

**T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HASTANE İŞLETMELERİNDE DIŞ KAYNAK KULLANIMININ
HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ TATMİNİ
YARATILMASINDAKİ ROLÜ VE BİR PAZARLAMA ARACI
OLARAK KULLANILMASI; GATA HASTANESİ'NDE BİR
ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAZIRLAYAN
Pınar SAĞNAK**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Metehan TOLON**

Ankara 2010

**T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HASTANE İŞLETMELERİNDE DIŞ KAYNAK KULLANIMININ
HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ TATMİNİ
YARATILMASINDAKİ ROLÜ VE BİR PAZARLAMA ARACI
OLARAK KULLANILMASI; GATA HASTANESİ'NDE BİR
ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAZIRLAYAN
Pınar SAĞNAK**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Metehan TOLON**

Ankara 2010

T.C.

ATILIM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Pınar Sağnak tarafından hazırlanan “Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; GATA Hastanesi’nde Bir Araştırma” başlıklı bu çalışma, 02/06/2010 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Nildağ Başak CEYLAN (Başkan)



Yrd. Doç. Dr. Metehan TOLON (Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Cenk SÖZEN(Üye)



ÖNSÖZ

Rekabet koşullarının küreselleşen ekonomiyle birlikte değişmesi, bilgi çağına girilmesiyle teknoloji alanındaki hızlı değişme ve gelişmeler işletmelerin yapıları ve işleyişleriyle ilgili yeni arayışlar içine girmelerine sebep olmuştur. Bu arayışın sonucunda ayakta kalarak rekabet gücünü ve verimliliklerini arttırmak isteyen işletmeler, müşterilerine mal ve hizmetlerini daha kaliteli bir şekilde sunmak amacıyla kendi temel yeteneklerine odaklanmaya başlamış, temel olmayan destekleyici diğer fonksiyonlarını ise başka işletmelerden tedarik etme yoluna, bir başka deyişle, dış kaynak kullanımına yönelmişlerdir.

Dış kaynak kullanımı sağlık sektöründe de gün geçtikçe daha fazla uygulama alanı bulmaktadır. Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları öz mal niteliğindeki sağlık hizmetlerine daha fazla yoğunlaşmakta, bunun müşteri memnuniyetini arttırdığını düşünmektedirler.

Dış kaynak kullanımı işletmelerde karlılık ve verimliliği arttırmasının yanı sıra işletmenin tercih edilmesine yönelik bir reklam faaliyeti olarak da fayda sağlamaktadır. Sağlık işletmelerinde de genellikle maliyet avantajı açısından tercih sebebi olmasının yanı sıra müşteri memnuniyetini sağlayarak, hizmet kalitesinin artması ve böylelikle rekabet gücünü arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hizmet sektörü, sağlık hizmetleri, dış kaynak kullanımı ve sağlık hizmetlerinde dış kaynak kullanımı konuları teorik zeminde araştırılarak, uygulamada hastanede kullanılan dış kaynaklar ve müşterilerin memnuniyet durumları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Uygulama yapılan hastanede dış kaynak kullanımından önceki memnuniyet durumları ile dış kaynak kullanımı sırasındaki durum arasındaki ilişki bize daha sağlıklı sonuçları verebilecek olmasına rağmen alanımızda GATA’da geçmişte böyle bir çalışma olmaması ve geriye yönelik bir araştırma yapılması mümkün olmadığı için mevcut durum üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır.

Çalışmalarım boyunca bana bilgi ve deneyimleriyle her zaman yol gösteren, anlayış ve desteğini hissettiren çok değerli ilk danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Cemalettin AKTEPE’ye, danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Metehan TOLON’a, uygulama esnasındaki desteklerinden dolayı GATA’daki meslektaşlarıma ve eğitim

hayatım boyunca maddi, manevi her türlü desteğini benden esirgemeyen ailem ve eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
GİRİŞ.....	1
1.HİZMET SEKTÖRÜ VE HİZMET İŞLETMELERİ.....	2
1.1.HİZMET KAVRAMI.....	2
1.1.1.Hizmetin Tarihsel Tanımları.....	2
1.2.HİZMETLERİN ÖZELLİKLERİ.....	4
1.2.1.Dokunulmazlık.....	4
1.2.2. Üretim ve Tüketimin Eş Zamanlı Olması (Ayrılmazlık).....	5
1.2.3.Dayanıksızlık (Hizmetlerin Dayanıksız Oluşu).....	5
1.2.4.Sahiplik.....	6
1.2.5.Türdeş Olmama.....	7
1.3.HİZMETLERİN (HİZMET SÜRECİNİN) SINIFLANDIRILMASI.....	7
1.3.1. Hizmetlerin Sınıflandırılmasındaki Yaklaşımlar.....	7
1.3.1.1. Hizmetlerin Sınıflandırılmasında Birinci Yaklaşım.....	8
1.3.1.1.1.Pazarlanabilen ve Pazarlanamayan Hizmetler.....	8
1.3.1.1.2.Üretici ve Tüketici Hizmetleri.....	8
1.3.1.1.3.Toplam Ürün Sunumunda Hizmetin Durumu.....	9
1.3.1.1.4.Müşteri İlgileniminin Derecesi.....	9
1.3.1.1.5. Hizmetin Sunum Şekli.....	9
1.3.1.2.Hizmetlerin Sınıflandırılmasında İkinci Yaklaşım.....	10
1.3.1.2.1.İnsan Gücüne Dayalı Hizmetler.....	10
1.3.1.2.2.İnsan Gücü Olmaksızın Makineye, Araç-Gerece Dayalı Hizmetler.....	11
1.3.1.2.3.Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektiren Hizmetler.....	11
1.3.1.2.4.Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektirmeyen Hizmetler.....	11
1.3.1.2.5.Kişisel İhtiyaçları Karşılایan Hizmetler.....	11
1.3.1.2.6.İşletme İhtiyaçlarını Karşılایan Hizmetler.....	12
1.3.1.2.7.Kar Amaçlı ya da Kar Amaçsız Hizmetler.....	12
1.3.1.3.Hizmetlerin Sınıflandırılmasında Üçüncü Yaklaşım.....	12

1.3.1.3.1.Hizmet Sürecinin Dokunulabilir ya da Dokunulamaz Olma Derecesi.....	12
1.3.1.3.2.Hizmetin Direkt Alıcısı.....	13
1.3.1.3.3.Hizmet Sunumunun Yeri ve Zamanı	13
1.3.1.3.4.Standardizasyona Karşı Uyumlaştırma	13
1.3.1.3.5.Müşteri ile İlişkinin Yapısı	13
1.3.1.3.6.Talep ile Arzın Dengede Olma Derecesi	13
1.3.1.3.7.Araç-Gereçlerin ve İnsanların Hizmet Tecrübesinde Yer Almasının Derecesi	14
1.3.1.4.Hizmetlerin Sınıflandırılmasında Dördüncü Yaklaşım.....	14
1.3.2.Hizmetlerin Sınıflandırılmasına Yönelik Çalışmalar.....	15
1.4. HİZMET PAZARLAMASI	20
1.4.1.Hizmetler Açısından Pazarlama Karması Elemanları.....	21
1.4.1.1.Bir Ürün Olarak Hizmet.....	21
1.4.1.2.Fiyatlandırma	23
1.4.1.3.Dağıtım.....	23
1.4.1.4.Tutundurma	24
1.4.1.5.İnsanlar/Katılımcılar	25
1.4.1.6.Fiziksel Kanıtlar/Fiziksel Ortam	25
1.4.1.7.Süreç Yönetimi.....	27
1.5.HİZMET İŞLETMELERİNDE KALİTE KAVRAMI	28
1.5.1.Kalitenin Tarihçesi	29
1.5.2.Hizmet Kalitesi.....	30
1.5.2.1.Hizmet Kalitesi Boyutları	31
1.5.2.1.1.Christion Grönroos Tarafından Açıklanan Kalite Boyutları (Algılanan Toplam Kalite)	31
1.5.2.1.2. Parasuraman, Zeithaml ve Berry Tarafından Açıklanan Hizmet Kalitesi	32
1.5.2.2.Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi.....	34
2.SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ	
PAZARLAMASI	36
2.1.SAĞLIK KAVRAMI.....	36
2.1.1. İdeal Bir Durum Olarak Sağlık	37
2.1.2. Fiziksel ve Ruhsal Uyum Olarak Sağlık	37
2.1.3. Bir Mal Olarak Sağlık	37
2.1.4. Kişisel Güç ve Yeterlilik Olarak Sağlık.....	37

2.1.5. Sağlığı Etkileyen Faktörler	38
2.2.SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI	39
2.2.1.Toplumda Sağlık Hizmeti Veren Sektörler.....	39
2.2.1.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	39
2.2.1.1.1.Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler	40
2.2.1.1.2.Çevreye ve Topluma Yönelik Koruyucu Hizmetler	40
2.2.1.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	40
2.2.1.2.1.Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	41
2.2.1.2.2.İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	41
2.2.1.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	41
2.2.1.3.Rehabilitasyon Edici Hizmetler	41
2.2.1.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri	42
2.2.1.3.2.Sosyal ve Mesleki Rehabilitasyon Hizmetleri	42
2.2.2.Sağlık Sektörü Örgütlenmesi	42
2.2.2.1.Hastanelerin Örgütsel Yapısı	44
2.2.2.2.Sağlık Hizmetlerinin Arzı	44
2.3.SAĞLIK HİZMETLERİ	45
2.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Kapsamı.....	46
2.3.2.Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Özellikleri.....	47
2.3.3.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	49
2.3.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Amaçlarına Göre Sınıflandırılması.....	49
2.3.3.2.Sağlık Hizmetlerinin Konularına Göre Bölümlendirilmesi	49
2.3.3.3.Sağlık Hizmetlerinin Kademelerine Göre Sınıflandırılması	50
2.3.3.3.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	50
2.3.3.3.2.İkinci Basamak Ayakta Tedavi Hizmetleri	51
2.3.3.3.3.Üçüncü Basamak Yataklı Tedavi Hizmetleri.....	51
2.3.4.Sağlık Hizmetlerinde Kalite	51
2.4.SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI.....	52
2.4.1.Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Çevresi.....	52
2.4.2.Sağlık Hizmetleri Müşterileri ve Davranışları	53
2.4.3.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Memnuniyeti.....	54
3.DIŞ KAYNAK KULLANIMI VE SAĞLIK İŞLETMELERİNİN	
DIŞ KAYNAK KULLANIMI SÜRECİ.....	56
3.1.DIŞ KAYNAK KULLANIMI	56
3.1.1.Dış Kaynak Kullanımının Tanımı	56

3.1.2.Dış Kaynak Kullanımının Gelişimi.....	58
3.1.3.Dış Kaynak Kullanımının Sağladığı Yararlar	60
3.1.4.Dış Kaynak Kullanımının Sakıncaları	61
3.2.SAĞLIK HİZMETLERİ VE DIŞ KAYNAK KULLANIMI	62
3.2.1.Dış Kaynak Kullanımının Sağlık Hizmetleri Pazarlaması İçindeki Yeri..	62
3.2.2. Dış Kaynak Kullanımının Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Etkisi.....	64
3.2.3. Dış Kaynak Kullanımının Hasta Memnuniyetine Etkisi.....	64
3.3.SAĞLIK SEKTÖRÜNDE DIŞ KAYNAK KULLANIM SÜRECİ	65
3.3.1.İhtiyacın Belirlenmesi	65
3.3.2.Dış Kaynak Kullanımı Kararının Alınması.....	66
3.3.3.Stratejinin Belirlenmesi.....	66
3.3.4.Teklif Formunun Hazırlanması	67
3.3.5.Dış Kaynak Sağlayıcının Seçimi.....	68
3.3.6.Dış Kaynakla Etkin Bir İlişkinin Oluşturulması ve Sürdürülmesi.....	69
4.HASTANE İŞLETMELERİNDE DIŞ KAYNAK KULLANIMININ HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ TATMİNİ YARATILMASINDAKİ ROLÜ VE BİR PAZARLAMA ARACI OLARAK KULLANILMASI; GATA HASTANESİ'NDE BİR ARAŞTIRMA	70
4.1.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	70
4.2.ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI	70
4.3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	71
4.4.ANKET BULGULARI VE DEĞERLENDİRME.....	72
SONUÇ	83
KAYNAKÇA.....	85
EK 1-KATILIMCILARI BİLGİLENDİRME VE OLUR ALMA FORMU	89
EK 2-ANKET SORULARI	91
EK 3-GATA ETİK KURUL RAPORU.....	95
EK 4-GATA KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI ARAŞTIRMA İZNİ	97
ÖZET	98
ABSTRACT.....	99

KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GATA : Gülhane Askeri Tıp Akademisi

JCI : Joint Commission International

WHO : World Health Organization

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.1: Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	14
Tablo 1.2: Hizmetlerin Sınıflandırılmasına Yönelik Çalışmalar.....	15
Tablo 1.3: Fiziksel Kanıt Unsurları.....	26
Tablo 1.4: Fiziksel Kanıt Türleri.....	27
Tablo 1.5: Kalitenin ‘Guru’ ları.....	30
Tablo 1.6: Birleştirilmiş Hizmet Kalitesi Boyutları.....	33
Tablo 2.1: İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar; Türkiye.....	43
Tablo 2.2: Hastanelerin Örgütsel Yapısı.....	44
Tablo 2.3: Hastanelerin Dağılımı, Türkiye.....	45
Tablo 3.1: ABD ve Avrupa da Dış Kaynak Kullanımı.....	60
Tablo 3.2: Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Uygulanan Konuların Etkinliği.....	63
Tablo-4.1: Anket Demografik Verileri ve Memnuniyet Dışındaki Soru Cevaplarının Dağılımı.....	76
Tablo 4.2: Anket Bulguları; Yaş-Memnuniyet Karşılaştırması.....	77
Tablo 4.3: Anket Bulguları; Cinsiyet-Memnuniyet Karşılaştırması.....	78
Tablo 4.4: Anket Bulguları; Eğitim Durumu-Memnuniyet Karşılaştırması.....	78
Tablo 4.5: Anket Bulguları; Medeni Durum-Memnuniyet Karşılaştırması.....	79
Tablo 4.6: Anket Bulguları; Meslek-Memnuniyet Karşılaştırması.....	80
Tablo 4.7: Anket Bulguları; Yatış Sıklığı Grupları-Memnuniyet Karşılaştırması.....	81
Tablo 4.8: Anket Bulguları; Yatış Süresi – Memnuniyet Karşılaştırması.....	82

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1: Hizmetin Dayanıksızlığının Neden ve Sonuçları	6
Şekil 1.2: Hizmetin Sunum Şekli	10
Şekil 1.3: Modern Pazarlama ve Ürün	22
Şekil 1.4: Hizmet Kalitesi Modeli	34
Şekil 2.1: Sağlığı Etkileyen Faktörler	38
Şekil 2.2: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi	46
Şekil 2.3: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri	48
Şekil 2.4: Hastanın Davranışları (Uyarıcı-Tepki) Modeli	53
Şekil 2.5: Kara Kutu Modeli	53
Şekil 3.1: Dış Kaynak Kullanımının Tarihsel Gelişimi	59
Şekil 3.2: Stratejinin Belirlenmesi Aşamaları	67

GİRİŞ

İşletmeler, rekabet şartlarında mevcut pazar payını korumak ve geliştirmek zorundadırlar. Hizmet üreten işletmeler sundukları hizmetin kalitesini arttırarak müşteri memnuniyeti yaratabilirler.

Her işletmede olduğu gibi sağlık işletmeleri arasındaki rekabet de kaçınılmazdır. Hastane işletmeleri temel yetenekleri olan sağlık hizmetlerini kendi bünyesinde yürüterek, diğer tüm destek hizmetler için uzman firmalardan yararlanarak hizmetin teknik yönüne odaklanabilirler. Böylece hastanede karmaşık olan organizasyon yapısı yalınlaşır. Bu karmaşık yapı birçok hizmetin bileşiminden kaynaklanmaktadır (otopark, temizlik, yemek, kafeterya, otelcilik hizmetleri gibi). Dış kaynak kullanımı adı verilen bu uygulama avantajları ve dezavantajları da içinde barındırmaktadır. Dezavantajları en aza indirmek için doğru kaynak sağlayıcının seçilmesi oldukça önemlidir.

Bu çalışmanın teorik kısmı üç ana bölümden oluşmaktadır; birinci bölümde hizmet sektörü ve bu sektörde sunum yapan hizmet işletmeler, bu işletmeleri diğer işletmelerden ayıran özellikler ele alınmıştır. İkinci bölümde; sağlık sektörü içerisinde sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri pazarlaması konularına yer verilmiştir. Üçüncü ve son teorik bölümde ise dış kaynak kullanımı sağlık işletmelerinde dış kaynak kullanımı süreçleri araştırılmıştır. Uygulamayı içeren dördüncü bölümde GATA Hastanesi'nde hastalara uygulanan dış kaynak kullanımı ile memnuniyet durumu arasındaki ilişkiyi temel alan yüz yüze anket yöntemiyle elde edilmiş veriler ve yorumlamaları yer almaktadır.

1.HİZMET SEKTÖRÜ VE HİZMET İŞLETMELERİ

1.1.HİZMET KAVRAMI

Günümüzde işletmeler hizmet ve/veya mal üretmektedirler. Malların satışı bir dizi hizmet gerektirmektedir. Bu açıdan bakıldığında hizmet ve mal kavramları iç içe geçmiş durumdadırlar. Hizmetleri mallardan ayırmaya yarayan bir takım ortak özellikler belirlenerek hizmetin tanımlanmasında kullanılmıştır. Malların pazarlanması ile birlikte sunulan hizmetleri ya da mala ilişkin hizmetleri birbirinden ayrı düşündüğümüzde hizmeti şu şekilde tanımlamak mümkündür: “hizmetler satış için sunulan faaliyetler, yararlar ya da sağlanan doyumlardır” (Karahan, 2000:22).

Hizmet kavramının tanımı tarihsel süreç içerisinde değişikliklere uğramıştır. Bu tanımları incelemek konunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

1.1.1.Hizmetin Tarihsel Tanımları

Tarihsel süreç, hizmetin tanımlanmasındaki farklılıkları bize yansıtmaktadır. Bu süreçte Fizyokratlar (-1750) hizmeti, tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler olarak tanımlarken; Adam Smith (1723-1790) somut (dokunulabilir) bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler; J.B.Say (1767-1832) ürünlere fayda ekleyen, tüm imalat dışı faaliyetler; Alfred Marshall (1842-1924) yaratıldığı anda varlık bulan mallar (hizmetler); batı ülkeleri (1925-1960) bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler ve çağdaş yaklaşım da ise bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet olarak tanımlanmıştır (Öztürk, 2003:3).

Hizmetin belirli ve kesin bir tanımı olmamakla beraber bu konuda çeşitli yaklaşımlar söz konusudur. “Hizmetler satış için sunulan faaliyetler, yararlar ya da sağlanan doyumlardır” (Karahan, 2000:2).

Bireyler hizmeti satın aldıklarında maddi ya da manevi bir doyum yaşamaktadırlar. Bu doyumun derecesi hizmetten memnun kalma düzeyi ile doğru orantılıdır.

Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) ise hizmeti ; “satışa sunulan ya da malların satışıyla birlikte sağlanan eylemler, yararlar ya da doygunluklardır.” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanımda mal ve hizmetlerin bir ayrımı söz konusu değildir. Daha sonra yaptıkları tanıma göre “bir malın satışa bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doygunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir” (Öztürk, 2003:4). Bu tanım hizmeti daha geniş bir perspektifle ele almış olup, malları satın alma veya sunmada ki hizmetleri de göz önünde bulundurmıştır.

Philip Kotler ve Bloom’a (2004) göre hizmet; “herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan ve esasen elle tutulamayan, bir grubun diğerine sunduğu bir aktivite ya da faydadır” (Krishna M. ve N., 2006:35).

Grönross (1990) ise hizmeti; “müşteri problemlerine çözüm olarak sunulan, müşteriler ve hizmet çalışanları ve/veya fiziksel kaynaklar ya da ürünler ve/veya servis sağlayıcı sistemi arasındaki etkileşimlerde normalde yer alan, doğasında az ya da çok elle tutulur olan bir aktivite ya da aktiviteler serisidir” şeklinde tanımlamıştır. (Krishna M. ve N., 2006:35).

Görüldüğü gibi hizmetin birçok tanımı ve kapsamı bulunmaktadır. Tüm bu tanımlamalar göz önüne alındığında, ortak noktaları belirleyerek kapsamlı bir tanım ortaya çıkarmak mümkündür. Hizmet kavramı; ürünlerin dokunulabilirlik-dokunulmazlık özelliği, nelerin hizmet olduğu, hizmetin kapsamı, fiziksel etkileşimin boyutları gibi birçok farklı özellik temel alınarak tanımlanmaya çalışılmıştır.

1.2.HİZMETLERİN ÖZELLİKLERİ

Hizmetlerin ortak olan özelliklerinin belirlenmesi de hizmet kavramının anlaşılmasında önemli bir yardımcıdır. Fiziksel mallar ile hizmetler arasında bir takım farklılıklar bulunmaktadır. Bunlar:

- *Dokunulmazlık,
- *Üretim ve tüketimin eş zamanlı olması (ayrılmazlık),
- *Dayanıksızlık (hizmetlerin dayanıksız oluşu),
- *Sahiplik,
- *Türdeş olmama şeklindedir.

1.2.1.Dokunulmazlık

Mallar elle tutulabilir ve görünebilirken, hizmetlerde bu söz konusu olmadığından hizmetler dokunulmazdır.

Dokunulmazlık kavramının bunun yanı sıra bir boyutu daha vardır; kolayca tanımlanamama, formüle edilememe ve kolayca zihinsel olarak algılanamama (Öztürk, 2003:9).

Malların somut olması beraberinde malı satın alan tüketicilere sahiplik olanağı da tanırken, hizmetlerde bu türden bir sahiplik ihtimali yoktur. Hizmeti sağlayan ve sunanlar bunu anlaşılır hale getirmek için çalışmaktadırlar. Bu anlamda bir örnek vermek gerekirse; sağlık hizmeti veren bir personel; hizmetin sunumu sırasında kullanılan malzemeler, hizmetin hızlı, düzgün, basit ve anlaşılır olmasına dikkat etmek durumundadır.

Hizmetin bu özelliklerinin pazarlama açısından getirdiği sonuçlar Öztürk'e (2003:9) göre;

- Hizmetler stoklanamaz, dolayısıyla talepteki dalgalanmaların yönetilmesi zordur,
- Hizmetlerin patenti zordur, dolayısıyla yeni kavramlar rahatça taklit edilebilir,

- Hizmetler kolayca sergilenemez,
- Somut olmadıkları için kalitelerinin değerlendirilmesi müşteri açısından zordur,
- Hizmet reklamlarında ve diğer tutundurucu çabalarda nelerin kapsanacağı hakkındaki kararlar fiyatlamada olduğu gibi zordur,
- Bir birim hizmetin fiili maliyetini belirlemek ve fiyat/kalite ilişkileri karmaşıktır.

1.2.2. Üretim ve Tüketicinin Eş Zamanlı Olması (Ayrılmazlık)

Hizmetler ayrılmazdır. Yani eş zamanlı üretilip tüketilmektedir. Hizmetler tüketicinin isteği üzerine üretilmektedir. Bu nedenle kitlesel bir üretim söz konusu değildir. Hizmetler, onu veren kişiden ayrılamaz, bu durumda yüz yüze ilişkinin, iletişimin önemi de artmaktadır.

Hizmetin bu özelliğini tüketiciler açısından ve yönetim uygulamalarında incelemek mümkündür;

Tüketiciler açısından; Eser'e (2007:15) göre:

- Hizmetin üretiminde yer almak,
- Diğer tüketicilerle hizmetin tüketiminde yer almak,
- Genellikle hizmetin üretildiği yere gelmek durumundadırlar.

Yönetim uygulamalarında;

- Üretim ve tüketimi birbirinden ayırmaya çalışırlar.
- Tüketici-üretici etkileşimini yönetirler.
- Hizmet sunma sistemlerini geliştirirler.

