büyüme gösteren sektörlerden biridir. Sağlığa yönelik ilginin artmasıyla birlikte, hastanelerin pazar payı ve karlılığının belirlenmesinde reklamcılık önemli rol oynamaktadır. Bunun nedenleri arasında hastaneler için rekabetçi baskıların artması, müşterilerin eğitim düzeylerinin artması, daha fazla bilinçli olmaları ve farklı hastaneler tarafından sunulan hizmet kaliteleri arasındaki farkı daha iyi ayırt edebilmeleri sayılabilir (Andaleeb, 1994: 48). Pazarlama açısından reklamın işlevi satışların arttırılmasına katkıda bulunmaktır. İletişim açısından ise, sözkonusu mal, hizmet ya da düşünce (fikir) ile ilgili iletilerin (mesajların) hedef kitle içinde yayılmasını ve anımsanmasını sağlamaktır. Bu bağlamda reklamla ulaştırılan iletilerin yayılma ve anımsanma oranlarının yüksekliği ölçüsünde satışlara

katkının da artacağı varsayılır. Böylelikle reklamın satışları arttırmak 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 etkisini, 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 reklamın satış etkisinin de olumlu olacağı varsayılmaktadır (Seçim, 1987: 34).

Aşağıdaki koşullara sahip ürün veya hizmetler daha çok reklam edilir (Oluç, 1990: 5):

1. Ürün kendine özgü niteliklere sahipse;
2. Ürün müşteriler için önemli olan gizli kalmış kalitelere sahipse;
3. Ürün güçlü duygusal güdülerle satın alınıyorsa;
4. Ürüne birincil talep trendi elverişli ise;
5. Ürün için pazar potansiyeli güçlü ise;
6. Rakip ürünler için çok fazla marka bağımlılığı oluşmamışsa;
7. Eğer bu tür ürün ve hizmetler için genel ekonomik koşullar elverişli ise;
8. Eğer firma reklam için gerekli meblağı sarf etmeye istekli ve finansal güce sahipse;
9. Firma ürün ve hizmeti başarı ile pazarlayabilecek yeterli pazarlama uzmanlığına sahipse.

Sağlık kuruluşlarının reklam yapmasına karşı olanların sayısı oldukça yüksektir. Reklamdan yana olan kişilere göre zararlı olmadığı sürece bu kısıtlamaları anlayışla karşılamak mümkün değildir. Bunlara göre reklamların hastalar ve yakınları üzerinde olumsuz etkiler yaptığını kanıtlayan, haksız rekabete neden olduğunu gösteren somut deliller de yoktur. Dolayısı ile karşı olanlar yanlış bir teşhis yapmaktadırlar. Nitekim Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre hastaların reklam karşısındaki tutumları hekimlere göre çok daha olumludur. Yine bir başka araştırmada araştırmaya katılanların % 75-80'i yapılan reklamlardan etkilenmediklerini ifade etmişlerdir (Karafakioğlu, 1998: 196-197).

3.6.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Satış

Kişisel satış, pazarlama karması unsuru olan tutundurma veya promosyonun şekillerinden bir tanesidir. Kişisel satış, satış gücü, yüzyüze satış ve satışçılık gibi kavramlarla da açıklanabilir. Ancak hepsinin temel amacı sonuçta satışın gerçekleştirilmesini sağlayacak, pazarlama iletişiminin sağlanmasıdır (Karabacak, 1996: 40). American Marketing Association, kişisel satışı şöyle tanımlamaktadır: ”Satış yapmak maksadı ile bir veya daha çok satınalıcı ile konuşarak sözel sunuşta bulunma” ya kişisel satış denir (Oluç, 1991: 11). Satış elemanı olarak istihdam edilen kişi sayısı dünya genelinde artış göstermeye devam etmektedir. Hizmet sektöründe istihdam ettirilen satış elemanı sayısı gittikçe artmaktadır. Hizmetlerde standart kalitenin oluşturulamaması ve bazı pazarlama elemanlarının uygulanamaması kişisel satışa duyulan gereksinimi arttırmaktadır (Bowers, Powers ve Spencer, 1994: 36).

Sağlık işletmeleri genelde profesyonel satış elemanları yerine kendi elemanlarını kullanmayı tercih ederler. Acaba bir profesyonel satışçıyı eğiterek sağlık hizmetlerinin satışında mı kullanmalı, yoksa hemşire, doktor gibi personele satış teknikleri konusunda eğitim mi verilmelidir? Bu sorunun tam bir cevabı henüz bulunmuş değildir. Bir görüşe göre sağlık hizmetlerinin diğer mal veya hizmetlerden bir farkı yoktur, dolayısı ile daha önce iş makineleri satışında başarılı olmuş bir kişi, bu dalda da başarılı olabilir. Bir diğer alternatif de sağlıkla yakından ilişkili dallarda satış yeteneğini kanıtlamış kişilerden yararlanmaktır. İlaç, tıbbi malzeme üreten veya satan firmalar çok sayıda satış temsilcisi kullanırlar. Böyle bir satış elemanın tıp bilgisi bir hekim kadar olamaz ancak herhangi bir kişiye göre de şüphesiz daha fazladır (Karafakioğlu, 1998: 223).

3.6.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Satış Tutundurma

Satış tutundurma veya satış özendirme, satışları özendirmek için, reklam, kişisel satış, duyurum dışındaki diğer pazarlama iletişim çabalarıdır. Bunlar aralıklı olarak satış noktalarında gösteriler, sergiler düzenleyerek, kuponlar, primler, bedava örnek ürünler,

ticaret pulları vb. dağıtarak yapılır (Oluç, 1989: 10). Tüm işletmeler için, özellikle hizmet işletmeleri için güvenilirlik önemli bir noktadır. Yapılan promosyon çalışmalarında vaat edilen hizmet ile gerçekleşen hizmetin farklı olması, müşterilerin işletmeye güvenini azaltmaktadır. Yapılan gerçek dışı promosyonlar müşterilerin tatminini olumsuz etkilemektedir (Fabien, 1997:206).

Reklam, ürünün satın alınması için bir sebep gösterir, satış promosyonu ise satın alınması için bir teşvik teklif eder. Satış promosyonu, tüketici promosyonu açısından numuneler, kuponlar, nakit para iadeleri, indirimli fiyatlar, hediyeler, bedava denemeler, garantiler, bağlayıcı promosyonlar, satış noktası teşhirleri ve sergiler gibi çabaları içerirken; ticaret promosyonu indirimli fiyatlar, reklam ve teşhir masrafları ve bedava eşyaları, iş ve satış gücü promosyonu ise, ticari sergiler ve kongreler, satış temsilcileri için yapılan yarışmalar ve özel reklamları içerir (Kotler, 2000: 597). Sağlık hizmetlerinde satış tutundurma fazla kullanılmasa da, satış tutundurmanın en yaygın şekillerinden olan kuponların sağlık hizmetlerinde de kullanım örnekleri vardır. Örneğin, bazı hastaneler ücretsiz kan basıncının ölçümü veya özel bir tıbbi problemle ilgili broşür için kupon verir. Yine bir hastane, mamografi ünitesine gelen hasta sayısını arttırmak için, hamiline on dolar indirim sağlayan kuponlar dağıtmıştır (Berkowitz, 1996: 297). Şüphesiz hizmetlerin, mallarda olduğu gibi bu tür olanaklardan yararlanma olanağı çok sınırlıdır. Ancak yine de bazı yaratıcı çözümler bulunabilir. Örneğin, ilk kez gelen hastalara belirli bir indirim yapılması, hasta eşliğinde gelen çocuklara küçük hediyeler verilmesi düşünülebilir ve yararlı olacakları anlaşılırsa kolayca uygulanabilir (Karafakioğlu, 1998: 213).

3.6.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler/Duyurum

Halkla ilişkiler, örgütün, müşterileri, işgörenleri, ortakları, hükümet makamları ve genelde tüketiciler ve toplumca olumlu bir görüntüye sahip olması ve bu olumlu görüntüyü koruması için tasarımlanan çabalardır. Bunun başlıca aletleri örgüt kurumlarında halka açık ziyaret günleri saptamak, gazete, dergi, radyo ve televizyonda örgüte, kurumlarına, ürünlerine ilişkin haberler çıkmasını ve makaleler yazılmasını

sağlamaktır. Gerek bu haberler gerek makale ve röportajlar için reklamda olduğu gibi tarifesi önceden belirlenmiş bir bedel ödenmediği gibi, sorumlusu da belli değildir. Bu tür iletişim çabalarına duyurum denir (Oluç, 1989: 10).

Sağlık kuruluşları birer hizmet kuruluşlarıdır. Toplumun her kesiminin sürekli ilgisini çeken kuruluş durumundadırlar. Genel olarak, halkla ilişkiler sağlık kuruluşlarının ilişkide olduğu her türlü kişi ve kuruluş ile karşılıklı ilişkilerin kurulup geliştirilmesine yöneliktir. Böyle bir işlevi yerine getirmek için sağlık hizmetlerinin duyurulması, toplumda olumlu bir tutum yaratılması, toplumun değişik kesimlerinin kuruluş hakkında ne düşündüğünün öğrenilmesi ve karşılıklı işbirliğinin sağlanması faaliyetlerinin yerine getirilmesi gerekir. Sağlık kuruluşları yapacakları halkla ilişkiler çalışmaları ile toplumda etkili sonuçlar elde edebilirler. Örneğin; aile planlaması çalışmaları ile sosyal ve ekonomik bir sorunun çözümünde rol oynayabilirler. Sağlıklı yaşam, sigarayı bırakma, çevreyi koruma gibi sosyal amaçlı kampanyalar, sağlık kuruluşlarının hem amaçlarına uygun olabilmekte hem de imajlarını geliştirebilmektedir.

Halkla ilişkiler duyurum, kurumsal reklamcılık, basın sözcülüğü, kamu yararına faaliyetler, lobicilik ve yönetim danışmanlığı gibi bir dizi faaliyetten oluşmaktadır. Duyurum, kurumlarla ilgili haberlerin "haber alma" değerlerine bağlı olarak kitle iletişim araçlarında ücretsiz olarak yayımlatılmasıdır. Örneğin; bir hizmet olarak ilaçla miyop tedavisinin yapılmaya başlandığının basında yer alması gibi. Bunun dışında, teşekkür ilanları ile köşe yazarlarının görüşlerini aktardıkları yazılar da duyurum kapsamında düşünülebilir. Kurumsal reklamcılık ise, medyadan yer ve zaman satın alınarak haber ya da duyurumların yayımlanmasını sağlamak ile ilgilidir. Daha çok olumlu kuruluş imajı yaratmaya yöneliktir. Kamu yararına faaliyetler, kuruluşun yalnızca kendisini değil, aynı zamanda içinde bulunduğu toplumun menfaatlerini de gözettiği, toplumun refah düzeyini yükseltmeyi amaçladığı kurum imajı yaratmaya yönelik faaliyetlerdir. Örneğin; bebek bekleyen anne ve baba adaylarının doğum ve çocuk bakımı konusunda eğitim programlarının uygulanması bu tür bir faaliyettir. Halkla ilişkiler karmasında yer alan basın sözcülüğü, lobicilik ve yönetim danışmanlığı faaliyetleri genellikle halkla ilişkiler uzmanları tarafından yürütülür. Basın sözcüleri

sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden yararlanan önemli kişiler, yeni hizmetlerin açılışı ya da yapılan araştırmalar konusunda kamuoyunu bilgilendirir (Odabaşı, 1994: 84-85).

Halkla ilişkilerin en büyük avantajlarından biri güvenilirliktir. Gazetede ya da dergide sağlık hizmetleri ile ilgili haberleri okuyan veya televizyonda izleyen tüketiciler bu haberlerin halkla ilişkiler tarafından bilinçli olarak oluşturulmuş haberler olduğunu bilmezler. Bu nedenle bağımsız kaynaklardan okudukları bu haberlere reklama oranla daha fazla inanırlar (Berkowitz, 1996: 295).

3.6.5. Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılar

Geleneksel pazarlama karması bileşenleri olan ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurma elemanlarına ilave olarak hizmet pazarlamasında katılımcılar beşinci unsur olarak kabul edilmektedir.

Hizmet pazarlamasında, hizmet üreten ve pazarlayanlarla birlikte, tüketiciler ve hizmet faaliyet alanı içerisinde bulunan tüm kişiler katılımcılar olarak adlandırılır (Karahan, 2000: 100). Aşağıda sağlık hizmetlerinde katılımcılar olarak personel ve müşteriler ele alınacaktır.

3.6.5.1. Personel

Tüketicilerin satın aldıkları hizmetten tatmin olup olmaması hizmet veren elemanların bilgi, beceri ve yeteneklerine bağlıdır. Bazen tüketicilerin almış oldukları hizmetler, beklentilerini karşılamayabilir. Bu durum müşteri kaybına varan sonuçlar doğurur. Bunun çözümü ile ilgili hizmet elemanının yapması gereken en önemli şeylerden biri, daha başlangıçta müşterinin beklentilerini öğrenmek ve bu beklentiye uygun hareket etmektir. Beklentilere uygun hizmet verilememesi durumunda yapılacak diğer iş, beklentiye uygun hizmet verilememe nedenlerini müşteriye açıklamaktır.

Böylece, müşterinin kafasında olumsuz olarak şekillenen hizmet, gerekçelerin açıklanmasıyla olumlu hizmet konumuna dönüşecektir. Hizmet üreten elemanların, farklı beklentilere cevap verecek şekilde esnek olması ve bu esnekliği yerine getirebilecek yetkilerle ve yeteneklerle donanmış olması gerekmektedir (Karahan, 2000: 102).

Profesyonel hizmet sunan hastanelerde hizmetin kalitesi ve müşterilerin güveni açısından personel çok önemlidir. Çünkü, sağlık kuruluşlarında müşteri ve personel çok yakın temastadır. Danışmalarda bulunan memurlar, hasta kabul bürolarındaki memurlar, hastabakıcılar, hemşireler, doktorlar ve hastane yöneticileri hastanelerdeki personel grubunu oluşturur. Hastanın tatminini hastanede görev yapan tüm personel etkiler. Doktorun kaliteli sağlık hizmeti sunması ve hastalarına yakın davranması yeterli değildir. Bir hasta bakıcının ya da hasta kabuldeki görevli bir personelin olumsuz bir davranışı hastanın sunulan sağlık hizmetinden duyduğu tatmini azaltır ya da tatminsizliğe yol açabilir. Tatmin olmamış hastanın teşhis ve tedavide doktora yardımcı olması güçleşir ve hizmet kalitesi düşer (Çatı, 2002: 83).

3.6.5.2. Müşteriler

Hizmetlerin oluşumunda müşterinin üç temel rolü vardır (Bitner, Faranda, Hubbert, Zeithaml, 1997:195):

- Müşteri verimli bir kaynak gibidir; müşterilerden elde edilecek bilgiler hizmetin gerçekleşmesi için vazgeçilmez bir unsurdur.
- Müşteri, kalitenin, tatminin ve değerin gerçekleşmesinde büyük rol oynar.
- Müşteri, hizmet organizasyonları için bir rakip gibidir, yapılan işi öğrenip kendisi yapabilir.

Müşterilerin hizmetin gerçekleşmesine katılım düzeyleri hizmetten hizmete farklılık göstermektedir. Bazı hizmetlerde müşterilerin hizmetin sunulduğu noktada bulunmaları gerekirken, bazılarında müşterilerin bulunmasına gerek yoktur. Örneğin, sağlık hizmetlerinde hizmetin sunulabilmesi için hastanın doktorla karşı karşıya bulunması,

yani hastanın sağlık hizmetinin verildiği noktada bulunması gerekmektedir (Çatı, 2002: 86).

3.6.6. Sağlık Hizmetlerinde Fiziksel Çevre

Tüketiciler bir hizmet işletmesinden hizmet satın alıp almama konusunda kararlarını verirken çok değişik faktörlerin etkisi altında kalırlar. Bu önemli karar etkenlerden biri, hizmet işletmesinin fiziksel ortamıdır. Müşteriler, hizmet personeli ile olduğu kadar hizmetin üretiminde kullanılan araç ve gereçlerle de ilgilenirler ve beklenen hizmetin verilmesinde araç-gerecin, yerin ve bu yerde bulunan diğer fiziksel varlıkların her birinin rolü vardır. Örneğin, sağlıkla ilgili tedavilerde, hasta için doktor ve diğer personel kadar, o ortamda kullanılan malzemeler, araç-gereçler ve temiz, sağlıklı ve düzenli bir ortamın da önemi büyüktür. Hizmet işletmelerinde fiziksel ortam hizmeti temsil eden varlıklar ve asıl fiziksel varlıklar olarak ikiye ayrılır. Bir hastanedeki hasta yatağı, masası ve dolabı, iç ve dış yerleşim düzenlemeleri asıl fiziksel varlıklardır. Diğer yandan hastaya sunulan yemekler, verilen sabunlar, şampuanlar veya buna benzer sahiplenebileceği küçük eşyalar ve hastane yönetimince sunulan hediyeler hizmeti temsil eden nesnelerdir (Karahan, 2000: 109-110).

3.6.7. Sağlık Hizmetlerinde Süreç Yönetimi

Süreç yönetimi, hizmetin tüketicinin ihtiyaç duyduğu zamanda "hazır bulundurulmasını ve tutarlı kalitede sunulmasını" kapsamaktadır. Araştırmalar, hizmetlerin birer süreç olduğunu ve hizmetin gerçekleşmesinde müşterilerin bir üretici gibi rol oynadıklarını göstermektedir (Mattsson, 1994: 47).

Hizmet işletmelerinde çalışan elemanların üstün nitelikte elemanlar olması, yeterli eğitimden geçmiş olmaları ve en iyi şekilde motive edilmiş olmaları hizmetin kusursuz ve kaliteli sunulması için yeterli değildir. İstenilen hizmetin sunulabilmesi için

işletmenin tüm birimlerinin etkin ve koordineli bir biçimde çalışma yürütmesi gerekmektedir (Karahan, 2000: 105). Örneğin, bir hastanede kaliteli hizmet sunmak için doktorun gayreti tek başına yeterli değildir. Doktorun, teşhis için tahlil ve tetkiklere ihtiyacı vardır. Laboratuar ve görüntüleme merkezlerindeki personeller doktor gibi duyarlı davranmaz ve hizmetin kalitesi için çaba göstermezlerse doktorun gayreti boşa çıkacaktır. Dolayısıyla hastanedeki tüm personelin, fiziki ortamın ve iş akışının müşteriyi tatmin edecek şekilde organize edilmesi gerekmektedir (Çatı, 2002: 91).

BÖLÜM IV: HİZMET SEKTÖRÜNDE KALİTE ve MÜŞTERİ (HASTA) TATMİNİ

4.1. Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi Kavramları

Kalite, tüketicilerin satın alma kararlarının ve tercihlerinin önemli bir belirleyicisidir. Kalite ile ilgili tanımlar incelendiğinde, müşteriyi odak noktasına yerleştiren, müşterinin ihtiyaç ve isteklerinin karşılanmasını hedefleyen bir kavram olduğu görülmektedir. İhtiyaçların, isteklerin ve beklentilerin çokluğu kaliteye dinamik bir boyut kazandırmakta, sürekli geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu durum, bir işletmede kalitenin sadece ürün-hizmet kalitesi olarak değil de, işletmenin tüm alanlarında, tüm çalışanların katılımıyla bütünleşik bir bakış açısıyla ele alınmasını gerektirmektedir. İşte Toplam Kalite Yönetimi böyle bir yaklaşımın ürünüdür. Bu yaklaşımda, tüm işletme çalışanlarının katılımıyla hedeflenen amaca ulaşmaya çalışılmaktadır (Odabaşı, 1994: 131).

4.1.1. Kalite Kavramı

Kaliteye ilişkin olarak genel birkaç tanımlama yapılabilir (Efil, 2003: 10):

- Kalite kullanıma uygunluktur.
- Kalite spesifikasyonlara uygunluktur.
- Kalite müşteri istek ve beklentilerine uygunluktur.

Günümüzde kalitenin tanımında müşteri bakış açısı önem kazanmakta ve müşterinin sürekli değişen istek ve ihtiyaçlarının karşılanması ya da geçilmesi kalite olarak değerlendirilmektedir (Öztürk, 2003: 138). Pazarlamada kalite, ürün ve hizmetlerin tüketici beklentilerine cevap verme derecesi olarak ele alınmaktadır (Önce, 1988: 24).

Birçok hizmet işletmesi, farklı ve istenen kalitede hizmet üretme ve dağıtma stratejisiyle rakiplerinden üstün duruma geçip, karlılıklarını sürekli kılarak, rekabette üstünlük avantajı yakalamaya çalışmaktadır. Oysa asıl önemli olan şey, tüketicilerin bekledikleri kalitedeki hizmetin sunulmasıdır. Tüketiciler kendilerine sunulan hizmet ile bekledikleri hizmeti karşılaştırırlar. Eğer, verilen hizmet beklentilerin üzerinde gerçekleşmiş ise daha fazla tatmin olur ve o hizmeti almaya devam ederler (Karahan, 2000: 115).

Mal ya da hizmet üretiminde kalitenin dikkate alınmaya başlanması yeni bir konu değildir. Geleneksel yönetim anlayışlarında, kalite üst düzey yöneticilerin sorumluluğunda olup, mal üretildikten sonra "kalite kontrolü" yapan görevliler bulunmaktadır. TKY'nde ise, üretimin başından itibaren her aşamada kalite standartlarının gerçekleşmesine özen gösterilir ve tüm çalışanların bu süreçte rolü ve sorumluluğu sözkonusudur. Kaliteye ulaşmada rol ve sorumluluğu olanlar, kaliteyi kişisel olarak algılama ya da beğeni olarak değerlendirme yerine, bilimsel verilere dayanarak değerlendirmek zorundadır. Bu konuda veri toplama ve analiz eskiden olduğu gibi beyaz yakalı işçilerin sorumluluğu altında değil, üretim sürecinin her aşamasında yer alan tüm çalışanların sorumluluğundadır (Hayran ve Sur, 1998:148). Kalitenin esası ve boyutları belirsiz olsa da, firmalar ve tüketiciler için önemi üzerinde şüphe yoktur. Araştırmalar, kalitenin pazar payına katkı ve yatırım getirisine katkı yapması yanında, üretim maliyetlerinin düşürülmesi ve verimliliğin arttırılmasındaki stratejik faydaları ortaya koymuş bulunmaktadır. Tüketiciler yüksek kaliteye daha önce olmayan bir boyutta talep gösterdikleri için kalite arayışı, muhtemelen 1980'lerden itibaren önemli tüketici eğilimi olmuştur (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985: 41).

4.1.2. Toplam Kalite Yönetimi Kavramı

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) kavramı 1990'lı yıllarla birlikte yaygınlaşan bir kavramdır. Yeni bir yönetim anlayışı olan bu kavram önce sanayide, üretim sektöründe ortaya çıkmış, malın kalitesinde artış sağlaması, maliyetleri indirmesi özelliğiyle hızla diğer sektörlere yayılmıştır. Diğer yönetim anlayışlarından farklı biçimde TKY,

mekanik bir yaklaşım olmayıp, çalışanların beyin gücü, yaratıcılık ve tecrübelerinden yararlanma şeklinde bir iş etiğine dayanmaktadır. Bu sebeple her örgütte uygulanabilecek bir yönetim biçimidir. Tam anlamdaki uygulanışı Japonya'da gözlenmekte ise de, günümüzde Japonya dışında Kuzey Amerika ve Avrupa'da da yaygın olarak kullanılmaktadır (Hayran ve Sur, 1998:147).

TKY, sunulan hizmetlerin kalitesinin sürekli yükseltilmesini amaçlayan ve kurum genelinde katılıma dayanan bir yönetim anlayışıdır. TKY, kalite yönetimi evriminin üçüncü aşamasıdır. Kalite kavramına ve kaliteli hizmet sunumuna farklı bir yaklaşım getiren TKY, kalite denetimi ve kalite güvencesi yaklaşımlarını da bünyesinde barındırmaktadır. TKY, kalite denetimi yaklaşımındaki gibi sonuçlar üzerinde odaklaşmaktan ya da kalite güvencesi yaklaşımında süreçlere odaklaşmaktan farklı olarak kaliteyi bir kurumsal kültür olarak görmekte ve tüm personelin katılımını içeren süreçlerin sonucu olarak kabul etmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 282).

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), bir işletmede bir işin bir defada ve hatasız olarak yapılması ve müşterinin % 100 tatmin edilmesi işlemidir. TKY, sıfır hata ilkesini temel aldığı için hammadde aşamasında başlayan, işletmeye girdi sağlayan yan sanayileri de kapsamına alan ve müşteri şikayetleri ile birlikte satış sonrası hizmetleri de içeren bir süreç niteliğindedir.

Toplam Kalite Yönetiminin avantajlarını işletmeler ve müşteriler açısından sıralamak mümkündür. İşletmeler açısından; kar ve pazar payının artması, verimin artması, maliyetlerin azalması, çalışanların tatmini, müşteri şikayetlerinin azalması, daha az servis-bakım hizmeti gerektirmesi, maliyet ve zamandan tasarruf sağlanması, kaynakların optimum kullanımı, iadelerin azalması olarak sıralanabilir. Müşteri açısından ise; kullanımda uygunluk, tatmin, güvenlik ve sağlık olarak ifade edilebilir (Karagöz, 1998: 99-100).

4.1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

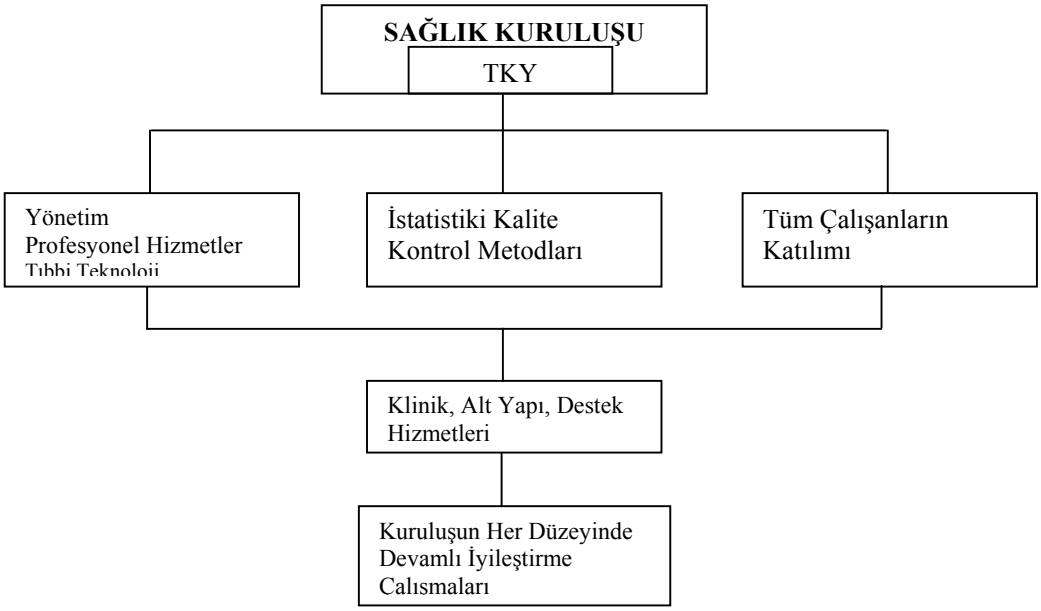
Endüstri ve hizmet sektörlerinde TKY uygulamalarındaki başarılı sonuçlar sağlık sektörünü de harekete geçirmiş ve 1980'li yıllardan başlayarak özellikle gelişmiş ülkelerin hastane hizmetlerinde hızlı bir yayılma göstermiştir. Bireylerin satın alma gücünün artması, tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması ve kalite-maliyet çelişkisine çözüm getirmesi sağlık sektöründe TKY ihtiyacının doğmasında rol oynayan başlıca sebeplerdir (Çoruh, 1994: 2).

Sağlık hizmetleri, toplam kalite yönetimi felsefesi ve uygulamaları ile bir ölçüde gecikmeli olarak tanışan sektörlerdendir. Bu alanda karşılaşılan temel güçlüklerin başında, kavramın algılanabilir kılınması, tanımların oturtulması, zihniyet dışlanmasının gerçekleştirilmesi, örgütsel iklimin gereğince düzenlenmesi ve müşteri kavramının boyutlandırılması gelmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi, Türk Standartları Enstitüsü ve Devlet Planlama Teşkilatı başta olmak üzere devlet bürokrasisindeki hareketlenmeler, akademik çevrelerdeki devinim, sağlık meslek birliklerindeki arayışlar, özel sektördeki uygulama örnekleri, yaklaşımın yerine oturmakta olduğunu işaret etmektedir (Üstel, 1994: 8). Toplam kalite yönetimi özellikle sıfır hata, müşteri odaklı olma ve çalışanların katılımını gerektirmesi nedeniyle insan, insan ilişkileri, hatayı kaynağından yok etmenin önemli olduğu sağlık hizmetleri sektöründe geçerliliği yadsınamayacak bir yönetim felsefesidir (Yılmaz, C. ve Yılmaz, İ., 1999: 248).

Sağlık hizmetleri; arzının pahalılığı, talebinin tüketici tarafından belirlenmemesi, bir bölümünün toplumsal olma özelliği, kar amaçlı değil sosyal amaçlı olması, talebinin tesadüfiliği ve talep esnekliğinin katı olması gibi özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin bu özellikleri ve hizmetin sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık alanında toplam kalite yönetiminin gerekliliğini artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetiminin amacı, sağlık sisteminin yararlarını ve maliyet etkililiğini arttırmaktır (Özsarı, 1994: 115-117).

Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetiminin uygulamasına geçişte yaşanacak sorunlar vardır. Bu sorunlardan birincisi, üst düzey yönetimine ait sorunlardır. Üst düzey yönetimin toplam kalite yönetimi felsefesine inanması ve uygulamaları takip etmesi gerekir. İkinci sorun ise, toplam kalite yönetiminin uygulanmasında amaçlar oluşturulmalıdır. Bunun dışında yapılacak prosedürler kağıt üstünde kalabilir. Amaçları belirlemek toplam kalite yönetiminde önemli sorunlardan birisidir. Üçüncü sorun, toplam kalite yönetiminin örgüt içinde ve çalışanlara benimsetilmesindeki sorunlardır (Öztürk, 2000a: 147).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, hizmeti talep eden kurum, toplum veya kişinin (müşteri) ihtiyaç ve isteklerini karşılamanın yanında, bilimsel ve teknik olanakların kullanımını da içermektedir. Hizmet sunumunda amaçlanan sonuçların elde edilebilmesi için; klinik (tıbbi teşhis, tedavi ve bakım), alt yapı (Laboratuar ve görüntüleme vb.) ve destek hizmetler (Kurum ev idaresi, beslenme, güvenlik, ulaşım vb.) gibi tüm hizmet birimlerinde devamlı veri/bilgi toplama, değerlendirme ve iyileştirmelerin bir koordinasyon içinde yürütülmesi gerekmektedir. Aşağıdaki şekilde sağlık kurumlarında TKY mantığı gösterilmektedir (Çoruh, 1996:3-4).



Şekil 13. Sağlık Kuruluşlarında TKY Mantığı

Kaynak: Çoruh, M. "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler", Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ankara, 1-2 Kasım 1996, s: 4.

