

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

FİYATLANDIRMA POLİTİKALARININ HASTANE
SEÇİMİNE ETKİSİ: ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

Beyza AYDIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Onur YARAR

İSTANBUL, Mayıs 2022

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**FİYATLANDIRMA POLİTİKALARININ HASTANE
SEÇİMİNE ETKİSİ: ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ**

Beyza AYDIN

194001024

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :

Tezin Savunulduğu Tarih :

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Onur YARAR

Diğer Jüri Üyeleri :

İSTANBUL, Mayıs 2022

ÖZET

FİYATLANDIRMA POLİTİKALARININ HASTANE SEÇİMİNE ETKİSİ: ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

Hastane seçimi çalışmaları incelenirken; hastane personeli, hastane temel faaliyetleri, hastane fiziksel koşulları, hasta geliri ve eğitim düzeyi gibi faktörlerin hastaların hastane tercihini etkilediği görülmektedir. Hastaneler avantajlarını artırmak için hasta güvenini artıran, alanında uzman hekimlere sahip olmalarını sağlayan, fiziki durumlarını iyileştirmeye yönelik projelere yer veren, bordro süreçlerinde çalışan politikalar belirlemektedir. Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma politikalarının hastane seçimine etkisini belirlemeyi amaçlayan bu araştırma nicel verilere dayalı tanımlayıcı araştırma ve ilişkisel tarama modelinde bir araştırmadır. Uygulanan anket neticesinde hastane logolarının, temizliğinin, doktor tanınmışlığının ve diğer faktörlerin hastane seçimini olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fiyatlandırma, hastane seçimi, sağlık yönetimi

Tarih: Mayıs, 2022.

SUMMARY

THE EFFECT OF PRICING POLICIES ON HOSPITAL SELECTION: PRIVATE HOSPITAL EXAMPLE

While examining the hospital selection studies; It is seen that factors such as hospital staff, hospital basic activities, hospital physical conditions, patient income and education level affect the hospital preference of patients. In order to increase their advantages, hospitals determine policies that increase patient confidence, ensure that they have physicians who are experts in their fields, include projects to improve their physical conditions, and work in payroll processes. This research, which aims to determine the effect of pricing policies in health services on hospital selection, is a research in descriptive model and relational screening model based on quantitative data. As a result of the survey, it was determined that hospital logos, cleanliness, doctor reputation and other factors positively affect the choice of hospital.

Keywords: Pricing, hospital selection, healthcare management

Date :May,2022.

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET.....	iii
SUMMARY	iv
İÇİNDEKİLER	v
BÖLÜM 1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
BÖLÜM 2 SAĞLIK HİZMETLERİ.....	3
2.1. Sağlık Kavramı.....	3
2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Amacı	3
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	4
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları	6
2.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	6
2.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
2.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
2.6. Sağlık Sektörü	9
2.7. Dünyada ve Türkiye de Sağlık Sektörü	9
2.7.1. Dünyada Sağlık Sektörü.....	9
2.7.2. Türkiye’de Sağlık Sektörü	10
2.8. Sağlık Sektöründeki Kurum ve Kuruluşlar	11
2.9. Sağlık Sektörünün Önemi	13
2.10. Sağlık Hizmeti.....	14
2.11. Sağlık Hizmetinin Anlamı, Kapsamı ve Niteliği	14
2.12. Hastane Kavramı	16
2.13. Hastanelerin İşlevleri	16
2.14. Hastanelerin Sınıflandırılması.....	17

2.15. İşletme Olarak Hastaneler	18
2.16. Sosyal Bir Kurum Olarak Hastaneler.....	19
BÖLÜM 3 FİYATLANDIRMA POLİTİKALARI	21
3.1. Fiyat ve Fiyatlandırma Politikaları	21
3.1.1. Fiyatlandırma Kavramı	21
3.1.2. Fiyatlandırmaya Etki Eden Faktörler	21
3.1.3. Fiyatlandırma Politikaları.....	23
3.2. Fiyatlandırma Stratejileri	24
3.3. Temel Fiyatlandırma Yaklaşımları	25
3.3.1. Maliyete Göre Fiyatlandırma	25
3.3.2. Talebe Göre Fiyatlandırma	25
3.3.3. Rekabete Göre Fiyatlandırma	26
3.4. Hastane Tercihini Etkileyen Faktörler	26
BÖLÜM 4 YÖNTEM	28
4.1. Araştırmanın Tipi.....	28
4.2. Veri Toplama Araçları	28
4.3. Yöntem.....	29
BÖLÜM 5 BULGULAR	31
SONUÇ	63
KAYNAKLAR	67

KISALTMALAR

AIFD: Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği

Bkz: Bakınız

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

f : Frekans

IEIS : İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası

SADER : Sağlık Gereçleri Üreticileri ve Temsilcileri Derneği

SB : Sağlık Bakanlığı

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

TTB :Türk Tabipler Birliği

TUMDEF : Tüm Tıbbi Cihaz Üreticileri

TUSIDER : Türkiye Sağlık İşletmeleri Derneği

vs : Vesair

% : Yüzde

TABLO LİSTESİ

	SAYFA NO
Tablo 1. Basıklık ve Çarpıklık Değerleri İle Güvenirlilik Katsayısı.....	30
Tablo 2. Demografik Değişkenlere Göre Dağılım.....	31
Tablo 3. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Yönelik Dağılım.....	33
Tablo 4. Anket Puanının Betimsel İstatistikleri	40
Tablo 5. Korelasyon Analizi	40
Tablo 6. Anket Puanlarının Cinsiyet Bakımından Farklılık Gösterme Analizi	42
Tablo 7. Anket Puanlarının Yaş Bakımından Farklılık Gösterme Analizi	43
Tablo 8. Anket Puanlarının Medeni Hal Bakımından Farklılık Gösterme Analizi....	44
Tablo 9. Anket Puanlarının Öğrenim Durumu Bakımından Farklılık Gösterme Analizi	46
Tablo 10. Anket Puanlarının Ailenin Aylık Ortalama Geliri Bakımından Farklılık Gösterme Analizi	48
Tablo 11. Anket Puanlarının Sağlık Güvencesi Bakımından Farklılık Gösterme Analizi.....	50
Tablo 12. Anket Puanlarının Hastane Değiştirme Sıklığı Bakımından Farklılık Gösterme Analizi	53
Tablo 13. Anket Puanlarının Son Bir Yılda Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığı Bakımından Farklılık Gösterme Analizi	55
Tablo 14. Anket Puanlarının Hastane Seçiminden Muayene Ücretlerinin Önemli Olması Farklılık Gösterme Analizi	57
Tablo 15. Anket Puanlarının Hastanelerde Uygulanan Fiyat Kampanyaları Hastane Seçimini Etkilemesi Bakımından Farklılık Gösterme Analizi.....	58
Tablo 16. Anket Puanlarının Hastanenin Muayene Ücretlerinin Bilgisine Ulaşma Durumu Bakımından Farklılık Gösterme Analizi.....	59

BÖLÜM 1 GİRİŞ VE AMAÇ

Çağımızda her hizmet sektöründe olduğu gibi sağlık hizmetleride gelişen ve yenilenen sektör içerisinde faaliyetlerinin devamını sağlamak için konumlandırmasını sağlaması gerekmektedir. Yenilikleri takip edip gelişen sektör ile rekabet ortamında tutunması gerekmektedir. Çalışanların ve hizmeti sunanların uzmanlığı ve eğitimli kişilerin olması önem arz etmektedir. Hastanelerin tercih edilebilir kılınması için hizmet alan kişiler tarafından hastane tercihlerini etkilediği yönlerinin takip edilmesi gerekmektedir. Hastane tercihinin seçilmesi, verilen hizmetin önemi itibari ile kişilerin titizlik ve hassasiyetle ilerlediği sektördür.

Fiyat konusu kişilerin hastaneye erişebilirliği konusunda önemli noktadır. Sağlık hizmetlerinde 2003 yılında gerçekleştirilen Sağlıkta dönüşüm programı ve 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile hastalar, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sözleşmeli özel hastanelerden hizmet alabilme imkanına kavuşmuştur (Özdemir, 2010). Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin 2021 istatistiklerine göre; özel sağlık tamamlayıcı sağlık acil hastalık branşlarında geçerli poliçesi mevcut bulunan kişi sayısı ortalama 4 milyonu bulmaktadır. Özel sağlık kurumları ile ilgili olarak yürütülen bir çalışmada öne çıkan faktörler sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık kurumunun güvenilirliği ve sağlık hizmetinin fiyatı olarak bulunmuştur (Pentescu vd, 2013).

Pazarlama faaliyetlerinin nihai amacı ise, hedef alınan tüketici tatminini sağlayarak, istenen karlılık seviyesine ulaşmak ve işletmenin devamlığını sürdürülebilme. Sağlık kurumu işletmelerinin hedef alacağı pazarı ve bu pazarın karakterini iyi bilmeli, mevcut kaynak ve fırsatlarını o yönde kullanabilmelidir (Çiftçi, 2010)

Hastane tercihi ile ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde; hastane çalışanları, hastanenin temel işleyişi, hastanenin fiziki koşulları, hastanın gelir ve eğitim düzeyi gibi faktörlerin hastaların, hastane tercihinin etkilediği görülmektedir (Uludağ, 2010).