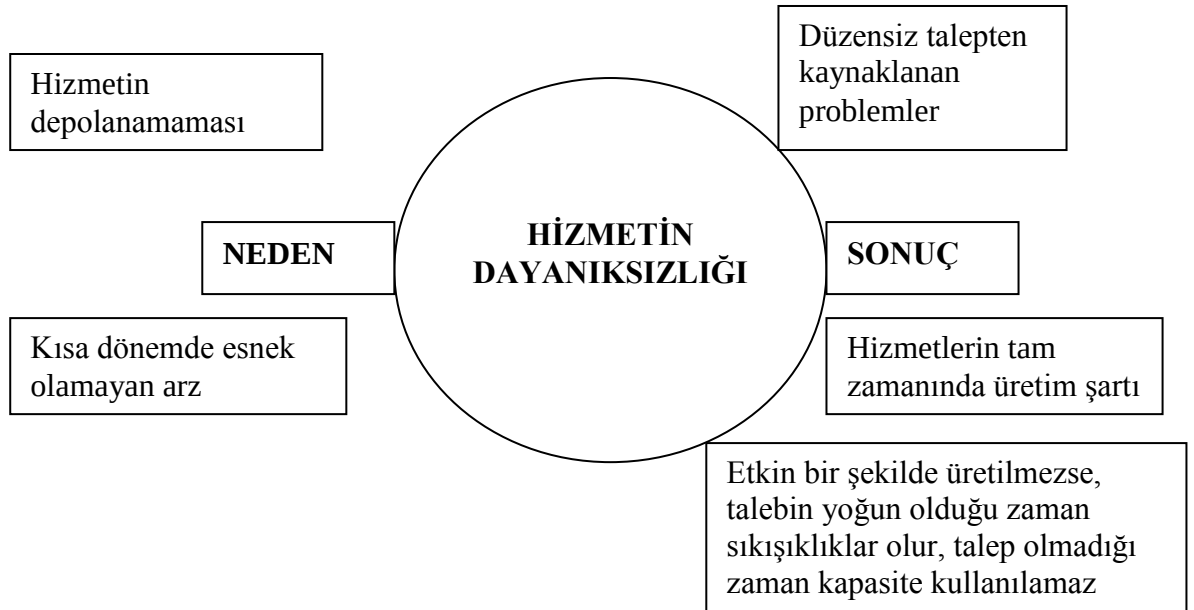
1.2.3. Dayanıksızlık (Hizmetlerin Dayanıksız Oluşu)

Hizmetlerin fiziki bir varlığı söz konusu olmadığından stoklanamaz, saklanamaz, yeniden satılamaz, iadesi mümkün değildir.

Hizmetlere olan talep birçok faktöre göre değişiklik göstermektedir. Örneğin Antalya'daki bir tatil köyünde kış aylarındaki talep yaz aylarına göre daha azdır. Ancak kış aylarında kullanılmayan bu kapasitenin daha sonra kullanılmak veya satılmak üzere stoklanması mümkün değildir.

Hizmete hazır hale getirildikten sonra satılamayan hizmetler, ekonomik değerini yitirirler ve daha sonra bu ekonomik kayıpları karşılayamayız (Karahan, 2000:52). Bu açıdan işletme yöneticilerinin arz ve talebi eşleştirmek için hizmet planlaması, fiyatlama ve satış çabalarına ilişkin önlemler alması gerekmektedir (Öztürk, 2003:12).

Hizmetlerin dayanıksız oluşunun nedenleri ve buna bağlı doğabilecek olası sonuçları aşağıdaki şekilde özetle gösterilmiştir;



Şekil 1.1: Hizmetin Dayanıksızlığının Neden ve Sonuçları

Kaynak : Zeliha ESER, *Hizmetlerde Pazarlama İletişimi*, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2007, s.10

1.2.4.Sahiplik

Hizmetlerin dokunulmazlık ve depolanamama özelliklerinden dolayı sahipliği söz konusu değildir.

Genellikle bir malı tüketici tarafından satın alındığı zaman onun sahibi olur ve istediği zaman sahipliği transfer etme şansına sahiptir. Hizmet sunulduğunda ve satın alındığında sahipliğin satıcıdan alıcıya transfer edilmesi mümkün değildir.

Hizmet sektöründe ancak bir kolaylıktan, tesisten belirli bir süre faydalanılabilir (Öztürk, 2003:12). Hizmeti kullanma hakkı sadece belli bir süre için tanınmaktadır ve bu kullanımdan fayda elde edilmektedir. Buna karşın fiziksel mallarda bir sahiplik söz konusudur (Özgüven, 2008:654).

1.2.5.Türdeş Olmama

Hizmeti sunanlar, üretenler genellikle insan oldukları için oluşan çıktılarının standart olması oldukça zordur. Hizmetin kalitesi, içeriği, hizmeti alan müşterinin tatmin ve memnuniyet düzeyi yer, zaman, psikolojik faktörler gibi birçok etmenden etkilenebilir. Hizmetin çıktılarının standart olmasına yönelik işletmeler; çalışanların seçimi ve eğitimine önemli derecede para ve zaman harcamaktadırlar. Hizmeti satın alan kişinin de, hizmeti satın almadan önceki beklentileri farklılık gösterebilmektedir.

1.3.HİZMETLERİN (HİZMET SÜRECİNİN) SINIFLANDIRILMASI

Hizmet oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır. Hizmetlerin sınıflandırılması konusunda değişik yaklaşımlar olduğu görülmektedir.

1.3.1. Hizmetlerin Sınıflandırılmasındaki Yaklaşımlar

Hizmetlerin sınıflandırılmasında hizmetlerin çeşitli özelliklerinden yola çıkarak farklı sınıflandırmalar yapıldığı görülmektedir. Bunlar;

1.3.1.1. Hizmetlerin Sınıflandırılmasında Birinci Yaklaşım

Bu yaklaşımdaki sınıflandırma; hizmetlerin pazarlanabilir olma durumları, üretici veya tüketici hizmeti olması, toplam ürün sunumundaki hizmetin durumu, müşteri ilgileniminin derecesi ve sunum şekline göre yapılmaktadır (Eser, 2007:17).

1.3.1.1.1.Pazarlanabilen ve Pazarlanamayan Hizmetler

Hizmetlerin pazarlanabilir olup-olmaması ekonomik, sosyal, teknolojik nedenlere göre değişiklik gösterebilmektedir.

Devlet tarafından kamuya sunulan hizmetlerin bazıları pazarlanabilir iken bazıları pazarlanamaz özelliktedir. Örnek vermemiz gerekirse devletin yaptığı yaya geçidinden toplum ücret ödmeden ve herhangi bir ayırım olmaksızın yararlanırken, yine devletin yaptığı bir otobanda ücretli geçiş şartı ile ücreti ödenen bir hizmet haline gelmiştir. Çocuk bakımı, yemek pişirme, temizlik gibi hizmetler birçok toplumda ev içinde sağlanan hizmetler iken günümüzde batı toplumunda pazarlanan ve talebi olan sektörler haline gelmiştir (Öztürk, 2003:26).

1.3.1.1.2.Üretici ve Tüketici Hizmetleri

Tüketici hizmetleri, hizmeti kendisine bir fayda sağlamak amacıyla kullanan bireyler için sağlanır. Bu hizmetlerin tüketiminde bunun ötesinde bir ekonomik fayda yaratılmaz (Öztürk, 2003:26). Bu hizmetler; kolayda hizmetler, beğenmeli hizmetler ve özellikli hizmetler olarak da gruplara ayrılabilir. Örneğin kişisel bakım hizmetleri kolayda hizmetlerden, sigorta ve araba tamiri beğenmeli hizmetlerden, sağlık, avukatlık gibi hizmetlerde özellikli hizmetlerden sayılabilirler (Karahana, 2000:24). Üretici hizmetleri ise bir işletmeye sağlanan hizmetlerdir. İşletme ekonomik faydası olan bir şey üretir. Bazı hizmetler ise hem üretici hem de tüketiciler için üretilebilir (Öztürk, 2003:26).

1.3.1.1.3.Toplam Ürün Sunumunda Hizmetin Durumu

Ürünlerin çoğu mal ve hizmetlerin birleşiminden oluşmaktadır. Dolayısıyla hizmetler, sunulan toplam ürünün içerisindeki rollerine göre başlıca üç şekilde sınıflanabilmektedir.

Bunlar Eser'e (2007:18) göre;

- Çok az ya da hiçbir dokunulabilir element olmaksızın sunulan hizmet. Örnek: sigorta hizmetleri
- Bir mala değer katmak amacıyla sunulan hizmet. Örnek: ürüne garanti verilmesi
- Bir mala değer katarak hazır hale getiren hizmet. Örnek: teslimat, montaj

1.3.1.1.4.Müşteri İlgileniminin Derecesi

Yüksek ilgilenimli ürünler için tüketiciler, ürün ile çok yakın bir ilişki içerisinde ve kullanılan ürün, tüketicinin mutluluğunu çok derinden etkileyecek kapasitededir. Birçok kişisel sağlık hizmetleri bu kategoride yer alır. Yüksek ilgilenimli ürünleri satın alma kararları alırken, sonuçları bakımından daha riskli olması nedeniyle, bu tür hizmetleri satın almadan önce kötü bir tecrübe edinmemek için daha fazla zaman harcarız (Eser, 2007:18).

1.3.1.1.5. Hizmetin Sunum Şekli

Hizmetler sürekli veya aralıklı olarak sunulabilmektedir. Hizmeti alan ve hizmet sunucusu arasında üyelik ilişkisi olabilir veya üyelik olmaksızın hizmetten yararlanılabilir. Bu, sunulan hizmete göre değişkenlik gösterebilir. Aşağıdaki şekilde bu durum örneklendirme yöntemiyle açıklanmıştır.

	Üyelik ilişkisi var	Formal bir ilişki yok
Hizmetin sürekli oluşu	Sigorta Telefon aboneliği Bankacılık	Karayolu Radyo istasyonu
Hizmetin aralıklı oluşu	Aylık otobüs kartı Tiyatro aboneliği	Araba kiralama Restoran Posta hizmetleri Tiyatro, sinema

Şekil 1.2: Hizmetin Sunum Şekli

Kaynak : Sevgi Ayşe ÖZTÜRK, *Hizmet Pazarlaması*, Ekin Kitapevi, İstanbul, 2003, s.29

1.3.1.2.Hizmetlerin Sınıflandırılmasında İkinci Yaklaşım

Bu yaklaşımda hizmetler, insan gücüne dayalı üretim, insan gücü olmaksızın makineye, araç-gerece dayalı üretim, müşterinin hazır bulunmasını gerektirme, kişisel veya işletme ihtiyaçlarını karşılama ve kar amacının olup olmama durumuna göre sınıflandırılmaktadır (Eser, 2007:19).

1.3.1.2.1.İnsan Gücüne Dayalı Hizmetler

Hizmetin gerçekleşmesi için insan gücüne ihtiyaç olan hizmetlerdir. Bu hizmetleri 3 grupta incelemek mümkündür;

- Profesyonellik gerektiren hizmetler. Örnek: Avukatlık, hemşirelik
- Kalifiye iş gücü gerektiren hizmetler. Örnek: Aşçılık
- Kalifiye iş gücü gerektirmeyen hizmetler. Örnek: Amelelik

1.3.1.2.2.İnsan Gücü Olmaksızın Makineye, Araç-Gerece Dayalı Hizmetler

Bu gruptaki hizmetlerin üretiminde bazı araç-gereç ve makineler rol üstlenmektedir. Bu araç-gereç ve makinelerin hizmetin üretimindeki rolüne göre hizmetleri 2 gruba ayırmak mümkündür;

-Otomatik araç-gerece dayalı hizmetler. Örnek: ATM'ler

-Kısmen iş gücüne, kısmen makineye bağlı hizmetler. Örnek: kuaförlük

1.3.1.2.3.Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektiren Hizmetler

Hizmetin gerçekleşmesi sırasında hizmeti alacak olan müşterilerinde hazır bulunmasını gerektiren hizmetlerdir.

Örnek: restoran, eğitim, kuaförlük hizmetleri vb.

1.3.1.2.4.Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektirmeyen Hizmetler

Müşterilerin hizmetin sunumu boyunca fiziksel olarak o mekanda bulunmasına gerek duyulmayan hizmetlerdir.

Örnek: kuru temizleme

1.3.1.2.5.Kişisel İhtiyaçları Karşılaman Hizmetler

Müşterilerin bireysel ihtiyaçlarına cevap veren hizmetleri kapsar.

Örnek: güzellik salonları

1.3.1.2.6.İşletme İhtiyaçlarını Karşıllayan Hizmetler

İşletmelerin ihtiyaçlarını karşılayan ticari hizmetler bu gruba girmektedir.

1.3.1.2.7.Kar Amaçlı ya da Kar Amaçsız Hizmetler

Hizmet sunumunda amaç bazen kar elde etmek olabileceği gibi müze v.b kamu kurumlarında kar amacı olmaksızın da hizmet verilebilmektedir.

1.3.1.3.Hizmetlerin Sınıflandırılmasında Üçüncü Yaklaşım

Bu yaklaşımda hizmetler; dokunulabilirlik derecesine, tüketicinin hizmeti direkt alma durumuna, hizmetin sunumunun yeri ve zamanına, hizmetin standardizasyonuna, müşteri ile ilişkinin yapısına, talep ile arzın dengede olmasına, araç-gereçlerin ve insanların hizmet tecrübesinde yer alma derecesine göre sınıflandırılmaktadır (Eser, 2007:19-21).

1.3.1.3.1.Hizmet Sürecinin Dokunulabilir ya da Dokunulamaz Olma Derecesi

Verilen hizmetin somut yönünün varlığı ile ilgilidir. Örneğin; restoranda yemek yemek

Verilen hizmetin soyut yönünün varlığı da dokunulmazlık olarak adlandırılır. Örneğin; telefonla konuşmak

1.3.1.3.2.Hizmetin Direkt Alıcısı

Tüketiciler hizmeti direkt olarak aldıklarında hizmet sürecinin de içinde yer almış olurlar. Örneğin; kuaförlük hizmetleri

1.3.1.3.3.Hizmet Sunumunun Yeri ve Zamanı

Hizmet tasarlanırken; işletmeler müşteri mi hizmet sunulan yere gelecek yoksa hizmet mi müşterinin bulunduğu yere götürülecek sorusunu cevaplamalıdır.

1.3.1.3.4.Standardizasyona Karşı Uyumlaştırma

Burada işletmeler; her tüketiciye aynı hizmeti mi sunacak yoksa kişisel ihtiyaçlar doğrultusunda bir uyumlaştırma mı yaratacak bunun kararını verip, planlama yapmak durumundadırlar.

1.3.1.3.5.Müşteri ile İlişkinin Yapısı

Hizmetin şekline göre müşteri ile yüksek, orta veya düşük düzeyde temas gerektirmesi söz konusudur.

1.3.1.3.6.Talep ile Arzın Dengede Olma Derecesi

Talep dalgalanmalarının yoğun görüldüğü hizmetlerde işletmeler pazarlama stratejilerini belirlerken bunu göz önünde bulundurmak zorundadırlar. Ancak bazen dalgalanmalar pazarlamacıların kontrolü dışında da gelişebilir.

1.3.1.3.7.Araç-Gereçlerin ve İnsanların Hizmet Tecrübesinde Yer Almasının Derecesi

Örneğin sağlık hizmetlerinde hizmeti sunan profesyonel ekip kadar tıbbi cihaz ve malzemeler de önem taşımaktadır.

1.3.1.4.Hizmetlerin Sınıflandırılmasında Dördüncü Yaklaşım

Bu yaklaşımda hizmetler sınıflandırılırken; dağıtıcı hizmetler, üretici hizmetleri, sosyal hizmetler ve kişisel hizmetler olarak 4 gruba ayrılmıştır (Eser, 2007:22).

Tablo 1. 1- Hizmetlerin Sınıflandırılması

1.Dağıtıcı hizmetleri	2.Üretici hizmetleri
Ulaştırma ve depolama hizmetleri Haberleşme hizmetleri Toptan ticari hizmetler Perakende ticaret hizmetleri	Bankacılık, finansman hizmetleri Gayrimenkul alım-satım hizmetleri Mühendislik ve mimarlık hizmetleri Muhasebe hizmetleri Çeşitli ticari hizmetler Hukuki hizmetler
3.Sosyal hizmetler	4.Kişisel hizmetler
Sağlık hizmetleri Hastaneler Eğitim Din hizmetleri Dernek ve vakıflar Posta hizmetleri Hükümet hizmetleri Çeşitli mesleki ve sosyal hizmetler	Ev hizmetleri Konaklama hizmetleri Yeme-içme hizmetleri Tamir hizmetleri Yıkama-kuru temizleme hizmetleri Berber ve güzellik salonları Eğlence ve tatil hizmetleri Çeşitli kişisel hizmetler

Kaynak: Zeliha ESER, *Hizmetlerde Pazarlama İletişimi*, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2007, s.22

1.3.2.Hizmetlerin Sınıflandırılmasına Yönelik Çalışmalar

Hizmetlerle ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde hizmetlerin sınıflandırılmasında birçok farklı esasın dikkate alındığı ve çok sayıda farklı sınıflandırma yöntemi geliştirildiği görülmektedir. Yapılan bu hizmet sınıflandırmalarının sistematik bir bütünlük içerisinde sunulabilmesi için öncelikle hangi kriterler esas alınarak yapıldıklarının ortaya konulması gerekir. Aşağıdaki tabloda çeşitli yazarların hizmetlerin farklı birçok ayırıcı özelliğine dayanarak yaptıkları sınıflandırmalar görülmektedir.

Tablo 1. 2- Hizmetlerin Sınıflandırılmasına Yönelik Çalışmalar

YAZAR	ÖNERİLEN SINIFLANDIRMA	YORUM
Judd(1964)	1. Bir malı kiralamakla ilgili hizmetler (belirli bir zaman dönemi için bir ürüne sahip olma ve kullanma hakkı) 2. Kişinin sahip olduğu mallarla ilgili hizmetler (müşterinin sahip olduğu ürünlerinin geliştirilmesi ya da onarımı) 3. Mal dışındaki hizmetler (kişisel deneyimler)	İlk ikisi çok spesifik ancak üçüncü kategori çok geniş. Sigortacılık, bankacılık, yasal danışmanlık ve muhasebe gibi hizmetleri göz ardı etmekte.
Rathmell(1974)	1. Satıcı türü 2. Alıcı türü 3. Satın alma güdüler 4. Satın alma uygulamaları 5. Hizmetlerin ne derece regüle edildiği	Bu sınıflandırma aynı biçimde mallara da uygulanabilir, spesifik olarak hizmetlere özgü bir sınıflandırma değil.

Shostack(1977) Sasser (1978)	Herhangi bir ürün paketinde fiziksel malların ve dokunulmaz hizmetlerin oranı	Bu sınıflandırma çok az saf hizmet ya da saf mal olduğunu vurgular.
Hill(1977)	1. İnsanları etkileyen ya da malları etkileyen hizmetler 2. Hizmetin geçici ve kalıcı etkileri 3. Bu etkilerin tersine çevrilebilir ya da çevrilemez oluşu 4. Fiziksel etkileri, beyinsel etkileri 5. Bireysel ya da kollektif hizmetler	Bu sınıflandırma hizmetin fayda yapısı üzerinde durur ve 5.de hizmetin ulaştırma\tüketim çevresindeki farklılıklar üzerinde durur.
Thomas(1978)	1. Temel olarak ekipmana dayalı hizmetler a) Makineye dayalı(araba yıkama gibi) b) Vasıfsız operatörler tarafından gerçekleştirilen hizmetler(kuru temizleme, taksi) c) Vasıflı personel tarafından yerine getirilen hizmetler(havayolları gibi) 2. Temel olarak insana dayalı hizmetler a) Vasıfsız işgücü(bahçe bakımı) b) Vasıflı işgücü(bakım onarım) c) Profesyonel işgücü(dişçi, avukat)	Pazarlamadan çok faaliyet temeline dayalı bir sınıflandırma olmasına rağmen ürün niteliklerini anlamada faydalı bir yol sunar.
Chase(1978)	Hizmeti ulaştırma sürecinde müşteriyle ilişkinin derecesi a) Yüksek ilişki(sağlık hizmetleri, restoran) b) Düşük ilişki(posta hizmetleri, toptancılık)	Bu sınıflandırma yüksek ilişkiye dayalı hizmetlerde ürün değişkenliğini otel kontrol etmenin zor olduğunu gösterir.

Grönroos(1979)	1.Hizmetin çeşidi a)Profesyonel hizmetler b)Diğer hizmetler 2.Müşteri türü a)Bireyler b)Örgütler	Aynı hizmetin (örneğin sigorta ve finansal hizmetler gibi) hem bireylere hem de örgütlere sunulabileceğine dikkat çeker.
Kotler(1980)	1.İnsana dayalı ya da ekipmana dayalı sunulan hizmetler 2.Müşterinin hizmetin sunulduğu yerde bulunmasının önemli derecesi 3.Kişisel ihtiyaçları ya da işletme ihtiyaçları 4.Özel ya da kamu hizmetleri, kar amaçlı ya da kar amaçsız hizmetler	Bu sınıflandırma önceki çalışmaların bir sentezini yapmaktadır ve hizmet örgütünün amaçlarındaki farklılığın bilincindedir.
Lovelock(1980)	1.Hizmete karşı talebin özellikleri -Hizmet verilenin kişiler ya da nesneler olması -Talep/arz dengesizliklerinin derecesi -Müşteriler ve hizmet sağlayanlar arasındaki ilişkilerin sürekli ya da geçici olması 2.Hizmetin içeriği ve faydaları -Fiziksel ürünlerin hizmetin içinde yer alma derecesi -Kişisel hizmetin hizmet bütünü içindeki yeri -Tek hizmetler ya da hizmet demetleri 3.Hizmet ulaştırma prosedürleri -Hizmetin tek bir yerde ya da çeşitli yerlerde sunumu	Önceki sınıflandırmaların bir sentezi ve bazı yeni şemalar eklenmiş. Her bir sınıflandırma içine bazı kategoriler eklenmiş.Hizmet verilen nesnenin tanımlanmasının en temel sınıflandırma yaklaşımı olduğu fikrindedir.Birden fazla sınıflandırma kriterinin bir matris içinde

	-Kapasitenin paylaştırılması(rezervasyona dayalı ya da ilk gelene ilk hizmet verilir anlayışına dayalı hizmetler) -Hizmetin bağımsız ya da kolektif tüketimi -Zamana göre tanımlanan işlemler -Hizmetin ulaştırılması esnasında müşterinin bulunmasının zorunluluk derecesi	birleştirilmesinin pazarlama açısından çok değerli olduğunu belirtmektedir.
Lovelock(1980)	1.Hizmet akdinin yapısı a)İnsanlara ya da nesnelere yönelik somut hareketler b)İnsanlara ya da nesnelere yönelik soyut hareketler 2.Müşterilerle ilişkiler a)Hizmeti sürekli ulaştırma b)Ayrı işlemler(bir işlem bazındaki ilişkiler c)Üyelik ilişkileri 3.Hizmetin ulaştırılmasında kişiye görelilik ve inisiyatif a)Müşteri ilişkileri personeli tarafından kullanılan inisiyatif b)Hizmetin kişiye özel olması 4.Talebin arzla ilişkisinin yapısı a)Arzın sınırlandırılmış olma derecesi b)Talepteki dalgalanmaların derecesi 5.Hizmet ulaştırma yöntemleri	Bu sınıflandırma şeması hizmetin karmaşık yapısını gösterir ve yönetsel amaçlar için faydalı bir sınıflandırmadır.

	a)Hizmetin tek ya da çok yerde ulaştırılması b)Hizmetin hizmeti sağlayana ya da müşterilerin isteklerine göre ulaştırılması.	
Schmenner(1986)	1.Etkileşim ve hizmetin kişiye özel olma derecesi a)Daha az b)Daha yüksek 2.Emek yoğunluğu derecesi a)Düşük b)Yüksek	Bazı hizmetlerin daha kişiye özel olarak üretilebileceği ve daha emek yoğun olabileceğini vurgulamaktadır. Okuyucunun mevcut stratejik ve taktiksel seçenekleri anlamasına yardımcı olmaktadır.
Vandermerv ve Chadwick (1989)	1.Müşteri/üretici etkileşiminin derecesi a)Daha az b)Daha çok 2.Malların görelî olarak bulunma derecesi a)Pür hizmetler b)Mallar aracılığıyla ulaştıran ya da mala bağlı hizmetler c)Mallara sarılı hizmetler	Hizmet işletmeciliğinde mal bileşeninin rolünün ve öneminin farkında bir sınıflandırmadır.

Kaynak : Sevgi Ayşe ÖZTÜRK, *Hizmet Pazarlaması*, Ekin Kitapevi, İstanbul, 2003, s.32

1.4. HİZMET PAZARLAMASI

Hizmet pazarlaması ve yönetimi, bazı özel zorluklar yaratır. Çünkü hizmet “maddeden çok süreçlerle, fiziksel objelerden çok performansla ilgilidir” (Lovelock, 1992:17).

Hizmetlerin mallardan farklı olarak sahip oldukları bir takım özellikleri işletmelerin pazarlamada farklı yaklaşımlar sergilemesine neden olmuştur.