Bir endüstriyel (hizmet) kuruluşunun, üst yönetiminin örnek liderliğinde, tüm görevli personelin aynı kurumsal kültür yapısı ve işbirliği içinde kaliteli üretim (hizmet sonucu) elde etmeyi amaçlayan bir çalışma düzenini oluşturmaları TKY mantığının ana fikrini oluşturmaktadır. Bu amaca ulaşabilmek için, müşteriyi (ihtiyaçlarının karşılanması için talepte bulunan kimse/toplum, kurum/kuruluş) tatmin edici bir düzeyde üretime (hizmet sunumuna) odaklanmak gerekmektedir. Üretim girişinden (input) başlanarak ürünün müşteriye teslimine kadar olan süreç aşamalarında toplanan verilerden bilgi üretilmekte, saptanan hata ve eksiklikler giderilerek proses iyileştirme faaliyetlerinde kullanılmaktadır. İstatistiki kalite kontrol metodları, önceden saptanan göstergelerin değerlendirilmesinde ölçüm araçları kullanılmaktadır (Çoruh, 1997:4). Aşağıdaki şekilde endüstriyel üretim/sağlık hizmeti sunumu farklılıkları gösterilmektedir.

Sektör	**Girdi (Input)**	**Süreç (Proses)**	**Çıktı (Output)**
Endüstri	Hammaddeler	Makineler, Uzman ve İşçiler	Standartlara Uygun Ürün
Sağlık Hizmetleri	Özellik Gösteren İnsan Sağlık İhtiyaçları	Multisektörel Profesyonel hizmet Uygulamaları Teşhis, Tedavi, Rehabilitasyon Faaliyetleri	Sağlık İhtiyaçları Karşılanarak İyileştirilmiş İnsan

Şekil 14. Endüstriyel Üretim/Sağlık Hizmeti Sunumu Farklılıkları

Kaynak: Çoruh, M. "Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilebilir", Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Yıl:1, Sayı:3, Kasım 1997, s. 6.

4.2. Hizmet Sektöründe Kalite

Gülümseyerek yapılan bir hizmet pek çok müşteriyi mutlu etmeye yeterlidir ama bazen işletmeler pazarda "hizmet garantisi" teklif ederek kendilerini farklılaştırmaktadırlar. Bir ürün garantisinden farklı olarak, bozuk aletin tamirini veya yenisi ile değiştirmeyi taahhüt eden hizmet garantileri, memnuniyetsiz müşteriye tipik

olarak geri ödeme, indirim ve ücretsiz hizmet garanti eder. Örneğin, First Interstate Bank of California yönetimi, müşterileri ile görüşmeleri sonucunda, yanlış hesap dökümleri ve bozuk ATM makineleri gibi çıkan pek çok sorun nedeniyle müşterilerin kızgın olduğunu tespit etti. Bu türden hizmet problemlerini haber vermeleri için, banka müşterilere 5$ ödemeye başladıktan sonra, hesaplarla ilgili problemler azaldı. Şaşırtıcı olan hizmet garantisinin çalışanlar üzerinde motive etkisinin olmasıdır. Bir şubede bir ATM makinesi arızalandığında çalışanlar, makine akşam 8:30'da tamir edilene kadar şubeyi açık tutmaya karar verdiler. Garantinin diğer bir gizli faydası da, müşterinin geri bildirimidir (feedback). Böylece müşterilerin arkadaşları yerine şirket ile konuşmaları için bir neden oluşmuş oldu. Hizmet garantisi firmalara reklamlarda kalite taahhüt etmelerine ilaveten çalışanların performans standartlarını açıkça tanımlama ve sadık müşteriler oluşturmada çok önemlidir (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:188).

Hizmet kalitesi; bir hizmetin beklenen ve algılanan kalitesi ile ilgili olup, müşteri memnuniyeti ya da memnuniyetsizliğinin esas belirleyicisidir. Örneğin, "The Minneapolis Mariott City Center" konuklara verilen hizmeti iyileştirmek için, çalışanlarına 10 dolar harcama yetkisi vermiştir. Bir yolcu, bir kitabı hediyelik eşya dükkanında bulamadığını söylerse, çalışanlardan biri kitapçıya giderek kitabı alır ve müşteriye ücretsiz olarak takdim eder. Hizmet kalitesinin önemini kavramakta başarısız olan firmalar, genellikle bunun sonucuna katlanırlar (Boone ve Kurtz, 1992:373).

Hizmet kalitesi konusunda yapılan çalışmalar ve literatür incelemesi sonucunda konuyla ilgili saptanan üç temel nokta aşağıda belirtilmiştir (Parasuraman vd., 1985:42).

- Tüketici için hizmet kalitesini değerlendirmek, malların kalitesini değerlendirmekten daha zordur.
- Hizmet kalitesinin algılanması, tüketici beklentileriyle gerçek hizmet performansı arasındaki bir karşılaştırmadan kaynaklanır.
- Kalitenin değerlendirilmesi, bir hizmetin sadece sonucuna dayalı olmayıp, hizmetin verilme sürecinin değerlendirilmesini de içerir.

4.2.1. Hizmet Kalitesi ve Sağlık Kuruluşları İçin Önemi

Kalite bilincinin hızla yayılmasına ve etkilediği çevrenin giderek genişlemesine karşın, üretim sektörü dışındaki sektörlerde kalite sistemi anlayışı ve uygulaması, göreceli olarak, daha alt düzeydedir. Oysa kalite, kuruluşların yönetimindeki en stratejik araçlar ve kuruluşların rekabet gücünü belirleyen en etkili etmenler arasındadır. Kalite yönetiminin başarılı biçimde hizmete uygulanması, gözardı edilemeyecek şu fırsatları doğurur (Esin, 2002:1):

- Daha iyi hizmet sunumu ve alıcının tatmini.
- Üretkenliğin geliştirilmesi, verimin artması ve maliyetin düşürülmesi.
- Artan pazar payı.

Günümüzde tüketiciler ihtiyaç ve isteklerinin ne olduğunu tam olarak bilen, bunlardaki değişimleri sürekli araştıran ve sundukları hizmetlere bu değişimleri en çabuk yansıtan işletmeleri tercih etmektedirler. Bundan dolayı sağlık kuruluşlarının tüketicileri, sağlıkları söz konusu olduğundan hizmet sektörünün en duyarlı müşterileridir. Sağlık kuruluşları, tüketicilerinin bu duyarlılıklarını göz önüne alarak hizmet üretmek ve bu üretim sürecinde sahip oldukları tüm kaynakları aynı hedefe doğru harekete geçirerek sürekli kılmak zorunluluğuna sahiptirler (Öztürk, 2000b: 191).

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı, Zorlutuna (1997:185) tarafından, "uluslararası geçerliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanısıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması" olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, maliyetlerin en düşük seviyeye düşürülmesine değil, karın en yüksek seviyeye çıkarılmasına odaklanmış, bilginin egemen olduğu, mutlak hasta memnuniyetini sağlamak için yerine getirilmesi kaçınılmaz bir dizi yönetim etkinliğidir. Hasta memnuniyeti; doğru tanı, doğru tedavinin yanı sıra bekletilmeden ve eksiksiz hizmet, hastanın hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, uygun fiyat gibi beklentilerin sağlanması olarak ele alındığında tüm tıbbi ve tıbbi olmayan üretim süreçlerinin kontrol

noktalarının saptanarak, ilk seferde ve her seferinde doğru iş yapılmasını sağlayacak bir işletim modelinin geliştirilmesi kaçınılmazdır (Tokatlıoğlu, 1998: 235-236).

Mal satın alırken tüketici, kalite hakkında hüküm vermek için stil, sertlik, renk, etiket, hissiyat, ambalaj, sağlamlık gibi pek çok somut ipuçları kullanır. Hizmet satın alırken, çok az somut ipucu vardır. Çoğu durumda, somut ipuçları, hizmet sağlayıcının fiziki imkan, ekipman ve personeliyle sınırlıdır. Hizmetin soyutluğu sebebiyle bir firma, tüketicilerin hizmet ve hizmet kalitesini nasıl algıladıklarını anlamakta zorluk çekebilir. Bir hizmet sağlayıcı hizmetin tüketiciler tarafından nasıl değerlendirileceğini bildiğinde, bu değerlendirmelerin arzulanır bir yöne doğru nasıl etkilenebileceği hususunda önermeler yapabilir (Parasuraman vd., 1985:42).

Sunulan bir sağlık hizmetini birçok etken etkilemektedir. Bunlardan bazıları şunlardır (Hayran ve Sur, 1998:164): Kaynak kullanım ve dağılımı politikaları, hastane/toplum sağlık ve bireysel bakım hizmetlerinin nitelik ve niceliği, genel sağlık politikaları, halka karşı duyulan sorumluluklar, halkın sağlık konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları, sağlık sektörü dışındaki sektörlerin sağlığa yaklaşımları, ulusal ve uluslararası etkiler ve basın/medyadır.

Hizmet kalitesinin ölçütlerinin tanımlanması, hizmet sisteminin çok geniş şekilde incelenmesini gerektirir. Örneğin, hizmet olarak sağlık hizmetleri içerik, süreç, yapı, sonuç ve etki açısından kalitenin incelenmesini gerektirir. Sağlık hizmetleri için, hizmet kalitesi kapsamı, hastaya sağlanan bakım kalitesini aşar; ayrıca aile ve toplum üzerindeki etkilerini de kapsar. Başarısız bir biçimde sağlık hizmeti işletmeleri, müşterilerinin ve aynı zamanda bir bütün olarak toplumun üzerinde olumsuz etkiler bırakacaktır (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:196).

Hizmet kalitesi, rekabet gücünün kritik bir belirleyicisi olarak kabul edilir. Hizmet kalitesine dikkat etmek, bir organizasyonun kendisini diğer organizasyonlardan farklılaştırmasına ve bu yolla bir rekabet avantajı kazanmasına yardım edebilir. Yüksek hizmet kalitesi, sadece hizmet işletmeleri için değil, aynı zamanda üretim işletmeleri için de, uzun vadede karlılığın önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilir. Üstün bir

hizmet kalitesi, artan karlılığın anahtarı olup, iş yapmanın bir maliyeti değildir (Ghobadian, Speller ve Jones, 1994:43).

Hizmet kalitesi, hem mevcut hem de potansiyel müşterilerin yeniden satın alma niyetlerini etkiler. Piyasa araştırmaları göstermiştir ki, bir hizmetten memnun olmayan müşteriler, bu deneyimlerini en az üç kişiye anlatmaktadırlar. Buna göre; zayıf hizmetin potansiyel müşteri tabanını eriteceği sonucuna varmak mümkündür. Üstelik, müşterilerin kalite beklentileri sabit bir biçimde artmaktayken, yetersiz hizmete karşı toleranslarıysa, gitgide azalmaktadır. Sonuç olarak müşterilerin, algılanan hizmet kalitesi yüksek olan rakip firmalara kaymaları kuvvetle muhtemeldir (Ghobadian vd., 1994:43).

Hizmet kalitesi, bir tüketicinin hizmet performansını, hizmetin üstünlük derecesi bakımından değerlendirmesidir. Sağlık hizmeti kalitesinin nasıl kavramsallaştırılacağına dair iki yaklaşım mevcuttur. Biri, tıbbi hizmetlerin sonuçlarına hizmeti sunanların bakış açısından vurgu yapan geleneksel tıbbi yaklaşım, diğeri ise tıbbi bakım sürecine tüketicinin bakış açısından vurgu yapan hizmet pazarlaması yaklaşımıdır. Sağlık hizmetlerinin sonuçları somut gibi görünse de, bunların ölçülmesi kolay değildir. Özellikle, hizmetin sunulması ile sonucun gerçekleşmesi arasında zaman farkı bulunduğundan, değerlendirmenin ne zaman yapılması gerektiği belirsizdir. Hastalar, tam iyilik halinde bulunmayan kimseler olduklarından, tıbbi süreçlerin teknik yanlarını ve bunların sonuçlarını doğru değerlendiremezler (Choi, Lee, Kim, Lee, 2005:141).

Sağlık hizmetlerinde kalite, müşteriye gereken hizmetleri ulaştırabilmek ve kaynakları verimli kullanarak müşterinin beklentilerini karşılayabilmektir. Günümüzün sağlık hizmetleri dünyasında, sağlık giderleri öyle hızlı artmaktadır ki, kıt kaynaklar giderek daha da kıt hale gelmektedir. Fiyat rekabeti neredeyse tamamen ortadan kalkmıştır ve hizmet sağlayıcıların hizmet fiyatları arasında çok az fark vardır. Fiyattan bağımsız rekabet vurgulanmaktadır. Bu rekabette belirleyici olan, sunulan hizmetlerin kalitesidir.

Hizmet sunan kurumların ayakta kalabilmelerinin tek yolu küçük ve sürekli hizmet sunmaya hazır olabilmek ise, hizmet kalitesi kritik bir faktör haline gelmektedir. Bu amansız rekabette, gider-bilinçli bir şekilde en yüksek hizmet kalitesini yakalayabilen kurumlar başarılı olacaktır. Ne var ki, sunulan hizmetin kalitesini düşürmeden sağlanabilecek gider kısıtlamasının bir üst sınırı vardır. Kullanışlı tedavi yöntemlerinin veya önemli tanı yöntemlerinin devre dışı kalması hizmetin kalitesini düşürebilir. Bu nedenle, etkin hizmet sağlanması, kaliteli hizmet için uygun ve gerekli hizmetlerin kısıtlanması pahasına elde edilmemelidir.

Kalite geliştirmenin en önemli prensiplerinden birisi, bir organizasyondaki her bir sistem incelenip, irdelenip, geliştirildiğinde maliyet azalmasının bir yan ürün olarak karşımıza çıkacağıdır. Süreç kontrolünün geliştirilmesinde gider azaltmaya değil, öncelikle müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerine yoğunlaşılmalıdır. Tekrarlama, baştan yapma ve israf azaltılıp, sonuçta yok edildiğinde, verimlilik ve düşük maliyet ortaya çıkacaktır. Gerçek veya olası problemlerin saptanıp çözüldüğü veya ortadan kaldırıldığı önleyici yönetim teknikleri kurumsallaştıkça kalite gelişecektir. Performans göstermemek, geliştirme yerine onarma giderlerinin artmasına yol açacaktır (Al-Assaf ve Schmele, 1993:159).

Sağlık hizmetleri sektöründe hizmet iyileştirilmesi, geniş ve karmaşık bir problemler silsilesini kapsar. Bunlar, bekleme süresi veya otopark kolaylığı gibi nispeten küçük veya sağlık hizmetleri tüketicisi için kalitenin değerlendirilmesi son derece zor olduğundan klinik yeterlilik gibi son derece karmaşık problemler olabilir. Fakat, personel açısından küçük veya önemsiz görünen problemler, tüketici için uç noktada hayal kırıklığı kaynakları haline gelip, kalitenin esas göstergeleri olabilir. Olumsuz fikir ve tavırlar bir defa oluştuktan sonra, bunların tersine döndürülmesi, verilen hizmetin standardı ne kadar yüksek olursa olsun zordur. Dolayısıyla, bir hizmet iyileştirme performansı anlayışı, sağlık hizmetleri organizasyonlarına hizmet problemlerini tahmin etme, sorunları önleme ve hasta/müşteri duygularını anlamada yardım eder (Ashill, Carruthers ve Krisjanous, 2005:293).

Mal ve hizmetlerinin algılanan kalitesi yüksek olan işletmeler, tipik olarak, algılanan kalitesi düşük olanlara göre, yüksek pazar payı, yatırım karşılığında yüksek getiri ve satış hacmine sahiptirler. Bu, uzun vadede, iş performansını etkileyen en önemli faktörün; bir organizasyonun sunduğu mal ve hizmetlerin, rakiplerine göre kalitesi olduğu sonucuna götürür (Ghobadian vd., 1994:43). Hizmet işletmelerinin, verimlilik ve kalitelerini arttırmak için çeşitli noktalara dikkat etmeleri gerekmektedir. Bunlar (Üzerem, 1997: 36):

- Müşteriye bireysel ilgi ve dikkat göstermek,
- Müşterinin karşısında güvenilirlik kazanabilmek için, doğru ve tam olarak vaat etmiş olduğu hizmetleri yerine getirmek,
- Müşteriye yardım etmek ve teşvik edici hizmeti sağlama konusunda istekli olmak,
- İşletme içinde eğitim ve öğretim programlarına yönelmektir. Bu programlarda sadece temel becerilerin öğretimi yerine çalışanın etkinliğini arttırma konularına da yer verilmesi gereklidir.

4.2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet kalitesi, çok boyutlu bir olgudur. Kalitenin belirgin yönleri belirlenmeksizin, ürün veya hizmet kalitesinin garantilenmesi mümkün değildir (Ghobadian vd., 1994). Aşağıda Grönroos ve Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından açıklanan hizmet kalitesi boyutları ele alınacaktır.

4.2.2.1. Christian Grönroos Tarafından Açıklanan Kalite Boyutları

Grönroos, hizmet kalitesinin üç boyutu olduğunu ileri sürer (Ghobadian vd., 1994):

1. Çıktının Teknik Kalitesi: Hizmet deneyiminin gerçek sonucudur. Hizmet çıktısı, tüketici tarafından genellikle objektif bir bakışla ölçülür. Hizmet çıktısının bir otomobil tamirhanesindeki örnekleri; otomobilin söz verilen zamanda teslim edilip edilmediği, temizliği ve mekanik durumu şeklindedir.

2. Hizmet Deneyiminin Fonksiyonel Kalitesi: Kalitenin bu unsuru, hizmet sağlayıcı ile hizmeti alan arasındaki etkileşimle ilgilidir ve genellikle subjektif bir tarzda algılanır. Otomobil tamirhanesi örneğine dönülecek olursa, hizmetin bu unsuru; müşteriye gösterilen nezaket, kabul bölgesinin fiziki durumu, nelerin yapılması gerektiği konusundaki açıklama miktarı, otomobil söz verilen zamanda yetiştirilemeyecekse ya da ekstra işlerin yapılması gerekiyorsa müşterinin bilgilendirilmesi gibi şeylerle ilgilidir.

3. İşletme İmajı: Bu unsur, müşterilerin hizmet organizasyonu ile ilgili algılamalarıyla ilgilidir. İmaj; teknik ve fonksiyonel kalite, fiyat, iletişim, fiziki yerleşim, mekanın görünümü ve çalışanların beceri ve davranışlarına dayanır.

Lehtinen ve Lehtinen, kalite boyutlarının belirlenmesinde, süreç kalitesi ile sonuç kalitesinin ayrı tutulması gerektiğini ileri sürerler. Bu, faydalı bir ayırımdır ve hizmet kalitesi boyutlarının tespitinde kullanılmıştır. Lehtinen ve Lehtinen de hizmet kalitesinin üç boyutu olduğunu ileri sürerler (Ghobadian vd., 1994):

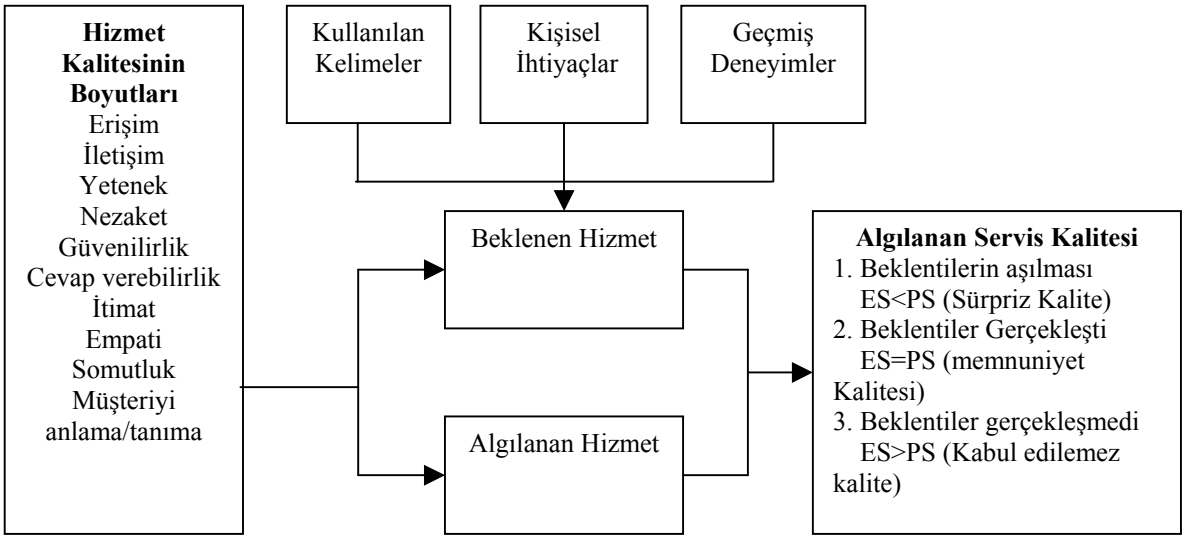
1. Fiziki Kalite: Binaların mekanların durumu, yardımcı ekipman durumları gibi şeyleri içerir.

2. İşletme kalitesi: Organizasyonun imajı ve profili ile ilgilidir.

3. İnteraktif Kalite: Müşteriler arası etkileşim kadar, müşterilerle organizasyonun personeli arasındaki etkileşimden de kaynaklanır.

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

Hizmet kalitesi, hizmet beklentisi ile algılanan hizmetin değerlendirilmesidir. Kalitenin değeri, hizmetin sunumu esnasında müşteri ve ilgili personel arasında oluşur. Beklentilerin üzerine çıkıldığında yani algılanan hizmet kalitesi arttığında, hoş bir sürpriz oluşur. Beklentiler gerçekleşmediğinde, hizmet kalitesi kabul edilemez şeklinde algılanır. Beklentiler algılanan hizmetle teyid edilirse, kalite başarılıdır. Şekil 15'de görüldüğü üzere, bu beklentilerin kullanılan kelimeler, kişisel gereksinimler ve geçmiş deneyimler gibi belirli kaynakları vardır (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:189).



Şekil 15. Algılanan Hizmet Kalitesi

Kaynak: Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A.; Berry, L.B. (1985): "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", Journal of Marketing, vol. 49, Fall 1985, p.48.

Şekil 15, algılanan hizmet kalitesinin, beklenen hizmet ile algılanan hizmetin tüketici tarafından kıyaslanmasının bir sonucu olduğunu ifade eder (Parasuraman vd., 1985). Bir hizmet organizasyonunda "kalite" verilen hizmetin müşteri beklentilerini ne ölçüde karşıladığının bir ölçüsüdür. Hizmetlerin çoğu, müşterinin hizmetin veriliş sürecinde hazır bulunmasını gerektiren şekilde sunulur. Bunun anlamı; kalite algılamasının sadece

hizmet çıktısından değil, aynı zamanda "hizmet sürecinin" kendisinden de etkileniyor olmasıdır. "Algılanan kalite" bir sürekliliğe yayılıdır. Bu sürekliliğin bir ucunda "kabul edilemez kalite" bulunurken, diğer ucunda da "ideal kalite" vardır. Aradaki noktalar, farklı kalite derecelerini temsil ederler. Bu noktalardan biri, "tatminkar kalite" noktasıdır. "Algılanan kalite", müşterinin aldığı hizmetin kalitesi hakkında hissettiği şeydir. Müşteri memnuniyetinin derecesini belirler. Muhtemel üç kalite çıktısı (Ghobadian vd., 1994):

(1) Müşteri beklentilerinin tam olarak karşılandığı "tatminkar kalite" yani ES(Beklenen hizmet) = PS (Algılanan Hizmet),
(2) Algılanan kalitenin müşteri beklentilerinden daha yüksek olduğu "ideal kalite", yani PS>ES,
(3) Algılanan kalitenin müşteri beklentilerinin altında kaldığı "kabul edilemez kalite" yani PS<ES.

Hizmeti sağlayan, hem 1 hem de 2 koşulunun hizmetin her sunumunda elde edilmesini garanti etmelidir. Kalite sürekliliğindeki bu noktalar arasında kalan diğer noktalara odaklanmak pratik değildir. Hizmet sağlayıcıları, müşteri beklentilerinin açık bir anlayışına sahip iseler, (1) ve (2) şartlarına ulaşmaları daha mümkündür. Dahası, rekabet gücü için, rakiplere göre daha yüksek tatminkar ve ideal kalite seviyeleri tutturmak önemlidir.

Şekil 15'de gösterilen hizmet kalitesinin boyutları, pazarlama araştırmalarında araç gereç tamiri, bankacılık, telefon hizmetleri, menkul kıymetler brokerlığı ve kredi kartı firmaları gibi değişik kategorilerin üzerinde çalışılması sonucu tanımlanmıştır. Müşterilerin hizmet kalitesini ölçerken kullandıkları ilkeler aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:189-190).

Güvenilirlik: Söz verilen hizmetin tam ve bağımlı olarak gerçekleştirilme performansıdır. Performans tutarlılığı ve güvenilebilirliğidir (Boone ve Kurtz, 1992:374). Güvenilirlik; söz verilen hizmeti zamanında, hassasiyetle ve güvenilir biçimde verebilme kabiliyetidir (Ghobadian vd., 1994). Güvenilir hizmet

performansının anlamı, hizmetin, her zaman aynı davranışla ve hatasız olarak gerçekleştirilmesidir. Örneğin, pek çok kişi için postanın her gün aynı zamanda alınması önemlidir (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:190).

Cevap verebilirlik: Çalışanların hizmeti vermeye hazırlıklı olmalarını ve gönüllülüklerini içerir. Bir tıp merkezinde acil bir vakanın anında ele alınması, bir telefona cevap vermek için günün sonuna kadar bekletmeyen bir avukat buna örnek olarak gösterilebilir (Boone ve Kurtz, 1992:374). İstekli olmak, müşterilere hızlı hizmet vermeye yardım eder. Belirli bir neden olmadan müşterileri bekletmek, kalite beklentisi üzerinde gereksiz olumsuz algılama yaratır. Hizmetin başarısız olması halinde, profesyonellikle sorunun giderilmesi, kalite üzerinde çok pozitif algılama yaratır. Gecikmiş bir uçuşta, ücretsiz içecek servisi, potansiyel olarak fakir müşteride hatırlanacak bir iyiliğe dönüşebilir (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:190).

Cevap verebilirlik, şikayetlerle etkin biçimde ilgilenme ve hizmetin çabuklaştırılmasıdır. Mesela bir paket tur operatörünün kalacak yer problemleriyle çabuk ve etkin biçimde ilgilenebilmesi veya bir oto kiralama servisinde kiralanan otomobil çok önemsiz bir problem yüzünden atıl kalmış olsa bile, eşdeğer veya daha iyi bir otomobille değiştirilmesi örnek olarak verilebilir (Ghobadian vd., 1994).

İtimat: Çalışanların bilgisi, nezaketi ve yetenekleri güven ve itimadı aktarır. İtimadın içeriği; hizmeti gerçekleştirme yeteneği, nezaket ve müşteriye saygı, müşteri ile etkili iletişim ve hizmeti verenin müşteri ile samimi ve ilgili genel davranışı özelliklerini kapsar (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:190). Hizmet sağlayıcının dışarı yansıttığı güvene işaret eder. Hastasına dostane yaklaşım gösteren bir doktor, buna iyi bir örnek teşkil eder (Boone ve Kurtz, 1992:374). Hizmete inanılıp, güvenilme derecesi, hizmet sağlayıcının ünü, ön-saf personelinin kişilik özellikleri gibi unsurlar itimat üzerinde etkilidir (Ghobadian vd., 1994).

Empati: Özen göstermenin koşulu, müşterilere olan ilginin bireyselleştirilmesidir. Empati; yaklaşım, güvenlik hissi ve müşteri ihtiyaçlarını anlama gayreti özelliklerini içerir (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:190). Empati, hizmet sağlayıcının

müşteri ihtiyaçlarını anlama ve hizmeti kişiselleştirme gayretleriyle ilgilidir. Yeni bir müşterinin şahsi profilini tamamlayan bir hisse senedi brokeri buna örnek olarak verilebilir (Boone ve Kurtz, 1992:374). Empati, hizmeti müşteri ihtiyaçlarına göre ayarlama yönünde gönüllü olmakla ilgilidir. Bir restoranda menüde olmayan bir yemeği tedarik etmek, bir tur operatörünün müşterinin özel taleplerine göre planlama yapması örnek olarak gösterilebilir (Ghobadian vd., 1994).

Somutluk: Fiziksel olanaklar, ekipman, personel ve iletişim materyallerinin dış görünüşüdür. Somut unsurlar, hizmetin fiziki kanıtlarıdır. Bir hukuk bürosunun dekoru, bir uçuş personelinin üniformaları vb. bunlara örnektir. Fiziksel çevreyi çevreleyenlerin koşulları, hizmet sağlayıcısının detaylara gösterdiği özen ve ilginin somut kanıtıdır. Bu değerlendirme boyutu, bir otelde yan odada kalan gürültülü bir müşteri gibi hizmete dahil diğer müşterilerin de yönetimini kapsayacak şekilde genişletilebilir (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:190; Boone ve Kurtz, 1992:374). Somut unsurlar, yüksek etkileşimli hizmetlerde daha önemlidirler (Ghobadian vd., 1994).

Yetenek: Rekabet gücüdür. Personel, hizmeti etkin biçimde verebilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır.

Erişim: Yaklaşım ve bağlantı kurma kolaylığıdır. Örneğin, alışılmış açılış saatleri, uygun bir yerleşim yeri.

Nezaket: Personelin müşterilere gösterdiği kibarlık, saygı, ilgi ve dostane tavırlara karşılık gelir.

Güven: Tehlike, risk ve şüpheden uzak olmaktır. Fiziki emniyet, mali emniyet ve güvenilirliği içerir.

İletişim: Müşterileri hizmet hakkında anlayabilecekleri bir dille bilgilendirmek ve onları dinlemektir. Örneğin, düzenli güncelleme yapan bir hava yolu şirketi için bu, bir rötar meydana geldiğinde kesin ve detaylı bilgi vermeye karşılık gelir.

Müşteriyi anlamak/ tanımak: Müşteri ihtiyaç ve özel isteklerini anlamayı, bireyselleştirilmiş ilgi sağlamayı ve yüksek etkileşimli bireysel hizmetlerde önemli bir unsur olan "sürekli müşteri"yi fark etmeyi içerir (Ghobadian vd., 1994).

Müşteriler, hizmet kalitesiyle ilgili beklenen hizmet ve algılanan hizmet temeli üzerine kurulu fikirlerini oluştururken, yukarıda tanımlanan boyutları kullanırlar. Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki boşluk hizmet kalitesinin ölçüsüdür; sonuç ya memnuniyettir ya da tam tersi memnuniyetsizliktir (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:190). Kalite boyutlarının her birinin önemi ve kullanım değeri, hizmetin tabiatına bağlıdır. Örneğin, düşük etkileşimli ve düşük çeşitlilikteki standart hizmetler için "kişiselleştirme", hizmet kalitesinin önemli bir boyutu değildir. Perakendecilik gibi yüksek çeşitlilik ve etkileşim içeren kısa süreli hizmetlerde erişim, kişiselleştirmeden çok daha önemli olur (Ghobadian vd., 1994).