Günümüzün şartları hastaların beklentilerinin karşılanması problemi hasta açısından önem kazanmıştır. Hastanın hastaneye gelmeden telefonda aldığı randevu veya yakın çevresinden duyduğu bir öneri, planlama ile süreci başlatmaktadır. Başlayan sürecin hızlı, şüphe uyandırmadan sağlık hizmeti alıcısının ihtiyaçlarını karşılar

nitelikte bilgi verilmesi gerekmektedir. Tam ve eksiksiz verilen bilgiler hasta için sürecin daha endişe verici ilerlemesine sebep olmaktadır.

Hastane içerisinde sunulan hizmetin teknoloji, kalite, uzman personel, iletişim gibi durumlar kişinin hastane tercihi konusunda önem arz etmektedir. Planlama, Pazarlama, İnsan Kaynakları gibi hastanenin tüm departmanların bu süreçte titizlik ile çalışmalı hasta odaklı hareket etmeleri gerekmektedir.

Hastane tercihlerine etki nedenlerinin ortaya konulması; personel tutum ve davranış, hizmet kalitesi, çevre tanınmışlık, fiziki uygunluk ve tüketici maliyeti değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.



BÖLÜM 2 SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramına bugüne kadar birçok tanım yapılmıştır. Bu tanımlar dönemin özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Yeni araştırma ve geliştirmeler gerçekleştiğinde bu tanımlar da yorumlanmış, düzenlenmiş, değiştirilmiş ve geliştirilmiştir. Bu tanımlardan Hygieia, sağlığı “sorumlu ve disiplinli bir yaşam sürmek”, Aesculap ise “hastalıkların üstesinden gelme sanatı” olarak değerlendirmiştir. İlk çağlarda insanlar sağlıklarının bozulmasına kötü ruhların ve cinlerin sebep olduğuna inandığından, bu hastalıkları sihir ve büyü ile tedavi etmeye çalışmışlardır (Somunoğlu, 2012).

Sağlıkla ilgili günümüzde en çok kullanılan tanımlardan biri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımdır. Bu tanımda sağlık, sadece hastalığın olmaması değil, aynı zamanda bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre çok boyutlu kabul edilen sağlık kavramı birçok faktörle ilişkilidir. DSÖ tanımı, sağlık kavramını bir bütün olarak ele almış ve sağlığın birçok boyutuyla ele alınmasına olanak sağlamıştır. Bu, tanımın uzun bir süre boyunca yaygın olarak kullanılmasına yol açmıştır. Ancak sağlık ölçümlerine ulaşmanın ve ölçmenin zor olması nedeniyle bu tanım bazen eleştirilmektedir (Akbaş, 2014).

2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Amacı

Sağlık her insanın ortak haklarından biridir. İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si'nin 25. maddesi uyarınca; “Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve esenliği için yiyecek, giyecek, barınma ve tıbbi bakıma hakkı vardır. Herkesin işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi kontrolü dışındaki durumlardan dolayı yaşama hakkı vardır” (BM İnsan Hakları Komisyonu, 1948).

Sağlık hizmetleri, “hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu ile hastalıkların önlenmesi ve toplum sağlığının iyileştirilmesi için alınan tedbirler için verilen hizmetler” olarak tanımlanmaktadır. DSÖ, sağlık hizmetlerini, bireyin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayarak, sağlık profesyonelleri tarafından gerekli sağlık tesislerinde sunulan sağlık, iyileştirme ve tedavi hizmetlerinin bütünlüğü olarak tanımlamıştır.

Ayrıca, Kazakistan'ın Almatı kentinde düzenlenen uluslararası sağlık konferansının ardından 1978'de yayınlanan bir bildiri, "2000 yılında herkes için sağlık" hedefini belirlemiştir. Tam katılımcı bir birinci basamak sağlık hizmeti hedeflenmektedir (Somunoğlu, 2012). Bu tanım ve açıklamalara göre sağlık hizmetinin amacının, insanları ve toplumu hastalıklardan korumak, hastalıkların teşhis ve tedavisi de dahil olmak üzere bedensel, ruhsal ve sosyal iyiliklerini artırmak olduğu söylenebilir.

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık tesisleri hizmet işletmeleridir, dolayısıyla sağlık tesislerini üretim tesislerinden ayıran temel özellikler vardır (Saltık, 1995). Bu özellikler;

- Sağlık kullanımı rastgeledir. İnsanların tıbbi hizmetleri nerede ve ne zaman kullanmak isteyeceklerini önceden belirlemek imkansızdır.

- Başka bir servis tarafından değiştirilemez. Sağlık hizmetleri onun yerini alamaz. Hizmetin fiyatı veya kalitesi sizi tatmin etmiyorsa, başka bir hizmetle değiştirilemez.

- Ertelenemez, çoğu zaman hemen karşılanması gerekir. Acil sağlık hizmetleri, özellikle insan sağlığı açısından risk teşkil edenlere acilen müdahale edilmesi gerekir. Çünkü bir kişinin gecikmesi aynı zamanda geri dönüşü olmayan sakatlıklara, ölüme vb. sonuç verebilir. Bu sonuçlar sadece bireyi değil, ailesini ve toplumun huzurunu da etkileyebilir.

- Hizmetin boyutu ve kapsamı kullanıcı tarafından değil hekim tarafından belirlenir. Kalış süresini, yapılacak işlemi, ameliyat, ilaç, tedavi gibi hizmetlerin içeriğini hekimler ve sağlık hizmeti sunucuları belirler. Sağlık tüketicisinin sağlık durumu ve istekleri bu hizmetlerden etkilenmez.

- Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez. Sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar genel sağlığı iyileştirmeyi amaçlar. Bu maliyetlerin geri ödenmesi finansal bir fayda olarak görülemez. Yüksek düzeyde bir halk sağlığı, emek üretkenliğini, üretim kapasitesini ve yaşam kalitesini artırır. Diğer bir deyişle, sağlık harcamaları tüketici harcamaları kategorisinde değil, doğrudan yatırım maliyetleri kategorisinde yer almaktadır. Sağlık hizmetleri maliyetleri doğrudan ekonomiye geri döner.

- Hizmet ücretlerinde pazarlık konusu değildir.

Devlet, belirli kanunlar çerçevesinde sağlık hizmetlerinin maliyetini belirlemektedir. İmalat sektörü ile hizmet sektörü arasındaki genel farklılıklar (Yerebakan, 2000);

- İmalat sektöründe üretilen ürünler somut ve görünür; ancak, hizmet verilemez, görünmez, duyulabilir, sergilenemez ve ölçü birimleriyle ifade edilemez.
- Hizmette üretim ve tüketim eş zamanlı olarak gerçekleştirilir.
- İmalat sektöründe üreticiler ve tüketiciler yüz yüze görüşmezken, hizmet sektöründe tüketici ile doğrudan temas söz konusudur; iletişim yüz yüze gerçekleşir.
- İmalat sektöründe üretilen ürünlerin stoklanması mümkündür, ancak hizmetlerde bulunamaz.
- Hizmet sektörü yüksek düzeyde profesyonellik gerektirir.
- İmalat sektöründe birçok çeşit mal üretilmektedir. Hizmet sektöründe ise hizmet üretimi çok daha karmaşık bir süreçtir, çünkü her biri bireysel olarak düşünülmesi gereken müşteri hizmetleri sunulur.
- Bunun yerine, üretimde sermaye yoğun teknoloji kullanılmaktadır.

Sağlıkta yüksek teknoloji kullanılmasına rağmen emek yoğun bir üretim söz konusudur. Yukarıda sayılan imalat sektörü ile hizmet sektörü arasındaki genel farklılıklara ek olarak; Sağlık işletmelerinin ayırt edici özelliklerinden bazıları şu şekilde özetlenebilir (Yerebakan, 2000):

- Çıktının saptanması ve ölçülmesi zordur.
- Birçok profesyonel ekip birlikte çalışır.
- Yapılan iş karmaşık ve değişkendir.
- Alınan önlemlerin çoğu acildir ve ertelenemez.
- Yüksek düzeyde uzmanlığa sahiptir.
- Farklı meslek grupları arasında yüksek düzeyde “fonksiyonel bağımlılık” vardır.
- Çatışmaya yol açan ikili bir güç yapısı vardır.
- İnsan kaynakları, ağırlıklı olarak mesleki hedeflere kurumsal hedeflere öncelik veren profesyonellerden oluşmaktadır.
- Hizmetin ve dolayısıyla gelirin çok önemli bir parçası olan hekimin işlevleri tam olarak incelenmemektedir.

- Anlaşmaların belirsizlik ve belirsizliğe karşı dar bir toleransı vardır.