Bu özellikler;

- Hizmetler maddi değildir,
- Hizmetler stoklanamaz, ambalajlanamaz ve taşınamaz. Tüketilmeyen bir hizmet yok olmuş demektir,
- Hizmetlerin üretimi ile tüketimi eş zamanlıdır,
- Hizmetin her üretiminde farklılıklar meydana gelebilir. Standart bir çıktı elde etmek zordur.

Geleneksel olarak fiziksel mal esasına dayanarak geliştirilmiş olan pazarlamanın, hizmetlerin pazarlanmasında ortaya çıkan bazı problemler ve bunların çözümünde yetersiz kalınması, “hizmet pazarlaması” olarak anılan pazarlamanın özel şeklinin veya alt disiplininin gelişmesine yol açmıştır (Mucuk, 2001:283).

Mal pazarlamasında olduğu gibi hizmet pazarlamasında da yönetim, önce pazarlama amaçlarını belirleyip pazar analizi yaparak hedef pazarlarını seçmeli; sonra da bu hedef pazarlara ulaşma ve pazarlama amaçlarını gerçekleştirme yolunda pazarlama programını hazırlayıp uygulamalıdır. Tüketicinin, hizmeti nerede, ne zaman ve nasıl satın aldığı, satın alma kararı verenin ve alım işlemini yapanın kimler olduğu belirlenmelidir. Ayrıca, her pazar bölümündeki rekabet durumu ile rekabet üstünlüğü analiz edilmelidir (Mucuk, 2001:289).

Hizmet pazarlamasının iç pazarlama, dış pazarlama ve interaktif pazarlamadan oluşan üç boyutundan bahsetmek mümkündür. Dış pazarlama, işletmenin pazarlanacak nesneyi hazırlaması, fiyatlandırması, tutundurması ve dağıtımı ile ilgili geleneksel pazarlama çalışmasıdır. İç pazarlama, işletmenin tüketicilere iyi hizmet vermesini sağlamak amacıyla personeli eğitme ve motive etme faaliyetidir. İnteraktif pazarlama ise hizmeti sunan kişilerin müşteriye hizmet

verirken onunla iyi iletişim kurmasını, bu konuda beceri ve ustalık göstermesini ifade etmektedir (Mucuk, 2001:290).

Hizmetin sunumu esnasında hizmeti alan ve verenler iletişim halindedir. Hizmetin şekline göre bu iletişimdeki temas seviyeleri yüksek, orta ve düşük düzeyde teması içerebilir.

1.4.1.Hizmetler Açısından Pazarlama Karması Elemanları

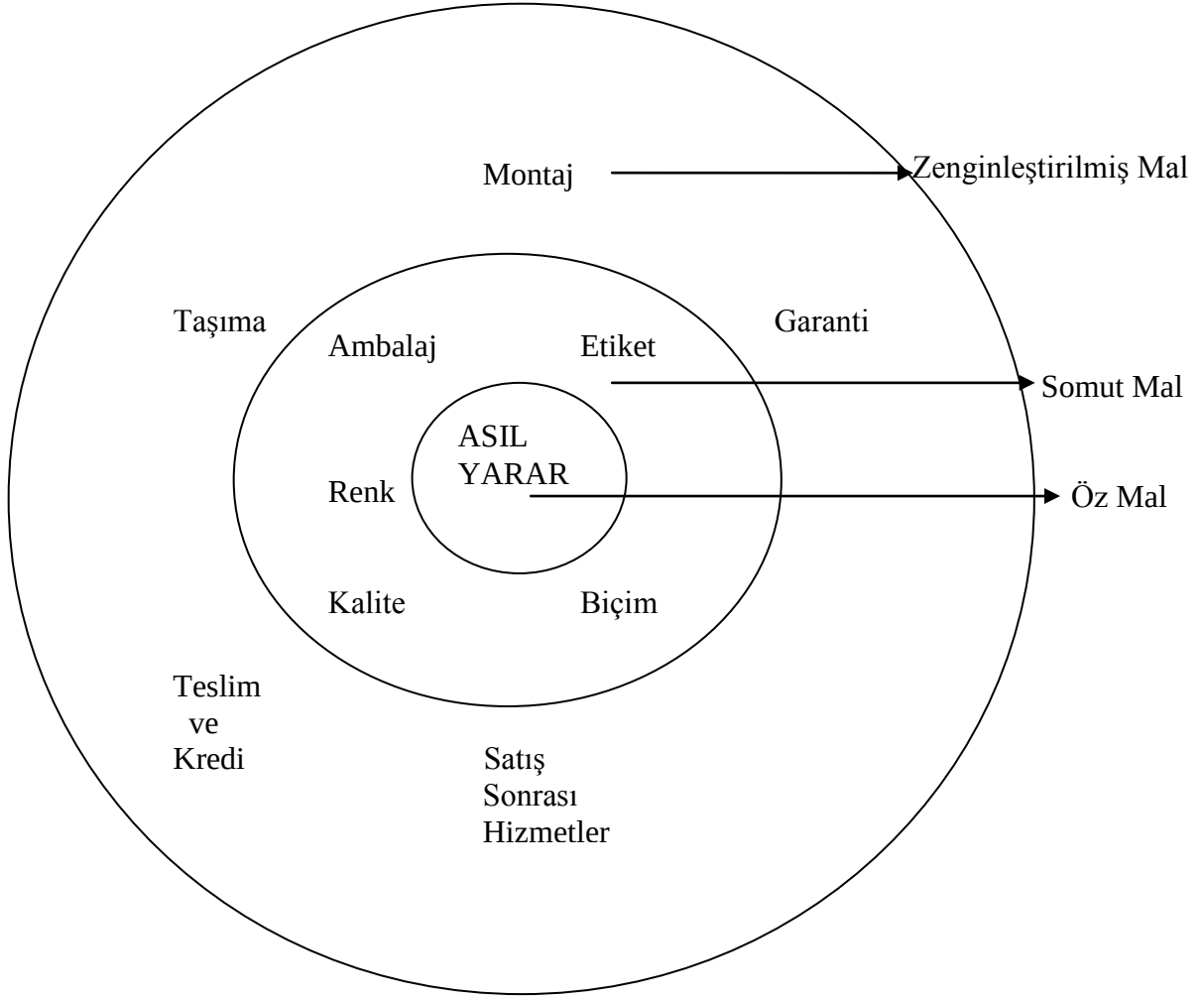
İşletmeler pazarlama stratejilerini belirlemek için pazarlama karmasından faydalanmaktadır. Pazarlamanın 4P si olarak bu karma elemanları; product (ürün), place (dağıtım), price (fiyat) ve promotion (tutundurma) dır. Buna ek olarak hizmet pazarlamasındaki 3P de; people (insanlar/katılımcılar), physical evidence (fiziksel kanıtlar/fiziksel ortam) ve process (süreç yönetimi) dir.

İşletmeler, pazarlama karması elemanları ile hedef pazar seçimi, pazar payını büyütme ve koruma gibi temel amaçlarını gerçekleştirebilir, yeni pazarlara girebilir ve rekabette üstünlükler sağlayabilirler.

1.4.1.1.Bir Ürün Olarak Hizmet

Pazarlama karması elemanlarından mal; ‘bir ihtiyaç ve özelliği doyurma özelliği olan ve değişime konu olan bir şeydir ve fiziksel bir nesne olabileceği gibi, bir hizmet ya da bir düşünce de olabilir’. Pazarlama, tüketicinin istek ve ihtiyaçları doğrultusunda tatmin sağlayacak mal veya hizmeti sağlamak ile yakından ilgilidir (Karahana, 2000:80).

Modern pazarlama ürünü üç düzeyde ele almaktadır; öz mal(çekirdek mal) bir ihtiyacı karşılayan ürünün yarattığı faydayı, somut mal ürün haline dönüştürülmüş madde halini, zenginleştirilmiş mal ise ürün ile birlikte sunulan çeşitli hizmetleri kapsamaktadır. Bir malın pazarlanabilir olması zenginleştirilmiş unsurların olması ile bağlantılıdır.



Şekil 1. 3: Modern Pazarlama ve Ürün

Kaynak : Arpacı T. ve diğerleri, *Pazarlama*, Gazi Yayınları, Ankara, 1994, 76

Hizmeti kavramlaştırma çabaları içerisinde ana hizmet ve yardımcı hizmetler olarak iki kategoriye de ayırmak mümkündür. 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).

1.4.1.2.Fiyatlandırma

Hizmetlerin soyut, dayanıksız, depo edilemez olmaları ve talebin fazla dalgalanması fiyatlandırmada yönetimin diğer karar alanlarında olduğundan çok daha fazla yaratıcı ve becerikli olmasını gerektirir, çünkü tüm bu özellikler fiyatlandırmayı etkiler (Mucuk, 2001:292).

Mallarda uygulanan bazı fiyatlandırma stratejileri hizmetlere de uyarlanabilir olsa da hizmetlerin standart ve homojen olmaması nedeniyle biraz daha karmaşık bir yapı arz etmektedir. Dolayısıyla sağlık sektöründe karmaşık yapı 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. Bir sınıflandırma yapmak gerekirse, sağlık hizmetlerindeki fiyatlandırma uygulamaları üç grupta toplamak mümkündür. Bunlar;

- * Devlet düzenlemelerine tabi olan uygulamalar,
- * Dernek ve odaların düzenlemelerine tabi olan uygulamalar,
- * Pazar koşulların düzenlemelerine tabi olan uygulamalardır (Akkılıç, 2002:208).

1.4.1.3.Dağıtım

Üretilen mal ve hizmetlerin, tüketime uyumlu bir şekilde akışını sağlayacak, üretimle tüketimi uyumlayacak bir üçüncü fonksiyonun gerekliliği açıktır. Bu uyumu sağlayacak olan fonksiyona “dağıtım” denir. Geniş anlamda, bir mal veya hizmeti üretildiği yerden, tüketildiği yere götürmek için gerekli tüm çabalardan oluşmaktadır (Arpacı ve diğerleri, 1994:145) .

Hizmetlerin özelliği olan eş zamanlı üretim ve tüketim genellikle hizmeti müşteriye götürülmesini gerektirmektedir. Bu nedenle hizmetlerde çoğu zaman doğrudan dağıtım kanalı kullanılır. Genellikle akış tüketiciden üreticiye doğrudur. Ancak yinede hizmeti verecek olanlar ile müşteriye bir araya getirecek bir dağıtım kanal yapısı oluşturmak gerekmektedir. Hizmet dağıtımı için kullanılan üç yaklaşım

vardır; ‘franchising verme’, ‘acenta ve komisyoncular’ ve “elektronik kanallar”. Hizmet alıcıya ne şekilde teslim edilirse edilsin, hizmet dağıtımı ‘interaktif pazarlama’ niteliğindedir. Diğer bir ifadeyle, hizmeti sunan geniş ölçüde hizmetin alıcısıyla karşılıklı ilişki içindedir. Bunun doğal sonucu olarak, hizmeti sunanların insan ilişkilerinde çok yetenekli ve bilgili kimseler olmaları gerekmektedir (Mucuk, 2001:293).

1.4.1.4.Tutundurma

Tutundurma diğer bir adı ile promosyon kavramı, belli bir görüş, düşünce, mal veya hizmetin tüketiciye benimsetilmesi anlamında kullanılmaktadır.

Günümüzde kitlesel üretimin artması, geniş pazarların oluşması ile üretici-tüketici arasındaki uzaklığın büyümesi, tüketici istek ve taleplerinin artması gibi nedenlerle tutundurma çabalarına olan ihtiyaç da artmıştır.

Tutundurma faaliyetleri; reklam, yüz yüze satış, tanıtım ve diğer satış çabaları faaliyetlerini kapsamaktadır. Hizmetlerin soyut olması, sergilenme durumunu olanaksızlaştırmakta ve gösterilecek fiziksel bir malın olmayışı reklam faaliyetlerini de zorlaştırmaktadır. Büyük çoğunluğunda insan faktörü olması sebebiyle hizmetlerdeki en önemli tutundurma metodu kişisel satıştır.

Kişisel satış, hizmetlerin soyut olmasından kaynaklanan sorunun etkisini azaltmada yararlı olur; çünkü tüketiciler hizmeti görmeseler de, nasıl yapıldığını, diğerlerine göre ne üstünlüğü bulunduğunu ve diğer alıcıların kimler olduğu gibi hususlarda satışçıyı sorguya çekerler. Böylece, hizmeti sunan kişi de soyut malını somutlaştırmaya çalışır (Mucuk, 2001:293).

1.4.1.5.İnsanlar/Katılımcılar

Hizmet pazarlamasında hizmeti sunan kişiler, müşteriler ve refakatçilerin (hizmetin sunulduğu ortamda bulunan diğer kişiler) de yer aldığı insanlar katılımcılar olarak adlandırılır.

Hizmet işletmelerinde iç müşteriler olarak nitelendirilen personelin iş tatmini, hizmetin talep edilmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir. Personel iş tatmini ile müşteri memnuniyeti arasındaki doğru orantı önem kazanmaktadır.

İşletmeler, ister mal üretsiner ister hizmet üretsiner her iki üretim için de bunları üretecek olan iş gücüne yani insana ihtiyaç duyarlar (Karahana, 2000:101).

Hizmet endüstrisinde müşteriler tarafından alınan ürün üzerinde, insan unsurunun direkt etkileri çok daha fazladır. Bu nedenledir ki hizmet sektöründe insan planlaması çok daha büyük önem taşımaktadır. Bu önem, özellikle personel ile müşteri temasının yüksek olduğu hizmet türlerinde daha ağırlıktadır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2008:156).

Parasuraman ve Berry, performansı insanlardan ayırmanın genellikle zor olduğunu ve bir hizmet kurumunun ancak ve ancak onu oluşturan insanlar kadar iyi olabileceğini ifade etmişlerdir (Krishna ve Naik, 2006:35).

Bu pazarlama karması elemanı; çalışanların işe alımı, uygun personelin seçilmesi, istihdamı, eğitimi, motivasyonu, takım çalışmasına yatkınlığı ve ödüllendirilmesi gibi konuları kapsamaktadır.

1.4.1.6.Fiziksel Kanıtlar/Fiziksel Ortam

Hizmet üreten işletmeler, hizmeti müşterilerine kendi oluşturdıkları fiziksel ortamda sunarlar. Ayrıca fiziksel ortam işletme ile tüketicinin etkileşimde bulunduğu çevre ve hizmetin performansını ya da iletişimini kolaylaştıran somut bileşenler olarak da tanımlanabilir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2008:157).

Hizmetin fiziksel kanıtları hizmet işletmesi tarafından kontrol edilebilen ve tüketicinin hizmeti algılamasında önem taşıyan bir pazarlama karması unsurudur. Bazı hizmetlerde (hastane, tatil köyü, kreş gibi) fiziksel kanıtlar müşteriye çok şey

iletirken, bazılarında ise (sigorta, kargo gibi) fiziki kanıtlar sınırlıdır (Öztürk, 2003:107-108) .

Bir müşteri hizmeti görememesine rağmen bu hizmetin elle tutulabilir işaretlerini görebilir. Bunlara örnek olarak; bina, iletişim materyali, objeler(nesneler), diğer müşteriler, fiyat vb. sayılabilir (Krishna ve Naik, 2006:35).

Fiziksel kanıt unsurları; hizmetin sunulduğu fiziksel ortamı oluşturan tesis içindeki, tesis dışındaki ve diğer somut öğelerin birleşiminden oluşmaktadır. Bunlar aşağıdaki tabloda maddeler halinde verilmektedir:

Tablo 1. 3-Fiziksel Kanıt Unsurları

Hizmet Tesis	Diğer Maddi(Dokunulabilir) Unsurlar
Tesisin Dışı *Dış Tasarım *Tabelalar *Otopark *Peyzaj (manzara) *Çevre	Kartvizitler Kırtasiye Fatura Raporlar İş gören kıyafetleri Üniformalar Broşürler
Tesisin İçi *İç Tasarım *Ekipman *Tabelalar *Yerleşim *Hava Kalitesi/Isı	

Kaynak : Sevgi Ayşe ÖZTÜRK, *Hizmet Pazarlaması*, Ekin Kitapevi, İstanbul, 2003, s.107

Fiziksel kanıtlar; müşterinin sahipliğine geçmeyen işletmeye ait temel kanıtlar ve hizmeti satın alacak olan müşterilerin satın alma sonrasında yararlanabileceğini garanti eden unsurlar olarak 2 grupta sınıflandırılmaktadır.

Aşağıdaki şekilde bunun örneklendirmesi görülmektedir:

Tablo 1. 4- Fiziksel Kanıt Türleri

1.Yan Kanıtlar (Hizmeti satın alan müşterinin hizmetten yararlanabileceğini garanti eden unsurlar)	2.Temel Kanıtlar (Müşterinin sahipliğine geçmeyen unsurlar)
Çek defteri Sinema bileti Telefon rehberleri Şehir kılavuzları gibi	Banka şubesi Araba kiralama şirketi tarafından kiraya verilen arabanın türü Havayollarının kullandığı uçak modeli gibi

Kaynak : Sevgi Ayşe ÖZTÜRK, *Hizmet Pazarlaması*, Ekin Kitapevi, İstanbul, 2003, s.110

1.4.1.7.Süreç Yönetimi

Süreç yönetimi, tüketicinin istediği kalitedeki bir hizmetin istediği yerde ve istediği zamanda hazır bulundurulmasıyla ilgili düzenlemeler anlamına gelmektedir (Karahana, 2000:105).

Süreç yönetimi aynı zamanda stoklanamama ve her zaman standart çıktı alınamamasındaki problemlerin çözümünü ele almaktadır.

Süreç yönetimi, kalitenin sürekliliğini ve sağlanabilirliğini temin eder. Süreç değişkenleri; prosedürler, mekanizmalar ve aktivitelerin akışından oluşur (Krishna ve Naik, 2006:35).

Hizmetlerin stoklanamaması ve talep değişiklikleri zaman zaman tüketicilerin ihtiyaçlarının karşılanmasında sıkıntılar oluşmasına neden olabilmektedir. Bu sorunu çözmek için talebin arttığı durumlarda personel sayısı ve çalışma saatlerinde düzenlemeler yoluna gidilebilir. Talebin az olduğu durumlarda ise personel indirimi ve müşterilerle doğrudan ilişkiye geçmek gibi uygulamalara yer verilebilir.

Süreç yönetiminde, işletmedeki birimlerin iş yükleri belirlenerek talepler, mevcut kaynak potansiyeller ve kaynakların uygulanma metotları da saptanarak aralarında denge kurulması için çalışılmalıdır. Bu çalışmalar; plan, program,

laboratuvar ve makinelerde iş akışını kolaylaştırıcı konumlandırmaları içerir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2008:157).

1.5.HİZMET İŞLETMELERİNDE KALİTE KAVRAMI

Kalite, birçok tanımı olan göreceli bir kavramdır. Japonya da toplam kalitenin öncüsü olan Dr. Karou ISHIKAWA kaliteyi şöyle tanımlamaktadır; “kalite, kontrol uygulamak, en ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi daima tatmin eden kaliteli ürünü geliştirmek, tasarımı yapmak, üretmek ve satış sonrası hizmetlerini vermektir” (Şale, 2001:21).

Geniş anlamda bir tanımlama yapmak gerekirse; müşteri, işveren ve üretim personelinin mutluluğu için yapılan tüm çalışmalara kalite denir.

Toplam kalite felsefesinde ise kontrol sadece kalite kontrol biriminde olmayıp, tüm organizasyonun katılımı ile müşterilerin tatminini ve karlılığını hedefleyen bir düşünce sistemi karşımıza çıkmaktadır.

Şale’ye (2001:24) göre toplam kalite sistemi;

- Tüm çalışanların katılımını sağlar,
- Tüm çalışanların hedef ve fikir birliğini sağlar,
- Yapılan işlerin tüm yönlerin kapsar,
- İşletmemizle ilgili tüm alanlarda kullanılır.

Hizmet işletmelerinde kalite, kavranması, uygulanması ve denetimi açısından daha belirsiz ve karmaşık bir alandır. Hizmetler nesneden çok performans olduğu için, aynı kaliteyi sağlayan kesin imalat spesifikasyonlarının işletme tarafından oluşturulması zordur. Birçok hizmet kaliteli bir hizmet sunulmasını garantilemek için satıştan önce sayılamaz, ölçülemez, stoklanamaz, test edilemez ve doğrulanamaz (Öztürk, 2003:138).

Hizmetin kalitesi genellikle müşteriye hizmetin sunumu sırasındaki performansa bağlı olarak değişmektedir. Bu zorluklar nedeniyle hizmet kalitesinin boyutları araştırmacılara göre farklılıklar arz etmektedir.

Kalite, müşteri tarafından gözlenen performansın (deneyim) önceden belirlenmiş hizmet standartlarını karşıladığı ya da aştığı biçimlerde ölçülür.

$$\text{Hizmet kalitesi} = \frac{\text{Gözlemlenen performans} \times 100}{\text{Hedeflenen performans}}$$

Bu formüle göre % 100'ün altındaki her şey hizmet başarısızlığı olarak değerlendirilir. Müşteri beklentileri ile gözlemlenen performans aynı seviyede olmadığında, kurumun bunun karşılığında yapabileceği iki şey vardır; ilki gözlemlenen performansın neden düşük olduğunu bulmak ikincisi ise müşteri beklentilerinin kurumun potansiyelinin dışında beklentiler olup-olmadığını araştırmaktır (Ballantyne ve diğerleri, 1991:16).

1.5.1.Kalitenin Tarihçesi

Kalitenin Guru'ları

Toplam kalite felsefesine önemli katkılarda bulunmuş tüm kalite “guru”ları, üst yönetimin desteği ve katkısı olmadan toplam kalite yönetiminin başarıya ulaşamayacağını ifade etmişlerdir.

Tablo 1. 5- Kalitenin ‘Guru’ ları

Amerikalılar 1950’li yılların başları	Japonlar 1950’li yılların sonları	Yeni Dalga 1970-80’li yıllar
.Tepe yönetiminin alt kademeyi yönlendirmesi “top down” yaklaşımı W.EDWARDS DEMING .Yönetim Felsefesi JOSEPH M.JURAN .Planlama .Kalite maliyetleri ARMAND V.FEIGENBAUM .Toplam kalite kontrolü	.Basit teknikler .Kitle eğitimi .Takım çalışması KAORU ISHIKAWA .Basit teknikler .Kalite çemberleri, .Şirket genelinde kalite GENICHI TAGUCHI .Minimum protoptipleme SHIGEO SHINGO .Poka-yoke/Sıfır hata	.Kalite bilincinin yaygınlaştırılması PHILIP B.CROSBY .Kalite bilincinin yaygınlaştırılması .Sıfır hata .İlk seferde doğru yap TOM PETERS .Müşteriye odaklanma CLAUS MOLLER .Kişisel kalite

Kaynak : Ömer AKAT, *Uygulamaya Yönelik İşletme Politikası ve Stratejik Pazarlama*, Ekin Kitapevi, Bursa, Nisan 2004, 73

1.5.2.Hizmet Kalitesi

Hizmet kalitesi ancak hizmeti alan tüketiciler tarafından tanımlanırsa gerçeklik kazanır. Herhangi bir hizmetin kalitesinin belirlenmesi herhangi bir ürünün kalitesinin belirlenmesinden çok daha zordur. Ürünlerin standart olması mümkünken müşterilere sunulan hizmet sonrası müşteri memnuniyeti veya tatmini her zaman eşit ölçüde olmamaktadır. Burada hizmet sağlayanların uzmanlık düzeyi çok önemlidir. Hizmeti verenler tüketicilerin nasıl bir hizmet istediklerini bilmek yanında, hizmeti

nasıl ulaştıracakları ile ilgili de bilgi sahibi olmak durumundadırlar (Karahana, 2000:116).

Hizmet kalitesi çoğu zaman personelin performansı ile yakından ilgilidir. Hizmetlerde bir takım kalite standartları oluşturularak müşteriye ayrılan zaman, bekleme süresi gibi durumlar sayısal olarak ifade edilebilirken; kişiler arası ilişkiler ve iletişimin kalitesini (güler yüz, ilgi gibi)ölçmek, standardize etmek çok daha zordur (Öztürk, 2003:138).

İşletmeler hizmet kalitesinin önemli olduğuna inanarak bunu kendilerini farklılaştırmada kullanmaktadır.

1.5.2.1.Hizmet Kalitesi Boyutları

Hizmetlerin sahip olduğu ayırt edici özellikleri nedeniyle, kolayca ölçülememesi, bunun yanında hizmet sektörünün artan önemi hizmetlerin ölçülebilmesini sağlayan yeni arayışlara yöneltmiştir. Hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik ilk model, Grönroos tarafından önerilmiştir.

Daha sonra Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından SERVQUAL modeli ve Cronin ve Taylor tarafından SERPERF modeli öne sürülmüştür. Her ikisi de literatürde yaygın kabul görmektedir (Çiçek ve Doğan, 2009:203).