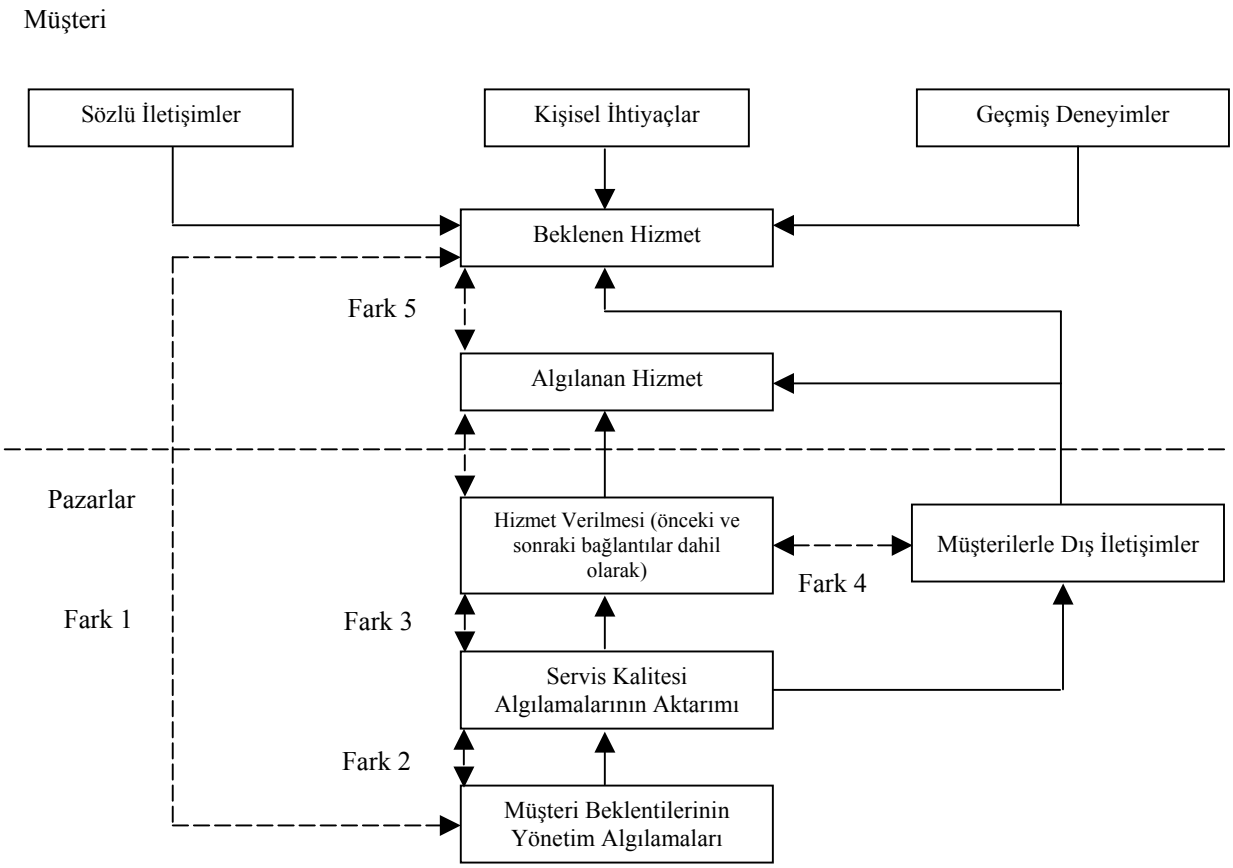
Kalite beklentileri ile gerçekte yaşanan ve sunulan kalite uygulamada çoğu kez örtüşmez; pratikte bu ikisi arasında birtakım boşluklar ortaya çıkar. Müşteri anket ve soruşturmaları bu tür hizmet sunum boşluklarını ortaya çıkardığında bunun nedenlerine inmek gerekecektir. Bu nedenleri ortadan kaldırmak için de hizmet sunum politikasında belirli değişikliklere gidilmesi gerekecektir (Yüksel, 2002: 38).

4.2.3. Hizmet Kalitesi Modeli

Kavramsal hizmet kalitesi modelleri, birçok açıdan faydalıdırlar (Ghobadian vd., 1994). Birincisi; hizmet işletmesi ve onun sunduğu hizmetin kalitesi hakkında genel bir fikir sağlarlar. İkincisi; anlayış imkanı verirler. Üçüncüsü; kalite unsurlarının nasıl iyileştirileceklerini açıklarlar. Dördüncüsü; kalite arttırma programlarının uygulanması için bir çerçeve sağlarlar. Böyle bir çerçeve, çabaların doğru ve uygun yöne kanalize edilmesi avantajını taşır.

Hizmet pazarlamacıları, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi arasında bazen farklar bulunabileceğini bilirler. Bu farklar, olumlu ya da olumsuz olabilir. Mükemmel bir şefi ve personeli olan bir küçük bar, "tiyatrodan çıkan" bir topluluğa beklentilerinin ötesinde bir hizmet sunabilir. Bu, olumlu farka bir örnektir. Bunun tersine, bu bar, yerel basında pozitif bir biçimde lanse edilmişse, "tiyatroya gidenler" yavaş servis yüzünden perde açılışını kaçırmaktan memnuniyetsiz olurlar. Bu da, olumsuz farka bir örnektir (Boone ve Kurtz, 1992:375). Dolayısıyla müşteri kullanım öncesinde hizmetle ilgili firmanın/kurumun ne sunması gerektiğine ilişkin beklentiler oluşturmaktadır. Bu beklentiler; reklam, ağızdan ağza iletişim, geçmiş deneyimler gibi etmenlerle oluşan, müşterinin alacağı hizmete yönelik tahmin ve inançlarıdır. Bir işletme açısından hangi hizmetlerin müşterilerin beklentilerini karşıladığını veya aştığını, hangilerinin beklentileri karşılayamayacak durumda olduğunu belirlemek işletmeye kritik öncelikleri belirleme, kaliteyi iyileştirme ve farklılık yaratabilecek stratejiler geliştirme konusunda çok önemli ipuçları verecektir (Gençtürk ve Karakaş, 2002: 53).

Parasuraman ve diğerleri tarafından önerilen model, Şekil 16'da gösterilmiştir. Model, hizmet organizasyonlarının kalite algılamasını etkileyen aktiviteleri göstermek amacındadır. Buna ek olarak, bu aktiviteler arasındaki etkileşimleri ve hizmet organizasyonu veya pazarlamacının tatminkar seviyedeki bir hizmet sunumuna ait kilit faaliyetler arasındaki ilintileri gösterir. Bu ilintiler, "fark"lar veya "farklılıklar" olarak tarif edilirler. Yani bir "fark" tatminkar bir kalite seviyesine ulaşma yolundaki önemli bir engeli temsil eder (Ghobadian vd., 1994).



Şekil 16. Hizmet Kalitesinin Kavramsal Modeli

Kaynak: Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A.; Berry, L.B. (1985): "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", Journal of Marketing, vol. 49, Fall 1985, p.44.

Tüketici Beklentisi İle Yönetim Algılaması Arasındaki Fark (Fark 1): Yönetimin, tüketicilerin (aslında) ne bekledikleri hakkındaki algısı kesin olmayabilir. Bu "fark"ın sebebi, yetersiz pazar/müşteri odaklanmasıdır. Bir organizasyonda pazarlama departmanının varlığı, pazara odaklanmayı garantilemez. Uygun yönetim süreçleri, pazar analiz araçları ve tavır gereklidir (Ghobadian vd., 1994). Fark 1, müşteri beklentileri ile yönetimin bu beklentileri nasıl algıladığı arasındaki farktır. Yönetimin müşteri beklentileri hakkındaki algısı yanlış ise ortaya çıkar (Boone ve Kurtz, 1992:375). Yönetimin; müşterinin beklentilerini reklam, işletmeyle ve işletme rakipleriyle önceki deneyimler, kişisel ihtiyaçlar, arkadaşlardan duyulanlar gibi kaynaklar üzerinden nasıl oluşturduğunu anlayamamasından kaynaklanır. Bu fark, pazar araştırmasını geliştirme, yönetimin bağlantıda olduğu çalışanlarıyla arasındaki iletişimi

arttırması ve yönetimin müşteriyle uzaklığını azaltma gibi stratejilerle kapatılabilir (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:191).

Yönetsel Algı İle Hizmet Kalitesi Spesifikasyonu Arasındaki Fark (Fark 2): Yönetimin bir kısmı, müşteri beklentilerini hizmet kalite spesifikasyonlarına uyarlamada yetersiz kalabilir. Bu fark, hizmet tasarımının özellikleriyle ilgilidir. Örneğin, bir hava yolu şirketi, müşterilerinin kısa mesafeli yolculuklarda daha iyi menüler arzuladıklarını görebilir. Bu gereksinim, yiyecek – içecek menülerine günün farklı vakitleri için uyarlanmalıdır (Ghobadian vd., 1994). Fark 2; yönetimin, müşteri beklentilerini karşılayacak hizmet kalitesi hedeflerinin seviyelerini saptayamamasından, bunları uygulamaya geçirememesinden ve standartların müşteri beklentilerini karşılayamayacak derecede düşük olmasından kaynaklanır (Boone ve Kurtz, 1992:375). Bu fark; yönetimin, hizmet kalitesini yeteri kadar yerine getirememesinden veya müşteri beklentilerinin yerine getirilmediğinin yeterince farkında olunmamasından da kaynaklanabilir. Ancak, hedefler belirleyerek ve hizmet teslimini bir standarda oturtarak bu fark kapatılabilir (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:191).

Hizmet Kalite Spesifikasyonlarıyla Sunulan Hizmet Arasındaki Fark (Fark 3): Hizmet sunum rehberleri, yüksek kaliteli hizmetleri garanti etmez. Bunun birkaç sebebi vardır: Ön-saf personeline yetersiz destek, süreç problemleri veya ön-saf personelinin performansındaki değişkenlik. Örneğin, önceki örnekteki hava yolu şirketi, kısa mesafeli bir uçuşta sunum ve tüketim için yeterli zaman bırakmayan geniş bir menü sunarsa, bu "zayıf kalite" algılamasıyla sonuçlanacaktır. Hizmetin tarzı da algılamayı etkiler. Eğer host veya hostesler yetenekli ve dostane tavırlı değillerse, yiyecek – içecek hizmetine yapılan yatırım kalite algısını iyileştirmeyecektir (Ghobadian vd., 1994). Fark 3; hizmetin, yönetimin belirlediği şartlara göre teslim edilmemesinden dolayı hizmetin icra edilememesidir. Yönetimin niyetleriyle, gerçekte verilen hizmet arasındaki farklılıklar fark 3'ü oluşturur (Boone ve Kurtz, 1992:375). Yetersiz ekip çalışması, çalışanların iyi seçilmemesi, yetersiz eğitim, iş tasarımının uygun yapılmaması gibi çeşitli nedenlerden de kaynaklanabilir (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:191). Hizmet sunumunun iyileştirilmesi ve tüketicilere nasıl yaklaşılacağı konusunda yönergelerin olması bile, yüksek kaliteli hizmet garantilenemez. Yöneticiler, işletme

çalışanlarının hizmet kalitesinin tüketiciler tarafından algılanması üzerinde güçlü bir etkisi olduğunun ve çalışanların standardizasyonun her zaman mümkün olmadığının farkındadırlar. Çalışanların performanslarındaki değişkenlik sebebiyle işletmeler kalite standartlarının yakalanmasında güçlük yaşamaktadırlar (Parasuraman vd., 1985:45).

Sunulan Hizmet İle Dışsal İletişim Arasındaki Fark (Fark 4): Tüketici beklentileri, hizmet organizasyonunun dışsal iletişimi tarafından şekillendirilir. Gerçekçi bir beklenti, normal olarak, daha olumlu bir kalite algısını teşvik eder. Bir hizmet işletmesi, pazarlama ve promosyon araçlarının verilen hizmeti tam olarak tanımladığına emin olmak durumundadır. Hizmet organizasyonlarında operasyon ve pazarlama fonksiyonlarının ayrılmasının ters etki yapmasının sebebi budur (Ghobadian vd., 1994). Müşterilerin hizmet beklentileri, medyada yapılan reklamlar ve diğer şirket haberleriyle oluşturulur. Fark 4, yapılan abartılı vaatler ve irtibat kurulacak personele yeterince bilgi verilmemesinden kaynaklanan hizmet teslimiyle dış haberler arasındaki uyumsuzluktur (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:191). Yönetimin müşterilere söylediği ile gerçekte verilen çatışıyorsa, fark 4 ortaya çıkar (Boone ve Kurtz, 1992:375). Bir işletmenin medya reklamları ve tüketicilerle kurduğu diğer iletişimler, tüketici beklentilerini etkiler. İşletmenin sunabileceği hizmetin daha fazlasını vaat etmesi halinde beklentiler yükselecek, bunların karşılanamaması halinde ise bu durum kalite algısını düşürücü rol oynayacaktır. Kısacası, dışsal iletişim, bir hizmetle ilgili olarak sadece tüketici beklentisini değil, aynı zamanda tüketici algılamasını da etkileyebilir (Parasuraman vd., 1985:45-46).

Beklenen Hizmet İle Algılanan Hizmet Arasındaki Fark (Fark 5): Algılanan hizmet kalitesi, pazarlama, tasarım, sunum farklarına dayalı olan Fark 5'in büyüklük ve yönüne bağlıdır (Ghobadian vd., 1994). Müşteri beklentileri ile algılanan hizmet arasındaki boşluk Şekil 16'da gösterilen Fark 5'te ki gibidir ve hizmetin alınmasıyla ilgili dört boşluğun büyüklüğüne ve yönüne bağlıdır (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994:191). Fark 5, hizmetin verilişinde mevcut olan diğer 4 farkın bir fonksiyonudur (Boone ve Kurtz, 1992:375). Bir tüketicinin bir hizmetten algıladığı kalite; beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki farkın büyüklüğü ve yönünün bir fonksiyonudur (Parasuraman vd., 1985:46).

FARK 5= f [FARK 1, FARK 2, FARK 3, FARK 4]

Yukarıdaki model, bir teşhis aracıdır. Doğru kullanıldığında, yönetimin hizmet kalitesi kusurlarını sistematik biçimde teşhisine, başka bir deyişle, sunulan hizmetin kalitesine etki eden birçok faktör arasındaki farkların tanımlanmasına imkan verir. Her farkın büyüklüğü ve yönü, hizmet kalitesi üzerinde etkili olur. Örneğin FARK 3; verilen hizmet tüketici beklentilerini aştığında pozitif, beklentiler karşılanamadığında ise negatif bir etkiye sahip olacaktır (Parasuraman vd., 1985). Bu model, dış odaklıdır. Doğru kullanılırsa, hizmet kalitesi faktörlerinin müşteri perspektifinden tanımlanmasına yardımcı olma potansiyeline sahiptir (Ghobadian vd., 1994).

4.2.4. Servqual

Müşteri memnuniyeti, birçok soyut etmen tarafından belirlendiği için hizmet kalitesini ölçmek oldukça zordur. Bir arabanın uygunluğu ve modeli gibi nesnel olarak ölçülebilir fiziksel özellikler taşıyan bir ürünün aksine, hizmet kalitesi pek çok psikolojik özelliklere dayanır. Örneğin, bir restoranın ambiansı gibi. Hizmet kalitesi, edinilen ilk izlenimlerin ötesine uzanır çünkü; sağlığa verilen özenle ilgili durumlar gibi kişinin gelecek yaşantısının kalitesini de etkileyebilir (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994: 191-193).

Hizmet kalitesi hakkındaki araştırma literatürü, dünya çapında farklı araştırmalarca geliştirilen çok sayıda model tanımlamıştır. Fakat, hizmet kalitesini beş faktör üzerinden ölçen 22 maddelik bir ölçek olan SERVQUAL (Parasuraman vd., 1988), diğer bütün çalışmaların üzerine inşa edildiği bir temel teşkil eder. SERVQUAL'in kavramsallaştırılması, boyutsallaştırılması, operasyonelleştirilmesi, ölçümü ve uygulamaları ağır eleştirilere de maruz kalmıştır. Servqual'in farklı hizmet bileşimlerindeki faydası hakkındaki eleştirilere rağmen, 22 maddenin kendi bütünlüğü içinde, hizmet kalitesinin iyi birer tahmincileri oldukları genel olarak kabul görür. Fakat, bu 22 maddenin dikkatli bir biçimde incelenmesi, bunların hizmet sunumundaki insani etkileşim ve müdahalelerden etkilendiği ve hizmetin (atmosfer, tasarım ve dekor

unsurları, ekipmanın görünümü, çalışanların görünümü gibi) somut yanlara dayandığını gösterir. Şu halde SERVQUAL enstrümanı, hizmet kalitesinin bazı diğer önemli faktörlerini, yani hizmet ürünü veya çekirdek hizmeti, hizmet sunumunun sistematizasyonu/standardizasyonu (gayri insani unsur) ve hizmet organizasyonunun sosyal sorumluluğunu gözden kaçırmış görünmektedir (Sureshchandar, Rajendran ve Anantharaman, 2002:364-365).

Zeithaml, Parasuraman ve Berry, hizmet kalitesinin beş farklı boyutunu (güvenilirlik, cevap verebilirlik, itimat, empati ve somutluk) ölçmek için SERVQUAL adında çok öğeli bir cetvel geliştirmişlerdir. Anketteki 22 madde beş boyutlu hizmet kalitesinin yönlerini tanımlar. Her maddeye "Kesinlikle Katılıyorum" ifadesi için (7), "Kesinlikle Katılmıyorum" ifadesi için (1) veya orta izlenimler için herhangi bir sözel ifade gerekmeden orta puanlar (2-6 arası) verilecektir. Anketteki beklenen ve algılanan hizmet kalitesi oranları arasındaki fark hesaplanarak hizmet kalitesi puanı ortaya çıkar.

Bu ölçek çeşitli türde hizmetlerde kullanılması için tasarlanmış ve onaylanmıştır. Zeithaml, Berry ve Parasuraman SERVQUAL için pek çok uygulama önermişlerdir; ancak en önemli görülen görevi, periyodik müşteri anketleriyle hizmet kalitesi eğilimlerini izlemektir. Çok alanlı hizmetler için, hizmet kalitesi düşük birim olup olmadığını belirlemek amacıyla SERVQUAL yönetim tarafından da kullanılabilir (hizmet kalitesi zayıf olan birim düşük bir puanla gösterilir); eğer böyleyse, yönetim dikkatini müşterinin kötü izlenimlerinin kaynağını düzeltmeye yöneltebilir. SERVQUAL, işletmenin hizmetini rakip firmanın hizmetiyle kıyaslamak için ve iyi veya yetersiz hizmet kalitesinin boyutlarını tanımlamak için pazarlama çalışmalarında da kullanılabilir (Fitzsimmons, J. ve Fitzsimmons, M., 1994: 193-195).

4.3. Müşteri (Hasta) Tatmini

Çağdaş anlamda sağlık hizmetleri pazarlamasının odak noktasını müşteri olarak 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 kılmaktır (Tengilimoğlu, 1997:103).

4.3.1. Müşteri Kavramı

Sağlık kuruluşlarının tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir. Eskiden sağlık kuruluşlarının müşterisi denildiğinde sadece hastalar akla gelirken, günümüzde "sağlık hizmetleri üretim sürecine katılan tüm birey ve kurumlar" müşteri olarak kabul edilmektedir. Sağlık kuruluşlarının müşterileri iki ana gruba toplanabilir. Bunlar; iç ve dış müşterilerdir. İç müşteriler, sağlık kuruluşlarında çalışan veya sağlık kuruluşu ile ilişkisi bulunan kişi ve gruplardır. Dış müşteriler ise, sağlık kuruluşlarının temel çıktılarından (hizmetlerinden) doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları ifade etmektedir. Sağlık kuruluşlarının iç ve dış müşterilerine örnekler, Tablo 3'de verilmiştir (Kavuncubaşı, 2000:292).

Tablo 3. Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler

Dış Müşteriler	İç Müşteriler
Hastalar, hasta ailesi ve çevresi Refakatçiler, Ziyaretçiler Devlet Diğer Sağlık Kurumları Anlaşmalı Kuruluşlar Eczaneler Dernekler Medya Sigorta Şirketleri Tıbbi Malzeme ve İlaç Firmaları	Kurum Personeli (Hekim, hemşire vb.) Pay Sahipleri Danışmanlar

Kaynak: Kavuncubaşı, Ş. (2000): *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi, s. 292.

Sağlık hizmetlerinde müşterinin (hastanın) tanımı ve günümüz hasta profili (Özgirin ve Taş, 1996: 33-34):

- Ödediği bedelin karşılığını almayı bekleyen ve nitelikli hizmet talep eden,

- Hizmeti alırken bilgilendirilmek isteyen ve bu nedenle sorgulayıcı olan,
- Batılı insanın almakta olduğu standartta sağlık hizmeti almaya layık olduğunu düşünen bir tüketici kesimi sözkonusudur.

Tablo 3'de verildiği gibi, sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının başarısı ve yaşamını devam ettirebilmesi, büyük ölçüde bu müşterilerin istek ve beklentilerini karşılayabilme becerisine bağlıdır. Tüm müşteri gruplarının istek ve beklentilerinin birbirlerinden farklı olması, sağlık kurumları yöneticilerinin her müşterisini tatmin etmek amacıyla farklı stratejiler geliştirmesini gerekli kılmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 292).

Hizmeti alanlar gibi, hizmeti sunanların da, o hizmetten sorumlu olan yöneticilerden bazı beklentileri vardır: Çalışma koşullarının yeterliliği, özlük haklarının kollanması, sosyal ihtiyaçlarının karşılanması gibi taleplerde bulunurlar. Bunlar sağlanmadığı takdirde, verimli çalışamazlar, dolayısıyla, hizmetten beklenen sonuçlar elde edilemez. Bu anlayıştan hareketle, sağlık hizmetini sunanlar iç müşteriler, bu hizmetleri alan bireyler ise dış müşteriler olarak tanımlanmaktadır. Dış müşteri tanımı yalnızca sağlık kuruluşundan doğrudan hizmet alan sağlam ya da hasta kişileri değil, o kişileri destekleyen ve dolaylı olarak hizmetlerle ilişkili olan yakınları da kapsar (Öztek, 1995: 37).

4.3.2. Müşteri (Hasta) Tatmini

Değişen müşteri beklentilerinin zamanında yakalanmasını ve sistemin bu doğrultuda geliştirilmesini esas alan kalitenin sürekli iyileştirilmesi süreci, sağlıklı ölçüm ve değerlendirme mekanizmalarının işletilmesini gerektirmektedir. Bu gereklilik, müşteri beklentilerinin; buna bağlı olarak durmaksızın gelişen kalite kriterlerinin ve müşteri tatmininin, doğru teknikler kullanılarak izlenmesi ve değerlendirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Nitekim, sağlık sektöründe seksenli yıllarda başlayan toplam kalite yönetimi uygulamalarında, "hasta tatmini", sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin

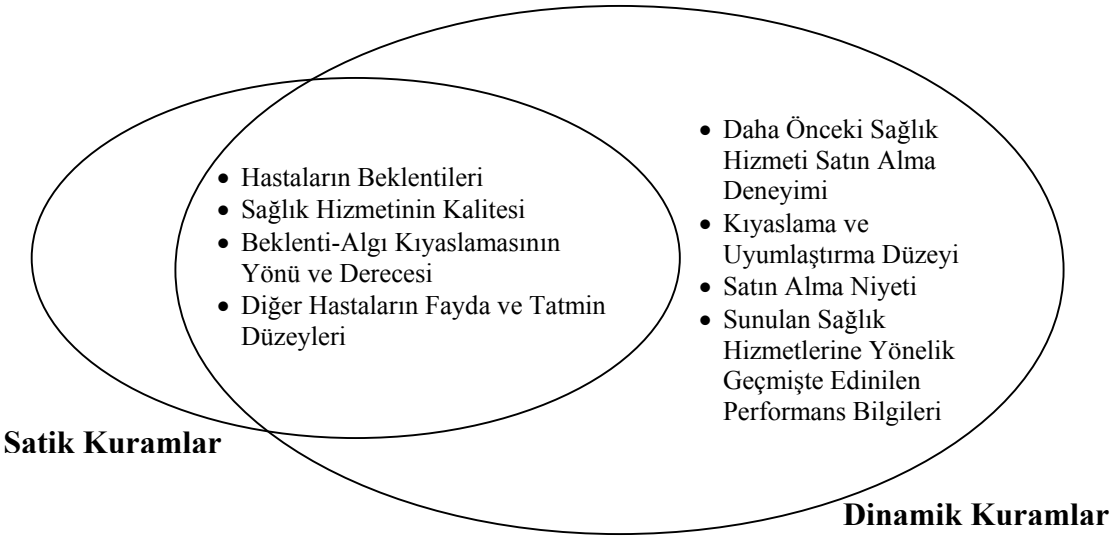
önemli bir boyutu olarak ele alınmış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin ölçümü önem kazanmıştır (Türköz, Aksoy ve Perçin, 1997:33).

Sektördeki gelişmeler, fonlardaki azalma ve artan rekabetten kaynaklanan acımasız bir çevrede varlığını sürdürebilmek için sağlık hizmetleri endüstrisi, hizmet dağıtım sistemini yeniden yapılandırmıştır. Bu yeniden yapılanma, hastaların ihtiyaç ve arzularının tatmini için etkin yollar bulmaya odaklanmıştır. Bu hasta merkezli sağlık hizmetleri yaklaşımı, sağlık hizmetleri sisteminin kültürünü tıp profesyonellerinin tercih ve kararlarından, kullanıcıların bakış açısı ve ihtiyaçlarına kaydırmaktadır (Choi vd., 2005:140).

Sağlık kurumlarının temel çıktılarından biri olan müşteri tatmini, "müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi" olarak tanımlanabilir. Tanımdan da anlaşılabileceği gibi müşteri tatminini belirleyen iki faktör bulunmaktadır. Müşteri tatminini belirleyen ilk faktör, müşteri beklentileridir. Müşterilerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:293). Müşteri tatminini belirleyen ikinci faktör, müşterilerin aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, müşterinin özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:293).

Hastalar sağlık hizmetini satın alma süreci aşamalarında (hastalığın farkına varılması, çare arama, seçenekleri değerlendirme, tedavi niyeti ve kararı gibi) hizmet hakkında bazı beklentiler oluşturmaktadır. Hasta bu beklentilerini, sağlık hizmeti kendisine sunulduğu anda veya sonrasında performansına yönelik algıları ile karşılaştırmaktadır. Hastanın kendisine sunulan sağlık hizmetini almasından sonra değerlendirmeleri ve tatmin duygusu üzerinde onu hangi sağlık kuruluşundan veya hastaneden satın alma davranışına yönelten faktörler ve hastanın kendisine sunulan

sağlık hizmeti süreci boyunca oluşan pozitif ya da negatif duygular ile bilişsel öğeler etkili olabilmektedir. Hasta tatminini inceleyen kuramlar Şekil 17'de gösterilen statik ve dinamik kuramlar olarak ikiye ayrılır. Hasta tatminini inceleyen statik kuramlar; hastaların beklentileri, sunulan sağlık hizmetinin kalitesi, beklenti-algı kıyaslamasının yönü ve derecesi, diğer hastaların fayda ve tatmin düzeyleri gibi faktörler üzerinde durmaktadırlar. Hasta tatminini dinamik bir süreç olarak inceleyen kuramlar ise, statik kuramların faktörlerine ilaveten hastaların daha önceki sağlık hizmetini satın alma deneyimleri, kıyaslama ve uyumlaştırma düzeyleri, sağlık hizmetlerini satın alma niyetleri ve sunulan sağlık hizmetlerine yönelik geçmişte edinilen performans bilgileri faktörlerini de incelerler (Öztürk, 2000b:38-39).



Şekil 17. Hasta Tatmini Kuramları

Kaynak: Öztürk, M. Modern Hastane Yönetimi Araştırmalar Temel ve Modern Yönetim Yaklaşımları, MTM Yayın No:4, Nisan 2000a., s.39.

Hasta tatmini; hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunuluşunun sosyo-kültürel değerlerine uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur. Hasta tatmininin aynı zamanda sağlık hizmetinin seçimi ve hizmet kullanım davranışını etkileyen önemli bir faktör olduğu bilinmekte ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini belirlemede önemli bir gösterge olarak kullanılmaktadır (Akgün ve Erdal, 1997: 219).

Araştırmacılar, hasta memnuniyetini etkileyen çeşitli faktörleri anlamak için, hastaların sağlık hizmeti kalitesini değerlendirirken dikkate aldıkları doktor uzmanlığı, doktor, hemşire ve diğer personelin ilgisi ve fiziksel şartlar gibi çeşitli sağlık hizmeti kalite boyutlarını ortaya koymuşlardır. Son zamanlarda yapılan birçok çalışma göstermiştir ki, bu boyutların çoğu, hasta memnuniyetini etkilemektedir Tüketici tatmini, tüketiciye odaklanma disiplini ve piyasa yönlendirimi için oldukça önemlidir. Bu disiplin altında çalışan firmaların performanslarının, diğerlerinin ötesine geçtiği ispatlanmış bulunmaktadır. Tatmin, bir kavram olarak, bir tüketicinin, spesifik bir tüketim deneyimiyle ilgili olarak edindiği duygulardır. Bu tanım, tatminin sunulan hizmetin çıktıları ve tüketicinin deneyim sahibi olduğu şeyin mental değerlendirmesinin bir sonucu olduğu anlamına gelir (Choi vd., 2005:140-142).

Sağlık kurumlarında müşteri tatmini, sunulan hizmetler ve hizmet sunum süreçlerine göre farklılık göstermektedir. Örneğin bir hastaneye yatırılan hasta, bürokratik işlemlerle veya kafeterya hizmetleriyle ilgili olarak tatminsizlik duyarken, laboratuar ve diğer tıbbi hizmetlerden son derece memnun kalabilir. Müşteri tatminini yükseltmeyi hedefleyen sağlık kurumları yöneticileri, öncelikle tatminsizliğin hangi hizmet veya hizmet sürecinden kaynaklandığını araştırmaları gerekmektedir (Kavuncubaşı, 2000:293-294).

Sağlık hizmetlerine ayrılan sınırlı kaynakları etkin biçimde kullanabilmek için, sağlık hizmeti sunanların çeşitli hizmet kalitesi boyutları arasından hastaların önceliklerini belirleyip tanımlamaları ve hasta memnuniyeti için bunları iyileştirmeleri gereklidir. Ancak, birer müşteri olan hastalar, hizmet sunanlardan beklentileri ve çeşitli kalite boyutlarına reaksiyonları bakımından homojen değildirler. İyi bir tıbbi bakımın ne olduğu hakkında heterojen bakış açılarına sahiptirler. Genel anlamda, hasta ihtiyaç ve istekleri, sağlık hizmetleri sisteminin üzerine kurulduğu, sosyokültürel sistemce şekillendirilir. Üstelik, farklı uluslar/kültürler az veya çok farklı sağlık sistemleri kurmuşlardır. Örneğin, çoğu Avrupa ülkesinde benimsenen devletçe fonlanan sağlık sistemlerine karşın, ABD'nin sağlık hizmetleri sistemi daha piyasa temellidir. Bununla beraber, ABD'deki hastalar, sağlık hizmeti arzı seçiminde, sağlık hizmeti dağıtımında özel sektörün daha da hakim bulunduğu Japonya ve Güney Kore'dekiler kadar

özgürlüğe sahip değillerdir. Farklı ulus/kültürlerdeki sosyokültürel çevre ve sağlık sistemleri arasındaki farklılıklar mevcut olunca, sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışının da bir ulus/kültürden diğerine farklılık arz edeceği anlaşılabilir (Choi vd., 2005:141).

4.3.3. Müşteri (Hasta) Tatmininin Önemi

Tüketici memnuniyeti, sağlık hizmetleri sağlayıcıları için temel bir gerekliliktir. Memnuniyet, hastaların kendileri veya kurumsal alıcılar karar verme konumunda olduklarından önemlidir. Üstelik, hasta tutumu ve müşteri sadakatine olan pozitif etkisinin yanı sıra hasta memnuniyeti, doktor tavsiyeleri ile ilgili hasta şikayet oranlarını da etkilemektedir (Choi vd., 2005:140).