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Sağlık hizmetlerinin tanımında da belirtildiği gibi sağlık hizmetlerinin temel amacı; birey ve toplum sağlığının korunması, hastaların tedavi ve rehabilitasyonudur. Bu hizmetler en kısa sürede, en düşük maliyetle, hastanın istediği şekilde ve yasalara uygun olarak sunulmalıdır. Bireylerin sağlığını korumak ve sağlığını geliştirmek devletin önemli görevlerinden biridir. Bununla birlikte, halk sağlığına yönelik artan talep, sağlık piyasalarının gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel amaçları şu şekilde sıralanabilir (Öztürk, 2015):

- Sağlık talebinin oluşmasını sağlamak;
- Halk sağlığının iyileştirilmesi;
- Hastalığı önlemek için gerekli koruyucu önlemleri almak;
- Erken ölümü önleyerek yaşam beklentisini uzatabilmek;
- Hastalık ve sakatlığın en aza indirilmesi, hasta ve engellilerin sağlığına mümkün olan en kısa sürede geri kazandırılması için gerekli rehabilitasyonun sağlanması;
- Kişisel tatmine erişimin sağlanması,
- Bağışıklama araştırmalarıyla halk sağlığının korunmasını sağlamak;
- Sosyal ilişkilerde üst düzeyde memnuniyet sağlanması,
- Sınırlı kaynaklara sahip kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmaktır.

2.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

1978 yılında Alma Ata'da düzenlenen Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve en iyi şekilde korunması dünyanın en önemli sosyal hedefi olduğu ve bu hedefe bir kez daha ulaşılmasıdır. Sağlık sektörünün yanı sıra birçok sosyal ve ekonomik sektörün çabasını gerektirdiği vurgulanmıştır. Hükümetler, halklarının sağlığından sorumludur ve bu yükümlülükleri ancak uygun ve yeterli sağlık ve sosyal önlemleri alarak yerine getirirler (Punch, 2005).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, faydaları evrensel olarak toplumdaki ailelere ve bireylere sunulan, pratik, bilimsel olarak doğru ve sosyal olarak yeterli yöntem ve teknolojilere dayalı önemli bir tıbbi hizmettir. Ülkenin ve toplumun ekonomik

koşullarını ve sosyo-kültürel özelliklerini kapsar ve yansıtır. Aynı zamanda sosyal, biyomedikal ve sağlık sektörlerinde araştırma ve deneyime dayanmaktadır. Geliştirme, önleme, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleriyle bir topluluktaki temel sağlık sorunlarını tanımlar (Punch, 2005).

Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, teknik işbirliği ruhu içinde ve yeni uluslararası ekonomik düzeye uygun olarak, dünya çapında ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve tanıtılması için acil ve etkili çalışma çağrısında bulunmaktadır (Punch, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tanımlanan sağlık; "Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." Bu tanım, fiziksel ve ruhsal iyilik halinin yanı sıra "toplumsal olarak tam bir iyilik hali" durumunu vurgular. Sağlık kavramı ilk olarak dünyanın birçok ülkesinde hastalıkların tedavisi olarak tanımlanmıştır. Artan teknoloji ve bilgi birikiminin de katkısıyla hastalığın doğasının zamanla araştırılması ve hastalığa neden olan faktörlerle hastalık ortaya çıkmadan mücadele edilmesi önemlidir. Günümüzde sağlığın ve tam esenliğin devamını sağlamak, bir hastalık durumunu tedavi etmekten daha önemli hale gelmiştir. Sonuç olarak sağlık hizmetleri, sadece hastalıkların tedavisini değil, aynı zamanda sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerinin korunması ve geliştirilmesini de içermektedir (Akdur, 2006).

2.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsan ve toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için insan ve çevre için alınan tüm önlemler anlamına gelir. Koruyucu sağlık hizmetleri çok kapsamlı bir hizmet türüdür. Toplulukta hastalık olasılığı azalır, topluluğun tüm üyeleri rekabet olmadan bundan faydalanacaktır. Bu özelliğine göre koruma hizmetleri, sağlık hizmetlerinden daha fazla devlet ekonomisi tarafından sağlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri iki ana gruba ayrılmaktadır. Bunlar:

Çevre hizmetleri: Çevreyi olumlu hale getirerek veya çevrelerindeki insanların sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal faktörleri ortadan kaldırarak olumsuz çevresel faktörlerin insanlar üzerindeki etkisini önlemek için yapılan tüm eylemler bu başlık altında toplanmıştır. Halk arasında çevre sağlığı hizmetleri olarak bilinen bu hizmetler; yeterli temiz hava ve su temini, katı ve sıvı

atıkların uygun şekilde bertarafı, haşere kontrolü, gıda sağlığı, atık su ve kanalizasyon vb. hizmetlerdir (Akdur, 2006).

Kişiyözel hizmetler: Kişilerin ve dolayısıyla toplumun hastalık faktörlerine karşı dirençli ve güçlü olmasını sağlayan, hasta olduklarında erken dönemde teşhis edilerek hiçbir zararı veya en az zararı ile tedavi edilen hizmetlerdir.

- Erken tanı ve uygun tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- Aile planlaması.

Bu hizmet grubu, özellikle sağlık ve tıp uzmanları tarafından sağlanan ve sağlanması gereken hizmetlerdir. Bu tür hizmetler, tedavi hizmetlerine göre daha kolay, daha verimli ve daha uygun maliyetlidir (Akdur, 1999).

2.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hasta sağlığı ile ilgili tüm çalışmalar bu başlık altında toplanmıştır. Terapötik sağlık hizmetlerinin kendileri; Birinci basamak bakım hizmetleri, ikinci basamak bakım hizmetleri ve üçüncü basamak bakım hizmetleri olarak üç gruba ayrılırlar. Birincil bakım hizmetleri, hastaların evde ve ayakta tedavi ortamında teşhis ve tedavisini içerir. Bu hizmetler ağırlıklı olarak ayakta tedavi merkezlerinde ve koruyucu hizmetler ile birlikte verilmektedir. Bu hizmetleri sağlayan birimlere birinci basamak sağlık kuruluşları da denilmektedir (Akdur, 2006).

İkincil tedavi hizmetleri, hastalıkları teşhis ve tedavi eden yatarak tedavi tesisleri tarafından verilen hizmetleri içerir. Bu tür hizmetlerin sunulduğu genel hastanelere ikincil tıbbi tesisler denir. Ülkemizde bu hizmetler Sağlık Bakanlığı'na bağlı bölge ve ilçe kamu hastanelerinde ve diğer kurumlara bağlı (kamu veya özel) genel amaçlı hastanelerde verilmektedir (Akdur, 2006).

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, belirli bir yaş grubuna (çocuk hastanesi, geriatri hastanesi vb.), cinsiyete (kadın ve doğum vb.) veya hastalıklara (tüberküloz, akıl ve psikiyatrik hastalıklar, onkoloji hastaneleri vb.) ileri teknolojilerle donatılmış yataklı tesislerde ve yüksek nitelikli personelle hizmet verilmektedir. Bu hizmetler

genellikle özel branşlarda veya eğitim hastanelerinde verilmektedir. Bu tür hizmetleri sunan kurumlara üçüncü basamak sağlık kuruluşları denir (Akdur, 2006).

Rehabilitasyon Hizmetleri: Hastalık sonrası sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle işgücünü kaybedenlere verilen hizmetlerdir (Akdur, 2006).

Tıbbi rehabilitasyon: Bir hastalık veya kazadan sonra zayıflamış bir organın tıbbi rehabilitasyonu, fizik tedavi vb. tıbbi rehabilitasyon veya tamamen kaybedilen bir uzvun ortez ile değiştirilmesi gibi hizmetlere tıbbi rehabilitasyon hizmetleri denir. Bu hizmetlerin sonunda kişi kısıtlı da olsa günlük hayatına ve işine devam edebilecektir. Tıbbi refah hizmetleri, sağlık sektörü ve çalışanları tarafından sağlanan hizmetlerdir (Akdur, 2006).

Sosyal rehabilitasyon: Psikolojik ve fiziksel yaralanması olan kişilerin uygun işyerlerine yerleştirilmesi ve bakımındır (Akdur, 2006).

2.6. Sağlık Sektörü

Günümüzde sağlık sorunu dünyada bir endüstri haline gelmiştir. Bu anlamda dünyada ve Türkiye'de sağlık sektörünün yönünü araştırmak gerekmektedir. Bu kapsamda sağlık sektörünün dünyadaki ve Türkiye'deki gelişimi tartışılacaktır.

2.7. Dünyada ve Türkiye de Sağlık Sektörü

Dünyada ve türkiyede sağlık sektörü benzer özellikler göstermektedir. Gelişen teknoloji, çağa uygun tedavi metodları ve hasta bakım odaklı yöntemler içermektedir. Sağlık sektöründeki bakış açısı devamlı olarak yenilenmekte ve sürdürülebilirliğini sağlamaya yöneliktir.