1.5.2.1.1.Christion Grönroos Tarafından Açıklanan Kalite Boyutları (Algılanan Toplam Kalite)

Christion Grönroos'a göre temel olarak bir hizmetin kalitesinin müşteriler tarafından algılanan şekliyle ilgili iki boyut bulunmaktadır.

- Teknik ya da sonuçla ilgili boyutu
- İşlevsel ya da süreçle ilgili boyutu (Öztürk, 2003:139).

Müşterilerin hizmet üreten işletmeler ile etkileşimi, sonucunda elde ettikleri kalite değerlemeleri açısından önemlidir. Bir restoranda yemek yedikten sonra yemeğin lezzeti, kuaförde saç kesildikten sonraki saçın durumu birer teknik sonuçtur.

Ancak teknik boyutun müşteriye nasıl ulaştığı da önemlidir. Örneğin; garsonun restoranda davranışları, kuaförün davranışı, görünüşü gibi. Tüm bunlarda kalitenin işlevsel boyutu olur ve genellikle teknik boyut kadar objektif bir değerlendirme yapmak zordur.

Araştırma sonuçlarına göre işlevsel kalitenin yüksek olması, teknik kalitedeki ufak tefek aksaklıkların müşteri tarafından hoş görülebilmesine neden olurken hizmetin teknik kalitesi uygun düzeyde ancak işlevsel kalite yetersiz düzeyde ise teknik performansın müşteriye tatmin etme düzeyinden bağımsız olarak genellikle müşteride tatminsizlik hakim olacaktır (Öztürk, 2003:140).

1.5.2.1.2. Parasuraman, Zeithaml ve Berry Tarafından Açıklanan Hizmet Kalitesi

Parasuraman ve arkadaşlarına göre; hizmet kalitesinin beş boyutu bulunmaktadır. Bunlar; güvenilirlik, tepki(karşılık) verebilmek, güvence, empati ve fiziksel varlıklardır. Bu beş faktör on hizmet bileşeninden türetilmiştir; güvenilirlik, karşılık vermek, yetkinlik, ulaşılabilirlik, nezaket, iletişim, itibar, güvenlik, müşteriye anlamak ve fiziksel varlıklar (Öztürk, 2003:143).

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda bu boyutların bazılarının birbiri ile bağlantılı olduğunu ve bu boyutların birleşiminden oluşan yeni boyutlara ihtiyaç olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmalardan yola çıkılarak bu 10 boyutun bazıları birleştirilerek ve 2 yeni boyut eklenerek aşağıdaki tabloda gösterilen hizmet kalitesi boyutları elde edilmiştir.

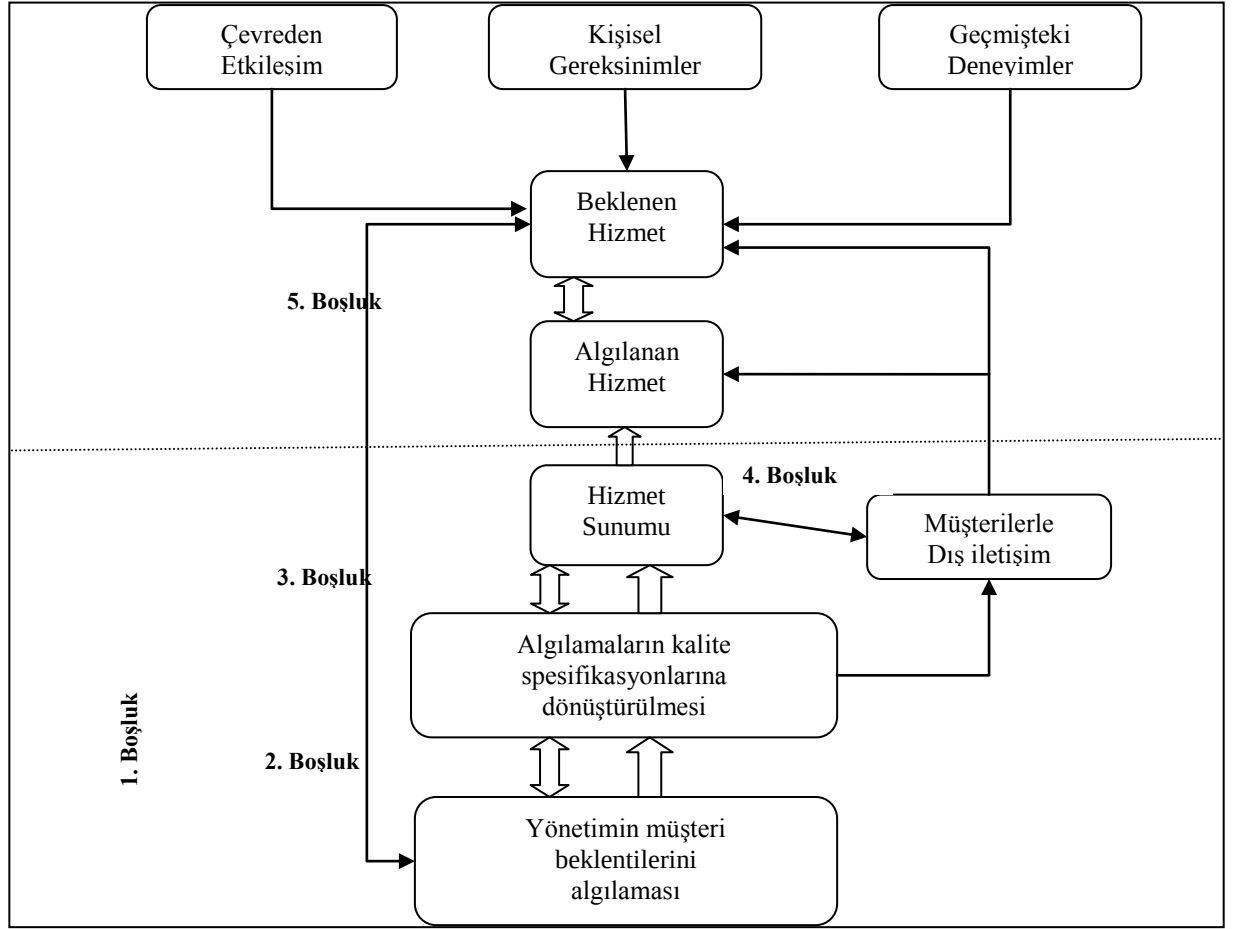
Tablo 1. 6- Birleştirilmiş Hizmet Kalitesi Boyutları

Boyut	Tanım
Fiziki Özellikler	Kullanılan aletlerin, iletişim malzemelerinin, personelin ve hizmet verilen yerin fiziki görünümü
Güvenilirlik	Kusursuzluk, güvenilirlik, sözünde durmak
Heveslilik	Zamanında ve çabuk hizmet sunmak için heveslilik, yardımseverlik
Güvence	Çalışanların bilgili ve nazik olmaları ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerileri
Duyarlılık	Çalışanların kendilerini müşterilerin yerine koyması ve müşterilere kişisel ilgi göstermeleri

Kaynak : Süleyman ERSÖZ ve diğerleri, *Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu ile Ölçümü ve Sonuçların Yapısal Esitlik Modelleri*, Int.J.Eng.Research&Development, Vol.1, No.1, January 2009, s. 20

Parasuraman ve diğerleri, (1988; 1991; 1993) tarafından geliştirilen SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeği beklenen kalite ile algılanan kalite arasında oluşan farklılığa dayanmaktadır (*hizmet kalitesi=performans-beklentiler*). SERVQUAL ölçüm modelinde, veri birbirini izleyen iki ayrı anketle toplanmakta, ilkinde beklentiler ikincisinde algılamalar (performans) ölçülmektedir. Daha sonra elde edilen beklenti skorlarından algılama skorlarının çıkarılmasıyla hizmet kalitesi skoru hesaplanmaktadır.

Hizmet kalitesi modeli



Şekil 1. 4: Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak : Sevgi Ayşe ÖZTÜRK, *Hizmet Pazarlaması*, Ekin Kitapevi, İstanbul, 2003, s.144

1.5.2.2.Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi

Hizmet kalitesinin geliştirilmesi hizmet işletmelerinin temel amaçları arasındadır. Berry, Parasuraman ve Zeithaml ABD’de hizmet kalitesine ilişkin on yıllık yoğun araştırmalara dayanarak çeşitli hizmet endüstrilerinde uygulanabilecek ve hizmetlerin iyileştirilmesi için gerekli olduğuna inandıkları on dersi şöyle sıralamaktadırlar (Öztürk, 2003:147)

- 1.Dinlemek
- 2.Güvenilirlik
- 3.Temel hizmet

- 4.Hizmet tasarımı
- 5.Telafi etmek
- 6.Müşterilere sürpriz yapmak
- 7.Adil davranmak
- 8.Ekip çalışması
- 9.İş gören araştırması
- 10.Hizmetkar liderliktir (Öztürk, 2003:141).

2.SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

2.1.SAĞLIK KAVRAMI

Sağlığın tanımını yapmak, sağlık sektörünün neleri içerdiğini ve sağlık hizmetlerini kavramak açısından önemlidir. Birçok kavramda olduğu gibi sağlığı tanımlamak için de farklı yaklaşımlar olduğu görülmektedir; çünkü sağlık, bireylerin her birinin farklı anlamlar yükleyebileceği bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü(WHO)'nün tanımına göre; “Sağlık sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir” (Yerebakan, 2000:14). WHO'nun bu tanımı tüm dünyada yaygın olarak kullanılmakta ancak birçok yazar tarafından da çeşitli yönleriyle eleştirilmektedir. Bu tanımda yer alan “iyilik” kavramının nasıl açıklanacağı yanında, “tam”ın nasıl ölçüleceği, cevaplanması zor olan sorulardır (Yerebakan, 2000:14).

Sağlığın resmi tanımları negatif ve pozitif tanımlar olmak üzere ikiye ayrılabilir. Negatif tanımlar sağlığı herhangi bir hastalığın, patolojik veya fiziki anormalliğin vs. olmaması şeklinde tanımlar (Tatar, M. ve F., 1998:11).

Bu negatif tanımlarda kişinin kendisini nasıl hissettiği önemsiz kabul edilip, hastalık durumu sadece tıbbi bir patoloji var ise kabul edilmektedir.

Sağlığın pozitif tanımlarında ise belirli niteliklerin varlığı vurgulanmaktadır. Bu tanımlar kendi içinde gruplandırılarak ele alınabilir;

- İdeal bir durum olarak sağlık,
- Fiziksel ve ruhsal uyum olarak sağlık,
- Bir mal olarak sağlık,
- Kişisel güç ve yeterlilik olarak sağlık.

2.1.1. İdeal Bir Durum Olarak Sağlık

DSÖ tarafından yapılmış olan tanım bu grupta incelenmektedir, çünkü DSÖ'nün tanımı insanı pozitif ve bütüncül yaklaşmayı önermektedir. Bazı yazarlar tanımın içerdiği boyutlara ek olarak dinsel, duygusal gibi diğer boyutların da eklenmesi gerektiğini söylemişlerdir.

2.1.2. Fiziksel ve Ruhsal Uyum Olarak Sağlık

Talcott Parsons'un teorisine göre fiziksel sağlığı yerinde olmayan biri toplumsal rol ve görevlerini yerine getirebildiği sürece sağlıklıdır.

Bu teori özellikle DSÖ'nün tanımını benimseyenler tarafından kabul görmemektedir. Çünkü bu tanıma göre insanların yaşamında pozitif değişim ve gelişimden çok içinde bulunulan durumu koruma ağırlık kazanmaktadır (Tatar, M. ve F., 1998:13).

2.1.3. Bir Mal Olarak Sağlık

Bu görüşe göre sağlık satın alınabilen, satılabilen, verilebilen veya bir kaza vb. sonucu kaybedilebilen bir maldır. Sağlık ile sağlık hizmetleri eşleştirilmiştir. Bu anlamda sağlık hizmetlerine yatırımın önemi vurgulanmaktadır.

2.1.4. Kişisel Güç ve Yeterlilik Olarak Sağlık

Bu görüşe göre sağlık; hastalıklara direnme, karşı koyma, ruhsal güç gibi durumlarla ilişkili olarak düşünülmelidir.

2.1.5. Sağlığı Etkileyen Faktörler

Şüphesiz sağlık kavramı toplumdan topluma, ülkeden ülkeye hatta kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir. Ancak sağlığı etkileyen faktörlerin en önemlilerini genel olarak şöyle gösterebiliriz;



Şekil 2. 1: Sağlığı Etkileyen Faktörler

Kaynak : Fahrettin ve Mehtap TATAR. *Yerel Yönetimler ve Sağlık*, Türk Belediyecilik Derneği Yayınları, Ankara, Aralık 1998, s.20

2.2.SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI

Sağlık sektörü içerisinde yer alan tüm öğelerin şüphesiz primer amacı sağlığın korunması ve geliştirilmesi sayılabilir. Böylelikle sağlıklı bireyler ve buna bağlı olarak da sağlıklı bir toplumun temeli atılması olasıdır.

Sağlık sektörü; sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki ürünü arz etmek ve talep etmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kurum, kuruluş, statü, ürün vb. unsurların tümünü belirtmek için kullanılan genel ve kapsayıcı bir kavramdır (Güleş ve Özata, Eylül 2005:2).

2.2.1.Toplumda Sağlık Hizmeti Veren Sektörler

Toplumda sağlık hizmeti veren sektörler koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üç başlık altında toplanmaktadır.

2.2.1.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu grupta yer alan hizmetler henüz hastalık oluşmadan önlemek ve sağlığın korunmasını amaçlamaktadırlar. Bu hizmetler üç düzeyde ele alınmaktadır;

-Primer koruma: Kişisel ve toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek için yapılan faaliyetleri içerir. Örnek: aşılanma, dengeli beslenme vb.

-Sekonder koruma: Kişisel ve toplumsal düzeyde erken teşhis ve tedavi önlemlerini içerir.

-Tersiyer koruma: Tıpkı rehabilite edici hizmetler gibi hastaların yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan faaliyetleri içerir.

Koruyucu sağlık hizmetlerini genel olarak iki başlık altında incelemek mümkündür. Bunlar;

2.2.1.1.1.Kişiye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri doğrudan bireylere yöneliktir.

Bunlar;

- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri,
- Sağlık eğitimi,
- Hijyen kurallarının öğretilmesi,
- Bağışıklama çalışmaları,
- İlaçla koruma,
- Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması,
- Erken tanı,
- İşçi sağlığı,
- İş güvenliği hizmetleri olarak sayılabilir (Güleş ve Özata, 2005:3).

2.2.1.1.2.Çevreye ve Topluma Yönelik Koruyucu Hizmetler

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler çevremizdeki zararlı fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek, düzelterek ya da insanları etkilemeleri önlenerek kişilerin sağlığını koruyabilmektir. Bu önlemler;

- Besin kontrolü ve güvenliği,
- Yeterli ve temiz su sağlanması,
- Hava kirliliğinin kontrolü,
- Atıkların kontrolü,
- Konut sağlığı,
- İş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü şeklinde sayılabilir (Yerebakan, 2000:20).

2.2.1.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastaları tedavi etmek amacıyla uygulanan teşhis ve tedavideki çalışmaları kapsamaktadır. Tedavi hizmetleri, en uç noktadaki tedavi birimi veya hastaneden en

üst seviyedeki modern üst müracaat hastanelerine kadar uzanan bir yapı içerisinde verilir (Yıldırım, 2000:3).

2.2.1.2.1.Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir (Yerebakan, 2000:20) .

Bunlar ülkemizde; sağlık ocakları, verem-savaş dispanserleri, poliklinikler, ana-çocuk sağlığı merkezleri şeklinde örneklendirilebilir.

2.2.1.2.2.İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastaların yatırılarak teşhislerinin konulduğu ve tedavi edildiği kuruluşlardır. Bunlar; devlet hastaneleri, özel hastaneler, üniversite hastaneleri, askeri hastaneler ve yataklı tedavi kurumlarıdır.

2.2.1.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

İleri düzeyde tanı, tedavi ve bakım gerektiren hastalara hizmet veren kuruluşlardır. Bunlara özel dal hastaneleri (onkoloji hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi gibi) örnek gösterilebilir.

2.2.1.3.Rehabilite Edici Hizmetler

Rehabilite edici hizmetler; doğum anomalileri, yaşlılık, hastalık ve kazalara bağlı olarak ortaya çıkan sakatlıkların etkisini en aza indirerek, kişinin kimseye muhtaç olmadan yaşantısını sürdürebilmesini amaç edinir (Güleş ve Özata, 2005:4).

Bu hizmetler tıbbi rehabilitasyon ile sosyal ve mesleki rehabilitasyon olarak iki şekilde verilebilir.

2.2.1.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

Bu hizmetler hekim ve sağlık personeli tarafından sağlanmaktadır.

Bedensel ve kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların düzeltilmesi çalışmaları bazı örneklerdir (Yerebakan, 2000:21).

2.2.1.3.2.Sosyal ve Mesleki Rehabilitasyon Hizmetleri

Sosyal çalışmacılar tarafından yapılan özürlü ve sakatlığı olan kişilere iş bulma, işe uyum sağlama veya öğretme gibi çalışmaları kapsar. Böylece bu kişiler sosyal hayatta aktif birer birey haline geçebilirler.

2.2.2.Sağlık Sektörü Örgütlenmesi

Türk sağlık sektöründeki aktörlerden bazıları kamu, yarı-kamu ve özel kurumlar ile dernek-vakıfların açtığı kurumlardır.

Tablo 2. 1- İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar, Türkiye

<u>POLİTİKA OLUŞTURMA</u>	<u>SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU</u>
Türkiye Büyük Millet Meclisi	<u>Kamu</u>
Devlet Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastaneleri
Yüksek Öğretim Kurumu	Savunma Bakanlığı
Anayasa Mahkemesi	
	<u>Özel</u>
<u>İDARİ KARAR ALMA</u>	Özel Hastaneler
Sağlık Bakanlığı	Vakıf Hastaneleri
İl Sağlık Müdürlükleri	Azınlık Hastaneleri
	Özel Çalışan Pratisyen/Uzman Hekimler
<u>SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI</u>	Ayakta Tedavi Klinikleri
Maliye Bakanlığı	Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri
Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK	Eczaneler
Bağ-Kur, Emekli Sandığı)	Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları
Özel Sigorta Şirketleri	
Kendi kendini finanse eden kurumlar	<u>Sivil Toplum Örgütleri</u>
Uluslararası Ajanslar	Kızılay
	Vakıflar, Dernekler

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, *Türkiye de Sağlığa Bakış*, Ankara, 2007, s.102

2.2.2.1.Hastanelerin Örgütsel Yapısı

Tablo 2. 2- Hastanelerin Örgütsel Yapısı

Devlet Hastaneleri	Özel Hastaneler
Başhemşire ve hastane müdürünün yardımcı olduğu başhekim tarafından yönetilir. Hastane müdürü; idari, mali ve teknik konulardan sorumludur.	Özel hastanelerin organizasyonu ve yönetiminde belirli bir format yoktur. Sağlık sisteminde özel hizmetlerin önünün açılmasıyla, atıl kapasite değerlendirilerek halkın sağlık hizmetlerine açılmıştır.

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, *Türkiye de Sağlığa Bakış*, Ankara, 2007, s.115

2.2.2.2.Sağlık Hizmetlerinin Arzı

Türkiye'deki sağlık hizmetleri kamu ve özel hizmet sunucular tarafından sağlanır. En büyük kamu hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığı olup SSK hastanelerinin de devredilmesiyle birlikte etkisi daha da artmıştır. Daha önce diğer devlet bakanlıkları (Savunma, Ulaştırma ve Milli Eğitim), bazı kamu kuruluşları ve belediyelerin de sundukları sağlık hizmeti de Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Yine üniversite hastaneleri de önemli hizmet sunucusudur.

Tablo 2. 3- Hastanelerin Dağılımı, Türkiye, Şubat 2007

BRANŞ	GENEL	EĞİTİM	TOPLAM
Kamu Hastaneleri			
<i>Devlet Hastaneleri</i>	604	27	631
<i>Kadın Doğum Hastaneleri</i>	58	6	64
<i>Çocuk Hastaneleri</i>	7	3	10
<i>Göğüs Hastaneleri</i>	18	4	22
<i>Yüksek İhtisas Hastanesi</i>	1	4	5
<i>Ruh Sağlığı Hastaneleri</i>	9	2	11
<i>Fizik Tedavi Hastaneleri</i>	8	2	10
<i>Onkoloji Hastaneleri</i>	1	1	2
<i>Acil Yardım ve Travmatoloji Hastaneleri</i>	4		4
<i>Kemik Hastalıkları Hastaneleri</i>	2	1	3
<i>Zührevi Hastalıklar Hastaneleri</i>	1		1
<i>Lepa Hastaneleri</i>	2		2
<i>Diş Hastaneleri</i>	1	1	2
<i>Meslek Hastalıkları Hastaneleri</i>	2		2
<i>Göz Hastalıkları Hastaneleri</i>		2	2
<i>İlçe Hastanesi</i>	36		36
Toplam	754	53	807
Üniversite Hastaneleri	-	-	56
Özel Hastaneler	-	-	305
Belediye Hastaneleri	-	-	6
Dernek ve Vakıf Hastaneleri	-	-	19
Yabancılar Ait Hastaneler	-	-	3
Azınlık Hastaneleri	-	-	5
Genel Toplam	-	-	1202

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, *Türkiye de Sağlığa Bakış*, Ankara, 2007, s.117

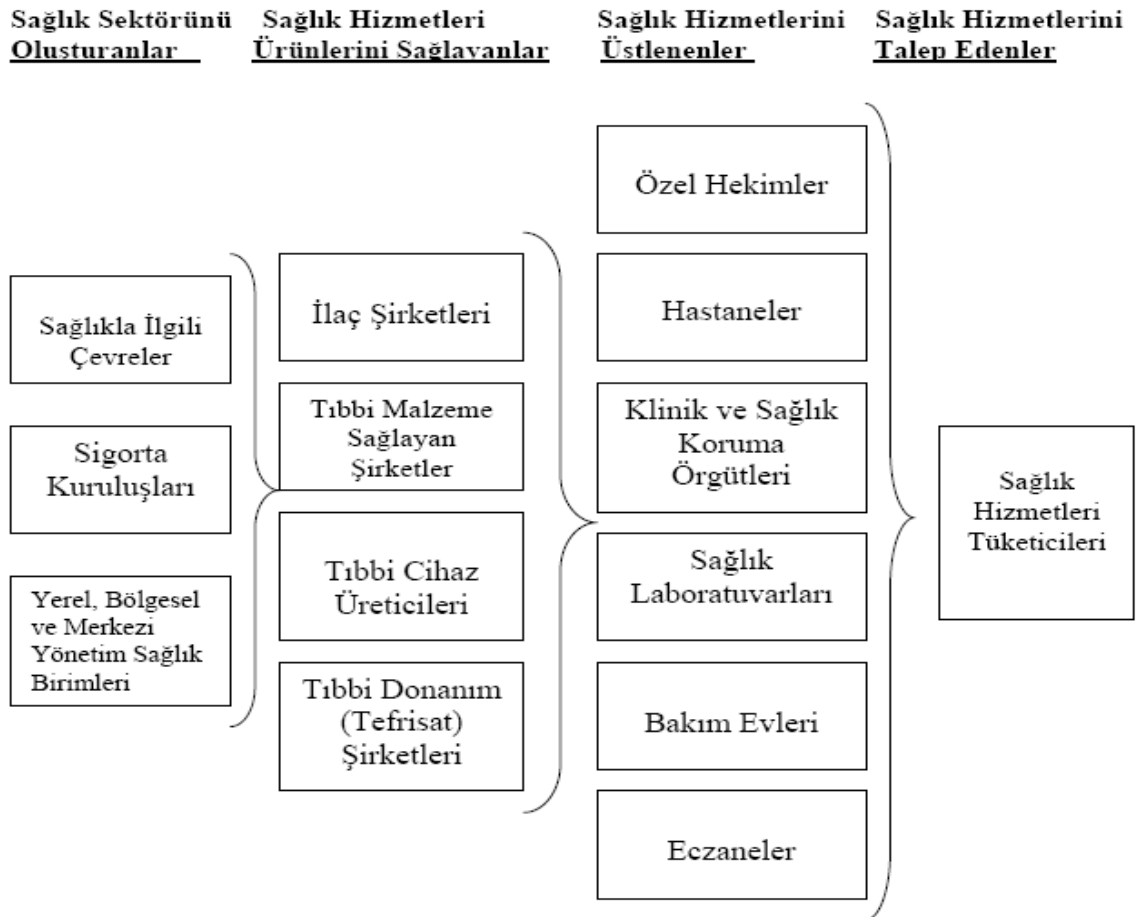
2.3.SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlıklı, uzun ömürlü olması ve verimli çalışması amacıyla yürütülen hizmetler bütünüdür. Toplumda her bireyin bu hizmete ihtiyacı olabileceği yani potansiyel müşteri oldukları düşünüldüğünde sağlık hizmetleri sunumunda yer alan işletmeler, diğer bütün hizmet sağlayan işletmelerden ayrı düşünülmelidir.