Hasta tatmini, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biridir. Leebov ve Scott (1994: 16) sağlık kurumlarında hasta tatmininin dört nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürmektedirler (Kavuncubaşı, 2000:294). Bunlar; insancıl nedenler, ekonomik nedenler, pazarlama ve etkililiktir.

1. İnsancıl Nedenler: Hastaların temel haklarının başında, en iyi ve en kaliteli hizmeti alma hakkı gelmektedir. Ağrılı, endişeli, gerilimli biçimde sağlık kurumuna gelen hastaların, en iyi sonucu veren hizmetlerden yararlanma hakları bulunmaktadır. Hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması hem de, hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gereklidir. Hastalara insancıl tarzda hizmet verilmesinin, aynı zamanda hukuksal boyutu da bulunmaktadır. Çağdaş, demokratik ve insan haklarına saygılı tüm toplumlarda, hasta hakları konusunda çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Hasta hakları insan haklarının ayrılmaz bir parçasıdır. Ülkemizde de 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur (Kavuncubaşı, 2000:295).

2. Ekonomik Nedenler: Hastalar hizmetin alıcısı konumundadırlar. Hastalar içinde bulundukları koşullardan ötürü, sunulan hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidirler. Tercihlerini daha ciddi belirlerler ve ödedikleri ücretin karşılığını beklerler. Diğer yönden sigorta kurumları da, müşterilerinin aldıkları hizmetlerden tatmin olmalarına önem vermektedirler. Sigorta kurumları, müşterilerinin tatminini sağlamak amacıyla, sağlık kuruluşlarına baskı yapmaktadırlar. Müşteri tatmini, sağlık kuruluşlarının müşteri ve kar potansiyelini önemli ölçüde arttıran bir faktördür (Kavuncubaşı, 2000:296).

3. Pazarlama Nedeni: Sağlık kuruluşları, müşteri potansiyelini arttırmak ve pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadırlar. Peyrot vd. (1993:27) tarafından gerçekleştirilen bir araştırma, tatmin edilen hastaların, birer dış müşteri olarak sağlık kuruluşunun reklam ve tanıtımını yaptıklarını, sağlık kuruluşu hakkındaki olumlu görüşlerini başkaları ile paylaştıklarını göstermektedir (Kavuncubaşı, 2000:296). Hastaların bu yöndeki davranışları sağlık kuruluşlarının pazar payının geliştirilmesinde çok önemli rol oynayabilir.

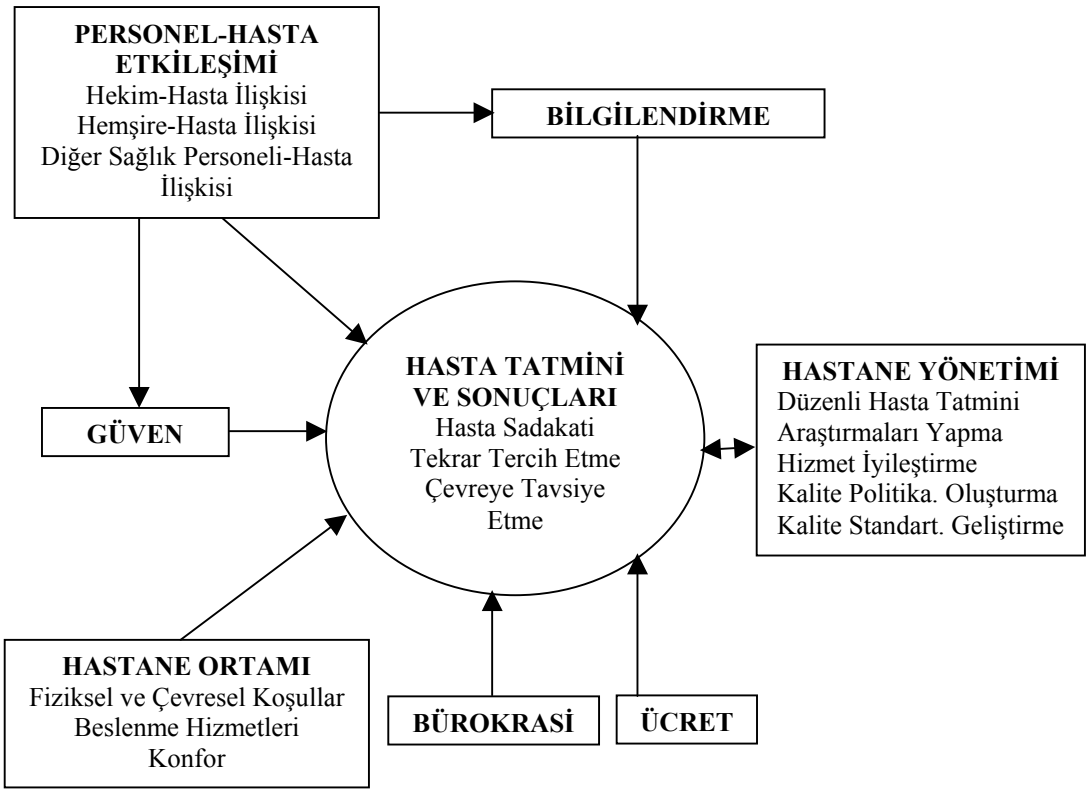
Sağlık kuruluşları, hasta sadakatini sağlamak amacıyla da hasta tatmini üzerinde durmaktadır. "Hasta sadakati", hastaların gereksinim duyduklarında, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kuruluşunu tekrar tercih etmeleridir. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakati oranı da artmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:296). Sadakat faktörleri, hizmet sunucunun algılanan teknik yeterliliği, personelin birbirleri arasındaki ilişki, randevu ve diğer hizmetlere erişim, farklı departmanlar arasındaki koordinasyon ve şikayetlere yapılan muameleyi kapsar (Ashill vd., 2005:293).

4. Etkililik Nedeni: Tatmin edilen hastalar tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergileyerek, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uyarlar (Kavuncubaşı, 2000:297).

4.3.4. Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler

Hastaların tatmin edilmesi, onların istek ve beklentilerinin karşılanması, yöneticilerin, hasta tatminini etkileyen faktörleri belirlemesini gerektirir. Böylece yöneticiler, hasta tatminini yükseltmek için neler yapılması gerektiğini kararlaştırabilir. Yöneticiler düzenli hasta tatmini araştırmaları neticesinde hasta tatminini azaltan veya tatminsizliğe yol açan nedenleri belirlemeli, gerekli hizmet iyileştirmelerini yapmalı, kalite politikaları oluşturmalı ve kalite standartları geliştirmelidir.

Çok boyutlu bir kavram olan hasta tatminini etkileyen faktörlerin neler olduğu konusunda tam bir görüş birliği bulunmamaktadır. Yapılan araştırmalar, Şekil 18'de gösterilen faktörlerin hasta tatminini önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymaktadır (Kavuncubaşı, 2000:297).



Şekil 18. Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler

Kaynak: Kavuncubaşı, Ş. (2000): *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi, s.298'den uyarlanmıştır.

4.3.4.1. Personel-Hasta Etkileşimi

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 sağlamaktadır (Alcan, 1996:133).

Hekim Davranışı: Hekimlerin kişilerarası ilişki (interpersonal relationship) becerisi, hasta tatminini etkileyen en önemli faktördür. Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden çok dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket ve saygı gösterme gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadırlar (Kavuncubaşı, 2000: 298-299).

Sağlık hizmeti işletmelerinin geliştirmesi gereken önemli ilişkilerden biri de tüketici (hasta) ile doktoru arasındaki ilişkidir. Çoğu tüketicinin sağlık hizmeti algılaması doktor üzerine odaklanır, çünkü doktorla olan ilişki, tüketicinin sağlık hizmeti sistemi içinde yaşadığı en anlamlı ilişkidir (Wolf, 2001: 13-14). Doktorla hasta arasında olumlu yönde bir ilişki kurulması halinde hasta hastanenin aksayan kimi hizmetlerini gözardı edebilir. Örneğin, hasta doktoruna güveniyor ve aralarında olumlu bir ilişki varsa muayene olmak için uzun süre bekleyebilir veya konforu yeterli düzeyde olmayan bir hastane odasında yatarak tedavi olmayı kabul edebilir. Hekim davranışı, hasta tatmini yanında, sunulan hizmetin etkililiğini de arttırmaktadır. Hasta ve doktor arasında olumlu ilişki kurulması halinde hastalar hekimlerin önerilerine tamamen uymakta ve tedavilerine ara vermemektedirler (Kavuncubaşı, 2000: 298-299).

Hemşire – Hasta Etkileşimi: Hasta tatminini etkileyen diğer bir faktör de hemşire – hasta etkileşimidir. Özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi süreci boyunca en yoğun etkileşimde bulundukları personel grubu hemşirelerdir. Bu nedenle, hemşirelerin davranışlarının hasta tatmininde önemli ölçüde etkisi sözkonusudur.

4.3.4.2. Bilgilendirme

Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından bilgilendirilmesi, onların hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmelerini sağlamaktadır. Hasta durumunu, başından neler geçtiğini, ne kadar süre bu şekilde kalacağını, ne tür tedavi sürecinden geçeceğini merak etmektedir. Hastaların hastalık durumları hakkında bilgilendirilmelerinin hasta tatminini etkilediği çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur.

Bilgilendirme hasta tatmini yanında sunulan hizmetlerin etkililik düzeyini de arttırmaktadır. Hastaların, sunulan tedavi hizmetinin ayrıntıları konusunda hekimler tarafından aydınlatılmaları onların tedaviye uyum ve bağlılıklarını arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık personelinin hastaları bilgilendirirken, sade, teknik olmayan, anlaşılır ifadeler kullanması gereklidir. Hekimin, hastasına açıklama yapmaması, ya da açıklamalarında hastanın anlayamayacağı tıbbi terimler kullanması, hasta – hekim ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir.

Bilgilendirme, aynı zamanda, temel hasta haklarından biridir. Ülkemizde uygulanan hasta hakları yönetmeliğinin 15-20 maddeleri, hastaların bilgilendirme haklarıyla ilgili düzenlemeleri içermektedir. Bu yönetmeliğe göre; hastalar; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçlar ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi isteme haklarına sahiptirler.

4.3.4.3. Beslenme Hizmetleri

Hastane hizmetleri içerisinde, hastaların değerlendirmelerini etkileyen önemli konulardan biri de beslenme hizmetleridir. Hastalar yemeğin sadece kalitesinden değil, yemeği sunan kişilerden, sunuluş biçiminden, görüntüsünden ve dağıtılma zamanından da etkilenmektedirler (Kavuncubaşı, 2000:300).

4.3.4.4. Fiziksel ve Çevresel Koşullar

Sağlık kurumlarının fiziksel ve çevresel özellikleri, hasta tatminini etkileyen önemli bir faktördür. Fiziksel ve çevresel koşullar, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm ve benzeri özellikleri içermektedir.

4.3.4.5. Bürokrasi

Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları formalitelerin sayısı ve bu formalitelerin (resmi işlemler) tamamlanması için geçen süre de, hasta tatmininde oldukça etkilidir. Doğal olarak tüm hastalar, gereksinim duydukları hizmetleri en kısa sürede almak istemektedirler. Hastanelerde formalite sayısı arttıkça, hastaların zaman kaybı da buna paralel olarak artmaktadır. Örneğin ülkemizde bir devlet memurunun poliklinik hizmeti alabilmesi için; randevu alma, resmi yazılardan onay alma (sevk kağıdının onaylanması), muayene olma, laboratuar tetkiklerinin resmi yazılarda onaylanması, laboratuar sonuçlarının hekime gösterilmesi, reçetenin onaylatılması gibi aşamalardan geçmesi gerekir (Kavuncubaşı, 2000:301). Hastanın yatışına karar verilmesi halinde bürokratik işlem sayısı daha da artmaktadır.

Sağlık kuruluşlarında etkili bir randevu sisteminin kurulmaması ve hizmet planlamasının doğru yapılmaması sonucunda uzun kuyruklar oluşmaktadır. Bekleme süresinin artması hasta tatmini üzerinde olumsuz yönde etkide bulunmaktadır.

4.3.4.6. Güven

Hastalar, aldıkları hizmetin hem gereksinimleriyle ilişkili hem de yeterli miktarda olmasını istemektedirler. Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortamda

olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararına katılımlarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:302).

Hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, hastalarda güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Mahremiyet, bir hastanın hastalığı hakkında hekim ve diğer personel tarafından edinilen bilgilerin gizliliğinin korunması şeklinde tanımlanmaktadır. Hasta mahremiyetinin korunması, hasta haklarından biridir.

4.3.4.7. Ücret

Hasta tatminini etkileyen bir diğer önemli faktör, sunulan hizmetlerin ücretidir. Ücret, özellikle sosyal güvencesi veya sağlık sigortası olmayan hastalar için büyük önem taşımaktadır. Hastalar, kaliteli hizmetleri, en düşük ücretle almayı istemektedirler. Yüksek hastane faturaları, hastaların tatminsizliğine neden olmaktadır.

4.3.5. Hasta Tatmini Ölçüm Yöntemleri

Hasta tatmini ile ilgili yapılan araştırmalar, kalitatif ve kantitatif araştırmalar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları, "bay müşteri" teknikleri kalitatif araştırmalarda kullanılan teknikler, yüzyüze yapılan (evde ve hastanede) anketler, posta ile gönderilen anketler, anket kullanılarak yapılan telefon görüşmeleri ise kantitatif araştırmalarda kullanılan tekniklerdir (Kavuncubaşı, 2000:303).

4.3.5.1. Odak Grup Görüşmeleri

Odak grup çalışması; küçük bir hasta grubu (8-12 kişi) ile yürütülür ve çalışmayı koordine edenin hastaların belirli konularda görüşlerini alması ile gerçekleşir (Akgün ve

Erdal, 1997:222). Odak grup görüşmeleri, sağlık kuruluşundan yararlanan kişilerin deneyim ve önerilerinin öğrenilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Steiber ve Krowinski (1990:73), grup moderatörünün belirlediği tartışma başlıkları etrafında, ortalama 8-12 hasta ile yarım saatten iki saate kadar süren bir zaman dilimi içinde tartışan bireyleri odak gruplar olarak tanımlamaktadır. Odak grup görüşmeleri ile hasta tatminini etkileyen faktörler hakkında ayrıntılı bilgi edinilebilir. Odak grup görüşmesi, ekonomik ve kolayca uygulanabilen bir teknik olup, hastaların birbirlerinden etkilenebilmesi en önemli sakıncasıdır. Görüşme yapılan ortamın fiziksel koşulları, konforu, seçilen hastaların özellikleri, grup moderatörünün davranışları, odak grup görüşmesinin başarısını etkileyen başlıca faktörlerdir (Kavuncubaşı, 2000:303).

4.3.5.2. Diğer Kalitatif Yöntemler

Video teyp kayıtları, gözlem ve görüşme teknikleri, hasta şikayetlerini ve önerilerini öğrenmek için kullanılan diğer kalitatif araştırma teknikleridir.

Kritik olay değerlendirmesi: Uygulayıcı hastaya belirli bir olay hakkında soru sorar ve kritik gördüğü konuları açıklamasını ister.

Direkt gözlem: Uygulayıcı hastaları yakından izleyerek ihtiyaçlarını ve memnuniyetlerini yakından gözler.

Mektup ve Önerilerin İçerik Analizi: Hastaların yazdıkları mektuplar içerik açısından izlenir ve analiz edilir.

Arşiv Çalışması: Hastaların bazı tutum ve davranışları kaydedilir ve buradan hastaların nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadıkları arşivlenir (Akgün ve Erdal, 1997:222).

4.3.5.3. Telefon Görüşmeleri

Sağlık kuruluşundan yararlanmış kişilere, telefonla ulaşılarak bilgi toplanmasını içeren araştırmalardır. Telefon görüşmeleri, hızlı ve kolay uygulanan bir araştırma

tekniği olmakla birlikte, bazı potansiyel araştırma risklerini de taşımaktadır. Telefon araştırmalarına ilişkin tipik hatalar, görüşmenin zamanlaması, süresi veya görüşmecilerle ilgili hatalardır. Genellikle telefon görüşmesinin 15 dakikayı aşmaması önerilmektedir. Görüşme süresinin 15 dakikayı aşması halinde, görüşülen bireylerin görüşmeyi kesmesi, daha düşünceli veya birbirine karşıt cevaplar vermesi, görüşmeyi hızlandırması gibi sorunlar oluşabilmektedir. Telefon görüşmesinin, hastaların bazı olayları unutma olasılığı göz önünde bulundurularak 15 gün içerisinde gerçekleştirmesi gereklidir. Telefonla görüşme için, iyi bir konuşma metni ve iyi tasarlanmış bir anket formu hazırlanmalıdır. Telefon araştırmalarının başarısı, görüşmeyi yapan kişiye oldukça bağlıdır. Telefon görüşmesi tekniği kullanılacaksa, öncelikle görüşmecilerin eğitilmesi, görüşme ilkeleri ve kurallarının belirlenmesi gereklidir (Kavuncubaşı, 2000:303-304).

4.3.5.4. Anket Yöntemi

Hasta memnuniyetinin ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem "anket" tir. Daha çok konuyu, daha etkili ve daha az maliyetli kapsaması nedeniyle anketler sağlık sektöründe de kullanılan en yaygın yöntemdir (Akgün ve Erdal, 1997:222). Anket tekniği, kolay uygulanabilme, düşük maliyetli olma, geçerlilik ve güvenilirliğinin kolay ölçülmesi ve diğer örnek araştırmalarla karşılaştırılabilir olma gibi birtakım üstünlüklere sahiptir. Anket yöntemi, kalitatif araştırmalara göre daha az eğitimli personel gerektirmektedir.

Anket yöntemi ile çok çeşitli konularla ilgili bilgi toplamak mümkündür. Anket yönteminin başarılı sonuç vermesi geliştirilen anketin geçerli ve güvenilir olmasına bağlıdır. Geçerlilik, ankette yer alan soruların, ölçmek istedikleri şeyi ölçme düzeyidir. Güvenilirlik ise, anketin aynı gruba, aynı koşullarda birkaç defa uygulanması durumunda aynı sonuçların alınmasıdır. Anket geliştirilmeden önce, hasta tatminini etkileyen temel hizmet boyutları belirlenmelidir. Daha sonra bu boyutları ölçmek için uygun sorular anlaşılır biçimde hazırlanmalıdır. Anketin çok fazla soru içermemesine ve görüntüsüne dikkat edilmelidir (Kavuncubaşı, 2000: 304).

V. BÖLÜM: HASTALARIN SUNULAN HİZMETLERİN KALİTESİNİ ALGILAMALARI ÜZERİNE BİR UYGULAMA

Son yıllarda hizmet pazarlaması alanındaki gelişmeler sağlık hizmetlerini de etkilemektedir. Bu gelişim sürecinde Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin ele alınışında da değişmeler görülmektedir. Sağlık hizmetleri sektörünün işleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı kendine has kuralların olduğu bilinmektedir. Bu hassas kurallar hasta tatminini yakından ilgilendirmektedir. Bu çalışmada, bir eğitim ve araştırma hastanesi olan Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi seçilmiştir. Edirne'de bulunan Hastane komşu illerden gelen hastalara da sağlık hizmeti vermesi açısından bölgesel anlamda önemli bir konuma sahiptir.

Bu araştırmanın ana amacı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan ve poliklinik hizmeti alan hastaların hastanede sunulan hizmetlerle ilgili algılarını tespit etmek ve hastane yönetimine önerilerde bulunmaktır. Ayrıca, hastaneye gelen hastaların demografik özelliklerini tespit ederek, hastaların demografik özellikleri ile hastaneyi genel olarak değerlendirmeleri arasında ilişkinin olup olmadığını; hizmetlerle ilgili algılamalar ve hastaneyle ilgili genel değerlendirmeler için farklılık gösterip göstermediğini saptamaktır.

Çalışmanın bu bölümünde; araştırma modeli başlığı altında uygulanacak anketler hakkında bilgi verilecek, araştırmanın evreni ve örneklemi belirtilerek hangi yollarla veri toplanacağı anlatılacaktır. Elde edilen veriler derlenerek, güvenilirlik testi ve tek yönlü varyans analizi yapılacak, sonuçlar tablolar halinde verilecektir.

5.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, anket ve birincil verilere dayalı anlık araştırmalar ile literatür araştırmasına göre şekillendirilmiştir. Yapılan literatür taraması neticesinde elde edilen bilgiler yardımıyla anket formları hazırlanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; hastaların demografik özellikleri ve hastaneyi genel değerlendirmeleri, ikinci bölümde; hastaların hizmetlerle ilgili algılarını tespit etmeye yönelik sorular yer almaktadır.

Birinci bölümde yer alan ve hastaların demografik özellikleri ve hastaneyi genel değerlendirmeleriyle ilgili olan sorular, çoktan seçmeli soru şeklinde hazırlanmıştır.

İkinci bölümde yer alan hastaların hizmetlerle ilgili algılamalarını içeren sorular ise, 5'li likert ölçeğine göre; 1- Çok kötü, 2- Kötü, 3- Orta, 4- İyi ve 5- Çok iyi şeklindedir.

5.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan ve poliklinik hizmeti alan tüm hastalar oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında anakütlenin tamamını incelemek, zaman ve maliyet açısından olumsuzluklara yol açtığından, örnekleme yoluna gidilmiştir. Örnek birimleri tesadüfi olarak seçilmiştir.

Çalışmada anket uygulanacak yatan hasta örneklem sayısı aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N.Z^2.p.q}{d^2.(N-1)+ Z^2.p.q}$$

N: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan hasta sayısı

Z: Güven aralığı

d: Kabul edilebilir hata
p: Olumlu olasılık
n: Örnek hacmi

Hesaplamaların ardından örnek büyüklüğü % 90 güven aralığında % 8 hata ile 112 olarak bulunmuştur. Bazı hastaların cevap vermeyecekleri göz önünde bulundurularak 131 kişilik bir örneklem sayısı üzerinde anket gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada anket uygulanacak poliklinik hastası örneklem sayısı aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Z^2.p.q}{(P-\Pi)^2}$$

Hesaplamaların ardından örnek büyüklüğü % 90 güven aralığında % 7 hata ile 139 olarak bulunmuştur. Bazı hastaların cevap vermeyecekleri göz önünde bulundurularak 169 kişilik bir örneklem sayısı üzerinde anket gerçekleştirilmiştir.

Örnek büyüklüğü, araştırmadan anlamlı sonuçlar elde etmek için, 131 yatan 169 poliklinik hizmeti alan hasta olmak üzere toplam 300 hasta olarak seçilmiştir.

5.3. Verilerin Toplanması

Araştırma, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin servis ve polikliniklerinde yapılmıştır. Her iki grup için ayrı anket formu hazırlanıp uygulanmıştır. Konuşmaya uygun olmayan, sağlığı sorulara cevap vermeye müsaade etmeyen ve psikolojik rahatsızlıkları olanlar araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Ayrıca hasta yakınları, refakatçiler ve ziyaretçiler araştırma kapsamının dışında tutulmuştur.

Araştırma için gerekli veriler, yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. Yüz yüze anket yöntemi, cevaplama oranının yüksek olması, gözlem yoluyla da bilgi toplama gibi avantajlardan dolayı tercih edilmiştir. Ayrıca, bu yöntem hastaların sunulan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi konusundaki önerilerini de alma imkanı sağlamıştır.

5.4. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması

Araştırmada literatürden elde edilen bilgilerle anket çalışmasının sonuçları değerlendirilmiştir. Bütün istatistiksel işlemler SPSS paket programından faydalanılarak yapılmıştır. Anketlerde yer alan tüm soruların frekans ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Frekans ve yüzdeler, sorulara verilen cevapların dağılımını incelemek açısından önemlidir. Sunulan hizmetlerin kalitesinin algılanma düzeylerinin, hastaların farklı özelliklerine göre birbirinden farklı olup olmadığı varyans analiziyle test edilmiş ve sonuçlar yorumlanmıştır. Varyans Analizi (ANOVA), örnek ortalamalarının farklılığını test etmek için yararlanılan bir yöntemdir (Çakıcı, Oğuzhan ve Özdil, 2003:127). Bu çalışmada "Tek Yönlü ANOVA Analizi" kullanılmıştır.

5.4.1. Güvenirlik Testi

Deneme ölçeğinde bulunan maddelerin, ölçülmesi planlanan yapıyı açıklayacak ilişki içinde olup olmadığını, her maddenin diğerleri ile ne ölçüde ilişkili olduğunu, hangi maddelerin en iyi ölçümü verdiğini ve hangi maddelerin güvenirlik ve geçerliliğinin daha yüksek olduğunu bulmak bu test ile mümkün olmaktadır. Maddelerde güvenirlik ve geçerlik önemli olduğunda bu iki temel özelliğe ilişkin bulgular araştırılmaktadır. Böylelikle güvenirlik, bir ölçme aracının duyarlı, birbiri ile tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi anlamını taşımaktadır. Geçerlik ise; bir ölçme aracının, bu araçla ölçülmek istenen özelliğin ölçülerini diğer özellik veya özelliklerin ölçüleri ile karıştırmadan değerlendirebilme derecesidir. Likert tipi bir ölçeğin güvenirliğini test etmek için; Cronbach tarafından geliştirilen ve kendi adıyla anılan Cronbach α katsayısının kullanılması gerekir. Ölçeğin α katsayısı ne kadar

yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleri ile tutarlı ve aynı ölçeğin unsurlarını tanımlamaya yönelik maddelerden oluştuğu söylenebilir. Likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek güvenirlik katsayısı mümkün olduğunca 1'e yakın olmalıdır (Tezbaşaran, 1997).

Tablo 4. Cronbach α Testi ile Elde Edilen Güvenirlik Puanları

	Cronbach α katsayısı	Madde Sayısı (N)
Yatan Hasta	0,977	52
Poliklinik Hizmeti Alan Hasta	0,941	37

Yatan hastalara uygulanan anket formunda yer alan hasta algılamalarını tespit etmeye yarayan ölçeğin güvenilirliği % 97,7; poliklinik hastalarına uygulanan anket formunda yer alan hasta algılamalarını tespit etmeye yarayan ölçeğin güvenilirliği % 94,1 olarak bulunmuştur. Bulunan α değerleri 1'e çok yakın olduğundan; maddelerin tutarlı ve güvenilir nitelik taşıdığını göstermektedir.

5.4.2. Yatan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin ve Hastaneyi Genel Değerlendirmelerinin Dağılımı

Yatan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre ve hastaneyi genel değerlendirmelerine göre dağılımı aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Örnek grubun yaşa göre dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Yatan Hastaların Yaşa Göre Dağılımı

Yaşlar	Frekans	Yüzde
15-25	22	16,8
26-35	18	13,7
36-45	17	13,0
46-55	28	21,4
56-65	24	18,3
66-75	15	11,5
76+	6	4,6
Toplam	130	99,2
Yanıt Yok	1	0,8
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 21,4'ü (28 kişi) 46-55 yaş grubunda olan hastalardan, % 16,8'i (22 kişi) 15-25 yaş grubunda olan hastalardan, % 13,7'si (18 kişi) 26-35 yaş grubunda olan hastalardan, % 13'ü (17 kişi) 36-45 yaş grubunda olan hastalardan, %18,3'ü (24 kişi) 56-65 yaş grubunda olan hastalardan, % 11,5'i (15 kişi) 66-75 yaş grubunda olan hastalardan ve % 4,6'sı (6 kişi) 76 yaş ve üzeri hastalardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan hastalardan biri yaşla ilgili soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 6. Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	66	50,4
Erkek	65	49,6
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 50,4'ü (66 kişi) kadın hastalardan oluşurken, % 49,6'sı (65 kişi) ise erkek hastalardan oluşmaktadır. Örnek büyüklüğü içerisinde kadın ve erkek hastaların sayısının birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Yatan Hastaların Eğitimlerine Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde
Eğitimsiz	7	5,3
Okur-yazar	5	3,8
İlköğretim	66	50,4
Lise	23	17,6
Yüksekokul	15	11,5
Üniversite	14	10,7
Yüksek Lisans-Doktora	1	0,8
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun %50,4'ü (66 kişi) ilköğretim, %5,3'ü (7 kişi) eğitimsiz, %3,8'i (5 kişi) okur-yazar, %17,6'sı (23 kişi) lise, % 11,5'i (15 kişi) yüksekokul, % 10,7'si (14 kişi) üniversite, %0,8'i (1 kişi) yüksek lisans-doktora düzeyinde eğitim görmüş kişilerden oluşmaktadır. Örneğin büyük çoğunluğunun ilköğretim düzeyinde eğitim görmüş kişilerden oluştuğu görülmektedir.

Tablo 8. Yatan Hastaların Gelirlerine Göre Dağılımı

Gelir Düzeyi	Frekans	Yüzde
<300 YTL	12	9,2
300-600 YTL	60	45,8
601-900 YTL	20	15,3
901-1200 YTL	8	6,1
1201-1500 YTL	6	4,6
1501 YTL ve üzeri	6	4,6
Toplam	112	85,5
Yanıt Yok	19	14,5
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 45,8'i (60 kişi) 300-600 YTL arası, % 9,2'si (12 kişi) 300 YTL'den az, % 15,3'ü (20 kişi) 601-900 YTL arası, % 6,1'i (8 kişi) 901-1200 YTL arası, % 4,6'sı (6 kişi) 1201-1500 YTL arası ve % 4,6'sı (6 kişi) 1501 YTL ve üzeri gelire sahip kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin % 14,5'i (19 kişi) bu soruyu yanıtsız bırakmışlardır.

Tablo 9. Yatan Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımları

Meslek	Frekans	Yüzde
Öğrenci	8	6,1
İşçi	14	10,7
Memur	9	6,9
Emekli	33	25,2
Ev hanımı	43	32,8
Özel Sektör	11	8,4
İşsiz	9	6,9
Diğer	4	3,1
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun %32,8 ile en büyük kısmını (43 kişi) ev hanımları oluşturmaktadır. % 25,2 (33 kişi) ile emekliler, % 10,7 (14 kişi) ile işçiler, % 8,4 (11 kişi) ile özel sektör çalışanları, % 6,9 (9 kişi) ile memurlar ve yine % 6,9 (9 kişi) ile işsizler, % 6,1 (8 kişi) ile öğrenciler ve % 3,1 (4 kişi) ile diğer meslek grupları örnekte yer alan meslek gruplarıdır.

Tablo 10. Yatan Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı

Sosyal Güvence	Frekans	Yüzde
Emekli Sandığı	37	28,2
SSK	59	45,0
Bağ Kur	18	13,7
Yeşil Kart	13	9,9
Özel Sigorta	1	0,8
Yok	3	2,3
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 45'i (59 kişi) SSK, % 28,2'si (37 kişi) Emekli Sandığı, % 13,7'si (18 kişi) Bağ Kur, % 9,9'u (13 kişi) Yeşil Kart, % 0,8'i (1 kişi) Özel Sigorta ve %2,3'ü (3 kişi) sosyal güvencesi olmayan kimselerden oluşmaktadır. Bu durum, hastaların hastanenin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinden daha çok resmi olarak yararlandıklarını göstermektedir.