2.7.1. Dünyada Sağlık Sektörü

Teknolojideki değişimler ve artan küreselleşme ile birlikte rekabet ortamı pek çok sektörü olduğu gibi tüketicilerin de beklentilerini etkilemektedir. Bu durumun sağlık sektörüne yansımaları ise hasta beklentilerinin artması şeklinde olmaktadır. Sağlık sektöründe beklentilerin büyümesi sektördeki rekabet baskısını artıracak ve bu durumda hem kaliteli hizmet hem de maliyet unsurlarının bir arada ele alınması ihtiyacı ortaya çıkacaktır. Bu alanda uygulanması gereken çeşitli düzenlemelerin yasalaşması, birçok bürokratik düzenlemeyi ve siyasi kararı zorunlu kılacaktır (Kayral, 2018).

Dünyada sağlık sektörüne baktığımızda geçmişten günümüze çeşitli aşamalardan geçtiği görülmektedir. Bu bağlamda günümüz dünyasında sağlık sektörü değişmekte ve gelişmektedir. Bu değişim ve dönüşümün temel direklerinden biri teknolojik gelişmelerdir. Teknolojideki değişimler her sektörü etkilediği gibi sağlık sektörünü de değiştirmekte ve dönüştürmektedir. Sağlık ekosistemindeki deneysel değişiklikler, özellikle sağlık sektöründe yeni teknolojilerin kullanılmasıyla başarılı olmuştur. Sağlık sektöründeki teknolojik gelişmelerin önemli bir etkisi olmasına rağmen, sağlığın sürdürülebilirliği konularındaki artış, çeşitli çözümlerin gündeme gelmesine neden olmuştur. Bu bağlamda sağlık sektöründe sürdürülebilirliği sağlamak için maliyet etkin, yenilikçi ve hasta odaklı çeşitli çözümler bulmak mümkün olmuştur (Arslanhan Memiş, 2018).

2.7.2. Türkiye’de Sağlık Sektörü

OECD, Dünya Bankası Türk sağlık sistemini gözden geçirmiştir. Bu inceleme sonucunda oluşturulan rapora göre Türk sağlık sisteminin değişim ve dönüşüm aşamaları şu şekildedir; "T.C. 1920 yılında Sağlık Bakanlığı (SB) kurulmuştur. Türkiye’de mevcut sağlık sisteminin temelleri 1923-1946 yılları arasında atılmıştır. Bu dönemde sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasından sorumlu olan Sağlık Bakanlığı'nın görev ve sorumluluklarını açık ve net bir şekilde tanımlayan birçok kanun çıkarılmıştır. 1946-1960 yılları arasında Türkiye’de halka entegre sağlık hizmeti sunması beklenen sağlık ocakları kurulmuş; tüm hastaneler yerel yönetimlerden Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SSK, özel sektör çalışanlarına ve kamu sektöründe mavi yakalı çalışanlara sağlık sigortası sağlamak amacıyla 1946 yılında kurulmuştur. 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilmiştir (Arslanhan Memiş, 2018).

Bu kanun, Türkiye’de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasının önünü açmıştır. Bu yasa, sağlık hizmetlerinin tarafsız, sürekli ve insanların ihtiyaçlarına uygun olarak sunulması gerektiğini belirtmektedir. Entegre Sağlık Hizmetleri Sisteminin oluşturulmasına yol açmıştır. Bu yasa, tüm vatandaşlara ücretsiz veya kısmen ücretsiz tıbbi bakım sağlamayı amaçlamaktadır: finansman, sağlık sigortası primleri ve devlet bütçesinden tahsisler yoluyla sağlanmaktadır. 1963'te, beş yıllık sağlık kalkınma planı dahil edilmiştir. Sağlık sigortası fikrini desteklemek için bir GSS yasası geliştirildi; Bu

kanun ancak 1971 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulabilirdi, ancak kabul edilmemiştir. 1978 yılında, doktorların özel sektörde çalışmasını engelleyen Tam Zamanlı Kamu Hekimleri Sağlanması Hakkında Kanun çıkarılmıştır. 1980 yılında bu kanunu yürürlükten kaldıran yeni bir kanun çıkarılmıştır (Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun) (Arslanhan Memiş, 2018).

Bu yasa özünde doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının özel sektörde bile yarı zamanlı çalışmasına izin vermiştir. 1980 ve 2002 yılları arasında Türk vatandaşları, sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda çok önemli anayasal haklar olarak kabul edildi. Temel Sağlık Hizmetleri Yasası da adalete ve sağlık hizmetlerine erişimi vurgular ve 1960 Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemindeki eksiklikleri gidermeyi amaçlar. 1988 ve 1993 yılları arasında SB ve DPT, ihtiyaçları anlamak ve reform alanlarını belirlemek için büyük bir sağlık reformu çalışması gerçekleştirmiştir (Arslanhan Memiş, 2018).

Ulusal sağlık politikası 1990 yılında hükümet tarafından resmi olarak kabul edilmiştir. Aynı zamanda Türkiye'de GSS ve aile hekimliğinin tanıtımı da dahil edilmiştir. 1993-1997 yılları arasında Türkiye'de altı farklı Sağlık Bakanı vardı ve sağlık politikası açısından çok az istikrar vardı. Bu dönemde, sağlık reformları çeşitli kalkınma planlarında yer almaya devam etmiştir. Kasım 2000 ve Şubat 2001'de Türkiye büyük bir ekonomik krizle karşı karşıya kalmış: para birimi %100'den fazla değer kaybetmiş, enflasyon %68'e ulaşmış ve 2000 yılında ekonomi yüzde 8 değer kaybetmiştir. İşsizliğin artmasıyla birlikte ekonomik kriz sağlık açısından yoksulluğu beraberinde getirmiş ve toplumsal etki yaratmıştır. Artan gıda fiyatları ve enflasyon, daha önce savunmasız olan haneleri yoksulluğa karşı savunmasız bırakmıştır. Raporla göre sağlık ülkemizde bakım sistemi kuruluşundan bu yana hızla gelişerek bir değişim ve dönüşüm süreci geçirmiştir. Türkiye'de sağlık sektörü için genel bir çerçeve sağlanmıştır (Arslanhan Memiş, 2018).

2.8. Sağlık Sektöründeki Kurum ve Kuruluşlar

Sağlık Bakanlığı: Sağlık Bakanlığı bu alanda önemli bir rol oynamaktadır. Salgınları önleyerek ve tüm vatandaşlara yüksek kalitede tıbbi bakım sağlayarak vatandaşların sağlığını bir üst seviyeye taşımayı kendisine görev edinmiştir.

Türk Tabipleri Birliği (TTB): Türk Tabipleri Birliği (TTB), Türkiye'deki doktorların örgütlü sesidir. Anayasa güvencesine göre, 6023 sayılı Kanunla kurulmuş bir devlet kurumu olan ve ülkede yüzde 80 (83.000) doktor üyesi bulunan bu kuruluşun ana gelir kaynağı üyelik aidatlarıdır ve herhangi bir yardım almamaktadır.

Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD): Tek çatı altında güçlü birlikteliği destekleyen dernekler; Özel Hastaneler Birliği, Sağlık Kuruluşları Birliği, Sağlık Kurumları ve Turizm Bölgeleri Dernekleri Birliği ve Güneydoğu Anadolu Özel Sağlık İşletmeciliği Derneği birleşerek Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği OHSAD'ı oluşturmuştur. Bu ilave ile özel sağlık sektöründeki hastanelerin yaklaşık yüzde 80'ini ve diğer sağlık tesis ve kuruluşlarının yaklaşık 850'sini kapsayan bir yapıya sahiptir.

Türkiye Sağlık İşletmeleri Derneği (TUSIDER): TÜSIDER'in 900 üye sağlık kuruluşu bulunmaktadır.

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (IEIS): IEIS, genel ilaç pazarını temsil eden bir kuruluştur. 1964 yılında yerel sağlık sektörünün gelişimini desteklemek amacıyla İstanbul'da kurulmuştur. Sağlık politikasında önemli bir rol oynar ve yaygın ilaçların kullanımını teşvik etmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK): 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü'nü tek çatı altında toplamaktadır.

Türkiye Sağlık Sektörü İşverenleri Sendikası (SEIS): Tıbbi cihaz sektöründe hizmet veren firmalar SEIS, yerel kuruluşlar ve TÜMDEF çatısı altında toplanmıştır. SEIS'in amacı, sağlık sektörünü bir sivil toplum kuruluşu olarak tanıtmak ve şirketleri bir dernek çatısı altında bir araya getirmektir.

Tüm Tıbbi Cihaz Üreticileri ve Tedarikçileri Dernekleri Federasyonu (TUMDEF): 2004 yılında kurulan TÜMDEF, 16 üye dernek ve bu derneklere üye 1500'den fazla network şirketi ile bir sivil toplum kuruluşu olarak faaliyet göstermektedir.

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD): Türkiye'de faaliyet gösteren araştırmacı ilaç firmaları tarafından 2003 yılında kurulan AİFD, İstanbul'daki merkezi ve Ankara'daki temsilciliği ile faaliyetlerine devam etmektedir. Derneğin amacı, Türk

tıbbında “yenilikçi” ürün, teknoloji ve bilgiye erişimi artırmak ve sağlık sektöründe “etik ve şeffaf” bir ortam oluşturmak için çalışarak Türk sağlık sektörüne katkıda bulunmaktadır.