2.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Kapsamı

Sağlık hizmetleri; insanların fiziki ve mental durumlarının korunması, onarılması ve iyileştirilmesi amacı ile gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Başka bir tanıma göre; sağlık hizmetleri; insanın sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve mental kabiliyetleri azalmış olanların sağlıklarına kavuşturulması amacıyla uygulanan tıbbi faaliyetlerdir (Gümüş, 2005:59).

Sağlık hizmetleri endüstrisi; sağlık sektörünü oluşturan kurum ve kuruluşlar, sağlık hizmetlerinde gerekli ürün ve materyalleri sağlayanlar, sağlık hizmetini üstlenenler ve sağlık hizmetini talep edenlerden oluşmaktadır. Bunlar;



Şekil 2.2: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi

Kaynak : Önder Gümüş. *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2005, s.60

2.3.2.Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin tamamını içinde barındıran sağlık sektörü karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu karmaşık yapı sağlık hizmetini diğer hizmetlerden farklı kılan özelliklerden kaynaklanmaktadır. Bu farklılıklardan doğan sağlık hizmetleri ve sağlık sektörünün özelliklerini şu şekilde özetleyebiliriz;

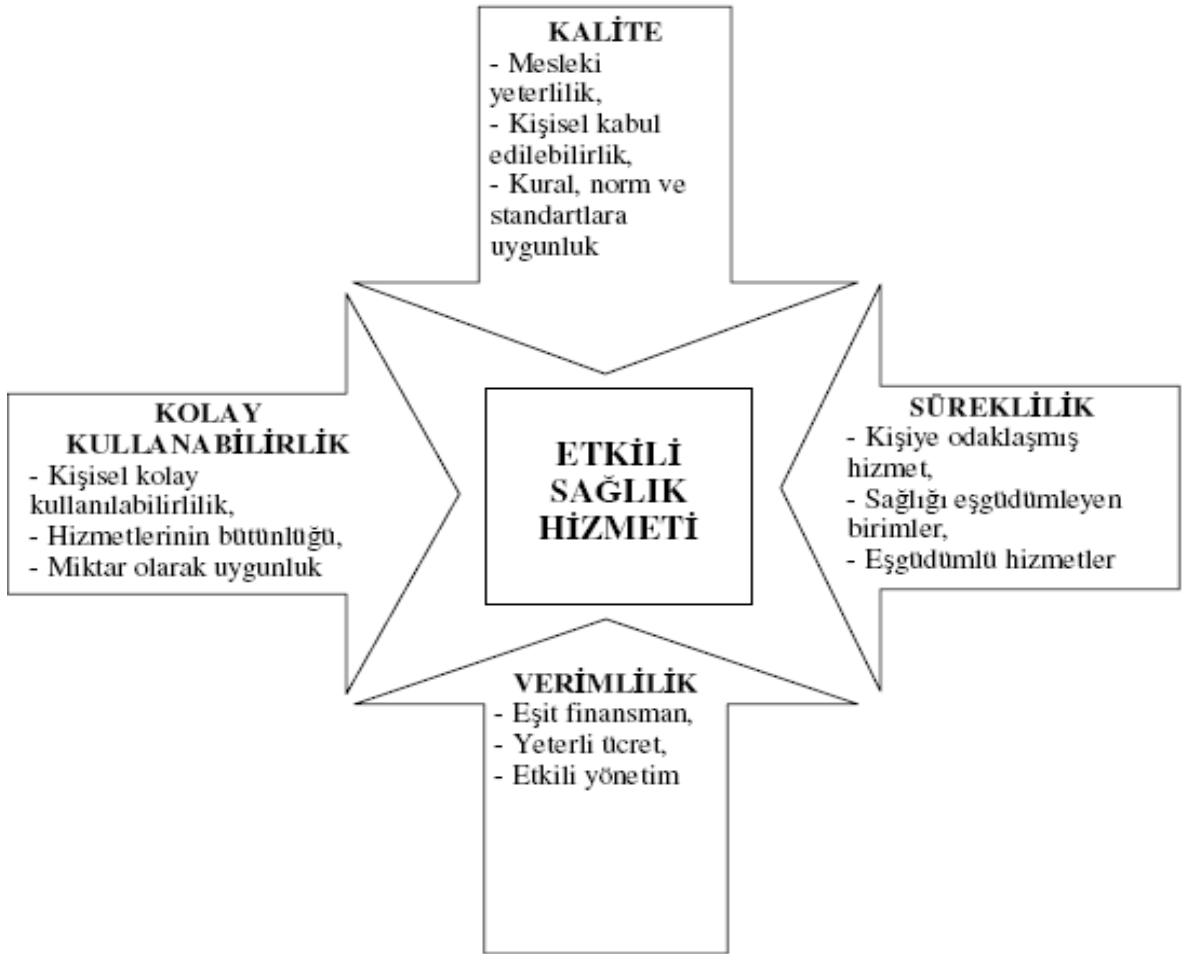
- 1) Bir mal ‘bir nesne, bir şey’ iken, bir hizmet ‘ bir eylem, bir performans, bir çaba’dır,
- 2) Hizmette üretim ve tüketim eş zamanlıdır,
- 3) Hizmet sektöründe tüketici ile doğrudan temas söz konusudur, iletişim yüz yüze gerçekleşmektedir,
- 4) Üretim sektöründe, üretilen malların stoklanması mümkün iken, hizmetlerin stoklanması mümkün değildir,
- 5) Sağlık sektörü yüksek düzeyde profesyonel yeterlik gerektirmektedir,
- 6) Sağlık sektöründe her biri ayrı bir birey olarak ele alınması gereken hastalara hizmet sunulduğundan, hizmet üretimi çok daha karmaşık bir süreçtir,
- 7) Sağlık sektöründe ileri teknoloji kullanılmakla birlikte, emek yoğun bir üretim söz konusudur (Yerebakan, 2000:46-48).

Sağlık işletmelerinin ayırt edici özelliklerini özetlemek gerekirse; (Yerebakan, 2000:49-50).

- Her zaman standart çıktı elde etmek zordur,
- Yapılan faaliyetlerin çoğu acil ve ertelenemeyecek özelliktedir,
- Uzmanlaşma vardır,
- Farklı meslek grupları iç içe hizmet vermektedir,
- Çatışmaya yol açan ikili otorite yapısı vardır,
- İnsan kaynakları ağırlıklı olarak, kurumsal hedeflerden çok mesleki hedefleri önceleyen profesyonellerden oluşur,
- Hizmetin dolayısıyla gelirin belirleyici bölümünü oluşturan hekimlik fonksiyonları, tümüyle denetlenebilir özellikte değildir,
- Yapılan işlemlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır.

Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri

Sunulan sağlık hizmetinin etkililiğini; hizmetin kalitesi, kolay kullanılabilmesi, hizmetin sürekli olması ve verimliliğine bağlıdır. Etkili bir sağlık hizmeti amaçlanan ve hedeflenen sonuçları elde etmek açısından önem taşımaktadır.



Şekil 2.3: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri

Kaynak : Şahin KAVUNCUBAŞI, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2000, s.65

2.3.3.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri amaçlarına, sağlık sorunlarına, sağlık hizmetlerini arz eden servislere ve benzeri çok değişik kriterlere göre sınıflandırılabilir. Ancak bu sınıflandırmalar içinde en yalın ve genel kabul görmüş olanı sağlık hizmetlerinin amaçlarına göre sınıflandırılmasıdır (Karafakıoğlu, 1998:106).

2.3.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Amaçlarına Göre Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin primer amacı sağlığın korunmasıdır ve herhangi bir sağlık problemi ortaya çıktığında tedavisinin sağlanmasıdır. Amaçlarına göre sağlık hizmetleri 3 gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleridir.

Sağlık hizmetlerinin amaçlarına göre sınıflandırılması sağlık sektörü konu başlığı altında bahsedildiği şekildedir.

2.3.3.2.Sağlık Hizmetlerinin Konularına Göre Bölümlendirilmesi

Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda çeşitli bölümler bulunmaktadır. Genel olarak bunlar; kardiyoloji, kalp-damar cerrahi, kadın-doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak-burun-boğaz, diş, cildiye, çocuk cerrahisi, iç hastalıkları, endokrinoloji, nefroloji, üroloji, beyin cerrahi, gastroenteroloji, nöroloji, göğüs hastalıkları, ortopedi, göz hastalıkları, psikiyatri, anestezi, onkoloji, yoğun bakımlar, hematoloji, ameliyathane, plastik cerrahi, göğüs cerrahi, radyasyon onkolojisi, acil servis olarak sayılabilir. Bu birimlerin mevcudiyeti hastaneden hastaneye değişebilmektedir. Tam teşekküllü hastanelerde tüm birimleri bir arada bulmak mümkünken daha küçük hastanelerde dar bir yapı söz konusudur.

2.3.3.3.Sağlık Hizmetlerinin Kademelerine Göre Sınıflandırılması

- Birinci kademe sağlık hizmetleri
- İkinci ve üçüncü kademe sağlık hizmetleri

2.3.3.3.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmeti veren en önemli ve koruyucu sağlık hizmeti sunan tek kurumdur. Bu hizmetler, sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırmasını temel alan 1961 yılında çıkartılan yasa uyarınca ülke çapına yayılmış sağlık ocakları ve sağlık evleri ile verilir (Türkiye’de Sağlığa Bakış, 2007:118).

Temelde, Sağlık Bakanlığı kurumlarında tedavi, vatandaşların herhangi bir sigorta sistemine bağlı olmasına bakılmaksızın, ücretsiz ve herkese açıktır. Fakat hastalar, ilaçlarda kurum tarafından karşılanan (çalışan%20, emekli%10) miktarın dışında kalan kısım için ödeme yapmak zorundadır (Türkiye’de Sağlığa Bakış, 2007:121).

Aile hekimliği uygulaması

Aile hekimi; ailenin henüz doğmamış çocuğundan en yaşlı üyesine kadar, ailenin tüm bireylerinin hekimi olarak tanımlanır. Bu kapsamda, bireysel koruyucu sağlık önlemleri ile ayakta tedavi ve evde bakım hizmetleri de aile hekimliği kapsamına girer (Türkiye de Sağlığa Bakış, 2007:123).

Aile hekimleri, birinci basamakta hizmet vermek üzere özel eğitim almış hekimleri ifade etmektedir (Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2007:48).

2.3.3.3.2.İkinci Basamak Ayakta Tedavi Hizmetleri

Birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilemeyen hastalar hastanelerin ayakta tedavi bölümlerine başvurumaktadırlar. Ancak birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebilen hastaların hastanelere başvurması ile ayakta tedavi kurumlarına aşırı yüklenilmesi tedavi masraflarını arttırmakta ve kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasına engel olabilmektedir.

2.3.3.3.3.Üçüncü Basamak Yataklı Tedavi Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler yataklı tedavi hizmeti sunan asıl kamu tedarikçileridir. 2006 yılı sonu itibariyle Sağlık Bakanlığı hastaneleri tüm hastanelerdeki yatak sayısının yaklaşık %67,7 sine sahipken, üniversite hastanelerinde bu oran %15,1 civarındadır (Türkiye de Sağlığa Bakış, 2007:127).

2.3.4.Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalitenin bu yüzyıldan çok öncesine giden uzun bir tarihi vardır. MÖ 5.yüzyıldan Hipokrat'ın yazılı mesleki davranış kuralları, MÖ 1100'de Chou hanedanının, doktorların mesleğini uygulamaya başlamadan önce bir sınavı geçmelerini istemesi ve doktorlara yapılan ödemeleri hasta sonuçlarına göre belirlemesi, MS 1000'de İran'da tıbbi uygulama yapan herkesin bilgisinin sınavla değerlendirilmesinin istenmesi, uzak geçmişteki önemli gelişmelerden bazılarıdır (Kaya, 2005:17).

Kalite iyileştirme “müşterilerin ihtiyaçları ve beklentilerini anlamayı ve bunların daha iyi karşılanabileceği yolları araştırmayı amaçlayan sürekli bir süreç” olarak tanımlanmaktadır (Kaya, 2005:32).

2.4.SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

2.4.1.Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Çevresi

Sağlık hizmetleri pazarlama politikaları; hizmet sunumundaki kaynakların etkin kullanımı ve tüketicilerin (müşterilerin) ihtiyaçlarının doyuma ulaştırılması için oldukça gereklidir.

Sağlık hizmetleri verilirken ve pazarlama politikaları belirlenirken çeşitli çevresel faktörler ve pazarlama çevresini oluşturan faktörler etkili olmaktadır.

Müşteri olarak nitelendirilen sağlık hizmeti alan bireylerin ilgi, inanç, değer ve tutumları, sosyo-ekonomik durumları, kültürel yapı, demografik yapı, ülkedeki yasalar, kanun ve yönetmelikler gibi çevresel faktörler sağlık hizmetlerine olan talep ve hizmetin sunumunu etkilemektedir.

Kısaca ifade etmek gerekirse herhangi bir (t) anında sağlık işletmesinin talebi, takip ettiği pazarlama politikaları ile içinde yaşadığı çevreye ilişkin faktörlerin fonksiyonudur (Karafakıoğlu, 1998:32).

$T=f$ (sağlık işletmesinin takip ettiği politikalar) (çevresel faktörler)

Pazarlama çevresini oluşturan faktörleri kısaca;

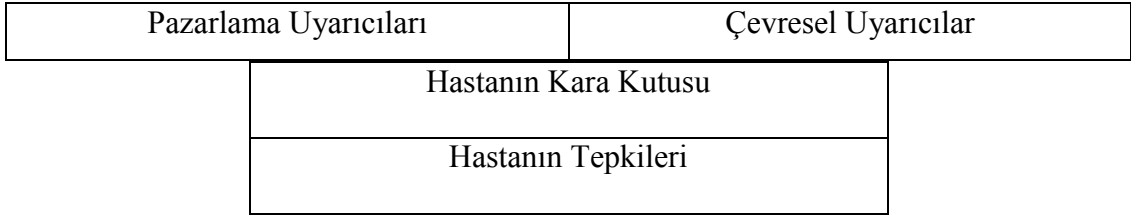
- Müşteriler ve diğer kamuoyu grupları
 - *İşletmeye ihtiyaç duyduğu girdileri sağlayan kamuoyu grupları
 - *İşletme içi kamuoyu grupları
 - *Aracı kamuoyu grupları
 - *İşletmenin ürettiği mal veya hizmetleri satın alan ve tüketen kamuoyu grupları
- Demografik yapı (toplam nüfus, nüfusun yapısı gibi)
- Hastanın gelir düzeyi ve genel ekonomik koşullar
- Örf ve adetler
- Rekabet (pazardaki rekabet arttıkça kapasite kullanım oranı, farklılaşma ve böylelikle müşteri seçeneklerinde artı olmaktadır.) şeklinde sıralanabilir (Karafakıoğlu, 1998:33-40).

2.4.2.Sağlık Hizmetleri Müşterileri ve Davranışları

Sağlık hizmeti alma ihtiyacı olan veya hizmeti almaya karar vermiş olan tüketicilerin bu kararı almasında birçok faktörün, farklı mekanizmalar yoluyla etkili olduğu düşünülmektedir.

Tüketicilerin karar verme mekanizmasını açıklamaya çalışan “uyarıcı-tepki modeli” ne göre müşteriler karar verirken pazarlama uyarıcıları ve çevresel uyarıcıların etkisi altında kalmaktadır.

Hastanın Davranışları (Uyarıcı-Tepki) Modeli

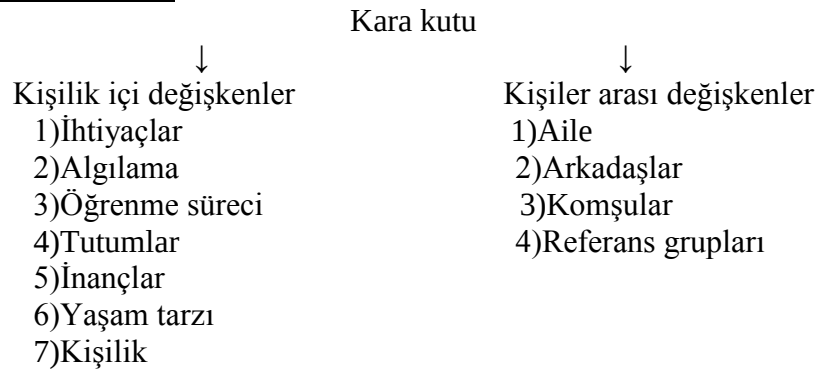


Şekil 2. 4: Hastanın Davranışları (Uyarıcı-Tepki) Modeli

Kaynak : Mehmet Karafakıoğlu, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayını, Yayın No: 271, 1.Baskı, İstanbul, 1998, s.69

Pazarlama uyarıcıları; hizmetin verildiği kuruluşun kontrolü altında olan; ücret, hastalarla iletişim, yemek, otopark gibi hizmetleri, çevresel uyarıcılar ise bu kuruluşların kontrolü dışındaki; toplumsal yapı, çevresel faktörler, toplumun sağlığa bakış açısı gibi durumları kapsamaktadır. Her iki gruptaki uyarıcılarda hasta kararlarını, dolayısıyla da sağlık hizmetini veren kuruluşu etkilemektedir.

Hastanın kara kutusu;

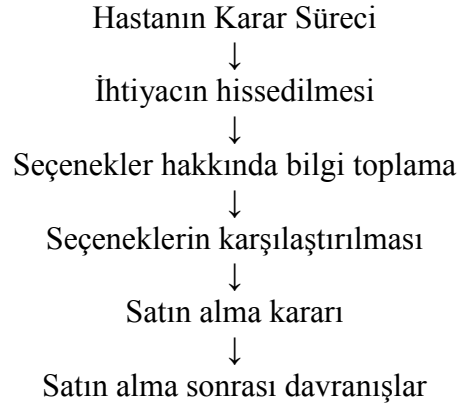


Şekil 2.5: Kara Kutu Modeli

Kaynak : Mehmet Karafakıoğlu, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayını, Yayın No: 271, 1.Baskı, İstanbul, 1998, s.71

Karar verme süreci

Mal veya hizmeti satın alma kararı 5 aşamalı bir süreçten oluşmaktadır;



Kişilerin sağlık kuruluşlarına başvurması için hasta olmalı şart değildir, kendilerinde bu ihtiyacı hissetmeleri, bu ihtiyacın uyarılmış olması yeterlidir. Bazen kişiler hasta olmalarına rağmen bunu bir sorun olarak algılamayıp, teşhis ve tedavi hizmetlerinden yararlanmamayı tercih edebilmektedirler.

2.4.3.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Memnuniyeti

Sağlık hizmetlerinde müşteri(hasta) memnuniyeti; kurumların imajı, mevcut müşteri kayıplarının önlenmesi ve yani müşteri kazanımları açısından önem arz etmektedir.

Memnuniyet, hastanın satın alma öncesindeki beklentilerinin satın alma sonrası en azından karşılanması sonucu oluşmaktadır (Karaca, 2006:50).

Günümüzde her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de artan rekabet şartları ile birlikte sağlık kurumları da kalite ve memnuniyete gereken önemi vermek durumundadırlar. Kurumlar kendilerine olan talebi arttırmak için değişen müşteri istek ve ihtiyaçları doğrultusunda yeni düzenlemeler yoluna gitmektedirler. Hastaların belli bir kurumu tercih edip hizmetten yararlanmış olmaları tek başına bir anlam taşımamakta, müşterilerin hizmeti satın alma sonucundaki davranışları memnuniyet düzeyinin ölçümünde kabul görmektedir.

Hasta memnuniyeti; hizmetin sunucuları, hizmetin sunulduğu fiziksel ortam, doğru tanı ve tedavi yöntemleri, iyileşme durumu, kurumun sahip olduğu otelcilik hizmetleri gibi birçok faktörden aynı anda etkilenmektedir. Sağlık hizmetleri tüm bunları içine alan bütüncül bir yaklaşım olmayı hedeflemektedir.

3.DIŞ KAYNAK KULLANIMI VE SAĞLIK İŞLETMELERİNİN DIŞ KAYNAK KULLANIMI SÜRECİ

3.1.DIŞ KAYNAK KULLANIMI

Gelişen piyasa ve rekabet koşullarında işletmeler, önceliklerini belirleyerek kendi sahip oldukları yetenek ve becerileri esas alan işlerin dışındaki işleri bu konuda uzmanlaşmış firmalara devrederek dış kaynak kullanımı yoluna gitmektedirler. 1980’li yıllarda ortaya atılan bu kavram yaygın olarak 1990’lı yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmıştır.

3.1.1.Dış Kaynak Kullanımının Tanımı

Günümüzde değişen, gelişen pazar ve rekabet koşulları işletmeleri, müşteri memnuniyetini üst düzeye çıkartmak için çeşitli faaliyetlere yöneltmiştir.

Bu arayışla işletmeler, ayakta kalmak ve rekabet üstünlüğü kazanmak için müşterilerine daha fazla değer yaratacak mal ve hizmetleri etkin bir şekilde sağlayabilmek amacıyla temel yeteneklerine odaklanarak, temel olmayan destekleyici fonksiyonlarını başka işletmelerden tedarik etmeye yönelmişlerdir. Bu uygulamaya “dış kaynak kullanımı-DKK (dış kaynaklardan yararlanma-outsourcing) denilmektedir (Karaca, 2006:50).

Başka bir ifadeyle dış kaynak kullanımını bir firmanın bir kendi iş süreci ile ilgili sahiplendiği bir başka firmaya kendi tanımladığı koşullar altında devretmesi şeklinde tanımlayabiliriz (Eğin, 2009:49-50).

Bu şekilde yapılan uygulamalar işletmelere önemli ölçüde zaman ve maliyet tasarrufu avantajı sağlamaktadır. Günümüzde işletmeler birçok faaliyet ve ihtiyaçlarının yaklaşık %60’ını işletme dışı kaynaklardan elde etme yoluna gitmişlerdir.

Çeşitli fonksiyonlarında dış kaynak kullanımına giden şirketler, kendilerini rakiplerinden ayırt eden temel yetkinlikleri üzerine daha fazla odaklanma fırsatı yaratmaktadırlar (Eğin, 2009:49-50).

Bragg'ın dediğine (1998) göre; işletmeleri dış kaynak kullanımına iten temel sebepler arasında; yeni yetkinlikler edinmek, daha iyi bir yönetim sağlamak, stratejiye ve temel fonksiyonlara odaklanmak, büyük ölçekli yatırımlardan kaçınmak, hızlı büyüme durumunda yönetimi desteklemek, aşırı yoğunluk yaşanan birimlerin idaresini sağlamak, maliyetlerde esneklik sağlamak, performans oranlarını yükseltmek, kurum içinde rakip müdürden kurtulmak, rakip firma davranışlarını taklit etmek, firma adına duyulan saygıyı arttırmak, yeni bir teknoloji ya da lokasyona geçişte var olan fonksiyonları sürdürebilmek, maliyetleri düşürmek, performans arttırmak ve alınan stratejik bir kararın kabullendirilmesi olarak sayılabilir (Bragg, 1998:1-5).

Dış kaynak kullanımı kavramını daha iyi anlamak için öncelikle temel yetenek kavramının anlaşılması önemlidir. “Temel yetenek, bir işletmeyi başka işletmelerden ayıran, işletmenin vizyonunu gerçekleştirmede temel rol oynayan, rakipler tarafından kolayca taklit edilemeyen bilgi, beceri ve yeteneği ifade etmektedir (Koçel, 2001:313).

İşletmeye rekabet gücünü veren bu temel yetenektir. İşletmelerde bu temel yetenek ile doğrudan ilgili iş ve faaliyetler işletme bünyesinde yürütülmeli, diğer tüm işler dış kaynak kullanımına tabi tutulmalıdır. Bu şekilde hem organizasyon yalınlaşacak (yalın organizasyon), hem organizasyon kademeleri azalacak, hem de üst yönetim stratejik konularda düşünmeye daha fazla zaman bulacaktır (Ecerkale ve Kovancı ,2005:70).

Temel yeteneklerin özellikleri; bir ustalık ve bilgi kümesi olması, esnek ve sınırlı sayıda olması, değer zincirindeki boşlukları ve eksiklikleri dolduracak alanlarda seçilmiş olması olarak sıralanmaktadır (Gençyılmaz ve Zaim, 2000:131).