Tablo 11. Yatan Hastaların Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ni Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı

Tercih Etme Nedenleri	Frekans	Yüzde
Sosyal güvencem nedeniyle ücretsiz muayene olabilme imkanı	7	5,3
Daha iyi tedavi olma ümidi	52	39,7
En yakın sağlık kuruluşu olması	9	6,9
Yardımcı olabilecek tanıdıkların olması	9	6,9
Sevk edildiğim için	45	34,4
Doktorumun burada çalışıyor olması	2	1,5
Tavsiye edilmesi	3	2,3
Rastgele kendi seçimim	4	3,1
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 39,7'sinin (52 kişi) hastaneyi tercih etme nedeni daha iyi tedavi olma ümidi iken; % 5,3'ü (7 kişi) sosyal güvencesi nedeniyle ücretsiz muayene olabilme imkanından ötürü hastaneyi tercih etmiş; %6,9'u (9 kişi) en yakın sağlık kuruluşu olduğu için ve yine % 6,9'u (9 kişi) yardımcı olabilecek tanıdıkları olmasından dolayı; %34,4'ü (45 kişi) sevk edildiği için; % 1,5'i (2 kişi) doktoru hastanede çalıştığı için; % 2,3'ü (3 kişi) tavsiye edildiği için ve %3,1'nin tercih nedeni rastgele kendi seçimleri olmuştur. Bu durum, hastanenin tercih edilme nedeninin büyük bir oranla daha iyi tedavi olma ümidi olduğunu göstermektedir.

Tablo 12. Yatan Hastaların Poliklinik Hizmeti Alabilmek İçin Bekleme Sürelerine Göre Dağılımı

Bekleme Süreleri	Frekans	Yüzde
Beklemedim	40	30,5
10-15 dakika	19	14,5
Yarım saat kadar	21	16,0
1 saat	11	8,4
1 saatten fazla	27	20,6
Toplam	118	90,1
Yanıt Yok	13	9,9
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 30,5'i (40 kişi) poliklinik hizmeti alabilmek için beklememiş olan, %14,5'i (19 kişi) 10-15 dakika beklemiş olan, %16'sı (21 kişi) yarım saat kadar beklemiş olan, % 8,4'ü (11 kişi) bir saat beklemiş olan ve % 20,6'sı (27 kişi) bir saatten fazla beklemiş olan hastalardan oluşmaktadır. Örnek grubunun %9,9'u (13 kişi)

poliklinik hizmeti almamış olan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunun büyük bir çoğunluğunun poliklinik hizmeti alabilmek için beklememiş olduğunu göstermektedir.

Tablo 13. Yatan Hastaların Poliklinik Hizmetinden Memnun Olup Olmamalarına Göre Dağılımı

Memnunluk	Frekans	Yüzde
Evet	93	71,0
Hayır	26	19,8
Toplam	119	90,8
Yanıt Yok	12	9,2
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun %71'i (93 kişi) hastanenin sunmuş olduğu poliklinik hizmetinden memnun olup olmadığı sorusuna "evet" cevabını vermiş, %19,8'i (26 kişi) ise bu soruyu "hayır" olarak yanıtlamıştır. Örnek grubunun %9,2'si (12 kişi) ise poliklinik hizmeti almamış olduğundan soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 14. Yatan Hastaların Poliklinik Hizmetlerinden Memnun Olmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Memnun Olmama Nedenleri	Frekans	Yüzde
Sıra çokluğu	19	14,5
Hemşirelerin yeterince ilgilenmemesi	4	3,1
Doktorların geç gelmesi	2	1,5
Kayıt sırasına uyulmaması	2	1,5
Doktorların yeterince ilgilenmemesi	4	3,1
Hepsi	3	2,3
Toplam	34	26,0
Memnun Olanlar	97	74,0
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 14,5'i (19 kişi) memnun olmama nedenini sıra çokluğu olarak göstermiş, % 3,1'i (4 kişi) hemşirelerin yeterince ilgilenmemesi, % 1,5'i (2 kişi) doktorların geç gelmesi ve yine % 1,5'i (2 kişi) kayıt sırasına uyulmaması, % 3,1'i (4 kişi) doktorların yeterince ilgilenmemesi ve % 2,3'ü (3 kişi) tüm bu nedenlerden dolayı memnun olmayanlardan oluşmaktadır. Bu durum, hastanenin sunmuş olduğu poliklinik

hizmetinden memnun olmama nedenlerinin büyük bir çoğunluğunun sıra çokluğundan ileri geldiğini göstermektedir. Örnek grubunun % 74'ü (97 kişi) hastanenin poliklinik hizmetinden memnun olan hastalardan ve hastanenin poliklinik hizmetinden yararlanmamış hastalardır.

Tablo 15. Yatan Hastaların Doktorun Muayene İçin Ayırdığı Zamanı Yeterli Bulup Bulmamalarına Göre Dağılımı

Muayene İçin Ayrılan Zaman	Frekans	Yüzde
Çok yeterli	18	13,7
Yeterli	79	60,3
Normal	23	17,6
Yetersiz	9	6,9
Çok yetersiz	2	1,5
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 60,3'ü (79 kişi) doktorun muayene için ayırdığı zamanı yeterli bulurken, % 13,7'si (18 kişi) çok yeterli, % 17,6'sı (23 kişi) normal bulmuş, % 6,9'u (9 kişi) yetersiz ve % 1,5'i (2 kişi) çok yetersiz bulmuştur. Bu durum, hastanenin sunmuş olduğu poliklinik hizmetlerinde doktorların muayene için ayırdıkları zamanın örnek grubunun büyük bir kısmı tarafından yeterli bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 16. Yatan Hastaların Bekleme ve Doktor Kabulü Sırasında Karşılaştıkları Tutum ve Davranışları Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

Karşılaşılan Tutum ve Davranışlar	Frekans	Yüzde
Rahatsız edici	1	0,8
İlgisiz ve keşmekeşlik	10	7,6
Normal	85	64,9
Rahatsız edici değildi	11	8,4
Çok iyi	23	17,6
Toplam	130	99,2
Yanıt Yok	1	0,8
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 64,9'u (85 kişi) bekleme ve doktor kabulü sırasında karşılaştıkları tutum ve davranışları normal, % 0,8'i (1 kişi) rahatsız edici, % 7,6'sı (10

kişi) ilgisiz ve keşmekeş, %8,4'ü (11 kişi) rahatsız edici bulmamış ve % 17,6'sı (23 kişi) bekleme ve doktor kabulü sırasında karşılaşılan tutum ve davranışları çok iyi bulan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunu oluşturan hastaların büyük bir çoğunluğunun bekleme ve doktor kabulü sırasında karşılaşılan tutum ve davranışları normal olarak değerlendirdiğini göstermektedir. Örnek grubunu oluşturan hastaların % 0,8'i (1 kişi) bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 17. Yatan Hastaların Hastaneye Yatış Şekillerine Göre Dağılımı

Yatış Şekli	Frekans	Yüzde
Acil poliklinikten	32	24,4
Özel muayeneden	11	8,4
Normal poliklinikten	59	45,0
Başka kurumdan sevkli	27	20,6
Toplam	129	98,5
Yanıt Yok	2	1,5
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 45'i (59 kişi) normal poliklinikten, % 24,4'ü (32 kişi) acil poliklinikten, % 8,4'ü (11 kişi) özel muayeneden ve % 20,6'sı (27 kişi) başka kurumdan sevk edilerek hastaneye yatmış olan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, hastaneye yatışın büyük bir çoğunluğunun normal poliklinikten olduğunu göstermektedir. Örnek grubunu oluşturan hastaların % 1,5'i (2 kişi) bu soruyu yanıtlandırmamıştır.

Tablo 18. Yatan Hastaların Yattıkları Servislere Göre Dağılımı

Servisler	Frekans	Yüzde
Dahiliye	31	23,8
Fizik Tedavi	12	9,2
Kalp Damar Cerrahisi	7	5,3
Üroloji Servisi	6	4,6
Kardiyoloji Servisi	4	3,1
Genel Cerrahi	11	8,4
Ortopedi Servisi	15	11,5
Kadın Hastalıkları ve Doğum	17	13
Göz Servisi	8	6,1
Dermatoloji	1	0,8
KBB	6	4,6
Plastik Cerrahi	10	7,6
Göğüs Cerrahisi	1	0,8
Nöroşirürji	1	0,8
Toplam	130	99,2
Yanıt Yok	1	0,8
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 23,8'i (31 kişi) Dahiliye, % 9,2'si (12 kişi) Fizik Tedavi, % 5,3'ü (7 kişi) Kalp Damar Cerrahisi, % 4,6'sı (6 kişi) Üroloji Servisi, % 3,1'i (4 kişi) Kardiyoloji Servisi, % 8,4'ü (11 kişi) Genel Cerrahi, % 11,5'i (15 kişi) Ortopedi, % 13'ü (17 kişi) Kadın Hastalıkları ve Doğum, % 6,1'i (8 kişi) Göz Servisi, % 0,8'i (1 kişi) Dermatoloji, % 4,6'sı (6 kişi) KBB, % 7,6'sı (10 kişi) Plastik Cerrahi, % 0,8'i (1 kişi) Göğüs Cerrahisi, % 0,8'i (1 kişi) Nöroşirürji servisinde yatan hastalardan oluşmaktadır. Örnek grubunu oluşturan hastaların % 0,8'i (1 kişi) bu soruyu yanıtsız bırakmıştır.

Tablo 19. Yatan Hastaların Hastanede Kalma Sürelerine Göre Dağılımları

Yatış Süresi	Frekans	Yüzde
1-5 gün	63	48,1
6-10 gün	22	16,8
11-15 gün	22	16,8
16-20 gün	8	6,1
21 gün ve üzeri	14	10,7
Toplam	129	98,5
Yanıt Yok	2	1,5
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun, % 48,1'i (63 kişi) 1-5 gün, % 16,8'i (22 kişi) 6-10 gün, % 16,8'i (22 kişi) 11-15 gün, % 6,1'i (8 kişi) 15-20 gün ve % 10,7'si (14 kişi) 20 günden fazla hastanede kalmaktadır. Tablo 5.15'te kısa süreli kalan hasta sayısı fazla iken, uzun süreli kalan hasta sayısı daha az görülmektedir.

Tablo 20. Yatan Hastaların Odalarındaki Yatak Sayılarına Göre Dağılımları

Yatak Sayısı	Frekans	Yüzde
Tek kişilik	35	26,7
2 kişilik	56	42,7
3 kişilik	34	26,0
4 kişilik	2	1,5
Daha fazla	1	0,8
Toplam	128	97,7
Yanıt Yok	3	2,3
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 42,7'si (56 kişi) 2 kişilik odada, % 26,7'si (35 kişi) tek kişilik odada, % 26'sı (34 kişi) 3 kişilik odada, % 1,5'i (2 kişi) 4 kişilik odada ve % 0,8'i (1 kişi) 4'ten fazla kişilik odada kalmaktadır. Bu durum, örnek grubunu oluşturan hastaların büyük bir bölümünün 2 kişilik odada kaldığını göstermektedir. Örnek grubunun % 2,3'ü (3 kişi) soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 21. Yatan Hastaların Daha Önce Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hizmetlerinden Yararlanmalarına Göre Dağılımları

Daha Önce Hastaneye Gelme Durumu	Frekans	Yüzde
Evet	80	61,1
Hayır	51	38,9
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 61,1'i (80 kişi) daha önce tedavi görmek ya da kontrolden geçmek amacıyla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne gelmiş, % 38,1'i ise (50 kişi) daha önce herhangi bir amaçla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne gelmemiş olan hastalardan oluşmaktadır. Tablo 21 örnek grubunun büyük bir kısmının daha evvel hastane hizmetlerinden yararlandığını göstermektedir.

Tablo 22. Yatan Hastaların Hastane Hizmetlerini Önceki Geliş/Gelişlerine Göre Değerlendirme Dağılımları

Değerlendirme Şekli	Frekans	Yüzde
Daha iyi	13	9,9
İyi	19	14,5
Aynı	43	32,8
Kötü	3	2,3
Daha kötü	2	1,5
Toplam	80	61,1
Daha önce hizmet almamış olanlar	51	38,9
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 32,8'i (43 kişi) alınan hizmet düzeyini önceki geliş/gelişlere göre aynı, % 9,9'u daha iyi, % 14,5'i (19 kişi) iyi, % 2,3'ü (3 kişi) kötü ve % 1,5'i (2 kişi) daha kötü bulan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunun büyük bir kısmının hastanenin hizmet düzeyine önceki geliş/gelişlere göre aynı düzeyde bulunduğunu göstermektedir. Örnek grubunun % 38,9'u ise (51 kişi), daha önce hastane hizmetlerinden yararlanmamış hastalardan oluşmaktadır.

Tablo 23. Yatan Hastaların Daha Önce Başka Bir Sağlık Kuruluşundan Hizmet Almalarına Göre Dağılımları

Daha önce başka bir sağlık kuruluşuna gitme durumu	Frekans	Yüzde
Evet	125	95,4
Hayır	6	4,6
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 95,4'ü (125 kişi) daha evvel tedavi görmek ya da kontrolden geçmek amacıyla başka bir sağlık kuruluşundan hizmet almış, % 4,6'sı (6 kişi) herhangi bir amaçla başka bir sağlık kuruluşundan hizmet almamıştır.

Tablo 24. Yatan Hastaların Hastanenin Diğer Sağlık Kuruluşlarına Göre Hizmet Düzeylerini Değerlendirme Dağılımları

Değerlendirme Şekli	Frekans	Yüzde
Daha iyi	53	40,5
İyi	28	21,4
Aynı	30	22,9
Kötü	11	8,4
Daha kötü	3	2,3
Daha önce başka bir sağlık kuruluşuna gitmeyenler	6	4,6
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 40,5'i (53 kişi) hastanenin hizmet düzeyini diğer hastanelere göre daha iyi, % 21,4'ü (28 kişi) iyi, % 22,9'u (30 kişi) aynı, % 8,4'ü (11 kişi) kötü ve % 2,3'ü (3 kişi) daha kötü bulan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunun büyük bir bölümünün hastanenin hizmet düzeyinin diğer sağlık kuruluşlarından daha iyi bulunduğunu göstermektedir. Örnek grubunun % 4,6'sı (6 kişi) daha önce başka bir sağlık kuruluşundan hizmet almayan hastalardan oluşmaktadır.

Tablo 25. Yatan Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etmelerine Göre Dağılımı

Tercih Etme Durumu	Frekans	Yüzde
Kesinlikle ederim	39	29,8
Ederim	72	55,0
Kararsızım	10	7,6
Etmem	7	5,3
Kesinlikle etmem	3	2,3
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 55'i (72 kişi) hastaneyi tekrar tercih edecek olan hastalardan, % 29,8'i (39 kişi) kesinlikle tercih edecek olan, % 7,6'sı (10 kişi) tercih edip etmeme konusunda kararsız olan, % 5,3'ü (7 kişi) tekrar tercih etmeyecek olan ve % 2,3'ü (3 kişi) kesinlikle tekrar tercih etmeyecek olan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunun büyük bir bölümünün hastaneyi tekrar tercih edeceğini göstermektedir.

Tablo 26. Yatan Hastaların Hastaneyi Tavsiye Edip/Etmemelerine Göre Dağılımı

Tavsiye Etme Durumu	Frekans	Yüzde
Kesinlikle ederim	37	28,2
Ederim	73	55,7
Kararsızım	9	6,9
Etmem	7	5,3
Kesinlikle etmem	5	3,8
Toplam	131	100,0

Örnek grubunun % 55,7'si (73 kişi) hastaneyi çevresindeki kişilere tavsiye edecek olan hastalardan, % 28,2'si (37 kişi) hastaneyi kesinlikle tavsiye edecek olan, % 6,9'u (9 kişi) hastaneyi tavsiye etme konusunda kararsız olan, % 5,3'ü (7 kişi) hastaneyi tavsiye etmeyecek olan ve % 3,8'i (5 kişi) hastaneyi çevresindeki kişilere kesinlikle tavsiye etmeyecek olan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunun büyük bir kısmının hastaneyi çevresindeki kişilere tavsiye edeceğini göstermektedir.

5.4.3. Yatan Hastaların Sunulan Hizmetleri Algılamaları İle İlgili Bulgular, Algılamalarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Bu kısımda yatan hastaların hizmetlerle ilgili algılamaları, algılamalarının ortalamaları ve standart sapmaları aşağıdaki tablo yardımıyla anlatılacaktır.

Tablo 27. Yatan Hastaların Hastanede Sunulan Hizmetleri Algılamaları İle İlgili Bulgular**,** Algılamalarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok İyi	Yanıt Yok	Ortalama	Standart Sapma
Hastanede Sunulan Hizmetler	**fi**	**fi**	**fi**	**fi**	**fi**	**fi**		
	%fi	**%fi**	**%fi**	**%fi**	**%fi**	**%fi**		
Hastaneye yatış işleminin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	3	8	38	65	16	1	3,64	0,863
	2,3	6,1	29	49,6	12,2	0,8		
Yatış işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	4	8	26	66	24	3	3,77	0,935
	3,1	6,1	19,8	50,4	18,3	2,3		
Hemşirelerin hastaları dinleme ve anlama düzeyi	3	9	20	72	27	-	3,85	0,907
	2,3	6,9	15,3	55	20,7	-		
Hemşirelerin hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	6	10	22	73	20	-	3,69	0,976
	4,6	7,6	16,8	55,7	15,7	-		
Hemşirelerin hastaların fiziksel ve duygusal sorunları zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri	5	14	24	70	17	1	3,62	0,976
	3,8	10,7	18,3	53,4	13	0,8		
İhtiyaç duyduğunuzda hemşirelere ulaşma kolaylığı	2	9	22	62	35	1	3,92	0,924
	1,5	6,9	16,8	47,3	26,7	0,8		
Hemşirelerin gösterdikleri nezaket düzeyi	4	6	14	72	34	1	3,97	0,914
	3,1	4,6	10,7	55	26	0,8		

Hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odanıza gelme sıklık düzeyi	4	6	23	62	35	1	3,91	0,952
	3,1	4,6	17,6	47,3	26,7	0,8		
Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	3	3	20	72	32	1	3,98	0,840
	2,3	2,3	15,3	55	24,4	0,8		
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1	5	18	66	41	-	4,08	0,819
	0,8	3,8	13,7	50,4	31,3	-		
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	-	11	18	67	35	-	3,96	0,863
	-	8,4	13,7	51,1	26,7	-		
Doktorların nezaket düzeyleri	-	5	11	64	51	-	4,23	0,760
	-	3,8	8,4	48,9	38,9	-		
İhtiyaç duyulduğunda doktorlara ulaşma kolaylığı	1	10	19	66	35	-	3,95	0,888
	0,8	7,6	14,5	50,4	26,7	-		
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	-	1	13	68	46	3	4,24	0,661
	-	0,8	9,9	51,9	35,1	2,3		
Doktorun hastalığınızı takip amaçlı odanıza gelme sıklığı	1	8	20	67	35	-	3,97	0,859
	0,8	6,1	15,3	51,1	26,7	-		
Laboratuarda çalışan personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	3	7	15	54	20	32	3,82	0,941
	2,3	5,3	11,5	41,2	15,3	24,4		

Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyi	-	3	22	68	38	-	4,08	0,740
	-	2,3	16,8	51,9	29	-		
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	5	7	21	73	23	2	3,79	0,933
	3,8	5,3	16	55,7	17,6	1,5		
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1	6	11	68	35	10	4,07	0,808
	0,8	4,6	8,4	51,9	26,7	7,6		
Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2	8	17	30	14	60	3,65	1,016
	1,5	6,1	13	22,9	10,7	45,8		
Yemeklerin lezzeti	19	24	39	35	12	2	2,98	1,195
	14,5	18,3	29,8	26,7	9,2	1,5		
Yemeklerin çeşitliliği	5	18	35	61	9	3	3,40	0,950
	3,8	13,7	26,7	46,6	6,9	2,3		
Yemeklerin doyuruculuğu	10	28	20	53	16	4	3,29	1,176
	7,6	21,4	15,3	40,5	12,2	3,1		
Yemeklerin dağıtılma zamanı	7	23	29	59	10	3	3,33	1,036
	5,3	17,6	22,1	45	7,6	2,3		
Yemeklerin temizliği	5	9	26	71	17	3	3,67	0,932
	3,8	6,9	19,8	54,2	13	2,3		
Odaların temizliği ve düzeni	15	6	36	61	13	-	3,39	1,106
	11,5	4,6	27,5	46,6	9,9	-		
Odaların ısınma ve aydınlanma durumu	1	1	14	93	22	-	4,02	0,614
	0,8	0,8	10,7	71	16,8	-		

Yatak takımlarının değişme düzeni	12	22	19	65	11	2	3,32	1,139
	9,2	16,8	14,5	49,6	8,4	1,5		
Yatakların rahatı	11	13	32	63	12	-	3,40	1,065
	8,4	9,9	24,4	48,1	9,2	-		
Hastanenin genel temizliği	9	17	30	66	9	-	3,37	1,025
	6,9	13	22,9	50,4	6,9	-		
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla yol bulma kolaylığı	1	12	9	79	26	4	3,92	0,851
	0,8	9,2	6,9	60,3	19,8	3,1		
Ziyaret saatlerinin uygunluğu	6	12	18	80	14	1	3,65	0,955
	4,6	9,2	13,7	61,1	10,7	0,8		
Hastane ortamının gürültüsüz olması	11	22	36	50	12	-	3,23	1,099
	8,4	16,8	27,5	38,2	9,2	-		
Otopark hizmetleri	17	13	8	41	8	44	3,11	1,333
	13	9,9	6,1	31,3	6,1	33,6		
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	3	6	28	72	20	2	3,78	0,850
	2,3	4,6	21,4	55	15,3	1,5		
Odaların aşırı kalabalık olmaması	2	8	19	85	16	1	3,81	0,788
	1,5	6,1	14,5	64,9	12,2	0,8		
Koridorların yeteri kadar geniş olması	-	5	12	85	29	-	4,05	0,683
	-	3,8	9,2	64,9	22,1	-		
Oda ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	5	22	29	61	13	1	3,42	1,011
	3,8	16,8	22,1	46,6	9,9	0,8		
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	3	38	24	58	8	-	3,23	1,012
	2,3	29	18,3	44,3	6,1	-		
Temizlik saatlerinin uygun olması	6	22	15	78	9	1	3,48	1,006
	4,6	16,8	11,5	59,5	6,9	0,8		
Refakatçilerin diğer hastaları rahatsız etmemeleri	3	11	23	80	13	1	3,68	0,854
	2,3	8,4	17,6	61,1	9,9	0,8		
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	2	3	17	74	35	-	4,05	0,793
	1,5	2,3	13	56,5	26,7	-		

Hastanın doktora güven duyması	-	5	11	70	45	-	4,18	0,742
	-	3,8	8,4	53,4	34,4	-		
Hastanın hemşireye güven duyması	2	7	19	77	24	2	3,88	0,826
	1,5	5,3	14,5	58,8	18,3	1,5		
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	3	5	22	57	16	28	3,76	0,880
	2,3	3,8	16,8	43,5	12,2	21,4		
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	3	12	30	70	16	-	3,64	0,895
	2,3	9,2	22,9	53,4	12,2	-		
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	3	19	29	45	8	27	3,35	0,963
	2,3	14,5	22,1	34,4	6,1	20,6		
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	3	12	34	65	16	1	3,61	0,902
	2,3	9,2	26	49,6	12,2	0,8		
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	2	10	13	77	29	-	3,92	0,874
	1,5	7,6	9,9	58,8	22,1	-		
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	5	9	32	65	18	2	3,64	0,943
	3,8	6,9	24,4	49,6	13,7	1,5		
Kan vb. tetkiklere güvenilmesi	3	6	15	85	19	3	3,87	0,807
	2,3	4,6	11,5	64,9	14,5	2,3		
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	2	7	23	78	21	-	3,83	0,815
	1,5	5,3	17,6	59,5	16	-		

Yatan hastaların, hastanenin sunmuş olduğu hizmetleri algılamalarını, algılamalarının ortalamalarını ve standart sapmalarını gösteren Tablo 27. incelendiğinde; "yemeklerin lezzeti" konusunda hastane kalitesinin "orta" olarak algılandığı görülmektedir. Hastanenin sunmuş olduğu diğer hizmetlerin yatan hastalar tarafından algılanma düzeyi "iyi" şeklindedir. Tabloda ayrıca, "doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi", "doktorların nezaket düzeyleri, doktorların teşhis ve tedavi konusunda beceri düzeyi", "doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyi, teşhis birimlerindeki (EKG, Röntgen vb.) personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri", "hasta odalarının ısınma ve aydınlanma durumu", "koridorların yeteri kadar geniş olması", "tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması" ve "hastanın doktora güven duyması" konusundaki hizmetlerin hastalar

tarafından “iyi-çok iyi” şeklinde algılandığı, yemeklerin lezzeti dışındaki diğer hizmetlerin ise “orta-iyi” arasında algılandığı görülmektedir. Yalnız “yemeklerin lezzeti” ortanın altına düşmüştür.

5.4.4. Yatan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Bu amaçla, yatan hastaların yaş, eğitim, gelir düzeyi, meslek, sosyal güvence ve tedavi gördüğü servise göre algılamaları arasında fark olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile test edilmiştir. Ayrıca cinsiyete göre fark olup olmadığı da t testi ile analiz edilmiştir.

5.4.4.1. Yatan Hastaların Yaşlarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Yaş grup sayısı ikiden çok olduğu ve dağılımın normal olduğu durumlarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmaktadır. Anketi yanıtlayan hastaların hizmetlerin kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığının tespiti amacıyla bu test kullanılmış ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Yaşa göre yatan hastaların algılamalarında farklılık yoktur.
H_1: Yaşa göre yatan hastaların algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 28. Yaşa Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Hastaneye yatış işleminin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	1.832	0,098
Yatış işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	1.863	0,093
Hemşirelerin hastaları dinleme ve anlama düzeyi	0,320	0,926
Hemşirelerin hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	0,238	0,963
Hemşirelerin hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri	2.511	**0,025**
İhtiyaç duyulduğunda hemşirelere ulaşma kolaylığı	1.870	0,091
Hemşirelerin gösterdikleri nezaket düzeyi	1.259	0,282
Hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odanıza gelme sıklık düzeyi	1.555	0,166
Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	1.026	0,412
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,442	0,204
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	0,443	0,848
Doktorların nezaket düzeyleri	1,986	0,073
İhtiyaç duyulduğunda doktorlara ulaşma kolaylığı	1,214	0,303
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	1,669	0,134
Doktorun hastalığınızı takip amaçlı odanıza gelme sıklığı	0,457	0,839
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	1,683	0,131
Laboratuarda çalışan personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,355	0,241
Hastane temizlik personelinin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,712	0,640
Teşhis birimlerindeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,664	0,136
Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,448	0,211
Yemeklerin lezzeti	2,314	**0,038**
Yemeklerin çeşitliliği	1,229	0,296
Yemeklerin doyuruculuğu	1,415	0,215
Yemeklerin dağıtılma zamanı	0,678	0,668
Yemeklerin temizliği	1,293	0,266
Odanızın temizliği ve düzeni	0,592	0,736
Odanızın ısınma ve aydınlanma durumu	0,696	0,654
Yatak takımlarınızın değişme düzeni	0,638	0,699
Yatakların rahatı	0,305	0,933
Hastanenin genel temizliği	0,980	0,442
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlerdeki levhalarla yol bulma kolaylığı	0,441	0,850
Ziyaret saatlerinin uygunluğu	2,094	0,059
Hastane ortamının gürültüsüz olması	1,627	0,145
Otopark hizmetleri	1,336	0,251
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	0,538	0,778
Odaların aşırı kalabalık olmaması	1,259	0,281

Koridorların yeteri kadar geniş olması	1,116	0,357
Oda ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	0,692	0,657
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	0,577	0,748
Temizlik saatlerinin uygun olması	2,695	**0,017**
Refakatçilerin diğer hastaları rahatsız etmemeleri	1,580	0,159
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	1,146	0,340
Hastanın doktora güven duyması	0,801	0,571
Hastanın hemşireye güven duyması	2,695	**0,017**
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	0,883	0,510
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	1,993	0,072
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	0,959	0,458
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	1,263	0,279
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	1,807	0,103
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	2,139	0,054
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	1,765	0,112
Kan vb. tetkiklere güvenilmesi	2,570	**0,022**

Yaşa göre yatan hastaların algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 28'de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, elli iki hizmetten yaşa göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar olan hizmetler; hemşirelerin hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri, yemeklerin lezzeti, temizlik saatlerinin uygun olması, hastanın hemşireye güven duyması ve kan vb. tetkiklere güvenilmesi konusundaki hizmetlerdir. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.4.2. Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Bulgular

Yatan hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları normal dağılım gösterdiğinden, cinsiyet değişkeninin sunulan hizmetlerin kalitesini algılama düzeylerini tespit etmek için t testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Cinsiyete göre yatan hastaların algılamalarında farklılık yoktur.

H_1: Cinsiyete göre yatan hastaların algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 29. Cinsiyetlerine Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin T Testi Sonuçları

	t	Serbestlik Derecesi	P	Ortalama Farkı	Standart Hata Farkı
Hastaneye yatış işleminin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	0,377	128	0,707	0,057	0,152
Yatış işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	2,108	126	**0,037**	0,344	0,163
Hemşirelerin hastaları dinleme ve anlama düzeyi	0,399	129	0,691	0,063	0,159
Hemşirelerin hastaları teşhis, tedavi ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	0,384	129	0,701	0,066	0,171
Hemşirelerin hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri	0,607	128	0,545	0,104	0,172
İhtiyaç duyulduğunda hemşirelere ulaşma kolaylığı	1,447	128	0,150	0,233	0,161
Hemşirelerin gösterdikleri nezaket düzeyi	2,348	128	**0,020**	0,370	0,158
Hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla hasta odalarına gitme sıklık düzeyi	1,688	128	0,094	0,280	0,166
Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	1,156	128	0,250	0,170	0,147
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	0,417	129	0,677	0,060	0,144
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	0,307	129	0,760	0,046	0,151
Doktorların nezaket düzeyleri	0,892	129	0,374	0,119	0,133
İhtiyaç duyulduğunda doktorlara ulaşma kolaylığı	2,097	129	**0,038**	0,321	0,153
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	1,346	126	0,181	0,157	0,117
Doktorun hastalığınızı takip amaçlı odanıza gelme sıklığı	1,642	129	0,103	0,245	0,149
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyi	2,145	129	**0,034**	0,274	0,128
Laboratuarda çalışan personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,566	97	0,121	0,294	0,188
Hastane temizlik personelinin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,530	127	0,597	0,087	0,165
Teşhis birimlerindeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,145	119	**0,034**	0,311	0,145
Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,334	69	0,187	0,320	0,240

Yemeklerin lezzeti	0,225	127	0,822	0,048	0,211
Yemeklerin çeşitliliği	1,706	126	0,090	0,284	0,167
Yemeklerin doyuruculuğu	1,264	125	0,209	0,263	0,208
Yemeklerin dağıtılma zamanı	1,313	126	0,191	0,240	0,183
Yemeklerin temizliği	-0,506	126	0,614	-0,084	0,165
Odanızın temizliği ve düzeni	-0,582	129	0,562	-0,113	0,194
Odanızın ısınma ve aydınlanma durumu	0,994	129	0,322	0,107	0,107
Yatak takımlarınızın değişme düzeni	1,030	127	0,305	0,206	0,200
Yatakların rahatı	-1,017	129	0,311	-0,189	0,186
Hastanenin genel temizliği	-0,969	129	0,334	-0,174	0,179
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlerdeki levhalarla yol bulma kolaylığı	1,475	125	0,143	0,222	0,150
Ziyaret saatlerinin uygunluğu	0,248	128	0,805	0,042	0,168
Hastane ortamının gürültüsüz olması	1,256	129	0,211	0,241	0,192
Otopark hizmetleri	0,775	85	0,440	0,222	0,287
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	0,586	127	0,559	0,088	0,150
Odaların aşırı kalabalık olmaması	-1,283	128	0,202	-0,134	0,105
Koridorların yeteri kadar geniş olması	2,471	129	**0,015**	0,289	0,117
Oda ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	0,359	128	0,720	0,064	0,178
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	2,628	129	**0,010**	0,455	0,173
Temizlik saatlerinin uygun olması	1,139	128	0,257	0,201	0,176
Refakatçilerin diğer hastaları rahatsız etmemeleri	2,920	128	**0,004**	0,425	0,146
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	1,773	129	0,079	0,244	0,137
Hastanın doktora güven duyması	1,396	129	0,165	0,180	0,129
Hastanın hemşireye güven duyması	1,187	127	0,237	0,172	0,145
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	1,263	101	0,209	0,218	0,173
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	2,113	129	**0,037**	0,326	0,154
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	2,137	102	**0,035**	0,399	0,187
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	2,067	128	**0,041**	0,323	0,156
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	0,807	129	0,421	0,123	0,153
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	0,446	129	0,657	0,064	0,143

Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	0,754	127	0,452	0,126	0,166
Kan vb. tetkiklere güvenilmesi	2,139	126	**0,034**	0,301	0,141

Cinsiyete göre yatan hastaların algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla t testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 29'da verilmiştir. Tabloya bakıldığında, elli iki hizmetten cinsiyete göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar olan hizmetler; yatış işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği, hemşirelerin gösterdikleri nezaket düzeyi, ihtiyaç duyulduğunda doktorlara ulaşma kolaylığı, doktorların verdikleri hizmetin tümünden duyulan memnunluk düzeyi, teşhis birimlerindeki (EKG, Röntgen vb.) personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri, koridorların yeteri kadar geniş olması, bekleme odalarında yeterli oturağın olması, refakatçilerin diğer hastaları rahatsız etmemeleri, hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi, hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi, hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması ve kan vb. tetkiklere güvenilmesi konusundaki hizmetlerdir. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.4.3. Yatan Hastaların Eğitimlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Yatan hastaların eğitimlerine göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Eğitime göre yatan hastaların algılamalarında farklılık yoktur.