Sağlık Gereçleri Üreticileri ve Temsilcileri Derneği (SADER): SADER, 1993 yılında Türk sağlık sektörünün önde gelen 14 kuruluşu tarafından kurulmuş bir sivil toplum kuruluşudur. SADER'in temel amacı, her türlü tıbbi cihaz, alet ve ekipmanın ithalatı, üretimi, temini, bakımı, onarımı, toptan ve perakende satışı ile uğraşan kişi ve şirketlerin faaliyetlerini koordine etmek, güçlendirmek, disipline etmek ve bilinçlendirmektir. Ayrıca mevcut kuruluşlara eğitim, sağlık ve çeşitli sosyal konularda yardım ederek, doğrudan veya dolaylı olarak topluma faydalı iş ve faaliyetler gerçekleştirmeyi amaçlar.

2.9. Sağlık Sektörünün Önemi

Sağlık sektörü, işletmeye sunulan ürünlerin kalitesi açısından diğer sektörlerden biraz farklıdır. Sağlık profesyonellerinin hastalarla ilişkilerinde meslektaşları ve diğer personel ile daha fazla kişilerarası ilişkiler sergilemesi gerekir. Sağlıklı olmak herkesin hakkı iken, uzun ve kaliteli bir yaşam sürmek herkesin hakkıdır. Mevcut sağlık hizmetinin sistemli çalışması ile hastalıkları önlemek, hastalıkları tedavi etmek ve sağlığı korumak mümkündür. Sağlık hizmetleri doğuştan gelen bir haktır ve toplumdaki herkese eşit olarak sunulmalıdır (Arslanhan Memiş, 2018).

Bu hizmetler, farklı alanlarda eğitim almış, farklı bilgi ve becerilere sahip kişilerden oluşan bir ekip tarafından sunulmalıdır. Çünkü ekip üyelerinin hizmetlerinin toplamı sağlık hizmetlerinin bütününe ortaya koymaktadır. Bu hizmetlerin planlanması ve sunulması için bölge koşullarına uygun model ve teknolojilerin başarılı bir ekip tarafından seçilmesi ve kullanılması durumunda sağlıkta başarı sağlanacaktır. Sağlık hizmetlerinin örgütsel evrimi incelendiğinde, aslında çok fazla çeşitlilik olduğu görülmektedir. Hizmetlerin türleri ve gelişimi, bireysel gereksinimler, kurumsallaşma, kültür, ekonomik özellikler, toplumdan topluma farklılıklar gibi birçok faktör tarafından belirlenir. Ülkede sağlık hizmetleri ne kadar iyi organize edilirse insan yaşamının düzenli olması, ihtiyaçların karşılanması ve sorunların çözülmesi o kadar kolay olacaktır (Arslanhan Memiş, 2018).

Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Önemi; sağlık hizmeti, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin ortadan kaldırılması, hasta ve sağlıklı kişilerin muayene ve tedavi edilmesi, bedensel ve zihinsel engellilere bu becerilerin kazandırılması için tıbbi bakım sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de ve diğer gelişmiş ülkelerde eski sağlık sorunlarına çözümler bulunurken, yenileri de ortaya çıkmaktadır. Endüstriyel atıklarla hava ve suyun kirlenmesi, beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve dengesiz beslenmenin toplumda yaygınlaşması, gürültülü ortamların yaşamı etkilemesi, bulaşıcı hastalıkların (AIDS, hepatit vb.) artması bunlardan bazılarıdır. Günümüz sağlık hizmetleri sadece eski sorunların tekrarını önlemeye değil, aynı zamanda yenilerini de çözmeye çalışmaktadır. Böylece sağlık hizmetlerinin alanları genişlemiş ve çalışmaları artmıştır. Sağlık her zaman devamlılığı gösterir. Sağlığa erişim, koruma ve koruma güç ve dikkat gerektiren bir durum olduğundan sağlık hizmetlerine büyük özen gösterilmelidir. Bunun için toplumda yaşayan insanların eğitimi ve bilinçli olmaları, sağlığa kendileri için değer vermeleri ve önce kendi sağlıklarına dikkat etmeleri gerekmektedir (Arslanhan Memiş, 2018).

2.10. Sağlık Hizmeti

Tüm canlıların hayatlarını sağlıklı tutmaları ve nesillerini devam ettirmeleri her zaman kolay ve imkânsız değildir. Örneğin, bir kişi doğuştan veya sonradan edinilmiş bir sağlık sorunu nedeniyle tıbbi bakıma ihtiyaç duyabilir. Aslında sadece insanlar değil, canlı olan hayvanlar da zaman zaman tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyabilmektedir. Bu gibi durumlarda bireylere gerekli tıbbi bakım ilgili kurumlar tarafından sağlanabilir; Hızlı, kaliteli ve eşit teslimatı sağlama yükümlülüğü vardır. Çünkü sağlık hakkı insanın doğuştan sahip olduğu manevi haklardan biridir. Bu hak özeldir ve geri alınamaz, el konulamaz veya başkasına devredilemez. Bu nedenle diğer tüm haklardan ayrı bir konuma sahiptir. Sağlık hizmetinin neden, neden, kim tarafından verildiğini anlamak ve sağlık hizmetinin toplumdaki önemini teşhis etmek için öncelikle sağlık, hukuk ve sağlık hukuku kavramları açıklanmıştır.

2.11. Sağlık Hizmetinin Anlamı, Kapsamı ve Niteliği

Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında yer alan sağlık tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (DSÖ, 2022).

Yukarıdaki tanımdan, bir kişinin sağlıklı olabilmesi için sadece hasta veya bedensel engelli olmaması değil, aynı zamanda zihinsel ve sosyal olarak da tam ve eksiksiz olması gerektiği anlaşılmaktadır. Ancak hastalık sadece biyolojik bir süreç değildir. Bu hem sosyal hem de kültürel bir olgudur. Bir toplumda hastalık olarak görülen bir olay, başka bir toplumda hastalık olarak değerlendirilmemelidir. İlkel kültürlerde hastalık kriterlerinden biri de kişinin kendisinden bekleneni yapıp yapamadığıdır. Kişide ishal, öksürük veya soğuk algınlığı olabilir. Bu, kendisinden bekleneni yapmasına engel olmazsa, kişi kendini hasta, etrafındakiler de hasta olarak görmez. Diğer bir kriter ise hastalığın yayılmasıdır. Herkeste bit, hatta trahom olduğu bir toplumda, bit veya trahom hastalık olarak kabul edilmez. Afrika kabilelerinde yapılan araştırmalar, sıtma, tüberküloz gibi ciddi hastalıklara yakalanmış kişilerin bile hasta sayılmadığını ve diğer insanlar gibi günlük faaliyetlerini yerine getirdiklerini göstermiştir. Bu kişiler günlük işlerini yapamayacak, toplumdan atılacak ve ölüme mahkûm edileceklerdir. Bir toplumun kültürel düzeyi ve ekonomik gücü arttıkça hastayı değerlendirme eşiği azalmakta ve biyolojik hastalık tanımına yaklaşmaktadır (Öztürk ve Özata, 2010).

Hukuk; hukuken korunan ve sahibinin korunma hakkına sahip olduğu bir menfaattir. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası sağlık hakkı ile ilgili şu ifadeleri içermektedir: En üst düzeyde sağlıktan yararlanma, ırk, din, siyasi inanç veya ekonomik inanç ne olursa olsun her insanın temel haklarından biridir (DSÖ, 2022).

Ülkelerin anayasalarında, bazı devletlerin ortaklaşa yayınladıkları çeşitli deklarasyonlarda, deklarasyonlarda vb. İnsan hakları ile ilgili makaleler yer almaktadır. Örneğin, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 3. Maddesi bu şekilde belirtir: "Yaşamak, özgürlük ve kişi güvenliği herkesin hakkıdır." Aynı şekilde Türkiye Cumhuriyeti Anayasası da sağlıkla ilgili hükümler içermektedir. Örneğin, Anayasa'nın 17. ve 56. maddelerinde "Yaşamak, özgürlük ve kişi güvenliği herkesin hakkıdır" denilmektedir (Madde 17). "Sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak herkesin hakkıdır" (Madde 56) Buradan, kişinin sağlıklı bir çevrede yaşama ve yaşama hakkının doğuştan itibaren anayasa ile güvence altına alındığı anlaşılmaktadır. Ayrıca devletin temel görevlerinden biri de vatandaşların sağlık hizmeti alabilecekleri kurum ve kuruluşların ihtiyaç duydukları anda onlara hizmet vermelerini sağlamaktır.

Bu kapsamda Anayasa'nın 56. maddesinde de "Devlet, herkesin beden ve ruhen sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlar; İnsan ve malzeme kaynaklarını korumak ve verimliliği artırmak için birlikte çalışmak için hizmetlerin tek elden sağlık kuruluşlarına planlanmasını ve sunulmasını organize eder" şeklinde bildirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal kalkınmanın temel unsurlarından biridir. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanması için sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması ve bu hizmetlerin kamu hizmeti olarak sunulması önemlidir (Görmüş, 2013).