İşletmelerin temel yeteneklerini belirlemesi, faaliyetleri planlamak açısından oldukça önemlidir. İşletmeler temel yeteneklerini belirledikten sonra dış kaynak kullanımına ihtiyaç olup-olmadığına karar vermek durumundadırlar. Dış kaynak kullanarak işletmeler kendileri için önemli olan bu temel yeteneklere daha iyi odaklanarak pazarda rekabet avantajı sağlayabilirler.

İşletmeler kendilerine rekabet avantajı sağlayan ana faaliyetleri ile ilgili işlerin dışındaki tüm işleri başka işletmelere yaptırmak suretiyle, hem kaynak tasarrufu yapmakta, hem yapı olarak küçülmekte (downsizing) ve yalın hale gelmekte, hem de en iyi bildikleri iş üzerinde yoğunlaşma fırsatı bulmaktadırlar (Koçel, 2002:315). İşletmelerdeki bu küçülme, yalınlaşma pazar payının küçülmesi anlamında değil, verimliliği artırma yolunda yapı anlamında bir daralmadır.

Dış kaynak kullanımı yoluyla birçok işletme arasında hizmet alış-verişleri ve bu sayede bir nevi ortaklıklar kurulmaktadır. İşletmeler temel işlevleri dışındaki işlevlerini başka işletmelere yaptırırken uygun kalite, maliyet ve verimliliği sağlamak amacıyla piyasa araştırmalarına önem vermek zorundadırlar.

3.1.2.Dış Kaynak Kullanımının Gelişimi

Dış kaynak kullanımının temelleri eskilere dayanmaktadır. Ülkemizde özellikle inşaat sektöründe “taşeron kullanma” veya imalat alanında “fason üretim” olarak bilinen işletmecilik uygulamaları dış kaynak kullanımı olarak görülebilir (Öncü ve Işkın, 2009:144).

Dış kaynaklardan yararlanma kavramı, İngilizce’ de ilk olarak 1982 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Bu kavram, tedarikçi bir işletmenin başka bir işletme için mal veya hizmet sağlama uygulamasını belirtmek amacıyla kullanılmıştır. Dış kaynaklardan yararlanma, bir departmanın satın alınmasından veya üretim ve hizmetin elden çıkarılması değildir, bu uygulama organizasyon için yapılması ve elde tutulması zorunlu olan faaliyetlerle ilgilidir (Ergin ve Şahin, 2005:56).

Dış kaynak kullanımının tarihsel gelişimi;

1989	⇒ Eastman Kodak örneği
1970'li yıllar	⇒ Akademik çalışmalar, yönetim yaklaşımı olarak benimsenmesi
18.yy.	⇒ Sokak lambalarının ve yolların bakımı, tutukluların taşınması, posta hizmetleri, demiryolu yapımı ve yönetimi, su depolarının idaresi
19.yy.	⇒ Ateşli silah yapımı
Roma dönemi	⇒ Vergi tahsilatı

Şekil 3. 1: Dış Kaynak Kullanımının Tarihsel Gelişimi

Kaynak : Atilla KARAHAN, *Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi; Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma*, Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 12, Sayı 21, Haziran 2009, s.188)

Dış kaynak kullanımı kavramı ilk ortaya çıktığında maliyet azaltmak için yapılan bir uygulama olarak görülürken, günümüzde bunun yanı sıra verimlilik ve etkinliği arttırmak, müşteri tatmini yaratmak için yaygın olarak kullanılan bir strateji durumuna geçmiştir. İşletmeler tüm fonksiyonlarını kendileri gerçekleştirmeye kalkarlarsa büyürler ancak hantallaşabilirler.

Dış kaynaklardan yararlanma uygulamalarının son zamanlarda ülkemizde de yaygınlık kazanmasının önemli sebepleri; artan rekabet şartları, globalleşme ve teknolojik gelişmeler olarak sayılabilir. Tüm bunlar dış kaynak kullanımına ilişkin rekabeti de beraberinde getirmiştir. Dış kaynak kullanımının en çok tercih edildiği alanlar; yönetsel faaliyetler, dağıtım, lojistik, üretim, müşteri hizmetleri, insan kaynakları ve finansdır. Ülkemizde ise işletmelerde dış kaynak kullanımına örnek olarak en sık rastlanan hizmetler; yemek, temizlik, personel ve taşımacılık olarak sayılabilir.

ABD ve Avrupalı firmaların dış kaynak kullanımı tercihlerindeki ülkeler ve yüzdeler ise aşağıdaki gibidir:

Tablo 3. 1- ABD ve Avrupa da Dış Kaynak Kullanımı

ABD:	AVRUPA:
Hindistan %90	Hindistan %45
Çin %20	Macaristan %18
Filipinler %20	Slovakya %18
Kanada %15	İsviçre %18
Meksika %10	Romanya %18
Avustralya %5	Avusturya %9
Brezilya % 5	Belarus %9
İrlanda %5	İrlanda %9

Kaynak: Türkoğlu, Y. (2005). T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı İhracatı Geliştirme Etüt Merkezi Uzman/Ticari Bilgi Sistemleri Dairesi, Bilgi ve İletişim Teknolojileri Yazılım Sektörü ve Dış Kaynak Kullanımı, s.34.

Amerikalı firmalar dış kaynak kullanımında en büyük alıcılar olup firmaların lokasyonlarına önem vermezken, Avrupalı firmalar nispeten önem vermektedir. Belirgin biçimde bu alanda Hintli firmaların ağırlığı hissedilmektedir (Türkoğlu, 2005:34)

İlk uygulamaları yedek parça alanında Amerikan otomotiv sektöründe görülen dış kaynak kullanımı, günümüzde o kadar yaygınlaşmıştır ki, kuruluş amacı sadece dış kaynak kullanımı fonksiyonu görmek olan işletmeler kurulmuştur (Karahana, 2009:185-199).

Kısacası dünyada dış kaynak kullanımının yaygınlığı ve kullanım alanları ülkeler arası farklılıklar göstermektedir.

3.1.3.Dış Kaynak Kullanımının Sağladığı Yararlar

Dış kaynak kullanımının işletmelere sağladığı faydaları aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür;

- Stratejik faaliyetlere odaklanmak
- Yönetmel esneklik
- Yeniden yapılanma

- Zaman ve maliyet tasarrufu
- Riski azaltmak ya da paylaşmak
- Küçülmek (downsizing)
- Alt sektörlerin oluşumunun sağlanması
- İşletmelerin büyümesi
- Yüksek motivasyon ve üretkenliğin artması
- Hizmetin gerektikçe alınması
- İş gücünün artması
- Etkinlik ve verimliliğin artması
- Yüksek kalitede mal veya hizmet üretiminin sağlanması
- Yeni teknolojilere uyum hızı ve aktif kullanımı
- İşletme bazında uzmanlaşma

3.1.4.Dış Kaynak Kullanımının Sakıncaları

Bir işletmenin herhangi bir alandaki fonksiyonunu başka bir işletmeye devretmek suretiyle dış kaynak kullanmasının birçok avantajının olmasının yanı sıra bununla ilgili bir takım riskleri de içermektedir. Bir hizmet sağlayıcıya bir fonksiyonu devretme kararını vermeden önce dış kaynak kullanımı kararını verecek olan kimsenin/işletmenin bu risklerden haberdar olması gerekmektedir (Bragg, 1998:7).

Bu riskler genel olarak;

- İşletmelerin yeteneklerinin kaybedilmesi ve yanlış yeteneklerin geliştirilmesi,
- İşletmenin esnekliğinin kaybedilmesi,
- Dış kaynağı sağlayan işletmelerin üzerindeki kontrolün yitirilmesi ve aşırı bağımlı hale gelinmesi,
- Personel sayısında meydana gelen düzenlemelerin personeli huzursuz etmesi,
- İşletmelerin kısa vadeli ekonomik amaçlara odaklanması,

-İşletmenin riski paylaşma yerine tek taraflı çıkarlara yönelmesi,

-İşletmeler arasında güven duygusu oluşmaması,

-İşletmelerin dış kaynak kullanımında maliyetlerini gerçekçi bir şekilde öngörememesi ile tahmin edilemeyen ve dış kaynak kullanımı sözleşmesinde yer almayan çeşitli ek maliyetler ile karşılaşması, bu durumun işletmenin dış kaynak kullanarak elde etmeyi düşündüğü tasarruf olanaklarını sınırlandırması şeklinde sayılabilir (Öncü ve Işkın, 2009:149).

-Kritik bir takım bilgiler dış kaynakta kalabilir,

-Dış kaynak sağlayıcısı ile ilgili problemler işletmeye de doğrudan yansiyabilir.

Ayrıca dış kaynak kullanımı, tedarikçi seçiminde; sevkiyat, dönüşüm ve stratejik riskleri de beraberinde getirebilir.

3.2.SAĞLIK HİZMETLERİ VE DIŞ KAYNAK KULLANIMI

3.2.1.Dış Kaynak Kullanımının Sağlık Hizmetleri Pazarlaması İçindeki Yeri

Ülkemizde sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda dış kaynak kullanımı gibi çağdaş yönetim ve organizasyon tekniklerine yeterince önem verilmediği görülmektedir.

Dış kaynak kullanımı yöntemi ile birlikte kaliteli, düşük maliyetli bir hizmet sunumu ile etkin ve verimliliği yüksek işletmeler elde etmek mümkündür.

Sağlık hizmeti sunan işletmeler de dış kaynak kullandıkça rekabet artacak, artan rekabet koşullarının işletmeler ve hizmet sunulan müşterilere olumlu şekilde yansımaları görülecektir.

Hastanelerde dış kaynaklardan yararlanma yöntemi genellikle; tamir, bakım, temizlik, ulaştırma, yiyecek ve içecek hizmetleri gibi destek hizmetlerine yönelik olarak uygulanmaktadır (Karahana, 2009:190).

Hastaneler genellikle temel hizmetleri olan sağlık hizmetleri dışındaki; temizlik, yemek, bakım, ulaşım, bilgi işlem gibi hizmetleri taşıyan firmalara vermektedir.

Atilla Karahan, 20 hastanede yaptığı bir uygulama sonucunda aşağıdaki verilere ulaşmıştır;

Tablo 3. 2- Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Uygulanan Konuların Etkinliği

DKK TÜRÜ	SIKLIK	YÜZDE (%)
Yemek hizmetleri	77	90,5
Temizlik hizmetleri	78	91,7
Bilgisayar otomasyon hizmetleri	74	87,7
Güvenlik hizmetleri	67	78,8
Çamaşırhane hizmetleri	65	76,4
Laboratuvar hizmetleri	62	72,9
Radyoloji hizmetleri	65	76,4

Kaynak : Atilla KARAHAN, *Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi; Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma*, Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 12, Sayı 21, Haziran 2009, s.194

Günümüz hızla değişen piyasa koşulları ve rekabet ortamı dış kaynak kullanımını gerekli hale getirmiştir. Hastaneler de dış kaynak kullanarak kendi temel yeteneklerine odaklanmış, geri kalan hizmetleri tedarikçi firmalara devrederek mevcut hizmet kalitesini, etkinlik ve verimliliğini arttırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin dayandığı temel unsur “insan”dır. Ancak insana hizmet ederken özellikle tıbbi cihaz ve uygulamalarda son teknolojiyi hizmete sunmak rekabette başarılı olmanın yanında işletmeler için hayati öneme sahiptir. Sağlık işletmeleri her zaman bu teknolojileri satın alabilme gücüne sahip olamayabilir. Dış kaynak kullanımı bu anlamda devreye girdiği takdirde bu cihazları ve malzemeleri kiralamak, belli bir süre kendi hizmetine dahil etmek mümkün olmakta ve böylelikle hasta memnuniyeti de gerçekleşmektedir. Bu tip ortaklıklar farklı sağlık kuruluşlarını bile birbirlerinin tamamlayıcısı şeklinde bir araya getirebilmekte, böylelikle kaynak

israfı önlenip, hasta mağduriyeti giderilebilmektedir. Bu avantajları kullanarak hastaneler asıl işlevleri olan sağlık hizmetlerini sunma kolaylığı ve müşteri memnuniyetini sağlayabilmektedir.

3.2.2. Dış Kaynak Kullanımının Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Etkisi

Sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda, hizmetin kendi özelliğinden dolayı (acil, ertelenemez) pek çok birim eksiksiz ve birbiriyle koordineli olarak çalışmak durumundadır. İşletmeler ancak dış kaynak kullanarak temel yeteneklerini geliştirip, diğer hizmetleri de beraberinde sunabilirler.

Dışarıdan satın alınacak hizmetler belirlenirken; işletmenin kendi şartları, dış çevre faktörleri, rekabet şartları, müşteri istek ve ihtiyaçlarını birlikte değerlendirmek doğru bir yaklaşım olacaktır.

Tedarikçi işletmeler alanlarında uzman, teknolojik faaliyetlerle paralel, istenilen standartları sağlayabilecek konum ve olanaklara sahip olmalıdır. Aksi takdirde hizmeti satın alan işletmeler dış kaynak kullanımının dezavantajları ile karşılaşabilmektedirler.

Dış kaynak kullanımı ile hastaneler, organizasyonel olarak bir küçülme yaşarken, temel yeteneklere odaklanmaları sayesinde daha fazla işi yapabilmektedirler. Böylelikle üretim fonksiyonu etkinliği artarak pazarlamaya da olumlu etki etmektedir.

3.2.3. Dış Kaynak Kullanımının Hasta Memnuniyetine Etkisi

Sağlık hizmeti sunan işletmeler dış kaynak kullandıklarında hız, esneklik ve maliyet avantajı sağlayabilirler. Ayrıca teknolojik gelişmelere ayak uydurmak ve değişimi yakalamak, sektörel konum ve tutunma faaliyetleri açısından oldukça önemlidir. İşletmeler dış kaynak kullanarak istediği iş sonuçlarına ulaşabilir.

Hastaneler bünyesinde tıbbi hizmetin (tanı, teşhis, tedavi) yanı sıra birçok hizmet bileşimini de (yemek, temizlik, ulaşım, tamir, bakım, otelcilik vb.) barındırmaktadır. Bu çok yönlü yapıdan dolayı iç ve dış müşterilerin memnuniyetinin önemi ön plana çıkmaktadır.

Müşteri memnuniyetinde; temel faaliyetlerde ve destek hizmetlerinde hastaların beklentilerine cevap verebilmek, hastanın ihtiyacı olan bütün hizmetleri tek bir kurumdan elde etmesi önem taşımaktadır.

Temel faaliyetlerin dışındaki hizmetlerde dış kaynak kullanımı yoluna giden işletmeler aldıkları hizmetlerin kalitesini yüksek tutarak iyi bir hizmet ve bunun sonucunda memnun müşteriler elde edebilirler.

Hizmet işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı da önemlidir. Eğer gerçekleşen hizmet müşterilerin beklentisini aşıyorsa büyük ihtimalle müşteri tatmin olacak ve işletmenin sunduğu hizmetlerden yararlanmaya devam edecektir. Müşteri sürekliliği hizmet kalitesinin belki de en önemli göstergesidir (Özgener ve Küçük, 2007:344).

3.3.SAĞLIK SEKTÖRÜNDE DİŞ KAYNAK KULLANIM SÜRECİ

Dış kaynak kullanımı birbirini tamamlayan ardışık birkaç aşamadan oluşan bir süreçtir. Süreç tamamlandıktan sonra dış kaynak kullanımı kararı ve bu karar doğrultusunda satın alınacak hizmetler belirlenebilmektedir.

3.3.1.İhtiyacın Belirlenmesi

Sağlık hizmeti veren işletmeler dış kaynak kullanımına ihtiyaç duydukları zaman kendilerini değerlendirerek hangi faaliyetler için dış kaynağa başvuracaklarını belirlemelidirler.

Sağlık hizmetlerinde stratejik önemi olan kendi bünyesindeki personeller tarafından etkin bir şekilde gerçekleştirilebilen fonksiyonlar işletme içerisinde

bırakılarak, stratejik önemi olmayan ve personel tarafından etkin bir şekilde gerçekleştirilemeyen diğer fonksiyonlar için dış kaynak kullanımı yoluna gidilmelidir.

3.3.2.Dış Kaynak Kullanımı Kararının Alınması

Hastane yönetimi tarafından dışarıdan alınacak hizmetler belirlendikten sonra bu hizmetlerin ihtiyaçları karşılaması, kendilerine ve hizmet ettikleri müşteri gurubuna yararları ve ortaya çıkabilecek riskler yönünden değerlendirmeler yapılmalıdır. Bu karar işletme için hayati bir önem taşımakta, hizmetin kalitesini ve maliyetini doğrudan etkilemektedir.

3.3.3.Stratejinin Belirlenmesi

Dış kaynak kullanımı stratejileri belirlenirken dikkat edilecek unsurlar;

-İşletmenin genel amaç ve hedefleri dış kaynak kullanımı stratejisi ile ters düşmemelidir

-İşletmeler temel yetenek ve temel yetenek dışı fonksiyonlarını belirlemelidir

-Ulaşılacak istenen kalite düzeyi ve standartları net bir şekilde belirlenmiş olmalıdır

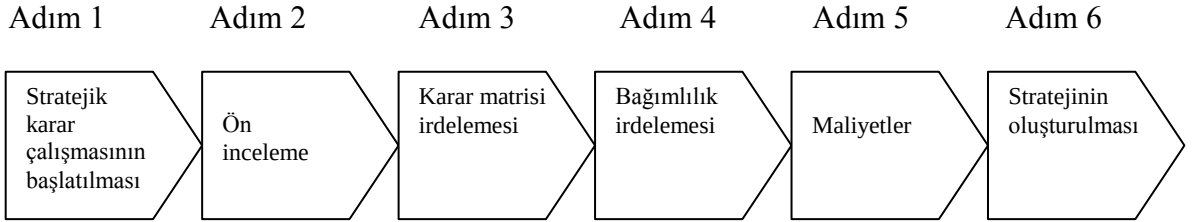
-Tedarikçi işletmeden yararlanılacak süre belirlenmelidir

-Başarılı olabilmek için uygun bir ortam yaratılmalıdır

-Tedarikçi işletmelerin güvenilirliği araştırılmış olmalıdır

-Teknik hususlar ve koşullara açıklık getirilmiş olmalıdır.

Strateji belirlenirken;



Şekil 3.2: Stratejinin Belirlenmesi Aşamaları

Kaynak : Rıdvan EĞİN, *Dış Kaynak Kullanımı*, İstanbul, Ekim 2009, s.166)

Bugün Türkiye’ de Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde; temizlik, mutfak ve yemek, bakım onarım, çamaşır, bilgi işlem, maaş, muhasebe, santral ve bu gibi bir dizi hizmetin tamamı ya da bir kısmı hizmet ihalesi bağlamında özelleştirilmiştir. Bu özelleştirme yaklaşımına dayalı yapılan hizmet ihalesi işlemleri büyük ölçüde döner sermaye gelirlerinden ve merkezi bütçe dışındaki kaynaklardan finanse edilmektedir (Ergin ve Şahin, 2005:2).

Hizmet ihalesi yöntemi ile kamuya ait bir hizmet alanının dış kaynaklardan yararlanmada çoğunlukla özel sektörlerden yararlanılmaktadır (Ergin ve Şahin, 2005:2).

3.3.4.Teklif Formunun Hazırlanması

Bu aşamada sağlık hizmetini sunan işletmeler öncelikle alış kaynaklarının sunacağı hizmetin kapsamı, süresi, niteliği ve maliyeti hakkındaki bilgileri elde etmiş olmalıdır.

Yaklaşık maliyetin tespitinden sonra 4736 sayılı kamu ihale kanununun hükümleri çerçevesinde ihale usulü belirlenir (Karaca, 2006:50).

Kamunun her türlü mal ya da hizmet alımında esas alınacak usul ve esasları belirleyen bu kanun ve kanuna bağlı olarak çıkarılan yönetmeliklere göre, kamu ihale kurumu; saydamlığı, rekabeti, eşit muameleyi, güvenilirliği, gizliliği, kamu oyu

denetimini, gereksinimlerin uygun koşullarda ve zamanında karşılanması ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamakla yükümlüdür (Ergin ve Şahin, 2005:8).

İhale dokümanının hazırlanması ile birlikte belirlenen kriterler doğrultusunda ilgili işletmelere ilan yoluyla duyurularak dış kaynak sağlayıcının tedarikçisini arama işlemi başlatılmış olur.

3.3.5.Dış Kaynak Sağlayıcının Seçimi

Bu süreç ihale ilana çıktıktan sonra muhtemel tedarikçilerin teklif formunu doldurup, teklif vermesi ile başlar.

Hastane işletmeleri kaliteli bir hizmet sağlayabilecek tedarikçiyi seçebilmek adına bir takım seçim kriterleri geliştirmelidir. Tedarikçiler değerlendirilirken yalnızca kağıt üzerindeki teklif ve bilgiler yeterli olmayabilir. Buna ek olarak; tedarikçinin tecrübesi ve piyasada tanınmışlığı, teklif edilen fiyatlar, tedarikçinin teknik bilgisi, kültür yapısı, kabiliyeti, başarıları, sertifikaları, finansal durumu gibi birçok faktör göz önüne alınmalıdır.

Genellikle yararlanılacak tedarikçilerde aranılan özellikler şunlardır;

- Konuyla ilgili yeterli bilgi ve teknik uzmanlık,
- Deneyim,
- Düzenli referanslar,
- Sağlam alt yapısı,
- Finansal yeterlilik,
- Yaratıcılık,
- Ortak kültür ve değerler,
- Sahip olduğu olanaklar,
- İş yapma kolaylığı,
- Personel kabiliyeti,
- Müşteri ilişkileri,
- Teklif formu uygunluğu.

Bütün bu faktörler belli ölçekler doğrultusunda incelenip beklentilerle karşılaştırılmak suretiyle uygun tedarikçi seçimi yapılabilir.

3.3.6.Dış Kaynakla Etkin Bir İlişkinin Oluşturulması ve Sürdürülmesi

İlişkinin devamı açısından bir takım sözleşmeler devreye girmektedir.

Sözleşme, görüşmelerin sonucu veya amaçlanan ürünüdür. Dolayısıyla sözleşme metni her iki tarafın tüm konularla ilgili ortak görüşünü yansıtmalıdır. Sözleşmenin kapsadığı konuya ve şirkete bağlı olarak farklı yapılanmalar olmakla birlikte genelde sözleşme esas olarak üç ana bölümden oluşur;

-Genel bilgiler

-Ticari kısım

-Kalite konuları (Eğin, 2009:52-53).

Sözleşmeler her iki taraf açısından da şüpheye yer bırakmayacak titizlikte hazırlanmış olmalı, her türlü ayrıntıyı içermelidir. Başarılı bir dış kaynaklardan yararlanma için koordinasyon, kontrol ve iletişim eksiksiz olmalıdır. Sözleşmede belirlenen hususlar ve gerçekleşmediği takdirdeki cezalar açıkça belirtilmelidir.

Hizmetin süresinin sona ermesinden sonra dış kaynak sağlayıcı ile hastane işletmesi arasında ki ilişkinin kesilmesinde ki son nokta sözleşmenin yaptırım niteliğini taşıyan ve sözleşme bedelinin %6'sına karşılık gelen, kesin teminatın iadesidir. Bundan sonra işletme ve dış kaynak sağlayıcı arasında ki ilişki kesilmiş olur (Karaca, 2006:97).

İlişki kesildikten sonra dış kaynağın kullanıldığı süre içerisinde ki tedarikçinin performansı ve müşteri memnuniyetleri ölçülerek sonrasında da tekrar aynı dış tedarikçiyle yola devam etmeyi seçmek mümkündür.

4.HASTANE İŞLETMELERİNDE DİŞ KAYNAK KULLANIMININ HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ TATMİNİ YARATILMASINDAKİ ROLÜ VE BİR PAZARLAMA ARACI OLARAK KULLANILMASI; GATA HASTANESİ'NDE BİR ARAŞTIRMA

4.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmanın birinci bölümünde; hizmet kavramı ve alt başlıkları, ikinci bölümünde; sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri pazarlaması, üçüncü bölümünde ise dış kaynak kullanımı ve sağlık işletmelerinin dış kaynak kullanımı süreci açıklanmıştır. Bu literatür çalışmalarının sonucunda tasarlanan bu araştırma, hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımının müşteri tatminine ve dolayısıyla hastane işletmelerine ne gibi katkıları olabileceğini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

GATA bünyesinde uygulanan ve hastaların yararlandıkları dış kaynak kullanımlarına (temizlik, yemek, kafeterya hizmetleri gibi) ilişkin ölçülecek olan memnuniyet düzeyleri ile bu konudaki eksiklik veya tatmin edici durumlar saptanarak olası çözüm yolları ile yeni öneriler belirlenerek memnuniyet düzeyinin yükseltilmesi yolunda adımlar atılmasında yardımcı olacağı düşünülmektedir.