H_1: Eğitime göre yatan hastaların algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 30. Eğitimlerine Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Hastaneye yatış işleminin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	1,838	0,097
Yatış işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	1,540	0,171
Hemşirelerin hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,214	0,304
Hemşirelerin hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	0,529	0,785
Hemşirelerin hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri	1,573	0,160
İhtiyaç duyduğunuzda hemşirelere ulaşma kolaylığı	1,092	0,371
Hemşirelerin gösterdikleri nezaket düzeyi	1,697	0,127
Hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odanıza gelme sıklık düzeyi	1,764	0,112
Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	0,928	0,477
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,773	0,110
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	1,648	0,140
Doktorların nezaket düzeyleri	0,892	0,503
İhtiyaç duyduğunuzda doktorunuza ulaşma kolaylığı	1,555	0,166
Hastalığınızın teşhis ve tedavisi konusunda doktorunuzun beceri düzeyi	1,944	0,079
Doktorun hastalığınızı takip amaçlı odanıza gelme sıklığı	3,473	**0,003**
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	1,123	0,353
Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	3,182	**0,011**
Hastane temizlik personelinin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,196	0,313
Teşhis birimlerindeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,205	0,309
Yönetim ve destek bölümündeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,931	0,467
Yemeklerin lezzeti	2,788	**0,014**
Yemeklerin çeşitliliği	3,549	**0,003**
Yemeklerin doyuruculuğu	3,301	**0,005**
Yemeklerin dağıtılma zamanı	0,890	0,505
Yemeklerin temizliği	1,487	0,188
Odanızın temizliği ve düzeni	0,348	0,910
Odanızın ısınma ve aydınlanma durumu	1,387	0,225
Yatak takımlarınızın değişme düzeni	1,713	0,123
Yatağınızın rahatı	0,604	0,727
Hastanenin genel temizliği	0,849	0,535
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlerdeki levhalarla yolunuzu bulma kolaylığı	1,503	0,183
Ziyaret saatlerinin uygunluğu	3,985	**0,001**
Hastane ortamının gürültüsüz olması	2,082	0,060
Otopark hizmetleri	1,655	0,143

Hastanede kullanılan cihazların modern olması	2,358	**0,034**
Odaların aşırı kalabalık olmaması	0,967	0,451
Koridorların yeteri kadar geniş olması	3,725	**0,002**
Oda ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	0,549	0,770
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	1,331	0,248
Temizlik saatlerinin uygun olması	1,511	0,180
Refakatçilerin diğer hastaları rahatsız etmemeleri	0,499	0,808
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	4,155	**0,001**
Hastanın doktora güven duyması	2,504	**0,025**
Hastanın hemşireye güven duyması	3,886	**0,001**
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	1,786	0,110
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	0,925	0,479
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	1,107	0,362
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	0,699	0,651
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	1,655	0,138
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	3,556	**0,003**
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	2,043	0,065
Kan vb. tetkiklere güvenilmesi	1,492	0,186

Eğitime göre yatan hastaların algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 30'da verilmiştir. Tabloya bakıldığında, elli iki hizmetten eğitime göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında çok önemli farklılıklar olan hizmetler; doktorun hastalığınızı takip amaçlı odanıza gelme sıklığı, laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri, yemeklerin lezzeti, çeşitliliği ve doyuruculuğu, ziyaret saatlerinin uygunluğu, hastanede kullanılan cihazların modern olması, koridorların yeteri kadar geniş olması, tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması, hastanın doktora güven duyması, hastanın hemşireye güven duyması ve personelin verdiği bilgilere güven duyulması konusundaki hizmetlerdir. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.4.4. Yatan Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Yatan hastaların gelir düzeylerine göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Gelire göre yatan hastaların algılamalarında farklılık yoktur.

H_1: Gelire göre yatan hastaların algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 31. Gelir Gruplarına Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Hastaneye yatış işleminin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	1,119	0,355
Yatış işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	0,943	0,457
Hemşirelerin hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,488	0,200
Hemşirelerin hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında Bilgilendirme düzeyleri	0,785	0,563
Hemşirelerin hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri	0,353	0,880
İhtiyaç duyduğunuzda hemşirelere ulaşma kolaylığı	0,708	0,619
Hemşirelerin gösterdikleri nezaket düzeyi	1,137	0,345
Hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odanıza gelme sıklık düzeyi	1,664	0,150
Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	2,231	0,057
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,198	0,315
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	3,012	**0,014**
Doktorların nezaket düzeyleri	1,511	0,193
İhtiyaç duyduğunuzda doktorunuza ulaşma kolaylığı	1,637	0,157
Hastalığınızın teşhis ve tedavisi konusunda doktorunuzun beceri düzeyi	1,575	0,174
Doktorun hastalığınızı takip amaçlı odanıza gelme sıklığı	2,282	0,052
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	3,008	**0,014**
Laboratuarda çalışan personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,331	0,893
Hastane temizlik personelinin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,271	0,928
Teşhis birimlerindeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,812	0,544
Yönetim ve destek bölümündeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,885	0,499
Yemeklerin lezzeti	2,615	**0,029**

Yemeklerin çeşitliliği	1,848	0,110
Yemeklerin doyuruculuğu	1,821	0,115
Yemeklerin dağıtılma zamanı	0,346	0,884
Yemeklerin temizliği	1,335	0,256
Odanızın temizliği ve düzeni	1,202	0,313
Odanızın ısınma ve aydınlanma durumu	0,719	0,610
Yatak takımlarınızın değişme düzeni	1,395	0,232
Yatağınızın rahatı	0,942	0,457
Hastanenin genel temizliği	0,761	0,580
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlerdeki levhalarla yolunuzu bulma kolaylığı	1,111	0,360
Ziyaret saatlerinin uygunluğu	1,983	0,087
Hastane ortamının gürültüsüz olması	0,590	0,708
Otopark hizmetleri	0,698	0,627
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	1,792	0,121
Odaların aşırı kalabalık olmaması	3,353	**0,008**
Koridorların yeteri kadar geniş olması	0,878	0,499
Oda ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	0,624	0,682
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	0,521	0,760
Temizlik saatlerinin uygun olması	1,279	0,278
Refakatçilerin diğer hastaları rahatsız etmemeleri	0,606	0,695
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	0,191	0,965
Hastanın doktora güven duyması	0,625	0,681
Hastanın hemşireye güven duyması	1,303	0,268
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	0,427	0,828
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	1,121	0,354
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	0,368	0,869
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	0,906	0,480
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	0,930	0,465
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	0,603	0,698
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	0,828	0,532
Kan vb. tetkiklere güvenilmesi	0,468	0,800

Gelire göre yatan hastaların algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 31'de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, gelire göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar olan hizmetler; doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri, doktorların verdikleri hizmetin tümünden duyulan memnunluk düzeyi, yemeklerin lezzeti ve odaların aşırı kalabalık olmaması konusundaki hizmetlerdir. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.4.5. Yatan Hastaların Meslek Gruplarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Yatan hastaların meslek gruplarına göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Mesleğe göre yatan hastaların algılamalarında farklılık yoktur.

H_1: Mesleğe göre yatan hastaların algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 32. Meslek Gruplarına Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Hastaneye yatış işleminin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	1,242	0,285
Yatış işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	1,198	0,309
Hemşirelerin hastaları dinleme ve anlama düzeyi	0,926	0,489
Hemşirelerin hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında Bilgilendirme düzeyleri	1,002	0,433
Hemşirelerin hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri	2,752	**0,011**
İhtiyaç duyduğunuzda hemşirelere ulaşma kolaylığı	0,933	0,484
Hemşirelerin gösterdikleri nezaket düzeyi	4,093	**0,000**
Hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odanıza gelme sıklık düzeyi	1,830	0,087
Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	3,260	**0,003**
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,160	0,331
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	2,042	0,055
Doktorların nezaket düzeyleri	1,187	0,315
İhtiyaç duyduğunuzda doktorunuza ulaşma kolaylığı	0,738	0,640
Hastalığınızın teşhis ve tedavisi konusunda doktorunuzun beceri düzeyi	1,504	0,172
Doktorun hastalığınızı takip amaçlı odanıza gelme sıklığı	0,418	0,889
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	0,648	0,715
Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,588	**0,018**
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,791	0,596
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,602	0,142

Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,474	0,850
Yemeklerin lezzeti	1,274	0,269
Yemeklerin çeşitliliği	0,885	0,521
Yemeklerin doyuruculuğu	0,565	0,783
Yemeklerin dağıtılma zamanı	0,539	0,804
Yemeklerin temizliği	1,889	0,077
Odanızın temizliği ve düzeni	1,883	0,078
Odanızın ısınma ve aydınlanma durumu	1,089	0,374
Yatak takımlarınızın değişme düzeni	1,282	0,265
Yatağınızın rahatı	0,889	0,517
Hastanenin genel temizliği	1,231	0,291
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlerdeki levhalarla yolunuzu bulma kolaylığı	1,316	0,249
Ziyaret saatlerinin uygunluğu	1,368	0,225
Hastane ortamının gürültüsüz olması	2,657	**0,014**
Otopark hizmetleri	0,993	0,443
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	0,742	0,637
Odaların aşırı kalabalık olmaması	0,448	0,870
Koridorların yeteri kadar geniş olması	1,373	0,223
Oda ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	0,707	0,666
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	0,783	0,603
Temizlik saatlerinin uygun olması	1,411	0,207
Refakatçilerin diğer hastaları rahatsız etmemeleri	0,552	0,793
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	1,507	0,171
Hastanın doktora güven duyması	1,221	0,297
Hastanın hemşireye güven duyması	2,698	**0,012**
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	2,017	0,061
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	1,352	0,232
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	0,311	0,947
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	0,897	0,511
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	2,055	0,053
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	2,537	**0,018**
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	0,869	0,533
Kan vb. tetkiklere güvenilmesi	1,023	0,419

Mesleğe göre yatan hastaların algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 32'de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, elli iki hizmetten mesleğe göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar olan hizmetler; hemşirelerin hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri, hemşirelerin gösterdikleri nezaket düzeyi, hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden duyulan memnunluk düzeyi, laboratuarda çalışan personelin

hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri, hastane ortamının gürültüsüz olması, hastanın hemşireye güven duyması ve personelin verdiği bilgilere güven duyulması konusundaki hizmetlerdir. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.4.6. Yatan Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Yatan hastaların sosyal güvencelerine göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Sosyal güvencelerine göre yatan hastaların algılamalarında farklılık yoktur.
H_1: Sosyal güvencelerine göre yatan hastaların algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 33. Sosyal Güvencelerine Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Hastaneye yatış işleminin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	0,255	0,936
Yatış işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	0,546	0,741
Hemşirelerin hastaları dinleme ve anlama düzeyi	0,505	0,772
Hemşirelerin hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında Bilgilendirme düzeyleri	2,242	0,054
Hemşirelerin hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri	4,039	**0,002**
İhtiyaç duyduğunuzda hemşirelere ulaşma kolaylığı	1,441	0,214
Hemşirelerin gösterdikleri nezaket düzeyi	1,743	0,130
Hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odanıza gelme sıklık düzeyi	0,451	0,812
Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	0,581	0,715
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,550	0,179
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	2,151	0,064
Doktorların nezaket düzeyleri	0,948	0,453
İhtiyaç duyduğunuzda doktorunuza ulaşma kolaylığı	2,219	0,056
Hastalığınızın teşhis ve tedavisi konusunda doktorunuzun beceri düzeyi	2,678	**0,025**

Doktorun hastalığınızı takip amaçlı odanıza gelme sıklığı	0,987	0,429
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	2,298	**0,049**
Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,042	0,080
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,424	0,831
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	3,386	**0,007**
Yön. ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,261	0,933
Yemeklerin lezzeti	2,090	0,071
Yemeklerin çeşitliliği	0,565	0,727
Yemeklerin doyuruculuğu	0,898	0,485
Yemeklerin dağıtılma zamanı	0,933	0,462
Yemeklerin temizliği	0,791	0,558
Odanızın temizliği ve düzeni	1,164	0,331
Odanızın ısınma ve aydınlanma durumu	1,968	0,088
Yatak takımlarınızın değişme düzeni	1,224	0,302
Yatağınızın rahatı	3,375	**0,007**
Hastanenin genel temizliği	0,237	0,946
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlerdeki levhalarla yolunuzu bulma kolaylığı	0,524	0,758
Ziyaret saatlerinin uygunluğu	1,465	0,206
Hastane ortamının gürültüsüz olması	1,283	0,276
Otopark hizmetleri	1,791	0,124
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	0,977	0,435
Odaların aşırı kalabalık olmaması	0,053	0,998
Koridorların yeteri kadar geniş olması	2,319	**0,047**
Oda ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	1,041	0,397
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	1,996	0,084
Temizlik saatlerinin uygun olması	1,504	0,193
Refakatçilerin diğer hastaları rahatsız etmemeleri	1,247	0,291
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	2,088	0,071
Hastanın doktora güven duyması	1,975	0,087
Hastanın hemşireye güven duyması	1,173	0,326
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	0,484	0,788
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	2,920	**0,016**
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	1,511	0,193
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	1,513	0,191
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	2,230	0,055
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	1,108	0,360
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	1,538	0,183
Kan vb. tetkiklere güvenilmesi	3,665	**0,004**

Sosyal güvenceye göre yatan hastaların algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu

analizlerin sonuçları Tablo 33'de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, elli iki hizmetten sosyal güvenceye göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar olan hizmetler; hemşirelerin hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri, hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi, doktorların verdikleri hizmetin tümünden duyulan memnunluk düzeyi, teşhis birimlerindeki (EKG, Röntgen vb.) personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri, yatakların rahatı, koridorların yeteri kadar geniş olması, hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi ve kan vb. tetkiklere güvenilmesi konusundaki hizmetlerdir. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.4.7. Yatan Hastaların Tedavi Gördükleri Servise Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Yatan hastaların tedavi gördükleri servise göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Tedavi görülen servise göre yatan hastaların algılamalarında farklılık yoktur.
H_1: Tedavi görülen servise göre yatan hastaların algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 34. Tedavi Görülen Servise Göre Yatan Hastaların Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Hastaneye yatış işleminin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	1,733	**0,044**
Yatış işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	1,083	0,379
Hemşirelerin hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,380	0,155
Hemşirelerin hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	1,734	**0,043**
Hemşirelerin hastaların fiziksel ve duygusal sorunlarını zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri	2,004	**0,015**
İhtiyaç duyduğunuzda hemşirelere ulaşma kolaylığı	1,614	0,068
Hemşirelerin gösterdikleri nezaket düzeyi	1,362	0,165
Hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odanıza gelme sıklık düzeyi	1,949	**0,019**
Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	1,647	0,061
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,596	0,073
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	1,619	0,067
Doktorların nezaket düzeyleri	2,273	**0,005**
İhtiyaç duyduğunuzda doktorunuza ulaşma kolaylığı	1,730	**0,044**
Hastalığınızın teşhis ve tedavisi konusunda doktorunuzun beceri düzeyi	1,739	**0,043**
Doktorun hastalığınızı takip amaçlı odanıza gelme sıklığı	1,662	0,057
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz	1,299	0,202
Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,988	0,480
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,255	0,233
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,170	0,302
Yön. ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,123	0,358
Yemeklerin lezzeti	1,178	0,291
Yemeklerin çeşitliliği	1,175	0,295
Yemeklerin doyuruculuğu	1,286	0,212
Yemeklerin dağıtılma zamanı	1,004	0,461
Yemeklerin temizliği	1,125	0,339
Odanızın temizliği ve düzeni	0,881	0,602
Odanızın ısınma ve aydınlanma durumu	0,509	0,949
Yatak takımlarınızın değişme düzeni	1,583	0,077
Yatağınızın rahatı	0,821	0,672
Hastanenin genel temizliği	0,959	0,512
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlerdeki levhalarla yolunuzu bulma kolaylığı	1,725	**0,046**
Ziyaret saatlerinin uygunluğu	2,824	**0,000**
Hastane ortamının gürültüsüz olması	1,427	0,133
Otopark hizmetleri	2,670	**0,002**

Hastanede kullanılan cihazların modern olması	1,341	0,177
Odaların aşırı kalabalık olmaması	1,021	0,442
Koridorların yeteri kadar geniş olması	3,024	**0,000**
Oda ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	1,649	0,060
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	2,923	**0,000**
Temizlik saatlerinin uygun olması	1,036	0,427
Refakatçilerin diğer hastaları rahatsız etmemeleri	1,192	0,280
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	0,769	0,731
Hastanın doktora güven duyması	1,625	0,066
Hastanın hemşireye güven duyması	1,389	0,151
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	1,635	0,073
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	1,748	**0,041**
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	1,547	0,094
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	2,041	**0,013**
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	1,047	0,415
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	1,750	**0,041**
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	1,411	0,141
Kan vb. tetkiklere güvenilmesi	1,669	0,056

Tedavi görülen servise göre yatan hastaların algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 34'de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, elli iki hizmetten on beşinde tedavi görülen servise göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında çok önemli farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.5. Poliklinik Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin ve Hastaneyi Genel Değerlendirmelerinin Dağılımı

Poliklinik hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre ve hastaneyi genel değerlendirmelerine göre dağılımı aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Örnek grubunun yaşa göre dağılımı Tablo 35'de gösterilmiştir.

Tablo 35. Poliklinik Hastalarının Yaşa Göre Dağılımı

Yaşlar	Frekans	Yüzde
15-25	70	41,4
26-35	42	24,9
36-45	25	14,8
46-55	21	12,4
56-65	3	1,8
66-75	6	3,6
76 ve üzeri	1	0,6
Toplam	168	99,4
Yanıt Yok	1	0,6
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 41,4'ü (70 kişi) 15-25 yaşlarında olan hastalardan, % 24,9'u (42 kişi) 26-35 yaşlarında olan hastalardan, % 14,8'i (25 kişi) 36-45 yaşlarında olan hastalardan, % 12,4'ü (21 kişi) 46-55 yaşlarında olan hastalardan, % 3,6'sı (6 kişi) 66-75 yaşlarında olan hastalardan, % 1,8'i (3 kişi) 56-65 yaşlarında olan hastalardan ve % 0,6'sı (1 kişi) 76 ve üzerinde olan hastadan oluşmaktadır. Örnek grubunu oluşturan hastaların % 0,6'sı bu soruyu yanıtlandırmamıştır. Örneğin büyük çoğunluğunu gençlerin oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 36. Poliklinik Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	108	63,9
Erkek	61	36,1
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 63,9'u (108 kişi) kadın hastalardan oluşurken, % 36,1'i (61 kişi) ise erkek hastalardan oluşmaktadır. Örnek büyüklüğü içerisinde kadın hastaların erkek hastalardan daha fazla oldukları görülmektedir.

Tablo 37. Poliklinik Hastalarının Eğitimlerine Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde
Eğitimsiz	3	1,8
Okur-yazar	2	1,2
İlköğretim	28	16,6
Lise	44	26,0
Yüksekokul	40	23,7
Üniversite	42	24,9
Yükseklisans-Doktora	10	5,9
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 26'sı (44 kişi) lise, % 24,9'u (42 kişi) üniversite, % 23,7'si (40 kişi) yüksekokul, % 16,6'sı ilköğretim, % 5,9'u yükseklisans-doktora, % 1,8'i (3 kişi) eğitimsiz ve % 1,2'si (2 kişi) okur-yazar olan hastalardan oluşmaktadır.

Tablo 38. Poliklinik Hastalarının Gelirlerine Göre Dağılımı

Gelir Düzeyi	Frekans	Yüzde
<300 YTL	9	5,3
300-600 YTL	50	29,6
601-900 YTL	20	11,8
901-1200 YTL	21	12,4
1201-1500 YTL	10	5,9
1501 YTL ve üzeri	5	3,0
Toplam	115	68,0
Yanıt Yok	54	32,0
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 29,6'sı (50 kişi) 300-600 YTL arası, % 12,4'ü (21 kişi) 901-1200 YTL arası, % 11,8'i (20 kişi) 601-900 YTL arası, % 5,9'u (10 kişi) 1201-1500 YTL arası, % 5,3'ü (9 kişi) 300 YTL'den az ve % 3'ü 1501 YTL'den fazla gelire sahip kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu düşük gelire sahip kişiler oluşturmaktadır.

Tablo 39. Poliklinik Hastalarının Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslek	Frekans	Yüzde
Öğrenci	61	36,1
İşçi	11	6,5
Memur	32	18,9
Emekli	17	10,1
Ev hanımı	25	14,8
Özel Sektör	11	6,5
İşsiz	2	1,2
Diğer	10	5,9
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun en büyük kısmını % 36,1 (61 kişi) ile öğrenciler oluşturmaktadır. Bunu % 18,9 (32 kişi) ile memurlar, % 14,8 (25 kişi) ile ev hanımları, % 10,1 (17 kişi) ile emekliler, % 6,5 (11 kişi) ile işçi ve özel sektör çalışanları, % 5,9 (10 kişi) ile diğer meslek grupları ve % 1,2 (2 kişi) işsiz olanlar oluşturmaktadır.

Tablo 40. Poliklinik Hastalarının Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı

Sosyal Güvence	Frekans	Yüzde
Emekli Sandığı	67	39,6
S.S.K	62	36,7
Bağ Kur	23	13,6
Yeşil Kart	3	1,8
Özel Sigorta	1	0,6
Yok	13	7,7
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 39,6'sı (67 kişi) emekli sandığı, % 36,7'si (62 kişi) SSK, % 13,6'sı (23 kişi) Bağ Kur, % 7,7'si (13 kişi) sosyal güvencesi olmayan hastalardan, % 1,8'i (3 kişi) yeşil kart ve % 0,6'sı (1 kişi) özel sigortası olan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, hastaneden özel olarak faydalanan hasta sayısının oldukça düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 41. Poliklinik Hastalarının Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ni Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı

Tercih Etme Nedenleri	Frekans	Yüzde
Sosyal güvencem nedeniyle ücretsiz muayene olabilme imkanı	28	16,6
Daha iyi tedavi olma ümidi	58	34,3
En yakın sağlık kuruluşu olması	36	21,3
Yardımcı olabilecek tanıdıkların olması	10	5,9
Sevk edildiğim için	28	16,6
Doktorumun burada çalışıyor olması	1	0,6
Tavsiye edilmesi	3	1,8
Rastgele kendi seçimim	4	2,4
Toplam	168	99,4
Yanıt Yok	1	0,6
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 34,3'ü (58 kişi) daha iyi tedavi olma ümidi ile, % 21,3'ü (36 kişi) en yakın sağlık kuruluşu olduğu için, % 16,6'sı (28 kişi) sosyal güvenceleri nedeniyle ücretsiz muayene olabilme imkanları olduğu için ve sevk edildikleri için, % 5,9'u (10 kişi) yardımcı olabilecek tanıdıkları olduğundan, % 2,4'ü (4 kişi) rastgele kendi seçimlerinden, % 1,8'i (3 kişi) tavsiye edilmesi üzerine tercih eden ve %0,6'sı (1 kişi) doktoru burada çalıştığı için hastaneyi tercih eden hastalardan oluşmaktadır. Örnek grubunu oluşturan hastaların %0,6'sı (1 kişi) bu soruyu yanıtlamamıştır. Bu durum, hastanenin en çok tercih edilme nedeninin daha iyi tedavi olma ümidi olduğunu göstermektedir.

Tablo 42. Poliklinik Hastalarının Poliklinik Hizmeti Alabilmek İçin Bekleme Sürelerine Göre Dağılımı

Bekleme Süreleri	Frekans	Yüzde
Beklemedim	29	17,2
10-15 dakika	25	14,8
Yarım saat kadar	49	29,0
1 saat	21	12,4
1 saatten fazla	45	26,6
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 29'u (49 kişi) poliklinik hizmeti alabilmek için yarım saat kadar beklemiş olan, % 26,6'sı (45 kişi) 1 saatten fazla beklemiş olan, % 17,2'si (29 kişi) beklememiş olan, %14,8'i (25 kişi) 10-15 dakika beklemiş olan ve % 12,4'ü (21 kişi) bir saat beklemiş olan hastalardan oluşmaktadır.

Tablo 43. Poliklinik Hastalarının Poliklinik Hizmetinden Memnun Olup Olmamalarına Göre Dağılımı

Memnunluk	Frekans	Yüzde
Evet	112	66,3
Hayır	57	33,7
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun %66,3'ü (112 kişi) hastanenin sunmuş olduğu poliklinik hizmetinden memnun olan hastalardan, %33,7'si (57 kişi) ise hastanenin sunmuş olduğu poliklinik hizmetinden memnun olmayan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, hastanenin sunmuş olduğu poliklinik hizmetinden hastaların çoğunluğunun memnun olduğunu göstermektedir.

Tablo 44. Poliklinik Hastalarının Poliklinik Hizmetlerinden Memnun Olmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Memnun Olmama Nedenleri	Frekans	Yüzde
Sıra çokluğu	31	18,3
Hemşirelerin yeterince ilgilenmemesi	1	0,6
Doktorların geç gelmesi	4	2,4
Kayıt sırasına uyulmaması	7	4,1
Doktorların yeterince ilgilenmemesi	11	6,5
Hepsi	13	7,7
Toplam	67	39,6
Memnun Olanlar	102	60,4
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 18,3'ü (31 kişi) memnun olmama nedenini sıra çokluğu olarak göstermiş, %0,6'sı (1 kişi) hemşirelerin yeterince ilgilenmemesi, % 2,4'ü (4 kişi) doktorların geç gelmesi, % 4,1'i (7 kişi) kayıt sırasına uyulmaması, % 6,5'i (11 kişi) doktorların yeterince ilgilenmemesi ve % 7,7'si (13 kişi) tüm bu nedenlerden dolayı memnun olmayanlardan oluşmaktadır. Bu durum, hastanenin sunmuş olduğu poliklinik hizmetinden memnun olmama nedenlerinin büyük bir çoğunluğunun sıra çokluğundan

ileri geldiğini göstermektedir. Örnek grubunun % 60,4'ü (102 kişi) hastanenin sunmuş olduğu poliklinik hizmetinden memnun olduğu için bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 45. Poliklinik Hastalarının Doktorun Muayene İçin Ayırdığı Zamanı Yeterli Bulup Bulmamalarına Göre Dağılımı

Muayene İçin Ayrılan Zaman	Frekans	Yüzde
Çok yeterli	7	4,1
Yeterli	74	43,8
İdare eder	51	30,2
Yetersiz	26	15,4
Çok yetersiz	11	6,5
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun %4,1'i (7 kişi) doktorun muayene için ayırdığı zamanı çok yeterli bulurken, %43,8'si (74 kişi) yeterli, %30,2'si (51 kişi) normal bulmuş, %15,4'ü (26 kişi) yetersiz ve %6,5'i (11 kişi) çok yetersiz bulmuştur. Bu durum, hastanenin sunmuş olduğu poliklinik hizmetlerinde doktorların muayene için ayırdıkları zamanın örnek grubunun büyük bir kısmı tarafından yeterli bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 46. Poliklinik Hastalarının Bekleme ve Doktor Kabulü Sırasında Karşılaştıkları Tutum ve Davranışları Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

Karşılaşılan Tutum ve Davranışlar	Frekans	Yüzde
Rahatsız edici	9	5,3
İlgisiz ve keşmekeşlik	20	11,8
Normal	103	60,9
Rahatsız edici değildi	18	10,7
Çok iyi	19	11,2
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun %60,9'u (103 kişi) bekleme ve doktor kabulü sırasında karşılaştıkları tutum ve davranışları normal, %5,3'ü (9 kişi) rahatsız edici, %11,8'i (20 kişi) ilgisiz ve keşmekeş, %10,7'si (18 kişi) rahatsız edici bulmamış ve %11,2'si (19 kişi) bekleme ve doktor kabulü sırasında karşılaşılan tutum ve davranışları çok iyi bulan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunu oluşturan hastaların büyük bir çoğunluğunun bekleme ve doktor kabulü sırasında karşılaşılan tutum ve davranışları normal olarak değerlendirdiğini göstermektedir.

Tablo 47. Poliklinik Hastalarının Daha Önce Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hizmetlerinden Yararlanmalarına Göre Dağılımları

Daha Önce Hastaneye Gelme Durumu	Frekans	Yüzde
Evet	128	75,7
Hayır	41	24,3
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun %75,7'si (128 kişi) daha önce tedavi görmek ya da kontrolden geçmek amacıyla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne gelmiş, %24,3'ü ise (41 kişi) daha önce herhangi bir amaçla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne gelmemiş olan hastalardan oluşmaktadır. Tablo 47 örnek grubunun büyük bir kısmının daha evvel hastane hizmetlerinden yararlandığını göstermektedir.

Tablo 48. Poliklinik Hastalarının Hastane Hizmetlerini Önceki Geliş/Gelişlerine Göre Değerlendirme Dağılımları

Değerlendirme Şekli	Frekans	Yüzde
Daha iyi	9	5,3
İyi	30	17,8
Aynı	76	45,0
Kötü	13	7,7
Daha kötü	3	1,8
Toplam	131	77,5
Daha önce hizmet almamış olanlar	38	22,5
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 45'i (76 kişi) alınan hizmet düzeyini önceki geliş/gelişlere göre aynı, % 5,3'ü daha iyi, % 17,8'i (30 kişi) iyi, % 7,7'si (13 kişi) kötü ve % 1,8'i (3 kişi) daha kötü bulan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunun büyük bir kısmının hastanenin hizmet düzeyine önceki geliş/gelişlere göre aynı düzeyde bulunduğunu göstermektedir. Örnek grubunun %22,5'i ise (38 kişi), daha önce hastane hizmetlerinden yararlanmamış hastalardan oluşmaktadır.