Bu yükümlülükler kapsamında; Hastalık önleme, teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve sağlık hizmetleri sunan çeşitli bölümler bulunmaktadır. Bu kapsamda sağlık sektörü; bireyin sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen her türlü ürün, hizmetin üretimini ve tüketimini sağlamak için kurulmuş bir sistemdir. Bu sistemdeki kurum ve kuruluşlarla birlikte tüm ürün ve çalışanları kapsayan kapsamlı bir yapıyı temsil eder (Öztürk ve Özata, 2010).

2.12. Hastane Kavramı

Hastaneler, toplumlara çeşitli tıbbi hizmetler sunan en önemli sosyal kurumlardan biridir. Bu kurumlar sağlık sisteminin en önemli kurumlarıdır, sağlık sisteminin alt sistemini oluştururlar ve topluma tıbbi hizmetlerin sunulmasında önemli bir rol oynarlar. Topluma etkin tıbbi hizmetlerin sunulmasında önemli rol oynayan, sağlık sisteminin önemli bir alt sistemi olan ve hizmet işletmeleri olarak tanımlanan hastaneler farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Bunlardan bazıları şu şekildedir; "Hastaneler, her türlü sağlık hizmetinin ekonomik ve sürekli olarak üretildiği, eğitim, araştırma ve sağlık hizmetlerinin genellikle kar amacı gütmeyen, çeşitli girdileri işleyerek faydalı sonuçlara dönüştürdüğü karmaşık kuruluşlardır." Kısa adı DSÖ olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hastanelerde "gözlem, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon" şeklinde gruplandırılabilen ve hastaların uzun süreli veya kısa süreli tedavi gördüğü sağlık hizmetleri sunmaktadır (Gümüş, 2006).

2.13. Hastanelerin İşlevleri

Hastaneleri anlatırken hastanelerin işlevlerine de değinilmiştir. Bu nedenle çok fazla içeriğe girmeden hastanelerin işlevlerini sıralayabiliriz. Kuruluşun amaç ve yeteneklerine göre hastanenin yapabileceği görevler aşağıdaki gibidir.

- Hasta ve yaralıların tedavisi,
- Eğitim, araştırma ve geliştirme,
- Toplum sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunmak (koruyucu sağlık hizmetleri).

2.14. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler, yatak sayılarına, eğitimlerine, kabul edilen hastaların yaş ve cinsiyetlerine, tedavi ettikleri hastalığa, organ veya organ gruplarına ve bunlarla ilişkili kurumlara göre sınıflandırılabilir (Akkaş, 2005).

a) Yatak sayısına göre hastaneler; 50-100-200-400 ve daha fazla yataklı hastaneler, yatak sayısına göre tahmin edilmektedir. Düşük yataklı hastaneler genellikle hastaların tedavi gördüğü küçük hastanelerdir.

b) Eğitimli veya eğitimsiz hastaneler; hastaneleri eğitim ve eğitim dışı hastaneler olarak ayıracak olursak, eğitim hastaneleri uzman hekim yetiştiren hastaneler olarak bilinir. Eğitim vermeyen hastanelere ameliyathane denir, eğitim vermeyen hastalara teşhis ve tedavi hizmeti verirler.

c) Cinsiyete dayalı hastaneler; Hastaneler de cinsiyete göre sınıflandırılır. Hastaneler cinsiyetlerine göre kadınların doğum yaptığı doğumevleridir. Cinsiyete dayalı hizmet veren hastanelere örnek olarak doğum hastaneleri gösterilebilir.

d) Yaşa göre hastalara hizmet veren hastaneler; Hastaların yaşlarına göre tedavi gördüğü hastaneler vardır. Bu hastaneler tipik olarak çocuk hastanelerinin yanı sıra yaşlı hastaları tedavi eden geriatri klinikleri ve yaşlılar için bakım evleridir.

e) Genel hastalıklarla ilgilenen hastaneler; Hastanelerde tüm uzmanlık alanlarını kapsayan hastanelere genel hastane denir. Bu hastaneler tüm branşlara sahip oldukları için tüm hastaları ayırım gözetmeksizin kabul etmekte ve tedavi etmektedirler. Bu hastaneler, tüm hastaları ayırım yapmadan tedavi ettikleri için genel hastaneler olarak bilinir.

f) Hastaneler ilgilendikleri spesifik hastalık veya rahatsızlıklara göre; Bu tür hastaneler, belirli hastaları alan uzmanlaşmış şubeler veya hastaneler olarak bilinir. Hastaneler bazı hastalıkları tedavi ettikleri için önemli tesislerdir. Bu tür hastanelere örnek olarak kanser hastaları için onkoloji klinikleri, cüzzam hastaları için hastaneler, doğum hastaneleri, fizyoterapi ve rehabilitasyon hastaneleri verilebilir.

g) Hastaneleri ait oldukları kurum ve kuruluşlara göre sınıflandırabiliriz. Bu hastaneler genellikle bağlı oldukları kurum veya kuruluşun adıyla anılırlar. Devlet Demiryolları, Posta, Telgraf, Telefon, Kızılay, belediye, üniversite, deniz, tüccarlar, sosyal sigortalar, sandık hastaneleri hastanelere örnek olarak verilebilir (Öztürk, 2005).

h) Hastaların yatış sürelerine göre hastaneler; Hastaneler ayrıca kısa süreli ve uzun süreli hastaneler olarak ikiye ayrılır. Hastanede kalış süresi 30 günden az olan hastanelere kısa süreli hastaneler denir. Devlet hastaneleri buna örnektir. 30 günden fazla hastası olan hastanelere uzun süreli hastaneler denir. Psikiyatri ve tüberküloz hastaneleri bu hastanelere örnektir (Akkaş, 2005).

Ancak bu uygulama 06.01.2005 tarihli ve 5283 sayılı “Bazı Devlet Kurum ve Kuruluşlarının Sağlık Dairelerinin Sağlık Bakanlığına Devri Hakkında Kanun” ile sınırlandırılmış ve sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması hedeflenmiştir. Kanun, cumhurbaşkanlığı, Yargıtay, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı ve Mazbut Vakfı'na ait üniversiteleri, mahalli idareleri ve hastaneleri muaf tutuyor. Kanundan muaf olan bu hastaneler özerk hastanelerdir. Bu hastanelerin yönetimi ve işletilmesi de özerktir (Algöz, 2013).

2.15. İşletme Olarak Hastaneler

İşletmeler, kişisel ve toplumsal ihtiyaçların karşılanmasında, toplumsal refahın artırılmasında ve ekonomik kalkınmada önemli bir rol oynamaktadır. İnsan ihtiyaçlarının sonsuz ve kesintisiz olduğu bir dünyada, işletmeler istek ve ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayabilirler (Tengilimoğlu vd., 2014).

Uzun yıllar hastaneler ekonomik işletme olarak görülmemiş; ekonomik bir işletme olup olmayacakları hakkında da tartışmalar meydana gelmiştir. Kâr amacı gütmeyen ve sosyal özellikleri yüksek kurumların ekonomik ilişkiler çerçevesinde yönetilemeyeceğini savunurlar. Bu görüşlere göre hastanelerde verimliliğin önceliği, hastaların sağlığına yönelik bir riskin olması ve halk sağlığı hizmetlerine erişimin sınırlı olması anlamına gelmektedir. Ancak yapılan araştırmalar hastanelerin diğer işletmelerle ortak özelliklere sahip olduğunu ve bir işletme olarak kabul görmeye başladığını göstermiştir. Hastaneleri bir hizmet işletmesi olmanın yanı sıra diğer tüm işletmelerden ayıran birçok özelliği ve benzeri birçok özelliği vardır (Ak, 1990).

Sağlık tesislerinin planlanması ve inşasında düzenli bir yaklaşım izlemek, hizmet verdikleri nüfusla ilişkisinin diğer işletmeler kadar gerçekçi olmasını sağlamak, gerekli araştırmaları yapmak gerekmektedir. Diğer bir deyişle sağlık işletmelerinin toplumun ihtiyaç ve beklentilerini karşılayan bir oluşum sergilemesi gerekmektedir. Böyle bir yapı olmadığında, sağlık işletmesinin kaynakları, işletmenin ve toplumun ihtiyaçları hakkında öznel bir yargıya dayanmaktadır. Diğer işletmeler gibi sağlık işletmeleri de uzman yöneticiler tarafından yönetilmelidir (Tengilimoğlu vd., 2014).