4.2.ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI

Dış kaynak kullanımının müşteri memnuniyetine önemli ölçüde olumlu etkileri olduğu, son yıllarda sağlık sektörü de dahil olmak üzere birçok sektörde karlılık ve verimliliği arttırmak için tercih edildiği görülmektedir. Bu uygulama aynı zamanda işletmelerin tercih edilmesine yönelik bir tanıtım faaliyeti olarak da görülebilir. Sağlık işletmelerinin dış kaynak kullanımındaki çabasının artması özellikle maliyet avantajı sağlamasından ileri gelmektedir. Bununla beraber çalışmada müşteri memnuniyetini arttırdığı temel noktamız olmuştur.

Uygulanan anketlerde dış kaynak kullanımı öncesi ve sonrasındaki memnuniyet karşılaştırmalarının daha doğru sonuçlar verebileceği bilindiği halde

kısa dönemde geriye yönelik hasta memnuniyetlerini değerlendirmek mümkün olmadığı için zaman karşılaştırmalı araştırma yapılmamıştır. Yapılan yüz yüze anketlerde yatan hastaların tümü tıbbi durumlarının uygun olmayışı açısından çalışmaya dahil edilememiş olup, çalışma dışı bırakılan bölümler; psikiyatri, yoğun bakımlar ve çocuk servislerinden ibarettir. Çalışmada dış kaynak kullanımının her dalından sorulara yer verilmeyip, hastaların en çok yararlandıkları ve ihtiyaç duydukları düşünülen yemek, temizlik ve kafeterya hizmetleri alanlarında sorular hazırlanmıştır. Ayrıca uygulanan anketler gönüllülük esasına dayalı olarak hastaların onayı alınarak uygulanmıştır.

4.3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Uygulama bölümünde nicel araştırma yönteminden yararlanılmıştır. Öncelikle seçilen bir klinikte pilot uygulama ile anket sorularının ön test aşaması gerçekleştirilmiş olup, yaklaşık 40 hastaya uygulandıktan sonra anlaşılamayan veya yanlış anlaşılan sorular düzeltilerek ankete son şekli verilmiştir. Cronbach's Alpha değeri 0,851 olarak hesaplanmıştır. Hastalar yattıkları servislere göre gruplandırılarak dahili ve cerrahi bölümler adı altında rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. GATA Hastanesi'nde dış kaynak kullanımı yoluyla uygulanan ve hastaların hizmetine sunulan yemek, temizlik ve kafeterya hizmetlerini değerlendirmeye yönelik ve ayrıca hastaların demografik verilerini de içeren, Likert ölçeğine göre (3'lü ve 5'li) hazırlanmış 27 soruluk 250 anket uygulanmıştır. Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 12 paket programı yardımı ile değerlendirilmiştir. Demografik verilere ilişkin frekans ve yüzdesel dağılımlar verilmiştir. Memnuniyet puanları ise iki gruplu karşılaştırmalarda MannWhitney U testi ile üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

4.4.ANKET BULGULARI VE DEĞERLENDİRME

Sağlık hizmeti veren kurumların işletimi için akreditasyon sağlayan en büyük makam olan JCI, 1994 de yayınlanan akreditasyon el kitapçığında hastanelerin akreditasyonu için gerekli olan 9 ölçütten birini hasta memnuniyeti olarak belirlemiştir. Bu durum sağlık işletmelerinin pazarlama odaklı olma ihtiyacının açıkça kabullenilmesi anlamına gelmektedir (Berkowitz, 2006:2).

Günümüzde artan rekabet koşulları içerisinde pek çok sektörde olduğu gibi sağlık hizmeti veren işletmeler de kendi aralarında rekabet halindedirler. Bu rekabette üstünlük sağlayabilmek pek çok faktöre bağlıdır. İşletmeler, hizmetin üretilmesinde ve sunumunda düşük maliyetler, bunun yanı sıra yüksek kalitede ve standartlarda hizmet, müşteri memnuniyetinin sağlanması gibi bir takım avantajları elde etmek için dış kaynak kullanımına yönelmişlerdir. Dış kaynak kullanımı kararının verilmesiyle birlikte dış kaynak kullanımı ihtiyacı olan fonksiyonların belirlenmesi ve uygun dış kaynak seçimi yoluna gidilmektedir.

Afyonkarahisar’da 20 hastanede yapılan inceleme sonucunda bunların 14 tanesinde yemek hizmetlerinde, 20 tanesinde de temizlik hizmetlerinde dış kaynak kullanıldığı tespit edilmiştir (Karahan, 2009:185-199). Kocaeli’nde 20 hastanede dış kaynak kullanımına ilişkin yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılan hastanelerin %80’inde temizlik, %95’inde yemek hizmetlerinde dış kaynak kullanımı yoluna gidildiği görülmektedir (Döğücü ve Sayım, 2009:9).

Çalışmamızda da GATA Hastanesi’nde dış kaynak kullanılan yemek, temizlik ve kafeterya hizmetleri temel alınarak yatan hastalara memnuniyet durumlarını ölçen sorular içeren anket uygulanmıştır.

Araştırma hipotezleri;

H₀: Hastaların yemek hizmetlerinden memnuniyet dereceleri ile yaş grupları arasında farklılık yoktur.

H₁ : Hastaların yemek hizmetlerinden memnuniyet dereceleri ile yaş grupları arasında farklılık vardır.

Araştırma sonuçlarına göre; yemek hizmetlerinden memnun olma ve yaş grupları arasında ilişki arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,599$, $p>0.05$). H₁ hipotezi red edilmektedir.

H_0 : Hastaların temizlik hizmetlerinden memnuniyet dereceleri ile yaş grupları arasında farklılık yoktur.

H_1 : Hastaların temizlik hizmetlerinden memnuniyet dereceleri ile yaş grupları arasında farklılık vardır.

Araştırma sonuçlarına göre; temizlik hizmetlerinden memnun olma ve yaş grupları arasında ilişki arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.552$, $p>0.05$). H_1 hipotezi red edilmektedir.

H_0 : Hastaların kafeterya hizmetlerinden memnuniyet dereceleri ile yaş grupları arasında farklılık yoktur.

H_1 : Hastaların kafeterya hizmetlerinden memnuniyet dereceleri ile yaş grupları arasında farklılık vardır.

Araştırma sonuçlarına göre; kafeterya hizmetlerinden memnun olma ve yaş grupları arasında ilişki arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p=0.015$, $p<0.05$). H_0 hipotezi red edilmektedir.

H_0 : Hastaların cinsiyetleri ile toplam memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastaların cinsiyetleri ile toplam memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki vardır. Araştırma sonuçlarına göre; hastaların cinsiyetleri ile toplam memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p=0.045$, $p<0.05$). H_0 hipotezi red edilmektedir.

H_0 : Hastaların medeni durumları ile toplam memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastaların medeni durumları ile toplam memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki vardır.

Araştırma sonuçlarına göre; hastaların medeni durumları ile toplam memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.642$, $p>0.05$). H_1 hipotezi red edilmektedir.

H_0 : Hastaların meslekleri ile temizlikten memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastaların meslekleri ile temizlikten memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki vardır.

Araştırma sonuçlarına göre; hastaların meslek grupları ile temizlikten memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.467$, $p>0.05$). H_1 hipotezi red edilmektedir.

H_0 : Hastaların meslekleri ile yemekten memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastaların meslekleri ile yemekten memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki vardır.

Araştırma sonuçlarına göre; hastaların meslek grupları ile temizlikten memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.566$, $p>0.05$). H_1 hipotezi red edilmektedir.

H_0 : Hastaların meslekleri ile kafeteryadan memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastaların meslekleri ile kafeteryadan memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki vardır.

Araştırma sonuçlarına göre; hastaların meslek grupları ile temizlikten memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p=0.034$, $p<0.05$). H_0 hipotezi red edilmektedir.

H_0 : Hastaların yatış sıklığı ve memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastaların yatış sıklığı memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki vardır.

Araştırma sonuçlarına göre; hastaların meslek grupları ile temizlikten memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.803$, $p>0.05$). H_1 hipotezi red edilmektedir.

H_0 : Hastaların hastanedeki yatış süreleri ve memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastaların hastanedeki yatış süreleri memnuniyet dereceleri arasında bir ilişki vardır.

Araştırma sonuçlarına göre; hastaların meslek grupları ile temizlikten memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.019$, $p<0.05$). H_1 hipotezi red edilmektedir.

Hastaların demografik verileri, yatmakta oldukları klinik (dahili/ cerrahi) ve yemek hizmetlerinden yararlanabilme durumlarının sıklık ve yüzdeleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Ankete katılım gönüllülük esasına dayalı olup, toplamda 250 hastaya uygulanmıştır. Bu veriler incelendiğinde ankete katılan hastaların %85,6'sının erkek olup, %57,2'sinin 18-24 yaş aralığında ve % 50,8'inin GATA Hastanesi'ne ilk kez yattıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4. 1- Anket Demografik Verileri ve Memnuniyet Dışındaki Soru Cevaplarının Dağılımı

		Kişi Sayısı(n)	Yüzde(%)
Yaşınız	18-24	143	57,2
	25-34	47	18,8
	35-44	20	8,0
	45-60	20	8,0
	60 üstü	20	8,0
	Total	250	100,0
Cinsiyetiniz	Kadın	36	14,4
	Erkek	214	85,6
	Total	250	100,0
Eğitim durumunuz	Okur-yazar	11	4,4
	İlköğretim	79	31,6
	Lise	91	36,4
	Üniversite/master	69	27,6
	Total	250	100,0
Medeni durumunuz	Evli	74	29,6
	Bekar	169	67,6
	Boşanmış Dul	7	2,8
	Total	250	100,0
İşiniz	Devlet memuru	24	9,9
	Özel sektör	59	24,4
	Emekli	25	10,3
	Öğrenci	10	4,1
	Serbest meslek	124	51,2
	Total	242	100,0
Aylık ortalama geliriniz	400 TL ve daha altı	65	28,4
	401-1000 TL	94	41,0
	1001-3000 TL	59	25,8
	3001-4000 TL	6	2,6
	4001 TL ve üzeri	5	2,2
	Total	229	100,0
Şu anda yatmakta olduğunuz kliniği yazınız	Dahili	91	45,0
	Cerrahi	111	55,0
	Total	202	100,0
GATA Hastanesinde herhangi bir kliniğe kaçınıcı yatışınız?	İlk kez	127	50,8
	2.kez	64	25,6
	3.kez	34	13,6
	4. kez	12	4,8
	5 veya daha fazla	13	5,2
	Total	250	100,0
Ne kadar zamandır hastanede yatmaktasınız?	1 haftadan az	120	48,0
	1-2 hafta arası	67	26,8
	3-4 hafta arası	35	14,0
	5 hafta veya daha fazla	28	11,2
	Total	250	100,0
Tıbbi açıdan ağızdan beslenmeniz için bir kısıtlama mevcut mu?	Evet	27	10,8
	Hayır	223	89,2
	Total	250	100,0

Yaş grupları ile yemek, temizlik ve kafeterya hizmetlerinden memnun olma durumu karşılaştırması yapılarak toplam memnuniyet düzeyleri ile yaş grupları arasındaki ilişki aranmıştır. Buna göre; yemekten, temizlikten ve toplam memnuniyet açısından yaş grupları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Kafeteryadan memnuniyet puanları 25-34 ve 35-44 yaş gruplarında diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük görülmektedir ($p<0,05$).

İlker Ercan ve diğerlerinin 2004’de 341 denekle yaptıkları araştırma sonucunda yaştan artışıyla memnuniyetin arttığı görülmüştür.

Tablo 4. 2- Anket Bulguları; Yaş-Memnuniyet Karşılaştırması

	Yaşınız							Kruskal-Wallis H			
		n	Ortalama	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	ss	Sıra Ort	Ki-Kare	p	İkili Karşılaştırma
Yemekten Memnuniyet Puanı	18-24	143	67,0	76,3	0,0	100,0	27,6	125,3	2,756	*0,599	-
	25-34	47	70,2	73,7	5,3	100,0	22,3	121,6			
	35-44	20	72,0	73,7	44,7	100,0	14,3	115,7			
	45-60	20	75,9	78,9	5,3	94,7	20,1	149,4			
	60 üstü	20	71,3	75,0	7,9	97,4	19,3	121,8			
Temizlikten Memnuniyet Puanı	18-24	143	81,1	83,3	25,0	100,0	16,1	130,8	3,036	*0,552	-
	25-34	47	78,7	75,0	50,0	100,0	12,9	111,1			
	35-44	20	80,8	79,2	66,7	100,0	10,2	118,5			
	45-60	20	80,0	83,3	33,3	100,0	19,2	129,6			
	60 üstü	20	80,4	83,3	41,7	100,0	15,4	124,4			
Kafeteryadan Memnuniyet Puanı	18-24	112	71,7	80,0	26,7	100,0	17,1	97,5	12,365	**0,015	3-1 3-4 2-1 2-4
	25-34	34	64,7	66,7	20,0	86,7	16,6	72,2			
	35-44	15	60,9	60,0	20,0	100,0	22,4	63,4			
	45-60	12	73,9	76,7	60,0	80,0	7,2	96,9			
	60 üstü	7	78,1	80,0	73,3	86,7	5,0	114,6			
Toplam Memnuniyet Puanı	18-24	143	67,6	71,6	7,5	100,0	18,9	129,3	4,068	*0,397	-
	25-34	47	66,9	71,6	14,9	95,5	16,5	122,3			
	35-44	20	68,1	65,7	44,8	100,0	13,8	118,0			
	45-60	20	69,7	73,1	13,4	92,5	18,4	139,6			
	60 üstü	20	63,5	63,4	38,8	83,6	11,9	99,4			

(* $p>0,05$, ** $0,05>p>0,01$, *** $0,01>p$)

Temizlikten memnuniyet ve toplam memnuniyet puanları kadınlarda anlamlı derecede düşük görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4. 3- Anket Bulguları; Cinsiyet-Memnuniyet Karşılaştırması

	Cinsiyetiniz							Mann-Whitney U		
		n	Ortalama	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	ss	Sıra Ort	z	p
Yemekten Memnuniyet Puanı	Kadın	36	69,6	73,7	5,3	100,0	22,9	120,3	-	*0,638
	Erkek	214	68,9	76,3	0,0	100,0	25,0	126,4	0,471	
Temizlikten Memnuniyet Puanı	Kadın	36	75,2	75,0	33,3	100,0	16,8	103,0	-	**0,039
	Erkek	214	81,4	83,3	25,0	100,0	14,9	129,3	2,066	
Kafeteryadan Memnuniyet Puanı	Kadın	18	69,3	73,3	20,0	100,0	20,1	91,2	-	*0,952
	Erkek	162	69,9	73,3	20,0	100,0	16,8	90,4	0,061	
Toplam Memnuniyet Puanı	Kadın	36	63,2	63,4	13,4	100,0	17,5	103,7	-	**0,045
	Erkek	214	68,1	71,6	7,5	100,0	17,4	129,2	1,958	

(*p>0,05, **0,05>p>0,01, ***0,01>p)

Ankete katılan hastaların eğitim durumları ile yemek, temizlik ve kafeterya hizmetlerinden memnuniyet dereceleri karşılaştırıldığında; üniversite mezunlarında kafeteryadan memnuniyet puanları anlamlı derecede düşük görülmektedir (p<0,05). Diğer puan türleri açısından eğitim grupları açısından anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0,05).

İlker Ercan ve diğerlerinin 2004’de 341 denek ile yaptıkları çalışmada da eğitim ve gelir düzeyi arttıkça hastaların tatmin düzeylerinin azaldığı sonucuna varılmıştır.

Tablo 4. 4- Anket Bulguları; Eğitim Durumu-Memnuniyet Karşılaştırması

	Eğitim durumunuz							Kruskall-Wallis H			
		n	Ortalama	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	ss	Sıra Ort	Ki-Kare	p	İkili Karşılaştırma
Yemekten Memnuniyet Puanı	Okur-yazar	11	54,1	73,7	5,3	81,6	31,4	85,5	3,832	*0,280	-
	İlköğretim	79	65,6	76,3	2,6	100,0	30,1	127,8			
	Lise	91	72,0	76,3	0,0	100,0	21,5	129,8			
	Üniversite/master	69	71,5	73,7	5,3	100,0	19,0	123,6			
Temizlikten Memnuniyet Puanı	Okur-yazar	11	75,0	75,0	41,7	100,0	15,8	97,0	4,504	*0,212	-
	İlköğretim	79	82,3	83,3	25,0	100,0	15,6	136,8			
	Lise	91	80,7	83,3	33,3	100,0	14,8	124,5			
	Üniversite/master	69	79,1	83,3	25,0	100,0	15,4	118,5			
Kafeteryadan Memnuniyet Puanı	Okur-yazar	8	73,3	76,7	46,7	80,0	11,3	99,0	23,867	***0,000	4-1 4-2 4-3
	İlköğretim	59	75,6	80,0	26,7	100,0	14,8	108,9			
	Lise	71	70,5	73,3	26,7	100,0	16,5	92,8			
	Üniversite/master	42	60,0	66,7	20,0	100,0	18,2	59,1			
Toplam Memnuniyet Puanı	Okur-yazar	11	58,5	62,7	25,4	80,6	18,7	91,2	6,428	*0,093	-
	İlköğretim	79	67,1	73,1	7,5	100,0	20,4	129,5			
	Lise	91	70,1	71,6	13,4	97,0	15,7	135,5			
	Üniversite/master	69	65,4	67,2	14,9	94,0	15,5	113,2			

(*p>0,05, **0,05>p>0,01, ***0,01>p)

Uygulamada katılımcıların medeni durumları arasında memnuniyet puanları açısından anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4. 5- Anket Bulguları; Medeni Durum-Memnuniyet Karşılaştırması

	Medeni durumunuz							Kruskll-Wallis H		
		n	Ortalama	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	ss	Sıra Ort	Ki-Kare	p
Yemekten Memnuniyet Puanı	Evli	74	72,8	76,3	7,9	100,0	18,0	129,0	0,253	*0,881
	Bekar	169	67,2	76,3	0,0	100,0	27,3	124,0		
	Boşanmış Dul	7	74,4	73,7	52,6	94,7	15,3	124,4		
Temizlikten Memnuniyet Puanı	Evli	74	81,2	83,3	33,3	100,0	13,9	126,1	0,010	*0,995
	Bekar	169	80,2	83,3	25,0	100,0	16,0	125,3		
	Boşanmış Dul	7	81,0	83,3	58,3	100,0	13,4	124,1		
Kafeteryadan Memnuniyet Puanı	Evli	45	67,1	73,3	20,0	100,0	17,1	79,9	3,454	*0,178
	Bekar	131	70,5	73,3	20,0	100,0	17,3	93,3		
	Boşanmış Dul	4	78,3	80,0	73,3	80,0	3,3	117,4		
Toplam Memnuniyet Puanı	Evli	74	67,5	68,7	38,8	100,0	12,8	118,9	0,888	*0,642
	Bekar	169	67,2	71,6	7,5	100,0	19,3	128,3		
	Boşanmış Dul	7	69,3	71,6	46,3	92,5	15,6	128,5		

(* $p>0,05$, ** $0,05>p>0,01$, *** $0,01>p$)

Meslek grupları ile memnuniyet arasındaki karşılaştırma sonuçlarında ise; devlet memurları ve özel sektör çalışanlarının kafeteryadan memnuniyet açısından emekli ve serbest meslek gruplarına göre daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4. 6- Anket Bulguları; Meslek-Memnuniyet Karşılaştırması

								Kruskal-Wallis H			
		n	Ortalama	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	ss	Sıra Ort	Ki-Kare	p	İkili Karşılaştırma
Yemekten Memnuniyet Puanı	Devlet memuru	24	73,2	75,0	50,0	94,7	12,3	120,8	2,952	*0,566	-
	Özel sektör	59	68,8	73,7	0,0	100,0	25,3	121,1			
	Emekli	25	74,8	78,9	7,9	97,4	19,6	137,2			
	Öğrenci	10	75,8	78,9	34,2	97,4	20,6	144,9			
	Serbest meslek	124	65,9	76,3	2,6	100,0	27,5	116,8			
Temizlikten Memnuniyet Puanı	Devlet memuru	24	79,9	83,3	50,0	100,0	13,2	114,6	3,573	*0,467	-
	Özel sektör	59	78,1	83,3	25,0	100,0	17,0	112,3			
	Emekli	25	84,3	83,3	58,3	100,0	13,5	138,2			
	Öğrenci	10	75,0	79,2	41,7	100,0	21,5	107,1			
	Serbest meslek	124	81,4	83,3	25,0	100,0	14,7	125,0			
Kafeteryadan Memnuniyet Puanı	Devlet memuru	14	64,8	66,7	20,0	100,0	19,8	71,6	10,407	**0,034	1-3 1-5 2-3 2-5
	Özel sektör	49	65,0	66,7	20,0	100,0	19,4	73,8			
	Emekli	12	71,7	73,3	40,0	80,0	11,4	89,2			
	Öğrenci	7	66,7	73,3	40,0	80,0	16,8	79,4			
	Serbest meslek	94	73,1	80,0	26,7	100,0	15,5	99,3			
Toplam Memnuniyet Puanı	Devlet memuru	24	66,7	68,7	44,8	94,0	13,3	110,6	1,300	*0,861	-
	Özel sektör	59	67,8	70,1	13,4	100,0	17,6	124,6			
	Emekli	25	67,9	68,7	38,8	92,5	13,9	118,8			
	Öğrenci	10	69,4	78,4	28,4	94,0	22,1	138,1			
	Serbest meslek	124	66,8	70,1	7,5	100,0	18,9	121,3			

(* $p>0,05$, ** $0,05>p>0,01$, *** $0,01>p$)

Hastaların GATA Hastanesi'nde yatış sıklığı ve memnuniyet arasındaki ilişki araştırıldığında, yatış sıklığı grupları arasında memnuniyet puanları açısından anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4. 7- Anket Bulguları; Yatış Sıklığı Grupları-Memnuniyet Karşılaştırması

		GATA Hastanesinde herhangi bir kliniğe kaçınıcı yatışınız?						Kruskal-Wallis H		
		n	Ortalama	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	ss	Sıra Ort	Ki-Kare	p
Yemekten Memnuniyet Puanı	İlk kez	127	68,1	76,3	0,0	100,0	27,2	128,3	4,908	*0,297
	2.kez	64	67,4	73,7	5,3	100,0	24,6	118,9		
	3.kez	34	70,9	73,7	2,6	100,0	17,7	112,0		
	4. kez	12	79,6	82,9	52,6	100,0	15,1	160,4		
	5 veya daha fazla	13	71,7	78,9	7,9	92,1	21,7	134,0		
Temizlikten Memnuniyet Puanı	İlk kez	127	80,2	83,3	25,0	100,0	13,7	122,3	2,832	*0,586
	2.kez	64	81,9	83,3	41,7	100,0	15,3	132,2		
	3.kez	34	76,7	83,3	25,0	100,0	20,2	115,5		
	4. kez	12	81,9	83,3	58,3	100,0	14,1	128,1		
	5 veya daha fazla	13	84,6	83,3	50,0	100,0	16,6	147,8		
Kafeteryadan Memnuniyet Puanı	İlk kez	89	72,9	80,0	26,7	100,0	15,0	99,5	8,387	*0,078
	2.kez	52	67,8	73,3	26,7	100,0	17,9	83,0		
	3.kez	23	65,2	73,3	20,0	93,3	21,4	79,8		
	4. kez	8	75,0	76,7	66,7	86,7	7,8	101,4		
	5 veya daha fazla	8	57,5	56,7	26,7	80,0	20,1	58,4		
Toplam Memnuniyet Puanı	İlk kez	127	67,0	71,6	13,4	100,0	18,6	126,6	1,634	*0,803
	2.kez	64	67,8	71,6	28,4	100,0	16,2	125,2		
	3.kez	34	66,2	65,7	7,5	97,0	17,2	116,1		
	4. kez	12	73,5	71,6	46,3	95,5	13,3	146,2		
	5 veya daha fazla	13	66,5	62,7	22,4	88,1	17,5	121,5		

(* $p>0,05$, ** $0,05>p>0,01$, *** $0,01>p$)

Buna ek olarak; 5 veya daha fazla haftadır hastanede yatanlarda toplam memnuniyet puanları anlamlı derecede düşük görülmektedir ($p<0,05$).