Tablo 49. Poliklinik Hastalarının Daha Önce Başka Bir Sağlık Kuruluşundan Hizmet Almalarına Göre Dağılımları

Daha Önce Başka Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu	Frekans	Yüzde
Evet	159	94,1
Hayır	10	5,9
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 94,1'i (159 kişi) daha evvel tedavi görmek ya da kontrolden geçmek amacıyla başka bir sağlık kuruluşundan hizmet almış, % 5,9'u (10 kişi) herhangi bir amaçla başka bir sağlık kuruluşundan hizmet almamıştır.

Tablo 50. Poliklinik Hastalarının Diğer Sağlık Kuruluşlarına Göre Hastanenin Hizmet Düzeyini Değerlendirme Dağılımları

Değerlendirme Şekli	Frekans	Yüzde
Daha İyi	46	27,2
İyi	31	18,3
Aynı	50	29,6
Kötü	26	15,4
Daha Kötü	7	4,1
Toplam	160	94,7
Daha Önce Başka Bir Sağlık Kuruluşuna Gitmeyenler	9	5,3
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 29,6'sı (50 kişi) hastanenin hizmet düzeyini diğer hastanelerle aynı, % 27,2'si (46 kişi) daha iyi, % 18,3'ü (31 kişi) iyi, % 15,4'ü (26 kişi) kötü ve % 4,1'i (7 kişi) daha kötü bulan hastalardan oluşmaktadır. Örnek grubunun % 5,3'ü (9 kişi) daha önce başka bir sağlık kuruluşundan hizmet almayan hastalardan oluşmaktadır.

Tablo 51. Poliklinik Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumlarına Göre Dağılımı

Tercih Etme Durumu	Frekans	Yüzde
Kesinlikle ederim	29	17,2
Ederim	89	52,7
Kararsızım	38	22,5
Etmem	6	3,6
Kesinlikle etmem	7	4,1
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun %52,7'si (89 kişi) hastaneyi tekrar tercih edecek olan hastalardan, %17.2'si (29 kişi) kesinlikle tercih edecek olan, %22,5'i (38 kişi) tercih edip etmeme konusunda kararsız olan, %3,6'sı (6 kişi) tekrar tercih etmeyecek olan ve %4,1'i (7 kişi) kesinlikle tekrar tercih etmeyecek olan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunun büyük bir bölümünün hastaneyi tekrar tercih edeceğini göstermektedir.

Tablo 52. Poliklinik Hastalarının Hastaneyi Tavsiye Edip/Etmemelerine Göre Dağılımı

Tavsiye Etme Durumu	Frekans	Yüzde
Kesinlikle ederim	22	13,0
Ederim	86	50,9
Kararsızım	35	20,7
Etmem	18	10,7
Kesinlikle etmem	8	4,7
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun %50,9'u (86 kişi) hastaneyi çevresindeki kişilere tavsiye edecek olan hastalardan, %13'ü (22 kişi) hastaneyi kesinlikle tavsiye edecek olan, %20,7'si (35 kişi) hastaneyi tavsiye etme konusunda kararsız olan, %10,7'si (18 kişi) hastaneyi tavsiye etmeyecek olan ve %4,7'si (8 kişi) hastaneyi çevresindeki kişilere kesinlikle tavsiye etmeyecek olan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunun büyük bir kısmının hastaneyi çevresindeki kişilere tavsiye edeceğini göstermektedir.

Tablo 53. Hastaların Bulundukları Polikliniklere Göre Dağılımı

Poliklinikler	Frekans	Yüzde
Dahiliye	48	28,5
Fizik Tedavi	3	1,8
Üroloji	7	4,1
Kardiyoloji	7	4,1
Genel Cerrahi	6	3,6
Ortopedi	9	5,3
Kadın Hastalıkları ve Doğum	9	5,3
Göz	19	11,2
Dermatoloji	8	4,7
KBB	23	13,6
Plastik Cerrahi	9	5,3
Göğüs Cerrahisi	2	1,2
Onkoloji	3	1,8
Nöroloji	5	3,0
Radyoloji	7	4,1
Göğüs Hastalıkları	3	1,8
Toplam	168	99,4
Yanıt Yok	1	0,6
Toplam	169	100,0

Örnek grubunun % 28,5'i (48 kişi) Dahiliye, % 1,8'i (3 kişi) Fizik Tedavi, % 4,1'i (7 kişi) Üroloji Servisi, % 4,1'i (7 kişi) Kardiyoloji Servisi, % 3,6'sı (6 kişi) Genel Cerrahi, % 5,3'ü (9 kişi) Ortopedi, % 5,3'ü (9 kişi) Kadın Hastalıkları ve Doğum, % 11,2'si (19 kişi) Göz Servisi, %4,7'si (8 kişi) Dermatoloji, % 13,6'sı (23 kişi) KBB, %5,3'ü (9 kişi) Plastik Cerrahi, %1,2'si (2 kişi) Göğüs Cerrahisi, %1,8'i (3 kişi) Onkoloji, % 3'ü Nöroloji, % 4,1'i (7 kişi) Radyoloji ve % 1,8'i (3 kişi) Göğüs Hastalıkları polikliniklerinden hizmet alan hastalardan oluşmaktadır. Örnek grubunu oluşturan hastaların % 0,6'sı (1 kişi) bu soruyu yanıtsız bırakmıştır.

5.4.6. Poliklinik Hastalarının Sunulan Hizmetleri Algılamaları İle İlgili Bulgular, Algılamalarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Bu kısımda poliklinik hastalarının hizmetlerle ilgili algılamaları, algılamalarının ortalamaları ve standart sapmaları aşağıdaki tablo yardımıyla anlatılacaktır.

Tablo 54. Poliklinik Hastalarının Sunulan Hizmetleri Algılamaları İle İlgili Bulgular, Algılamalarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok İyi	Yanıt Yok	Ortalama	Standart Sapma
Hastanede Sunulan Hizmetler	**fi**	**fi**	**fi**	**fi**	**fi**	**fi**		
	%fi	**%fi**	**%fi**	**%fi**	**%fi**	**%fi**		
Poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	39	25	59	38	8	-	2,71	1,187
	23,1	14,8	34,9	22,5	4,7	-		
Kayıt işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	10	22	54	68	15	-	3,33	1,010
	5,9	13	32	40,2	8,9	-		
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	6	14	55	66	28	-	3,57	0,980
	3,6	8,3	32,5	39,1	16,6	-		
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	24	18	46	61	20	-	3,21	1,214
	14,2	10,7	27,2	36,1	11,8	-		
Doktorların nezaket düzeyleri	5	8	44	79	33	-	3,75	0,924
	3	4,7	26	46,7	19,5	-		
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	5	11	45	80	23	5	3,64	0,913
	3	6,5	26,6	47,3	13,6	3		
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyi	5	18	56	70	20	-	3,49	0,939
	3	10,7	33,1	41,4	11,8	-		

Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	6	23	55	58	18	9	3,37	0,988
	3,6	13,6	32,5	34,3	10,7	5,3		
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	13	13	41	61	22	19	3,44	1,114
	7,7	7,7	24,3	36,1	13	11,2		
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	5	20	42	65	27	10	3,56	1,016
	3	11,8	24,9	38,5	16	5,9		
Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	7	23	42	52	7	38	3,22	0,979
	4,1	13,6	24,9	30,8	4,1	22,5		
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerde sunulan yemeklerin keyfiyeti	21	28	52	50	10	8	3,00	1,124
	12,4	16,6	30,8	29,6	5,9	4,7		
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği	26	29	49	50	9	6	2,92	1,160
	15,4	17,2	29	29,6	5,3	3,6		
Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni	12	30	53	65	9	-	3,17	1,018
	7,1	17,8	31,4	38,5	5,3	-		
Hastanenin ısınma ve aydınlanma durumu	18	22	51	69	9	-	3,17	1,075
	10,7	13	30,2	40,8	5,3	-		
Poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği	18	36	55	50	6	4	2,94	1,052
	10,7	21,3	32,5	29,6	3,6	2,4		

Poliklinik muayene yataklarının rahatı	13	26	56	58	9	7	3,15	1,023
	7,7	15,4	33,1	34,3	5,3	4,1		
Hastanenin genel temizliği	21	28	53	60	7	-	3,02	1,091
	12,4	16,6	31,4	35,5	4,1	-		
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla yol bulma kolaylığı	13	15	42	66	32	1	3,53	1,132
	7,7	8,9	24,9	39,1	18,9	0,6		
Hastane ortamının gürültüsüz olması	23	27	53	58	8	-	3,01	1,115
	13,6	16	31,4	34,3	4,7	-		
Otopark hizmetleri	47	17	32	33	13	27	2,82	2,749
	27,8	10,1	18,9	19,5	7,7	16		
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	11	23	51	60	21	3	3,34	1,077
	6,5	13,6	30,2	35,5	12,4	1,8		
Koridorların yeteri kadar geniş olması	8	16	28	79	38	-	3,73	1,062
	4,7	9,5	16,6	46,7	22,5	-		
Muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	29	37	44	56	3	-	2,80	1,130
	17,2	21,9	26	33,1	1,8	-		
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	26	40	45	48	10	-	2,86	1,166
	15,4	23,7	26,6	28,4	5,9	-		
Temizlik saatlerinin uygun olması	12	34	54	45	7	17	3,01	1,013
	7,1	20,1	32	26,6	4,1	10,1		
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	13	18	61	60	17	-	3,30	1,044
	7,7	10,7	36,1	35,5	10,1	-		
Hastanın doktora güven duyması	6	16	59	66	22	-	3,49	0,958
	3,6	9,5	34,9	39,1	13	-		
Hastanın hemşireye güven duyması	13	20	53	46	13	24	3,18	1,072
	7,7	11,8	31,4	27,2	7,7	14,2		
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	15	29	46	57	16	6	3,18	1,123
	8,9	17,2	27,2	33,7	9,5	3,6		

Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	13	33	40	58	23	2	3,27	1,159
	7,7	19,5	23,7	34,3	13,6	1,2		
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	21	36	46	36	7	23	2,81	1,110
	12,4	21,3	27,2	21,3	4,1	13,6		
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	16	40	57	46	9	1	2,95	1,054
	9,5	23,7	33,7	27,2	5,3	0,6		
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	12	24	59	61	13	-	3,23	1,024
	7,1	14,2	34,9	36,1	7,7	-		
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	9	21	56	69	14	-	3,34	0,982
	5,3	12,4	33,1	40,8	8,3	-		
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	21	31	52	50	12	3	3,01	1,136
	12,4	18,3	30,8	29,6	7,1	1,8		
Kan vb. tetkiklere güvenilmesi	8	17	50	73	19	2	3,47	0,987

Poliklinik hastalarının, hastanenin sunmuş olduğu hizmetleri algılamalarını, algılamalarının ortalamalarını ve sapmalarını gösteren Tablo 54 incelendiğinde; "otopark hizmetleri" konusunda hastane kalitesinin "çok kötü" olarak algılandığı görülmektedir. "Kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu", "hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerde sunulan yemeklerin keyfiyeti", "poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği", "temizlik saatlerinin uygun olması", "tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması", "hastanın hemşireye güven duyması", "hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi", "hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması" ve "kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması" konusunda hastane kalitesinin "orta" olarak algılandığı görülmektedir. Hastanenin sunmuş olduğu diğer hizmetlerin kalitesi, poliklinik hastaları tarafından "iyi" olarak algılanmaktadır. Tablo 54. ayrıca "poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu", "hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği", "poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği", "otopark hizmetleri", "muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması", "bekleme odalarında yeterli oturağın olması",

“hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi” ve“hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması” konusundaki hizmetlerin algılanmasının ortanın altına düştüğünü, hastanenin sunduğu diğer hizmetlerin ise “orta-iyi” şeklinde algılandığını göstermektedir.

5.4.7. Poliklinik Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Bu amaçla, poliklinik hastalarının yaş, eğitim, gelir düzeyi, meslek, sosyal güvence, muayene olunan poliklinik ve bekleme sürelerine göre algılamaları arasında fark olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile test edilmiştir. Ayrıca cinsiyete göre fark olup olmadığı da t testi ile analiz edilmiştir.

5.4.7.1. Poliklinik Hastalarının Yaşlarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Yaş grup sayısı ikiden çok olduğu ve dağılımın normal olduğu durumlarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmaktadır. Anketi yanıtlayan poliklinik hastalarının hizmetlerin kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığının tespiti amacıyla bu test kullanılmış ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Yaşa göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık yoktur.
H_1: Yaşa göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 55. Yaşa Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	2,496	**0,025**
Kayıt işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	1,560	0,162
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	2,198	**0,046**
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	1,769	0,109
Doktorların nezaket düzeyleri	1,647	0,137
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	2,975	**0,009**
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden hastaların memnuniyet düzeyleri	3,441	**0,003**
Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,816	**0,013**
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,272	0,051
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	4,870	**0,000**
Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,168	0,062
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerde sunulan yemeklerin keyfiyeti	2,028	0,078
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği	1,683	0,129
Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni	1,399	0,218
Hastanenin ısınma ve aydınlanma durumu	1,590	0,153
Poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği	2,029	0,065
Poliklinik muayene yataklarının rahatı	0,985	0,437
Hastanenin genel temizliği	1,492	0,184
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla hastaların yol bulma kolaylıkları	1,036	0,404
Hastane ortamının gürültüsüz olması	2,947	**0,009**
Otopark hizmetleri	2,441	**0,028**
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	1,677	0,130
Koridorların yeteri kadar geniş olması	0,864	0,522
Muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	2,637	**0,018**
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	1,976	0,072
Temizlik saatlerinin uygun olması	1,291	0,265
Hastanın doktora güven duyması	1,921	0,080
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	1,446	0,200
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	1,777	0,107
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	0,793	0,577
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	2,084	0,058
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	2,212	**0,044**
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	1,388	0,223
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	2,791	**0,013**
Kan vb. tetkiklere güven duyulması	2,967	**0,009**
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	1,977	0,072
Hastanın hemşireye güven duyması	1,952	0,090

Yaşa göre poliklinik hastalarının algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 55'de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, otuz yedi hizmetten on ikisinde yaşa göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında çok önemli farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.7.2. Poliklinik Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Bulgular

Poliklinik hastalarının sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları normal dağılım gösterdiğinden, cinsiyet değişkeninin sunulan hizmetlerin kalitesini algılama düzeylerini tespit etmek için t testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Cinsiyete göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık yoktur.

H_1: Cinsiyete göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 56. Cinsiyetlerine Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin T Testi Sonuçları

	t	Serbestlik Derecesi	P	Ortalama Farkı	Standart Hata Farkı
Poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	0,851	167	0,396	0,162	0,190
Kayıt işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	1,627	167	0,106	0,262	0,161
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	0,595	167	0,552	0,094	0,157
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	1,541	167	0,125	0,298	0,194
Doktorların nezaket düzeyleri	1,187	167	0,237	0,175	0,148
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	2,121	162	**0,035**	0,312	0,147
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden hastaların memnuniyet düzeyleri	1,126	167	0,262	0,169	0,150

Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,443	158	0,658	0,073	0,164
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,152	148	0,251	0,221	0,192
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,056	157	0,955	0,010	0,169
Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,086	129	0,280	0,196	0,181
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerde sunulan yemeklerin keyfiyeti	-1,329	159	0,186	-0,246	0,185
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği	0,064	161	0,949	0,012	0,191
Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni	-0,555	167	0,580	-0,091	0,163
Hastanenin ısınma ve aydınlanma durumu	-1,274	167	0,204	-0,219	0,172
Poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği	0,240	163	0,811	0,041	0,173
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla hastaların yol bulma kolaylıkları	1,037	166	0,301	0,188	0,182
Hastane ortamının gürültüsüz olması	-0,809	167	0,420	-0,145	0,179
Otopark hizmetleri	-1,888	140	0,061	-0,896	0,474
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	-1,874	164	0,063	-0,324	0,173
Koridorların yeteri kadar geniş olması	-0,091	167	0,928	-0,015	0,171
Muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	-1,409	167	0,161	-0,254	0,180
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	-2,032	167	**0,044**	-0,376	0,185
Temizlik saatlerinin uygun olması	0,226	150	0,822	0,040	0,176
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	0,773	167	0,440	0,129	0,167
Hastanın doktora güven duyması	0,768	167	0,444	0,118	0,154
Hastanın hemşireye güven duyması	-0,006	143	0,996	-0,001	0,188
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	-0,483	161	0,630	-0,089	0,184
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	0,998	165	0,320	0,186	0,187
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	0,884	144	0,378	0,172	0,195
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	-0,289	166	0,773	-0,049	0,170
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	-1,084	167	0,280	-0,178	0,164
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	-0,173	167	0,863	-0,027	0,158
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	0,051	164	0,959	0,009	0,184
Kan vb. tetkiklere güven duyulması	-0,072	165	0,942	-0,012	0,160
Hastanenin genel temizliği	0,065	167	0,948	0,011	0,175
Poliklinik muayene yataklarının rahatı	0,714	160	0,476	0,120	0,169

Cinsiyete göre poliklinik hastalarının algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla t testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 56'da verilmiştir. Tabloya bakıldığında, otuz yedi hizmetten cinsiyete göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında çok önemli farklılıklar olan hizmetler; hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi ve bekleme odalarında yeterli oturağın olması konusundaki hizmetlerdir. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.7.3. Poliklinik Hastalarının Eğitimlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Poliklinik hastalarının eğitimlerine göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Eğitime göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık yoktur.
H_1: Eğitime göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 57. Eğitimlerine Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	3,392	**0,004**
Kayıt işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	4,080	**0,001**
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,866	0,090
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	2,173	**0,048**
Doktorların nezaket düzeyleri	2,045	0,063
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	1,873	0,089
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden hastaların memnuniyet düzeyleri	2,715	**0,015**
Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	3,289	**0,005**
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,917	**0,010**
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	4,006	**0,001**

Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	4,115	**0,002**
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerde sunulan yemeklerin keyfiyeti	3,775	**0,002**
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği	2,866	**0,011**
Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni	2,497	**0,024**
Hastanenin ısınma ve aydınlanma durumu	2,134	0,052
Poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği	1,900	0,084
Poliklinik muayene yataklarının rahatı	1,932	0,079
Hastanenin genel temizliği	1,739	0,115
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla hastaların yol bulma kolaylıkları	2,062	0,060
Hastane ortamının gürültüsüz olması	3,625	**0,002**
Otopark hizmetleri	0,233	0,965
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	3,711	**0,002**
Koridorların yeteri kadar geniş olması	0,999	0,428
Muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	4,329	**0,000**
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	4,195	**0,001**
Temizlik saatlerinin uygun olması	1,870	0,090
Hastanın doktora güven duyması	2,510	**0,024**
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	2,519	**0,024**
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	1,852	0,092
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	1,905	0,084
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	3,494	**0,003**
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	2,203	**0,045**
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	1,306	0,258
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	5,090	**0,000**
Kan vb. tetkiklere güven duyulması	2,229	**0,043**
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	2,221	**0,044**
Hastanın hemşireye güven duyması	3,222	**0,005**

Eğitime göre poliklinik hastalarının algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 57'de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, otuz yedi hizmetten yirmi üçünde eğitime göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında çok önemli farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.7.4. Poliklinik Hastalarının Gelir Düzeylerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Poliklinik hastalarının gelir düzeylerine göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Gelire göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık yoktur.

H_1: Gelire göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 58. Gelir Gruplarına Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	0,778	0,568
Kayıt işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	0,448	0,814
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,305	0,267
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	1,415	0,224
Doktorların nezaket düzeyleri	0,581	0,715
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	1,586	0,170
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden hastaların memnuniyet düzeyleri	1,725	0,135
Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,114	0,070
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,057	0,390
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,787	**0,021**
Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,963	**0,017**
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerde sunulan yemeklerin keyfiyeti	0,273	0,927
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği	0,130	0,985
Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni	0,661	0,654
Hastanenin ısınma ve aydınlanma durumu	0,370	0,868
Poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği	1,456	0,211
Poliklinik muayene yataklarının rahatı	0,277	0,925
Hastanenin genel temizliği	1,824	0,114
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla hastaların yol bulma kolaylıkları	0,641	0,669
Hastane ortamının gürültüsüz olması	0,880	0,497
Otopark hizmetleri	2,065	0,078

Hastanede kullanılan cihazların modern olması	1,359	0,246
Koridorların yeteri kadar geniş olması	1,447	0,213
Muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	0,565	0,726
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	0,720	0,610
Temizlik saatlerinin uygun olması	1,825	0,115
Hastanın doktora güven duyması	0,818	0,539
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	0,365	0,872
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	0,993	0,425
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	1,906	0,102
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	1,466	0,207
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	1,036	0,400
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	1,230	0,300
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	0,729	0,604
Kan vb. tetkiklere güven duyulması	1,208	0,310
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	0,825	0,535
Hastanın hemşireye güven duyması	0,375	0,864

Gelire göre poliklinik hastalarının algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 58'de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, otuz yedi hizmetten gelire göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında çok önemli farklılıklar olan hizmetler; teşhis birimlerindeki (EKG, Röntgen vb.) personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri ve yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri konusundaki hizmetlerdir. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.7.5. Poliklinik Hastalarının Meslek Gruplarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Poliklinik hastalarının meslek gruplarına göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Mesleğe göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık yoktur.

H_1: Mesleğe göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 59. Meslek Gruplarına Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	5,064	**0,000**
Kayıt işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	3,184	**0,003**
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	2,760	**0,010**
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	3,322	**0,002**
Doktorların nezaket düzeyleri	1,845	0,082
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	2,350	**0,026**
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden hastaların memnuniyet düzeyleri	3,076	**0,005**
Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	4,468	**0,000**
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,130	**0,044**
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	6,289	**0,000**
Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,687	**0,013**
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerde sunulan yemeklerin keyfiyeti	4,253	**0,000**
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği	3,566	**0,001**
Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni	3,619	**0,001**
Hastanenin ısınma ve aydınlanma durumu	3,160	**0,004**
Poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği	2,960	**0,006**
Poliklinik muayene yataklarının rahatı	2,702	**0,011**
Hastanenin genel temizliği	2,360	**0,025**
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla hastaların yol bulma kolaylıkları	2,561	**0,016**
Hastane ortamının gürültüsüz olması	2,296	**0,030**
Otopark hizmetleri	0,669	0,675
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	4,259	**0,000**
Koridorların yeteri kadar geniş olması	2,863	**0,008**
Muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	4,767	**0,000**
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	3,327	**0,002**
Temizlik saatlerinin uygun olması	2,219	**0,036**
Hastanın doktora güven duyması	3,435	**0,002**
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	2,148	**0,042**
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	3,803	**0,001**
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	1,160	0,330
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	2,775	**0,009**
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	4,222	**0,000**
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	3,908	**0,001**
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	4,565	**0,000**
Kan vb. tetkiklere güven duyulması	3,283	**0,003**
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	3,507	**0,002**
Hastanın hemşireye güven duyması	3,262	**0,003**

Mesleğe göre poliklinik hastalarının algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 59'da verilmiştir. Tabloya bakıldığında, otuz yedi hizmetten otuz dördünde mesleğe göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında çok önemli farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.7.6. Poliklinik Hastalarının Sosyal Güvencelerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Poliklinik hastalarının sosyal güvencelerine göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Sosyal güvencelerine göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık yoktur.

H_1: Sosyal güvencelerine göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 60. Sosyal Güvencelerine Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	1,713	0,134
Kayıt işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	1,551	0,177
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,840	0,108
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	0,616	0,688
Doktorların nezaket düzeyleri	0,830	0,530
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	0,406	0,844
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden hastaların memnuniyet düzeyleri	1,970	0,086
Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,943	**0,014**
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,012	0,080
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	2,223	0,055
Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,551	0,737

Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerde sunulan yemeklerin keyfiyeti	1,368	0,239
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği	2,222	0,055
Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni	0,707	0,619
Hastanenin ısınma ve aydınlanma durumu	1,647	0,150
Poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği	0,947	0,452
Poliklinik muayene yataklarının rahatı	1,231	0,297
Hastanenin genel temizliği	1,382	0,234
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla hastaların yol bulma kolaylıkları	1,460	0,206
Hastane ortamının gürültüsüz olması	2,196	0,057
Otopark hizmetleri	2,588	**0,029**
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	2,100	0,068
Koridorların yeteri kadar geniş olması	2,639	**0,025**
Muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	2,410	**0,039**
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	1,618	0,158
Temizlik saatlerinin uygun olması	2,062	0,073
Hastanın doktora güven duyması	0,688	0,633
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	1,220	0,302
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	0,911	0,475
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	1,076	0,376
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	0,300	0,912
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	1,358	0,243
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	1,169	0,327
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	1,751	0,126
Kan vb. tetkiklere güven duyulması	0,950	0,451
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	1,035	0,399
Hastanın hemşireye güven duyması	0,468	0,799

Sosyal güvencelerine göre poliklinik hastalarının algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 60'da verilmiştir. Tabloya bakıldığında, otuz yedi hizmetten sosyal güvencelerine göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında çok önemli farklılıklar olan hizmetler; laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri, otopark hizmetleri, koridorların yeteri kadar geniş olması ve muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması konusundaki hizmetlerdir. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.7.7. Poliklinik Hastalarının Muayene Oldukları Polikliniğe Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Poliklinik hastalarının muayene oldukları polikliniğe göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Muayene olunan polikliniğe göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık yoktur.

H_1: Muayene olunan polikliniğe göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 61. Muayene Olunan Polikliniğe Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	1,203	0,268
Kayıt işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	1,522	0,094
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	0,674	0,825
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	0,597	0,890
Doktorların nezaket düzeyleri	0,766	0,729
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	1,157	0,307
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden hastaların memnuniyet düzeyleri	1,317	0,189
Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,018	0,443
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,218	0,260
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,677	0,054
Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,983	0,480
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerde sunulan yemeklerin keyfiyeti	1,294	0,204
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği	1,258	0,229
Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni	1,020	0,440
Hastanenin ısınma ve aydınlanma durumu	1,928	**0,020**
Poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği	0,950	0,517
Poliklinik muayene yataklarının rahatı	1,119	0,342
Hastanenin genel temizliği	1,505	0,100

Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla hastaların yol bulma kolaylıkları	1,110	0,349
Hastane ortamının gürültüsüz olması	0,853	0,630
Otopark hizmetleri	0,557	0,917
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	1,746	**0,041**
Koridorların yeteri kadar geniş olması	1,504	0,100
Muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	1,951	**0,018**
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	1,798	**0,033**
Temizlik saatlerinin uygun olması	1,390	0,151
Hastanın doktora güven duyması	1,930	**0,019**
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	1,592	0,073
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	0,836	0,649
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	1,316	0,193
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	0,977	0,487
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	2,016	**0,014**
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	0,764	0,732
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	1,169	0,297
Kan vb. tetkiklere güven duyulması	0,792	0,700
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	1,958	**0,017**
Hastanın hemşireye güven duyması	1,073	0,387

Muayene olunan polikliniğe göre poliklinik hastalarının algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 61'de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, otuz yedi hizmetten muayene olunan polikliniğe göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında çok önemli farklılıklar olan hizmetler; hastanenin ısınma ve aydınlanma durumu, hastanede kullanılan cihazların modern olması, muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması, bekleme odalarında yeterli oturağın olması, hastanın doktora güven duyması, hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi ve tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması konusundaki hizmetlerdir. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

5.4.7.8. Poliklinik Hastalarının Bekleme Sürelerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi

Poliklinik hastalarının muayene olmak için bekleme sürelerine göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H_0: Bekleme sürelerine göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık yoktur.
H_1: Bekleme sürelerine göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 62. Bekleme Sürelerine Göre Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	F	Anlamlılık Düzeyi
Poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu	3,235	**0,014**
Kayıt işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	0,873	0,481
Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi	1,678	0,157
Doktorların hastaları teşhis, tedavi, ilaç ve hastalıkları hakkında bilgilendirme düzeyleri	1,362	0,249
Doktorların nezaket düzeyleri	1,794	0,133
Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi	1,686	0,156
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden hastaların memnuniyet düzeyleri	2,420	0,051
Laboratuarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,545	0,703
Hastane temizlik personelinin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,274	0,283
Teşhis birimlerindeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	0,288	0,886
Yönetim ve destek bölümündeki personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	1,585	0,182
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerde sunulan yemeklerin keyfiyeti	1,554	0,189
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği	2,021	0,094
Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni	0,504	0,732
Hastanenin ısınma ve aydınlanma durumu	1,376	0,244
Poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği	1,280	0,280
Poliklinik muayene yataklarının rahatı	1,976	0,101
Hastanenin genel temizliği	0,588	0,672
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla hastaların yol bulma kolaylıkları	1,039	0,389
Hastane ortamının gürültüsüz olması	1,078	0,369
Otopark hizmetleri	0,181	0,948
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	1,996	0,098

Koridorların yeteri kadar geniş olması	0,755	0,556
Muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması	1,448	0,220
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması	2,034	0,092
Temizlik saatlerinin uygun olması	0,695	0,597
Hastanın doktora güven duyması	2,491	**0,045**
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi	0,756	0,555
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi	2,534	**0,042**
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi	1,045	0,386
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması	1,575	0,183
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi	1,265	0,286
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması	2,014	0,095
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması	0,741	0,565
Kan vb. tetkiklere güven duyulması	1,524	0,198
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	2,376	0,054
Hastanın hemşireye güven duyması	0,916	0,457

Bekleme sürelerine göre poliklinik hastalarının algılamalarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizlerin sonuçları Tablo 62'de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, otuz yedi hizmetten bekleme sürelerine göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında çok önemli farklılıklar olan hizmetler; poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu, hastanın doktora güven duyması ve hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi konusundaki hizmetlerdir. Tabloda algılama düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunan hizmetlerin anlamlılık düzeyleri koyu yazılmıştır.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Hastanelerde, müşteri konumundaki hastalara tıbbi ve konaklama hizmetleri olmak üzere iki farklı hizmet sunulmaktadır. Tıbbi hizmetler, genellikle teknik içerikli hizmetler olduğu için, hastalar tarafından değerlendirilememektedir. Hastalar, kendilerine sunulan tıbbi hizmetlerin sonucunda iyileşip iyileşmedikleriyle ilgilenirler. Bunun yanında, tıbbi hizmetlerin hastalara sunuluş süreci de, hastaların tatmin düzeyleri üzerinde etkilidir.

Hastanelerde sunulan yemek, yatak ve temizlik hizmetlerini içeren konaklama hizmetleri, hastalar tarafından daha kolay anlaşılmakta ve değerlendirilebilmektedir. Bu hizmetlerin olumlu ya da olumsuz olması, hastaların duydukları memnuniyeti etkilemektedir.

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerinin teknik kısmından çok, hastaların daha rahat algılayabileceği, hizmeti sunan personelin tutumu, davranışı, hastaların personele güveni gibi konular değerlendirmeye alınmış ve hastaların hastanede sunulan hizmetleri algılama dereceleri üzerinde durulmuştur. Hastalar tarafından hangi hizmetlerin kalitesiz olarak algılandığı tespit edilmiştir. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastanede sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi arasında ilişkinin olup olmadığı tespit edilmiştir.

Sunulan hizmetlerin, hastalar tarafından algılanma şekli çok önemlidir. Çünkü, bir hizmetin olumlu ya da olumsuz algılanması, algılayan açısından hizmetin kalitesini belirlemektedir. Yatan hastaların algılama düzeyinin en yüksek düzeyde olduğu hizmetler şunlardır:

- Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi,
- Doktorların nezaket düzeyleri,
- Hastanın doktora güven duyması,
- Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi,

- Teşhis birimlerindeki (EKG, Röntgen vb.) personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri,
- Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması,
- Koridorların yeteri kadar geniş olması ve
- Odaların ısınma ve aydınlanma durumu.