Hastane işletmeciliği konusunda eğitim ve deneyime sahip yatan hasta tesislerinden hastane yöneticileri ve hastane asistanlarının atanması kanunda açıkça düzenlense de ilgili görevler bulunmamakta ve hastaneler uzmanlar tarafından yönetilmemektedir. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

2.16. Sosyal Bir Kurum Olarak Hastaneler

Ahlaki sorumluluk, kötülüklerden kaçınma sorumluluğu olarak tanımlanabilir. Kişisel bütünlük konusunun yanı sıra etik standartlar da önemlidir çünkü yöneticiler yönetici olmayanlara örnek teşkil ederler. Örneğin bir yönetici, müşteriye aldatmaya teşvik eder ve çalışanlarını buna teşvik edecek davranışlar sergiler (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

Sağlık sektörünün istikrarsız ve dinamik yapısı, kalitenin sağlanmasında zorluklar yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sürekli artmasıyla birlikte hızlı teknolojik değişimler yaşanmaktadır. Demografik değişimler de sağlık hizmetlerinin sunumundaki dengeyi etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin algılar da toplumun beklentilerine bağlı olarak değişmektedir (Tengilimoğlu vd., 2014).

Sağlık hizmetlerinin kalitesinden bahsetmek gerekirse;

- Yönetim modeli ve organizasyonu sağlam bir yapıya sahiptir;
- İşi kimin, ne zaman, nerede, hangi yollarla ve hangi yollarla yaptığını bilmek;
- Üst yönetimin destekleyici davranışı ve kaliteye olan güveni,
- Personelin beceri ve altyapısının sağlıklı olmasını ve sürekli eğitimlerle devam etmelerini sağlamak;
- Organizasyonda çalışan bireyler, üretilen hizmetin bir parçası olduklarını bilirler,

• Sağlık hizmetlerinin üretiminde yer alan unsurlar birbirine bağlı bağlantılar gibidir (Tengilimoğlu vd., 2014).

Hastane başkanı kurumsal faaliyetlerinde etik kurallara uygun hareket etmek zorundadır. Ahlaki sorumluluk, kabul edilmiş davranış standartlarına uymaktır. Hastane müdürü; etik, hastaların, kurumların, çalışanların, mesleklerinin ve toplumun görev ve sorumluluğunun bir parçası olarak görülmelidir. Hastane yöneticileri etik kurallara diğerlerinden daha fazla uyar; çünkü çalışanlara örnek olacaktır. Amerika Sağlık Kurumları Yöneticileri Derneği sağlık tesisi başkanlarının uyması gereken etik kuralları tanımlamıştır:

- Meslek kuralları,
- Hizmet alan için kurallar,
- Sağlık kurumun organizasyonuna dair kurallar,
- Çalışanlar için kurallar,
- Toplum için kurallar
- Çıkar çatışması (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

Hastane yöneticisinin bazı becerilere sahip olması gerekir. Bu özellikler;

• Personelinin eğitimine özen göstermeli, personeli eğitmeli ve kuruma bağlılık duygusunu aşılamalıdır;

- Etkili iletişim ve motivasyon,
- Ciroyu azaltmak ve performansı artırmak için önlemler almak,
- Kendisine tanınan ayrıcalıkları gerekmedikçe kullanmamak,
- Yeniliğe açık olmak ve değişimi izleyip uygulamak,
- Bilgili ve araştırma ve geliştirmeye açık olmalıdır,
- Yönetim fonksiyonlarını başarılı bir şekilde yerine getirebilmek,
- Sağlık yasa ve yönetmeliklerine uymalı ve bunlara uygun hareket etmelidirler,

• Maliyetlere dikkat etme ve üretkenliği ve kaliteyi en üst düzeye çıkarmak,
• Sağlık altyapısı kapsamlı olduğundan, kuruluş geliştirme araştırması yapmalı ve gelişmeleri izlemelidir,

- Sosyal sorumluluk sahibi olmalıdır,

BÖLÜM 3 FİYATLANDIRMA POLİTİKALARI

3.1. Fiyat ve Fiyatlandırma Politikaları

Pazarlama karmasında da belirtilen fiyat tanımı bir ürün veya hizmetin pazarlamasında belirtilen faktörler içerisinde yer almaktadır. Fiyatlandırma için çeşitli çalışma yapılmış, fiyatlandırma politikaları belirlenmiştir.

3.1.1. Fiyatlandırma Kavramı

İşletme bilimi açısından fiyat; işletmelerin hayatlarını kurtarmak, sosyal sorumluluğu yerine getirmek, karlılık gibi temel amaçlarına ulaşmak için sundukları mal veya hizmetler karşılığında belirlenen fiyattır. Başka bir deyişle, belirli bir ürün veya hizmetin kârını belirli bir miktar paraya eşitleyen belirli bir fiyattır. Ayrıca fiyat kavramı, ekonomi alanında herhangi bir ürün için ödenmesi gereken fiyatı yani ürünün değerini ifade eder. Bu nedenle fiyat, alıcının satılan ürün için ödemeye razı olduğu fiyat tutarı olarak da yorumlanır (Engelson 1995).

Fiyat, alım satıma konu olan mal veya hizmetlerin fiyatını oluşturması nedeniyle pazarlama kompleksinin önemli bileşenlerinden biridir ve mikro ve makro düzeyde iş stratejileri açısından bir yapı taşı olarak kabul edilmektedir. Ayrıca pazarlama karmasının bileşenlerinden bağımsız olarak tanımlanamadığı için bu bileşenlerle yakın etkileşim ve uyumluluk gerektiren hem işletmeler hem de tüketiciler için önemlidir. Fiyatlandırma, bir ürün veya hizmet için en uygun fiyatın belirlenmesidir (Mucuk, 2006).

3.1.2. Fiyatlandırmaya Etki Eden Faktörler

Fiyatlar, pazarlama karmasının bileşenleri ile yakın temas halinde olduğu için birçok faktörden etkilenen bir özelliği yansıtmaktadır. İlgili literatür incelendiğinde fiyatı etkileyen faktörler şu şekilde ifade edilmektedir (Haron 2016):

- a) Talep,
- b) Maliyet,
- c) Pazar koşulları,
- d) Rekabet,

e) Para ve döviz kuru politikaları,

f) Hükümet politikaları,

g) İşletme politikaları.

Fiyatlandırmayı etkileyen ilk faktör, bir mal veya hizmet için bir eğilim, arzu veya istek olan taleptir. Dolayısıyla talep ile fiyat arasında doğrudan bir ilişki vardır. Talep odaklı fiyatlandırma, talebin amaca uygunluğunu dikkate alır ve talep yüksekse yüksek, düşükse düşük olarak tanımlanır (Kotler, 2006).

Tüketiciyi ve tüketicinin satın alma karar sürecini etkileyen ve şekillendiren, özellikle somut ürünleri birbirinden ayıran marka; pazarlama ve reklam faaliyetlerinin odak noktasını oluşturmaktadır (Yarar, 2008).

Fiyatlandırmayı etkileyen diğer bir faktör olan maliyet, mal veya hizmetin teslim maliyetini temsil eder ve fiyatlandırmada en önemli kriterlerden biridir. Çünkü bir şirketin para kaybetmemesi ve hedeflerine ulaşabilmesi için maliyetleri de göz önünde bulundurarak kar dahil bir fiyat belirlemesi gerekmektedir. Bu nedenle, maliyete dayalı fiyatlandırma çok yaygındır. Pazarlama kurumları, maliyete kâr marjı ekleyerek satış fiyatını bulur. Ancak diğer koşullar sabitken bir emtianın fiyatı yüksek olduğunda talep düşük, fiyat düştüğünde ise talep artmaktadır (Yıldırım, 2014).

İşletmenin faaliyet gösterdiği pazardaki piyasa koşulları, ekonomik, demografik, kültürel vb. Özellikleri içeren ve işletmelerin faaliyetleri, mal veya hizmetlerin fiyatları üzerinde derin bir etkiye sahip olabilecek koşulları içerir. Bu nedenle piyasa koşulları, fiyatı etkileyen faktörler arasında yerini almıştır. Rekabet, aynı alandaki diğer işletmelerle rekabet halindedir ve fiyatlandırmayı etkileyen önemli faktörlerden biridir. Rakip firmalar tarafından belirlenen fiyatlar, birbirlerinin fiyatlandırma kararlarını da etkilediğinden, her firma fiyatlandırma davranışını ayarlarken diğer firmaların fiyatlandırma davranışlarını dikkate almalıdır (Plunkett vd., 2008).

Fiyat kontrolü (düşük ve maksimum fiyat uygulaması), asgari ücret politikası, destek politikası, kontrol, kotalar, işletmenin faaliyet gösterdiği ülkede talep, arz, karlılık vb. vergi uygulaması gibi para ve kur politikaları bileşenler üzerindeki etkisi

nedeniyle fiyatı etkileyen faktörlerden biridir. İşletme politikası ise işletmenin geçmiş ve şimdiki organizasyon yapısını ve reklam, iletişim, üretim vb. politikalar fiyatların belirlenmesinde de önemli bir etkidir (Kirveli, 2006).