Genel olarak incelendiğinde yatış süresi arttıkça memnuniyetin azaldığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4. 8- Anket Bulguları; Yatış Süresi - Memnuniyet Karşılaştırması

		Ne kadar zamandır hastanede yatmaktasınız?						Kruskal-Wallis H			
		n	Ortalama	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	ss	Sıra Ort	Ki-Kare	p	İkili Karşılaştırma
Yemekten Memnuniyet Puanı	1 haftadan az	120	71,8	76,3	5,3	100,0	23,3	135,1	6,237	*0,101	-
	1-2 hafta arası	67	64,8	76,3	5,3	97,4	28,1	116,1			
	3-4 hafta arası	35	73,7	76,3	7,9	97,4	15,3	129,3			
	5 hafta veya daha fazla	28	61,6	67,1	0,0	100,0	28,9	102,3			
Temizlikten Memnuniyet Puanı	1 haftadan az	120	82,2	83,3	25,0	100,0	14,8	133,0	4,300	*0,231	-
	1-2 hafta arası	67	79,2	83,3	25,0	100,0	15,8	120,4			
	3-4 hafta arası	35	81,9	83,3	50,0	100,0	11,5	126,5			
	5 hafta veya daha fazla	28	74,4	79,2	25,0	100,0	18,8	104,1			
Kafeteryadan Memnuniyet Puanı	1 haftadan az	82	71,7	80,0	26,7	100,0	15,8	95,8	2,116	*0,549	-
	1-2 hafta arası	51	68,8	73,3	20,0	100,0	18,5	87,6			
	3-4 hafta arası	30	70,0	73,3	40,0	86,7	13,4	87,9			
	5 hafta veya daha fazla	17	63,9	73,3	20,0	100,0	23,9	78,1			
Toplam Memnuniyet Puanı	1 haftadan az	120	69,0	70,1	13,4	100,0	16,9	132,3	9,901	**0,019	4-1 4-2 4-3
	1-2 hafta arası	67	65,2	67,2	20,9	97,0	18,2	116,9			
	3-4 hafta arası	35	72,5	76,1	43,3	94,0	10,8	144,5			
	5 hafta veya daha fazla	28	59,2	60,4	7,5	100,0	21,9	93,5			

(* $p>0,05$, ** $0,05>p>0,01$, *** $0,01>p$)

SONUÇ

İşletmeler dış kaynak kullanarak asıl işlevlerine daha fazla odaklanma gücünü bulurken, doğru kaynak sağlayıcının seçilmesi ile hizmet kalitesini arttırarak, hizmeti alan müşterilerin memnuniyetlerini yükseltebilmektedir. Memnun müşteriler işletme için sektörel rekabette üstünlük sağlamak açısından önemlidir. İşletmelere yalnızca asıl işlevleri ile değil diğer bütün hizmet sunumları ile rekabet olanağı sağlamaktadır.

Hastaneleri de dış kaynak kullanmaya yönelten birçok değişken bulunmakla birlikte bunlar temelde; yönetimde esneklik sağlamak, verimliliği arttırmak, çalışan ve hasta memnuniyetini yükseltmek, hizmet kalitesini arttırmak, zaman ve maliyet tasarrufu, organizasyonel küçülmeyi sağlamak olarak sayılabilir. Hastanelerde artan hizmet kalitesi hasta ve çalışan personelin tatminine olumlu katkı sağlamaktadır. Dış kaynak kullanımı hastanelerin birçok alanda faydalanacağı bir araç olabilir. Bir pazarlama aracı olarak kullanıldığında sağlık hizmetlerine ek olarak birçok farklı birimi barındıran hastanelerde sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin pazarlanmasında önemli katkıları içermektedir. Dış kaynak kullanımı yolunu tercih etmeyen hastaneler bütün işlevlerini kendileri gerçekleştirerek büyürler, ancak hantallaşırlar. Dış kaynak kullanan hastanelerde ise temel hizmetler dışındaki yardımcı hizmetler ve destek hizmetleri satın alıp büyüyerek küçülme yoluna giderler, böylelikle hastaların taleplerine hızlı cevap vererek hasta memnuniyetinde süreklilik sağlamaktadır. Böylece hastaneler pazar koşullarına uyum sağlayarak rekabet avantajı elde etmektedirler.

Hastaların hastanede yattıkları süre içerisindeki yardımcı ve destek hizmetlerden duydukları memnuniyet tüm hastane hakkında duydukları memnuniyeti etkilemektedir. Bu nedenle diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de uygun dış kaynak kullanımı yoluna gidildiğinde beklenen sonuçları elde etmek mümkün olacaktır. TSK ve diğer kamu hastanelerinde ihalelerdeki bazı koşullara yeni düzenlemeler getirerek, iç ve dış birtakım denetlemelerle uygun dış kaynak sağlayıcı seçimi ve gerektiğinde bu ilişkinin sürdürülmesi sağlanabilir.

Hastanenin ulaşılabilirliği, çalışma saatleri, kafeterya, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastaların hastanede yatış süreleri uzadıkça hayati bir önem arz

etmediği sürece asıl ürün olan tıbbi hizmetten beklentileri azalırken diğer yan hizmetlerden beklentileri artmaktadır. Tıbbi hizmetler dışındaki fiziki ve sosyal şartların iyiliği hastaların kendilerini evlerinde gibi rahat hissetmelerini sağlayarak memnuniyet düzeylerini arttırmaktadır.

Yardımcı ve destek hizmetlerinde dış kaynak kullanılarak sağlanan kalite ve temel hizmetlere daha iyi yönelmeyi sağlayan bu uygulama(DKK) ile memnuniyet duygusuna sahip hastalar, ağızdan ağza reklam ve hizmeti satın aldıktan sonraki olumlu davranışları ile hastaneye uzun vadede olumlu katkılar sağlamaktadır. Bu da talebin artması ile sektördeki rekabet ortamında pazar payını korumaya ve arttırmaya imkan sağlamaktadır.

KAYNAKÇA

Akat, Ö.(2004). *Uygulamaya Yönelik İşletme Politikası ve Stratejik Pazarlama*. Bursa: Ekin Kitapevi.

Akkılıç, M.E.(2002). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Elazığ'daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Uygulama. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 203-218.

Arpacı ,T. , Ayhan, D.Y., Böge, E., Tuncer,D. ve Üner, M.M. (1994). *Pazarlama*, Ankara: Gazi Yayınları.

Ballantyne, D., Payne, A. ve Christopher, M. (1991). *Relationship Marketing*, London: Heinemann.

Berkowitz, E. N. (2006). *Essentials of Health Care Marketing*, Kanada: Jones&Barlett Publishers.

Çiçek, R. ve Doğan, İ.C.(2009). Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, 1, 199-217

Döğücü, M. Ş.ve Sayım, F.(19-21 Mart 2009). Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı, Kocaeli Örneği. Uluslar arası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, Antalya. 25 Ekim 2009 tarihinde [http://ferhatsayim.net/Ortak%20Dosyalar/HASTANELERDE%20DI%C5%9E%20KAYNAK%20KULLANIMI%20\(1\).pdf](http://ferhatsayim.net/Ortak%20Dosyalar/HASTANELERDE%20DI%C5%9E%20KAYNAK%20KULLANIMI%20(1).pdf) adresinden alınmıştır.

Ecerkale, K. ve Kovancı, A. (2005). İnsan Kaynaklarında Dış Kaynak Kullanımı. *Havacılık ve Uzay Teknolojileri Dergisi*, 2, 69-75.

Eğin, R.(2009). *Dış Kaynak Kullanımı*. İstanbul: Crea Yayıncılık.

Eser, Z.(2007). *Hizmetlerde Pazarlama İletişimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.

Ercan, İ., Ediz, B.ve Kan, İ.(2004). Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,11(3),161-167.

Ergin, G. Ve Şahin, İ. (2005). Dış Kaynaklardan Yararlanma Aracı Olarak Hizmet İhaleleri: TC. Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri Üzerine Bir Çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 1, 51-70.

- Ersöz, S. , Pınarbası, M.,Türker, A.K. ve Yüzükırmızı, M.(2009). Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu ile Ölçümü ve Sonuçların Yapısal Eşitlik Modelleri ile Analizi: Öğretmen Evi Uygulaması. *Int.J.Eng.Research & Development*, 1, 19-27.
- Gençyılmaz, G. ve Zaim S.(2000).Şirketlerin Stratejik Üretim Planlamasında Dış Kaynak Kullanımının (Outsourcing) Rolü. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 1,119-138
- Güleş, H. K. ve Özata, M.(2005). *Sağlık Bilişim Sistemleri*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Genç, N. (2007). *Yönetim ve Organizasyon*. Ankara: Seçkin Kitapevi.
- Gökdere, H. (2000). *Bilgi Sistemlerinde Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Başarısını Etkileyen Faktörler, Bankacılık Sektöründe Bir Alan Araştırması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Gümüş, Ö. (2005). *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Koçel, T. (2001).*İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Karahan, K.(2009). *Hizmet Pazarlaması*. İstanbul: Beta.
- Kavuncubaşı, Ş.(2000).*Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kaya, S.(2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara: Pelikan Yayınları.
- Karaca, A.(2006). *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dış Kaynak Kullanımı ve Sağlık İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımına Yönelik Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Karafakıoğlu, M.(1998).Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. *İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayını*, 271, 111-116.
- Karahan, A. (2009). Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi(Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma). *Balıkesir Üniversitesi ,Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21, 185-199.
- Lovelock,C.H. (1992). *A Basic Toolkit For Service Managers: Managing Services-Marketing Operations, and Human Resources*. New Jersey: Prentice- Hall.

Mohan, G.K.ve Naik, C.N.K.(2006). *Health Care Marketing*. New Delhi, Discovery Publishing House.

Mucuk, İ. (1999). *Pazarlama İlkeleri*.İstanbul: Türkmen Kitapevi.

Öncü, M. A. ve Işkın, M.(2009). Otel İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımı Üzerine Kavramsal Bir Çalışma.

Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 29, 143-156.

18 Haziran 2009 tarihinde <http://www.e-sosder.com/dergi/29143-156.pdf> adresinden alınmıştır.

Öztürk, S. A.(2003). *Hizmet Pazarlaması*. İstanbul: Ekin Kitapevi.

Özgüven, N. (2008).Hizmet pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti ve Ulaştırma sektörü üzerinde Bir Uygulama.

Ege Akademik Bakış/Ege Academic Review, 8 (2),651-682.

Özgener, Ş. ve Küçük, F. (2008).Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Olan Etkisi; Gevher Nesibe Hastanesi’nde Bir Uygulama

Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 341-358.

Steven, M.B.(1998). *Outsourcing*, Kanada: John Wiley&Sons,Inc.

Şale, İ. (2001).*Adım Adım Toplam Kalite Uygulamaları*, Ankara: Seçkin Kitapevi.

Şimşek, H.(2007). *Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara: Seçkin Kitapevi.

Tatar, M. ve F.(1998). *Yerel Yönetimler ve Sağlık*. Ankara: Türk Belediyecilik Derneği Yayınları.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, 12 Kasım 2009 tarihinde kutuphane.tbmm.gov.tr:8088/2007/200707739.pdf adresinden alınmıştır.

T.C. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2008, 11 Temmuz 2009 tarihinde <http://kutuphane.tbmm.gov.tr:8088/2008/200806694.pdf> adresinden alınmıştır.

Tengilimoğlu, D., Atilla, E.A. ve Bektaş, M. (2008).*İşletme Yönetimi*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Tutar, H.(2005). *İşletme Yönetimi*, Ankara: Seçkin Kitapevi.

Türkoğlu, Y. (2005). T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı İhracatı Geliştirme Etüt Merkezi Uzman/Ticari Bilgi Sistemleri Dairesi,

Bilgi ve İletişim Teknolojileri Yazılım Sektörü ve Dış Kaynak Kullanımı, 14 Nisan 2009 tarihinde http://www.vodasoft.com.tr/learningcenter/Bit_Yaz_Dkk.pdf adresinden alınmıştır.

Ünsal, P. (2003). *Örgütsel Araştırmalarda Anket Yöntemi*, İstanbul: Çantay Kitapevi.

Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, Uzmanlık Tezi. Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No:2350, Ankara.

Yerebakan, M.(2000). Özel Hastaneler Araştırması, Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri
İstanbul Ticaret Odası, Yayın No:2000-26.

Yılmaz, M.(2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti
Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2, 69-74.

WHO(2000). *Sağlık 21.21.Yüzyılda Herkese Sağlık*. (Y. Öztürk ve O. Güney, Çeviri), Kayseri, 2000.

EK 1**KATILIMCILARI BİLGİLENDİRME VE OLUR ALMA FORMU****Hastane işletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; GATA Hastanesinde Bir Uygulama**

Bu araştırma, GATA da dış kaynak kullanımına ilişkin müşterilerin(yatan hastaların) memnuniyetlerini değerlendirmek ve dış kaynak kullanımının bir pazarlama aracı olarak da kullanımı yolundaki uygulamaları belirlemek amacıyla yapılacaktır.

GATA bünyesinde uygulanan ve hastaların yararlandıkları dış kaynak kullanımlarına (temizlik, yemek, kafeterya hizmetleri gibi) ilişkin ölçülecek olan memnuniyet düzeyleri ile bu konudaki eksiklik veya tatmin edici durumlar saptanarak olası çözüm yolları ile yeni öneriler belirlenerek memnuniyet düzeyinin yükseltilmesi yolunda adımlar atılmasında yardımcı olacağı düşünülmektedir. Sizde araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılıp katılmama kararınız hastanede yattığınız süre içerisinde size uygulanacak tedavi ve bakım hizmetlerinde herhangi bir değişikliğe yol açmayacaktır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılabilirsiniz.

Bu veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu çalışmaların dışında bu veriler kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonucunu doğrudan etkileyeceği için yanıtlarınızın doğru olmasını ve soruları boş bırakmamanızı rica ederiz.

Teşekkürler

Adres : GATA Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Anabilim Dalı
(General-Amiral Katı) – Hemşire
Tel : 3043286-87

Pınar SAĞNAK
Atılım Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kurumları İşletmeciliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

KATILIMCININ BEYANI

Sayın Pınar Sağnak tarafından Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağı bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya katılımcı olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı

Hemşire

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşen

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK 2

**HASTANE İŞLEYMELERİNDE DIŞ KAYNAK KULLANIMININ HİZMET
KALİTESİ VE MÜŞTERİ TATMİNİ YARATMASINDAKİ ROLÜNÜN
BELİRLENMESİ VE BİR PAZARLAMA ARACI OLARAK
KULLANILMASINA YÖNELİK ANKET SORULARI**

ANKET NUMARASI:**1) Yaşınız:**

- ☐ 18'den küçük
- ☐ 18-24
- ☐ 25-34
- ☐ 35-44
- ☐ 45-60
- ☐ 60 üstü

2) Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3) Eğitim durumunuz:

- ☐ Okur-yazar
- ☐ İlköğretim
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite/master

4) Medeni durumunuz:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Boşanmış/dul

5) İşiniz:

- ☐ Devlet memuru
- ☐ Özel sektör
- ☐ Emekli
- ☐ Öğrenci
- ☐ Serbest meslek

6) Aylık ortalama geliriniz:

- ☐ 400 TL ve daha altı
- ☐ 401-1000 TL
- ☐ 1001-3000 TL
- ☐ 3001-4000 TL
- ☐ 4001 TL ve üzeri

7) Şu anda yatmakta olduğunuz kliniği yazınız:

8) GATA Hastanesinde herhangi bir kliniğe kaçınıcı yatışınız?

- ☐ İlk kez
☐ 2.kez
☐ 3.kez
☐ 4. kez
☐ 5 veya daha fazla

9) Ne kadar zamandır hastanede yatmaktasınız?

- ☐ 1 haftadan az
☐ 1-2 hafta arası
☐ 3-4 hafta arası
☐ 5 hafta veya daha fazla

10) Tıbbi açıdan ağızdan beslenmeniz için bir kısıtlama mevcut mu?

(Cevabınız evet ise lütfen 19.soruya geçiniz!)

- ☐ Evet
☐ Hayır

11) Yemeklerin sunum esnasındaki servis sürelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

12) Yemeklerin miktarlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

13) Yemeklerdeki çeşitliliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

14) Yemeklerin kalite ve tatlarını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

15) Yemeklerin hijyenik olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır

16) Yemekleri dağıtan personelin temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

17) Yemekleri dağıtan personelin servis esnasındaki tutumlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

18) Yemek dağıtım saatlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

19) Hastane temizlik hizmetlerini genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

20) Temizlik hizmetlerini sunan personelin tutumlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

21) Kafeterya hizmetlerinden faydalaniyor musunuz?

- (Cevabınız hayır ise lütfen 25.soruya geçiniz)
☐ Evet
☐ Hayır

22) Kafeterya hizmetlerindeki yiyecek-içecek çeşitliliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

23) Kafeterya hizmetlerini sunan personelin servis esnasındaki tutumlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

24) Kafeteryada sunulan yiyeceklerin kalite ve tatlarını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Mükemmel
☐ İyi
☐ Orta
☐ Yetersiz
☐ Kötü

25) Hastanede yatış, tetkik ve tedavi gibi işlemler için kendinizin veya kurumunuzun yapmakta olduğu ödemelerin, hizmet olarak karşılığını aldığınıza inanıyor musunuz ?

- ☐ Tamamen inanıyorum
☐ Kısmen inanıyorum
☐ Hiç inanmıyorum

26) Size temizlik hizmetlerini sunan personel sayısının yeterli olduğuna inanıyor musunuz?

- ☐ Tamamen inanıyorum
☐ Kısmen inanıyorum
☐ Hiç inanmıyorum

27) Size yemek hizmetlerini sunan personel sayısının yeterli olduğuna inanıyor musunuz?

- ☐ Tamamen inanıyorum
☐ Kısmen inanıyorum
☐ Hiç inanmıyorum

EK 3

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ANKARA

29 Eylül 2009

Y. ETİK KRL. : 1491 - 1091 - 09/1539
KONU : GATA Etik Kurulu

Svl. Me. Hemş. Pınar AKBULUT

“Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini Yaratmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; GATA Eğitim Hastanesi’nde Bir Uygulama” başlıklı, tek merkezli, tutum belirleme çalışması olan araştırma projeniz ile ilgili, GATA Etik Kurulu’nun kararı EK’tedir.

Rica ederim.

Deniz SAĞDIÇ
Prof. Dz. Diş Tbp. Kd. Alb.
GATA Etik Kurulu Başkanı

EK :
1 Adet Etik Kurul Raporu

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 139
OTURUM TARİHİ : 09 Eylül 2009
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dz. Diş Tbp. Kd. Alb. Deniz SAĞDIÇ
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

GATA Etik Kurulu'nun 09 Eylül 2009 günü yapılan 139. oturumunda, GATA Endokrinoloji BD'dan Svl. Me. Hemş. Pinar Akbulut'un sorumlu araştırmacılığını yaptığı "**Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini Yaratmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; GATA Eğitim Hastanesi'nde Bir Uygulama**" başlıklı, tek merkezli, tutum belirleme çalışması olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN

Deniz SAĞDIÇ
Prof.Dz.Diş Tbp.Alb.

ÜYE

H.İbrahim ALTINSOY
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Cem TAYFUN
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE

Can Polat EYİĞÜN
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE

Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Ali İhsan UZAR
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE

Tunçer HAZNEDAROĞLU
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE

Hasan OZAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Onur GENÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Şerif GÜRAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Nalan AKBAYRAK
Prof.Dr.Sağ.Alb.

ÜYE

Adnan ATAÇ
Doç.Dr.Ecz.Alb.

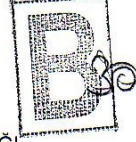
ÜYE

Mükerrem SAFALI
Doç.Tbp.Alb.

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA



EĞT.ÖĞT.:1410-489 -09/Mez.Son (1648)

28 Ekim 2009

KONU :Svl.Me.(Hemş.) Pınar AKBULUT'un
Araştırma İzni.

İLGİ: GATF Dekanlığı ve Eğitim Hastanesi Baştabipliğinin 13 Ağustos 2009 tarihli, BAŞHMŞ.:1410-3041-09/1536 sayılı ve "Araştırma Amaçlı Anket Onayı" konulu yazısı.

1. GATF Dekanlığı ve Eğitim Hastanesi Baştabipliği İç Hastalıkları Özel kliniğinde görev yapan SvL.Me.(Hemş) Pınar AKBULUT (G-2004-1030)'un Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği bölümünde yapmakta olduğu yüksek lisans tezi kapsamında "Hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımının hizmet kalitesi ve müşteri tatmini yaratılmasındaki rolü ve bir pazarlama aracı olarak kullanılması; GATA Eğitim Hastanesinde bir uygulama" konulu araştırma projesinin uygulanması ilgi yazı ile talep edilmiştir.
2. Söz konusu anket Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenerek nihai karar verilmek üzere Yüksek Bilim Konseyine sunulmuştur.
3. Yüksek Bilim Konseyinin 26 Ekim 2009 tarihinde icra edilen toplantısında söz konusu araştırma anketi incelenmiş, bazı maddelerinde değişiklik yapılarak uygulanabilirliğine karar verilmiştir.
4. Araştırmacı SvL.Me.(Hemş.) Pınar AKBULUT tarafından YBK önerileri doğrultusunda anketin ilgili maddelerinde gerekli değişiklikler yapılan ve EK-A'da sunulan şeklinin uygulanabileceğine karar verilmiştir.

Arz ve rica ederim.

M.Zeki BAYRAKTAR
Profesör Tabip Tümgeneral
GATA K.Bil.Yrd.,
Askeri Tıp Fakültesi Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi

EKİ :
EK-A (1 Ad. Anket formu)

DAĞITIM :
Gereği :
GATF Dek. ve Eğt. Hast.Bştpb.lığıne
GATF Eğitim Hastanesi Başhemşireliğine

Bilgi :
GATA K.lığına
YBK Sekreterliğine

ÖZET

SAGNAK, Pınar. Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması: GATA Hastanesi'nde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.

Günümüzde işletmeler hızla değişen piyasa koşulları ve yeni teknolojiler karşısında kendilerini geliştirmek durumundadırlar. Küresel rekabet ortamında mevcut konumlarını korumak ve kendilerini bir adım ileriye taşımak için çeşitli yöntemler geliştirmektedirler. Dış kaynak kullanımının işletmelere sağladığı avantajlar göz önüne alındığında son yıllarda sıkça kullanıldığı görülmektedir. Dış kaynak kullanımının zaman ve maliyet tasarrufu, yüksek kalite ve standartta hizmet sunumu sağladığı ve işletmelerin esas faaliyetlerine odaklanıp verimliliklerini arttırmalarına yardımcı olduğu bilinmektedir.

Esas amacı sağlık hizmeti sunmak olan hastane işletmelerinde de dış kaynak kullanımı yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastane işletmeleri temel işlevleri olan sağlık hizmeti dışındaki yan hizmetlerini uzman işletmelere devrederek sundukları toplam hizmetin kalitesini arttırarak müşteri tatmini yaratıp memnuniyet seviyesini yükseltmeyi amaçlamaktadırlar. Özellikle hizmet üreten işletmeler arasında dış kaynak kullanımı son yıllarda çok sık kullanılan bir uygulama olarak yerini almıştır.

Çalışmanın literatür bölümünde; hizmet kavramı, sağlık hizmetleri ve pazarlaması, dış kaynak kullanımı ve sağlık işletmelerinin dış kaynak kullanımı süreci konularına yer verilmiş olup, uygulamada ise dış kaynak kullanımının müşteri tatmini yaratılmasındaki rolü ve müşterilerin memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Çalışmanın amacı; hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımının müşteri tatminine ve dolayısıyla hastane işletmelerine katkısını ortaya koymaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Dış Kaynak Kullanımı (DKK), Hizmet Sektörü, Hizmet Kalitesi, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması

ABSTRACT

SAGNAK, Pinar. The Role of Outsourcing in Hospitals in the Creation of Customer Gratification and Service Quality and Its Use as a Means of Marketing: A Survey in GATA Hospital, Post-Graduate Thesis, Ankara, 2010.

Nowadays business enterprises have to improve themselves to keep up with the changing market conditions and new technologies. They develop various methods to take a step forward and preserve their existing positions within the global competition environment. For reason of the advantages outsourcing activities provide to the business enterprises, it is seen that outsourcing is commonly used. It is well known that the time and cost savings of outsourcing provide high quality service at high standards and help business enterprises focus on their core businesses and increase their efficiency.

The outsourcing operations are widely seen also in hospital enterprises whose core business is to offer health services. Hospital enterprises aim to increase the gratification levels of the patients by delivering their subsidiary services, except the health service which is their core business, to expert enterprises and thus increasing the quality of the total service they offer. Among the service producing enterprises, outsourcing activities has become a widely used method recently.

In the literature section; service concept, health services and marketing of health services, outsourcing and the outsourcing activities led by health enterprises are mentioned. As for the application, the role of outsourcing in the creation of customer gratification and the customers' levels of gratification are examined. The aim of this study is to prove the positive contribution of outsourcing to the customer gratification in health enterprises and consequently to the health enterprises as a whole.

Keywords: Health Services, The Use Of Outsourcing, Service Sector, Service Quality, Marketing Of Health Services