Doktorların sunmuş oldukları hizmetler, yatan hastalar tarafından en kaliteli olarak algılanan hizmetlerdir. Yatan hastaların algılamalarının düşük düzeyde olduğu hizmetler;

- Oda ve koridorların boyalarının iç açıcı olması,
- Hastanenin genel temizliği,
- Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi,
- Yatak takımlarının değişme düzeni,
- Hastane ortamının gürültüsüz olması,
- Bekleme odalarında yeterli oturağın olması,
- Otopark hizmetleri ve
- Yemeklerin lezzeti.

Yatan hastaların algılama düzeylerine göre hastanede sunulan hizmetlerden en kalitesiz olarak algılanan hizmet, yemeklerle ilgili hizmetlerdir. Bu hizmetleri, otopark hizmetleri, yatak takımlarının değişme düzeni ve temizlik hizmetleri takip etmektedir. Bu durum, hastanede sunulan konaklama hizmetlerinin, hastalar tarafından olumsuz olarak algılandığını göstermektedir.

Poliklinik hastalarının algılama düzeyinin en yüksek düzeyde olduğu hizmetler ise şunlardır:

- Doktorların nezaket düzeyleri,
- Koridorların yeteri kadar geniş olması,
- Hastalıkların teşhis ve tedavisi konusunda doktorların beceri düzeyi,
- Doktorların hastaları dinleme ve anlama düzeyi,

- Teşhis birimlerindeki (EKG, Röntgen vb.) personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri,
- Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla yol bulma kolaylığı,
- Hastanın doktora güven duyması ve
- Kan vb. tetkiklere güvenilmesi.

Doktorların sunmuş oldukları hizmetler, poliklinik hastaları tarafından da en kaliteli olarak algılanan hizmetlerdir. Poliklinik hastalarının algılamalarının düşük düzeyde olduğu hizmetler ise;

- Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması,
- Poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği,
- Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği,
- Bekleme odalarında yeterli oturağın olması,
- Otopark hizmetleri,
- Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi,
- Muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması ve
- Poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu.

Poliklinik hastalarının algılama düzeylerine göre, sunulan hizmetlerden en kalitesiz olarak algılanan hizmet, "poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu" konusundaki hizmetlerdir. Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastaların algılama düzeylerinin yüksek ve düşük olduğu hizmetler oldukça yakındır.

Yatan ve poliklinik hastalarının sunulan hizmetlerin kalitesini algılamalarında yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, meslek, sosyal güvence gibi sosyo-demografik özelliklere göre farklılıklar bulunmuştur.

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen anketlerden elde edilen analiz sonuçları, yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalarla yapılan yüz yüze görüşmelerden elde edilen bilgilere dayanılarak hastane yönetimi tarafından etkin ve kaliteli sağlık hizmetleri sunulması için şu önerilerde bulunulabilir:

- Doktorlar, hastalara sağlık durumları hakkında anlayabilecekleri sade bir dille bilgi vermeli, yapılacaklar konusunda fikirlerini almalı ve kararlara katılımlarını sağlamalıdır.

- Her hastanın hemşire ve doktoru belli olmalıdır.

- Hastalara söz verilen hizmetlerin zamanında gerçekleştirilmesine dikkat edilmelidir.

- Yemeklerin lezzeti, çeşitliliği, temizliği, dağıtılma zamanı denetlenmeli, gerekli görüldüğü takdirde beslenme hizmetlerinde dış kaynak kullanımına (özel yemek şirketine devredilmesi vb.) gidilmelidir.

- Gerek hasta sağlığı gerekse hastane ortamının hijyenik olması açısından oda, yatak, banyo, tuvalet vb. fiziksel mekanların temizliğine dikkat edilmelidir. Temizlik saatleri uygun bir biçimde düzenlenmeli, hastane temizliği de denetlenmeli ve gerekli görüldüğü takdirde bu konuda da dış kaynak kullanımına (özel temizlik şirketine devredilmesi vb.) gidilmelidir.

- Hastalararası uyum sağlanmalı, benzer sosyo-ekonomik özelliklere sahip hastaların aynı odada kalmasına özen gösterilmelidir.

- Hastane personelinin hastalara kibar, saygılı ve yardımcı olmak konusunda duyarlı olmaları gerekmektedir. Personel- hasta ilişkisi konusunda hastane yönetimi tarafından hastane personeline eğitim düzenlenmesi faydalı olacaktır.

- Etkin bir şikayet ve öneriler sistemi geliştirilerek, bunların hastane yönetimine ulaştırılması sağlanmalı ve hastane yönetimine ulaştırılan problemlerin kısa sürede çözümlenmesi konusunda hassas davranılmalıdır.

- Hasta odalarının aşırı kalabalık olmamasına dikkat edilmelidir.

- Poliklinik kayıt ve hastaneye yatış sırasında yapılması gereken işlemlerin gözden geçirilerek sayısının azaltılması ve bir yerde toplanması yerinde olacaktır.

- Hastane personel sayısının gerekli görüldüğü yerlerde (kayıt işlemleri, hemşire, temizlik ve yemek personeli gibi) arttırılmalıdır.

- Hastalar tarafından oldukça düşük düzeyde algılanan otopark hizmetlerinin kalitesi, hastane yönetiminin üzerinde düşünmesi gereken konulardan biridir. Bu hizmet için alınan ücretin gözden geçirilmesi ve bu konuda iyileştirmeye gidilmesi yerinde olacaktır.

- Etkin bir randevu sistemi geliştirilmelidir.

- Standart ve sürekli olarak hasta tatmini araştırmaları yapılmalıdır. Düzenli araştırmalar neticesinde tatmini azaltan veya tatminsizliğe yol açan nedenler belirlenmeli, gerekli hizmet iyileştirmeleri yapılmalı, kalite politikaları oluşturulmalı ve kalite standartları geliştirilmelidir. Bu konuda sürekli çalışacak bir ekip oluşturulmalı ve hasta tatmini ölçüm sonuçları hastane çalışanlarının tüm üyeleri ile paylaşılmalıdır.

- Sağlık hizmetleri sunumu konusundaki iyileştirmeler standartlar haline dönüştürülmeli ve kalite güvenceleri konulmalıdır.

KAYNAKÇA

Akgün, H.S.; Erdal, R. (1997): "Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü", *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu*, Ankara, 17-18 Ekim, s.219-225.

Al-Assaf, A.F.; Schmele J.A.(1993): *The Textbook of Total Quality in Healthcare*, Florida: St. Lucie Pres.

Alcan, Z. (1996): "Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyeti Anket Sonuçları", *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu*, Ankara, 1-2 Kasım, s.133-138.

Andaleeb, S.S. (1994): "Hospital Advertising: The Influence of Perceptual and Demographic Factors on Consumer Dispositions", *Journal of Services Marketing*, Cilt: 8, Sayı: 1, s.48-59.

Ashill, N.J.; Carruthers, J.; Krisjanous, J. (2005): "Antecedents and Outcomes of Service Recovery Performance in A Public Health-Care Environment", *The Journal of Services Marketing*, Cilt: 19, Sayı: 5, s.293-304.

Aslan, M.H. (1998): *Hizmet Ekonomisi*, İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

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

Bıçakçı, G. (1995): Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması - Hizmet Tüketicileri Olan Hastaların Sağlık Kuruluşlarından Beklentileri Üzerine Bir Araştırma, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Bitner, M. J.; Faranda, W.T.; Hubbert, A.R.; Zeithaml, V.A. (1997): "Customer Contributions and Roles In Service Delivery", *International Journal of Service Industry Management*, Cilt: 8, Sayı: 3, s. 193-205.

Boone, L.E.; Kurtz, D.L. (1992): *Contemporary Marketing*, Orlando: The Dryden Pres, Seventh Edition.

Bowers, Mi.R.; Powers, T.L.; Spencer, P.D. (1994): "Characteristics of the Salesforce in the US Health-care Service Industry – A Comparative Study of Selling Professional Services", *Journal of Services Marketing*, Cilt: 8, Sayı: 4, s.36-49.

Cemalcılar, İ. (1999): *Pazarlama Kavramlar-Kararlar*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

Choi, K.S.; Lee, H.; Kim, C.; Lee, S. (2005): "The Service Quality Dimensions and Patient Satisfaction Relationship in South Korea: Comparisons Across Gender, Age and Types of Service", *The Journal of Services Marketing*, Cilt: 19, Sayı: 3, s.140-149.

Corbin, C.L.; Kelley, S.W.; Schwartz, R.W. (2001): "Concepts in Service Marketing for Healthcare Professionals", *The American Journal of Surgery*, Cilt: 181, s.1-7.

Çakıcı, M.; Oğuzhan, A.; Özdil, T. (2003): *Temel İstatistik,* İstanbul, 4. Baskı.

Çatı, K. (2002): Hizmet Pazarlamasında Kalite ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Bir Uygulama, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, Basılmamış Doktora Tezi.

Çoruh, M. (1994): "Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları Gerekçeler ve Güçlükler", *Sağlık Yönetimi Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu,* Ankara, 11-12 Kasım 1994, s.1-5.

Çoruh, M. (1995): "1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", *1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu*, Ankara, 24-25 Kasım, s.23-28.

Çoruh, M. (1996): "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler", *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu*, Ankara, 1-2 Kasım, s.3-8.

Çoruh, M. (1997): "Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilebilir", *Modern Hastane Yönetimi*, Yıl:1, Sayı:3, s. 4-6.

Dinçer, Ö. (2003): *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., Genişletilmiş ve Yenilenmiş Altıncı Baskı.

Efil, İ. (2003): *Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi,* İstanbul : Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti, Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 5. Baskı.

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

Esatoğlu, A.E.; Ersoy, K. (1997): "Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri", *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu*, Ankara, 17-18 Ekim, s.67-75.

Esin, A. (2002): *ISO 9001: 2000' nin Işığında Hizmette Toplam Kalite*, Ankara: ODTÜ Geliştirme Vakfı Yayıncılık ve İletişim A.Ş.

Fabien, L. (1997): "Making Promises: the Power of Engagement", *The Journal of Services Marketing*, Cilt: 11, Sayı: 3, s. 206-214.

Ferman, M. (1988): "Hizmet Pazarlaması Üzerine Genel Bir Değerlendirme", *Pazarlama Dünyası*, Yıl:2, Sayı:7, Ocak/Şubat, s.25-31.

Fişek, N. (1983): *Halk Sağlığına Giriş,* Ankara: Çağ Matbaası.

Fitzgerald, T.J. (1988): "Understanding The Differences And Similarities Between Services And Products To Exploit Your Competitive Advantage", *The Journal of Services Marketing*, Cilt: 2, Sayı: 1, s.25-30.

Fitzsimmons, J.A.; Fitzsimmons, M.J. (1994): *Service Management For Competitive Advantage*, Singapore: McGraw-Hill Book Co., International Editions.

France, K.R.; Grover, R. (1992): "What Is the Health Care Product?, *Journal of Health Care Marketing*, Cilt: 12, Sayı: 2, s. 31-38.

Gençtürk, F.E.; Karakaş, F. (2002): "Kar Amaçsız Kuruluşlarda Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Müşteri Odaklılık: Bir Kütüphane Uygulaması", *Pazarlama Dünyası*, Yıl: 16, Sayı: 2002-02, Mart-Nisan, s. 52-56.

Ghobadian, A.; Speller, S.; Jones, M. (1994): "Service Quality – Concepts and Models", *The International Journal of Quality & Reliability Management*, Cilt: 11, Sayı: 9, s. 43-55.

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

Hayran, O.; Sur, H. (1998): *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul: Yüce Yayım A.Ş.

Hoffman, K.D.; Bateson, J.E.G. (1997): *Essentials of Services Marketing*, Orlando: The Dryden Press.

İnal, M.E. (1996): "Leasing ve Pazarlama Karması Elemanları", *Pazarlama Dünyası*, Yıl:10, Sayı:59, Eylül-Ekim, s. 32-39.

İslamoğlu, A.H. (1995): "Hizmet Pazarlamasında Ürün Politikaları", *Pazarlama Dünyası*, Yıl:9, Sayı:50, Mart – Nisan, s.3-5.

İslamoğlu, A.H. (2000): *Pazarlama Yönetimi (Stratejik ve Global Yaklaşım)*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İkinci Basım.

İslamoğlu, A.H.; Candan, B.; Efendioğlu, Ş.H.; Aydın, K. (2006): *Hizmet Pazarlaması*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

Karabacak, E. (1996): "Kişisel Satışın Önemi ve Niğde Beton Sanayii ve Ticaret Anonim Şirketi'nin Verimliliği Üzerindeki Etkisi", *Pazarlama Dünyası*, Yıl:10, Sayı: 59, s. 40-47.

Karafakioğlu, M. (1998): *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No:271.

Karagöz, İ. (1998): *Tıbbi Teknoloji Yönetimi*, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Karahan, K. (2000): *Hizmet Pazarlaması*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

Kavuncubaşı, Ş. (2000): *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kennett, P.A.; Henson, S.W.; Crow, S.M.;. Hartman, S.J. (2005): "Key Tasks in Healthcare Marketing: Assessing Importance and Current Level of Knowledge", *Journal of Health and Human Services Administration*, Cilt: 27, Sayı: 3/4, Winter 2004/Spring2005, s. 414-424.

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

Kotler, P. (1994): *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control*, New Jersey: Prentice Hall, Inc., 8th Edition.

Kotler, P.; Armstrong, G. (1996): *Principles of Marketing*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, 7th Edition.

Kotler, P. (2000): *Pazarlama Yönetimi*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., Millennium Baskı. (Onuncu Baskıdan Çeviren: Nejat Muallimoğlu).

Kotler, P. (2003): *Kotler ve Pazarlama*, İstanbul: Sistem Yayıncılık A.Ş., Üçüncü Basım. (İngilizceden Çeviren: Ayşe Özyağcılar).

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

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

Mattsson, J. (1994): "Using Service Process Models to Improve Service Quality Examples from New Zealand", *Managing Service Quality*, Cilt: 4, Sayı: 1, s. 47-52.

Mucuk, İ. (2000): *Pazarlama İlkeleri*, İstanbul: Türkmen Kitabevi, Onikinci Basım.

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

Oluç, M. (1989): "Dağıtım", *Pazarlama Dünyası*, Yıl:3, Sayı:13, Ocak/Şubat, s. 3-17.

Oluç, M. (1989): "Tutundurma- Promotion İletişim-Communication", *Pazarlama Dünyası*, Yıl:3, Sayı:17, Eylül/Ekim, s.3-17.

Oluç, M. (1990): "Reklam (Advertisement)", *Pazarlama Dünyası*, Yıl:4, Sayı:20, Mart/Nisan, s.3-18.

Oluç, M. (1991): "Kişisel Satış (Personel Selling)", *Pazarlama Dünyası*, Yıl:5, Sayı: 25, Ocak/Şubat, s.11-16.

Önce, G. (1988): "Kalite Faktörü ve Pazarlamadaki Rolü", *Pazarlama Dünyası*, Yıl: 2, Sayı: 11, Eylül/Ekim, s. 24-25.

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

Özsarı, H. (1994): "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkililik", *Sağlık Yönetimi Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu*, Ankara, 11-12 Kasım, s.115-122.

Özsarı, H. (1997): "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", *Modern Hastane Yönetimi*, Yıl:1, Sayı:3, Kasım, s. 9-10.

Öztek, Z. (1995): "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı", *1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu*, Ankara, 24-25 Kasım, s.37-40.

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

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

Öztürk, S.A. (2003): *Hizmet Pazarlaması*, Bursa: Ekin Kitabevi, Dördüncü Baskı.

Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A.; Berry, L.B. (1985): "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", *Journal of Marketing,* Vol: 49, Fall, s. 41-50.

Seçim, H. (1987): "Reklamın İşlevleri", *Pazarlama Dünyası*, Yıl: 1, Sayı: 6, Kasım/Aralık, s. 34-35.

Shostack, G.L. (1977): "Breaking Free from Product Marketing", *Journal of Marketing*, Cilt: 41, Sayı: 2, April, s. 73-80.

Soysal, M.; Kenanoğlu, G.T.; Emre, A.; Hameşoğlu, S. (1993): *Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı*, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları: 486.

Stern, L.W.; Reve, T. (1980): "Distribution Channels as Political Economies: A Framework for Comparative Analysis", *Journal of Marketing*, Cilt: 44, Summer, s. 52-64.

Sureshchandar, G.S.; Rajendran, C.; Anantharaman, R.N. (2002): "The Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction –A Factor Specific Approach", *The Journal of Services Marketing*, Cilt: 16, Sayı: 4, s. 363-377.

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

Tek, Ö.B.; Özgül, E. (2005): *Modern Pazarlama İlkeleri Uygulamalı Yönetimsel Yaklaşım*, İzmir: Birleşik Matbaacılık.

Tengilimoğlu, D. (1997): "2000'li Yıllarda Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", *Modern Hastane Yönetimi*, Yıl:1, Sayı:3, Kasım, s. 22-25.

Tezbaşaran, A. (1997): *Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2. Basım.

Tokatlıoğlu, M. (1998): "Sağlıkta Kalite Yönetimi", *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu*, Ankara, 17-18 Ekim 1997, s.235-236.

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

Tung, W.; Capella, L.M.; Tat, P.K. (1997): "Service Pricing: A Multi-Step Synthetic Approach", *The Journal of Services Marketing*, Cilt: 11, Sayı: 1, s. 53-65.

Türköz, Y.T.; Aksoy, A.; Perçin, A.K. (1997): "Hasta Tatmininin Sosyodemografik Değişkenler ve Tedaviye Özgü Değişkenler Yönünden İncelenmesi", *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu*, Ankara, 17-18 Ekim, s.33-43.

Üner, M. (1994): "Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?", *Pazarlama Dünyası*, Yıl: 8, Sayı: 43, Ocak/Şubat, s. 2-11.

Üstel, İ. (1994): "Gittikçe yerine oturan bir kavram: Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", *Sağlık Yönetimi Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu*, Ankara, 11-12 Kasım, s.7-8.

Üzerem, N. (1997): "Hizmet Kalitesinin Yönetimi", *Pazarlama Dünyası*, Yıl: 11, Sayı: 63, Mayıs/Haziran, s.34-36.

Welch, J.R.; Kleiner, B.H. (1995): "New Developments in Hospital Management", *Health Manpower Management*, Cilt: 21, Sayı: 5, s.32.

Wolf, E.J. (2001): "A New Approach to Healthcare Marketing", *Healthcare Executive*, Cilt: 16, Sayı: 1, Ocak/Şubat, s. 12-16.

Yerebakan, M. (2000): *Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26.

Yılmaz, C.; Yılmaz, İ. (1999): "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yaklaşımı", *II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Ankara, 15-16 Mayıs, s.245-253.

Yüksel, Ü. (2002): "Türk Turizminin Temel Sorunu: Hizmet Kalitesi", *Pazarlama Dünyası*, Yıl: 16, Sayı: 2002:03, Mayıs-Haziran, s. 38-48.

Yüksel, Ü.; Yüksel-Mermod, A. (2004): *Hizmet Pazarlaması (Turizm Pazarlaması – Bankacılık Pazarlaması)*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

Yükselen, C. (2003): *Pazarlama İlkeler-Yönetim*, Ankara: Detay Yayıncılık, 4. Baskı.

Zorlutuna, Y. (1997): "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu*, Ankara, 17-18 Ekim, s.185-192.

EK 1: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Yatan Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları İle İlgili Anket Formu

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Eğitim Durumunuz:
( ) Eğitimsiz ( ) Okur-yazar
( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Yüksekokul
( ) Üniversite ( ) Yükseklisans-Doktora

4. Gelir Durumunuz:

5. Mesleğiniz:
( ) Öğrenci ( ) İşçi ( ) Memur
( ) Emekli ( ) Evhanımı ( ) Özel Sektör
( ) İşsiz ( ) Diğer

6. Sosyal Güvenceniz:
( ) Emekli Sandığı ( ) S.S.K.
( ) Bağ-Kur ( ) Yeşil Kart
( ) Özel Sigorta ( ) Yok

7. T.Ü. Hastanesini tercih etmenizin en önemli sebebi nedir?
( ) Sosyal güvencem nedeniyle ücretsiz muayene olabilme imkanı
( ) Daha iyi tedavi olma ümidi
( ) En yakın sağlık kuruluşu olması
( ) Yardımcı olabilecek tanıdıkların olması
( ) Sevk edildiğim için
( ) Doktorumun burada çalışıyor olması
( ) Tavsiye edilmesi
( ) Rastgele kendi seçimim

8. Poliklinik hizmeti alabilmek için ne kadar beklediniz?
( ) Beklemedim ( ) 10-15 dakika
( ) Yarım saat kadar ( ) 1 saat
( )1 saatten fazla

9. Hastane poliklinik hizmetlerinden memnun musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır

10. Memnun değilseniz en önemli nedeni nedir?
( ) Sıra çokluğu
( ) Hemşirelerin yeterince ilgilenmemesi
( ) Doktorların geç gelmesi
( ) Kayıt sırasına uyulmaması
( ) Doktorların yeterince ilgilenmemesi
( ) Hepsi

11. Doktorun muayene için ayırdığı zaman yeterli mi?
( ) Çok yeterli ( ) Yeterli ( ) İdare eder ( ) Yetersiz ( ) Çok yetersiz

12. Bekleme ve doktor kabulü sırasında karşılaştığınız tutum ve davranışlar
( ) Rahatsız edici
( ) İlgisiz ve keşmekeşlik
( ) Normal
( ) Rahatsız edici değildi
( ) Çok iyi

13. Hastaneye yatışınız hangi şekilde oldu?
( ) Acil poliklinikten
( ) Özel muayeneden
( ) Normal poliklinikten
( ) Başka kurumdan sevkli

14. Yattığınız servis:

15. Hastanede yatış süreniz:

16. Kaç kişilik odada kalıyorsunuz?
( ) Tek kişilik ( ) 2 kişilik ( ) 3 kişilik
( ) 4 kişilik ( ) Daha fazla

17. Daha önce tedavi görmek ya da kontrolden geçmek amacıyla T.Ü. Hastanesine geldiniz mi?
( ) Evet ( ) Hayır

18. Cevabınız "Evet" ise aldığınız hizmet düzeyi önceki gelişiniz/gelişlerinize göre
( ) Daha iyi ( ) İyi ( ) Aynı ( ) Kötü
( ) Daha kötü

19. Daha önce başka bir sağlık kuruluşuna tedavi görmek ya da kontrolden geçmek amacıyla gittiniz mi?
( ) Evet ( ) Hayır

20. Cevabınız "Evet" ise aldığınız hizmet düzeyi gittiğiniz diğer sağlık kuruluşuna göre
( ) Daha iyi ( ) İyi ( ) Aynı ( ) Kötü
( ) Daha kötü

21. Bir sağlık probleminiz olursa tekrar bu hastaneyi tercih eder misiniz?
( ) Kesinlikle ederim ( ) Ederim
( ) Kararsızım ( ) Etmem
( ) Kesinlikle etmem

22. Çevrenizdeki kişilere bu hastaneyi tavsiye eder misiniz?
( ) Kesinlikle ederim ( ) Ederim
( ) Kararsızım ( ) Etmem
( ) Kesinlikle etmem

1- Çok Kötü 2- Kötü 3- Orta 4- İyi 5- Çok İyi

	Algılar				
	1	2	3	4	5
Hastaneye yatış işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu					
Yatış işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği					
Hemşirelerin sizi dinleme ve anlama düzeyi					
Hemşirelerin sizi teşhis, tedavi, ilaç ve hastalığınız hakkında bilgilendirme düzeyleri					
Hemşirelerin fiziksel ve duygusal sorunlarınızı zamanında belirleme ve çözümleme düzeyleri					
İhtiyaç duyduğunuzda hemşirelere ulaşma kolaylığı					
Hemşirelerin size gösterdikleri nezaket düzeyi					
Hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odanıza gelme sıklık düzeyi					
Hemşirelerin verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz					
Doktorların sizi dinleme ve anlama düzeyi					
Doktorların sizi teşhis, tedavi, ilaç ve hastalığınız hakkında bilgilendirme düzeyleri					
Doktorların nezaket düzeyleri					
İhtiyaç duyduğunuzda doktorunuza ulaşma kolaylığı					
Hastalığınızın teşhis ve tedavisi konusunda doktorunuzun beceri düzeyi					
Doktorun hastalığınızı takip amaçlı odanıza gelme sıklığı					
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz					
Laboratuarda çalışan personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri					
Hastane temizlik personelinin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri					
Teşhis birimlerindeki (EKG, Röntgen vb.) personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri					
Yönetim ve destek bölümündeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri					
Yemeklerin lezzeti					
Yemeklerin çeşitliliği					
Yemeklerin doyuruculuğu					

Yemeklerin dağıtılma zamanı					
Yemeklerin temizliği					
Odanızın temizliği ve düzeni					
Odanızın ısınma ve aydınlanma durumu					
Yatak takımlarınızın değişme düzeni					
Yatağınızın rahatı					
Hastanenin genel temizliği					
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla yolunuzu bulma kolaylığı					
Ziyaret saatlerinin uygunluğu					
Hastane ortamının gürültüsüz olması					
Otopark hizmetleri					
Hastanede kullanılan cihazların modern olması					
Odaların aşırı kalabalık olmaması					
Koridorların yeteri kadar geniş olması					
Oda ve koridorların boyalarının iç açıcı olması					
Bekleme odalarında yeterli oturağın olması					
Temizlik saatlerinin uygun olması					
Refakatçilerin diğer hastaları rahatsız etmemeleri					
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması					
Hastanın doktora güven duyması					
Hastanın hemşireye güven duyması					
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi					
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi					
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi					
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması					
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi					
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması					
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması					
Kan vb. tetkiklere güvenilmesi					

1- Çok Kötü 2- Kötü 3- Orta 4- İyi 5- Çok İyi

EK 2: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları İle İlgili Anket Formu

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Eğitim Durumunuz:
( ) Eğitimsiz ( ) Okur-yazar
( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Yüksekokul
( ) Üniversite ( ) Yükseklisans-Doktora

4. Gelir Durumunuz:

5. Mesleğiniz:
( ) Öğrenci ( ) İşçi ( ) Memur
( ) Emekli ( ) Evhanımı ( ) Özel Sektör
( ) İşsiz ( ) Diğer

6. Sosyal Güvenceniz:
( ) Emekli Sandığı ( ) S.S.K.
( ) Bağ-Kur ( ) Yeşil Kart
( ) Özel Sigorta ( ) Yok

7. T.Ü. Hastanesini tercih etmenizin en önemli sebebi nedir?
( ) Sosyal güvencem nedeniyle ücretsiz
muayene olabilme imkanı
( ) Daha iyi tedavi olma ümidi
( ) En yakın sağlık kuruluşu olması
( ) Yardımcı olabilecek tanıdıkların olması
( ) Sevk edildiğim için
( ) Doktorumun burada çalışıyor olması
( ) Tavsiye edilmesi
( ) Rastgele kendi seçimim

8. Poliklinik hizmeti alabilmek için ne kadar beklediniz?
( ) Beklemedim ( ) 10-15 dakika
( ) Yarım saat kadar ( ) 1 saat
( )1 saatten fazla

9. Hastane poliklinik hizmetlerinden memnun musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır

10. Memnun değilseniz en önemli nedeni nedir?
( ) Sıra çokluğu
( ) Hemşirelerin yeterince ilgilenmemesi
( ) Doktorların geç gelmesi
( ) Kayıt sırasına uyulmaması
( ) Doktorların yeterince ilgilenmemesi
( ) Hepsi

11. Doktorun muayene için ayırdığı zaman yeterli mi?
( ) Çok yeterli ( ) Yeterli ( ) İdare eder ( ) Yetersiz ( ) Çok yetersiz

12. Bekleme ve doktor kabulü sırasında karşılaştığınız tutum ve davranışlar
( ) Rahatsız edici
( ) İlgisiz ve keşmekeşlik
( ) Normal
( ) Rahatsız edici değildi
( ) Çok iyi

13. Daha önce tedavi görmek ya da kontrolden geçmek amacıyla T.Ü. Hastanesine geldiniz mi?
( ) Evet ( ) Hayır

14. Cevabınız "Evet" ise aldığınız hizmet düzeyi önceki gelişiniz/gelişlerinize göre
( ) Daha iyi ( ) İyi ( ) Aynı ( ) Kötü
( ) Daha kötü

15. Daha önce başka bir sağlık kuruluşuna tedavi görmek ya da kontrolden geçmek amacıyla gittiniz mi?
( ) Evet ( ) Hayı

16. Cevabınız "Evet" ise aldığınız hizmet düzeyi gittiğiniz diğer sağlık kuruluşuna göre
( ) Daha iyi ( ) İyi ( ) Aynı ( ) Kötü
( ) Daha kötü

17. Bir sağlık probleminiz olursa tekrar bu hastaneyi tercih eder misiniz?
( ) Kesinlikle ederim ( ) Ederim
( ) Kararsızım ( ) Etmem
( ) Kesinlikle etmem

18. Çevrenizdeki kişilere bu hastaneyi tavsiye eder misiniz?
( ) Kesinlikle ederim ( ) Ederim
( ) Kararsızım ( ) Etmem
( ) Kesinlikle etmem

19. Bulunduğunuz Poliklinik:……...

1- Çok Kötü 2- Kötü 3- Orta 4- İyi 5- Çok İyi

	Algılar				
	1	2	3	4	5
Poliklinik kayıt işlemlerinin kolay halledilmesi ve bekleme süresinin uygunluğu					
Kayıt işlemlerinde görevli personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği					
Doktorların sizi dinleme ve anlama düzeyi					
Doktorların sizi teşhis, tedavi, ilaç ve hastalığınız hakkında bilgilendirme düzeyleri					
Doktorların nezaket düzeyleri					
Hastalığınızın teşhis ve tedavisi konusunda doktorunuzun beceri düzeyi					
Doktorların verdikleri hizmetin tümünden memnunluk düzeyiniz					
Laboratuarda çalışan personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri					
Hastane temizlik personelinin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri					
Teşhis birimlerindeki (EKG, Röntgen vb.) personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri					
Yönetim ve destek bölümündeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri					
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerde sunulan yemeklerin keyfiyeti					
Hastanede bulunan kantin, yemekhane ve özel sektöre ait yerlerin hijyen ve temizliği					
Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni					
Hastanenin ısınma ve aydınlanma durumu					
Poliklinik muayene yataklarının hijyen ve temizliği					
Poliklinik muayene yataklarının rahatı					
Hastanenin genel temizliği					
Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla yolunuzu bulma kolaylığı					
Hastane ortamının gürültüsüz olması					
Otopark hizmetleri					
Hastanede kullanılan cihazların modern olması					
Koridorların yeteri kadar geniş olması					
Muayene odalarının ve koridorların boyalarının iç açıcı olması					

Bekleme odalarında yeterli oturağın olması					
Temizlik saatlerinin uygun olması					
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması					
Hastanın doktora güven duyması					
Hastanın hemşireye güven duyması					
Randevu için en uygun zamanın seçilmesi					
Hizmetin söz verildiği anda gerçekleştirilmesi					
Hastaneyle ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi					
Hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında istekli olunması					
Hastaların tedavi görürken kendilerini güvende hissetmesi					
Personelin verdiği bilgilere güven duyulması					
Kullanılan cihazların hijyenliğine güven duyulması					
Kan vb. tetkiklere güvenilmesi					

1- Çok Kötü 2- Kötü 3- Orta 4- İyi 5- Çok İyi