3.1.3. Fiyatlandırma Politikaları

Fiyatlandırma politikası, işletmelerin fiyatlandırma stratejilerini desteklemek için kullandıkları yöntemler olarak tanımlanmakta ve altı başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; önceden belirlenmiş ve teklif edilen fiyat, tek fiyat ve pazarlıklı fiyat, psikolojik fiyat, garantili fiyat, coğrafi fiyat ve indirimli fiyattır (Yıldız, 2010).

a) Önceden belirlenmiş ve tavsiye edilen fiyat: Satış fiyatının üretici tarafından doğrudan belirlenmesi ve perakendecilere tavsiye edilmesidir. Böylece yüksek talep gören ürünler hakkında olumlu izlenimlerin sarsılmaması hedeflenmektedir.

b) Tek fiyat ve anlaşmalı fiyat: Tek fiyat, ürün kalitesi, satın alma yeri ve zamanı, miktar ve ödeme açısından aynı koşullar altında satın alan tüketicilere aynı fiyatlandırma, indirimler ve farklı hakların uygulanması anlamına gelir. Öte yandan, alıcı ve satıcıların yakınlığı, alıcıların pazarlık yapma kabiliyeti gibi faktörlere bağlı olarak aynı koşullarda satın alan müşterilere farklı fiyatlar uygulanmaktadır.

c) Psikolojik fiyat: Bu politika, ürünün fiyatını tüketicilere psikolojik olarak etkilemeyi amaçlar. Cazip fiyatlar, kalan fiyatlar, prestij fiyatları ve özel fiyatlar olmak üzere dört başlık altında ele alınmaktadır. Cazip fiyat, tüketici çekiciliğini elde etmek için uygun olan ortalama fiyatı belirlemektir. Kalan fiyatlar ise ürüne belirli bir porsiyon eklenerek tüketiciyi ürüne yönlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu da tüketiciyi düşünerek satıcının son indirimi yaptığı izlenimini vermektedir. Prestijli fiyatlandırma, tüketicilerin, ürün ne kadar pahalıysa kalitenin de o kadar yüksek olduğunu anladıkları için çok düşük gördükleri fiyatlardan satılan mal ve hizmetleri satın alamayacakları varsayımına dayanan bir fiyatlandırma sistemidir. Özel fiyat, benzer ürünlerden model farkı vb. Bu nedenlerle tüketiciye özel farklı fiyatların belirlenmesidir.

d) Arz fiyatı: Üreticinin sattığı ürünün fiyatının düşmesi veya üreticinin ürününü diğer araçlara daha düşük fiyata satması durumunda, önceki fiyat ile yeni fiyat arasındaki farkın araçlara iade edilmesi garanti edilir.

e) Coğrafi fiyatlandırma: İşletmelerin faaliyet gösterdikleri farklı bölgelerdeki pazarlarda ulaşım maliyetleri ve mesafe gibi faktörleri dikkate alarak farklı fiyatlar sunmalarına coğrafi fiyatlandırma denir.

f) İndirimli fiyat: Farklı zaman veya koşullarda ürün fiyatı üzerinden indirim yapılır. Bu şekilde tüketicinin dikkatini çekmeye, onu ürüne yönlendirmeye çalışılır. İndirimli fiyatlandırma politikaları genel olarak nakit indirim, ticari ve fonksiyonel indirim ve mevsimsel indirim olmak üzere üç gruba ayrılır. Ön ödeme indirim, belirli bir süre içinde ödeme yapmanız koşuluyla nakit satış veya satışında uygulanan indirimdir. Ticari ve fonksiyonel indirimler, işletmelerin dağıtım kanallarında müşterilerin konum ve işlevlerine göre farklı oranlarda uygulanan indirimlerdir. Sezon indirimleri, sezon dışında herhangi bir ürünün satışını hızlandırmak için yapılan indirimlerdir.

3.2. Fiyatlandırma Stratejileri

İşletmelerin farklı amaçları açısından çok önemli olduğu için işletmeler farklı fiyatlandırma stratejilerine başvururlar. Bu stratejiler şu şekilde sınıflandırılabilir (Yıldız, 2010):

a) Pazara giriş: Rekabetin güçlü olduğu bir pazara girmek için kullanılan düşük fiyat stratejisidir. Böylece piyasa ve rakiplerin tepkileri hakkında yeterli ve doğru bilgi edinmeyi amaçlar.

b) Kar Maksimizasyonu: Birçok firma için, firmalar genellikle kar etmek için çalıştıkları için, kar için fiyatları belirlemek anahtardır.

c) Pazar payının genişletilmesi veya korunması: Firmaların kâr amacı gütmeyen hedefler benimsemesi kapsamında pazar payını korumaya veya genişletmeye yönelik uygulamaları kapsar. Fiyat, piyasada sabit kalmak veya genişlemek için değil, bir kar aracı olarak kullanılır.

d) Pazarın Kaymağını Alma: Bir işletme benzersiz bir ürün sattığında ve rekabet olmadığında uygulanan yüksek fiyat stratejisidir. Ancak bu stratejinin başarısı, talebin esnekliğine ve hedef kitlenin bir ürün veya hizmete olan ihtiyacına bağlıdır.

e) Piyasada kalma: Üretim maliyeti yüksek olsa bile piyasada kalmak için düşük fiyatlar belirleme uygulamasını içerir. Karlar düşse bile piyasada kalacaktır.

f) Kalitede ürün liderliği: Bu strateji yüksek fiyat politikası uygular, ancak alıcı ürünün yüksek kalitede olmasını sağlar.

g) Ön Nakit Karşılığı: Ön ödeme yapanlara özel indirimler ve nakit sorununun çözümüne yönelik uygulamalar gibi çeşitli uygulamaları içerir.

h) Tamamlayıcı malların işlevi, firmanın yüksek verimli ürünlerinin satışlarını artırmak için düşük talep yaratan başka bir ürünün fiyatını korumasıdır.

i) Statik fiyatlandırma: Bu işletmenin ürünlerini sunduğu tüm pazarlarda aynı fiyattan satmasıdır.

j) Fiyat farklılaştırması (esnek fiyatlandırma): Bir ürünün fiyatını müşteri, marka türü veya zaman gibi faktörlere göre farklılaştırmaya yönelik uygulamalardır.

k) Ürün imajı oluşturma: Pazara sunduğunuz ürünün belirli bir imajını oluşturmak ve buna göre fiyat belirlemektir. Çünkü tüketiciler genellikle bir ürünün fiyatının ürünün imajını belirlediğini düşünürler.

3.3. Temel Fiyatlandırma Yaklaşımları

Temel fiyatlandırma başlığını 3 ayrı ana başlık üzerinden belirtilmiştir. Maliyete göre fiyatlandırma, talebe göre fiyatlandırma ve rekabete göre fiyatlandırma yaklaşımlarıdır.

3.3.1. Maliyete Göre Fiyatlandırma

Talebin esnekliğini dikkate almayan maliyet odaklı bir fiyatlandırma yaklaşımında, maliyetler fiyat oluşumuna dayandırılır ve üretilen ürünün toplam maliyeti hesaplanarak belirli bir miktar kar marjı eklenir (Blythe, 2006).

3.3.2. Talebe Göre Fiyatlandırma

Talep odaklı bir fiyat belirlenirken fiyat, talebin yoğunluğuna göre belirlenir. Talep fazla ise fiyat yükselir, talep az ise fiyat düşer. Bu yaklaşım, fiyat-talep ilişkisini ve satın almayı etkileyen faktörleri dikkate alarak, piyasaya sunulan ürünlerin değerinin alıcılar tarafından nasıl algılandığını belirleyerek işletmenin karlılığını maksimize eden bir fiyatlandırma stratejisi izler (Badem ve Fırat, 2011).

3.3.3. Rekabete Göre Fiyatlandırma

Rakiplerin fiyatları dikkate alınarak belirlenen rekabetçi fiyatlandırma yaklaşımında işletmeler, rakiplerinin fiyat seviyelerini benimsemektedir. Bu yaklaşımda işletmeler fiyat, maliyet ve talep arasında net bir ilişki kurmadan bir fiyatlandırma stratejisi izlemektedir (Tek ve Özgül, 2007).

3.4. Hastane Tercihini Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmeti tüketicisi veya bakımından sorumlu kişi, sağlık kuruluşunu seçme özgürlüğüne sahipse, hastane avantajı sağlık kuruluşları arasında seçim yapmaktır (Tengilimoğlu, 2001).

Hastane seçimini etkileyen faktörler farklı gruplara ayrılmış farklı kaynaklarda belirtilmiştir. Ancak genel olarak bu faktörler hasta ile ilgili kişisel faktörler, hizmet ve halkla ilişkiler faktörleri, fiyat faktörleri ve fiziksel çevresel faktörler olarak gösterilebilir. Hastayla ilgili kişisel faktörler arasında hastanın sağlık durumu, cinsiyeti, yaşı, mesleği, eğitim düzeyi, aile özellikleri, dili, dini ve ırkı sayılabilir. Örneğin daha ciddi bir hastalığı olan bir hasta kendi başına kaliteli bir hastaneyi tercih edebilir veya mahremiyete önem veren bir kadın sadece kadınlara hizmet veren bir hastaneyi tercih edebilir. Hizmet faktörü, hastanenin hasta-hekim, hasta-hemşire ve hasta-diğer sağlık personeli tutumlarını, verilen hizmetin kalitesini ve sağladığı güveni içermektedir. Sağlıkla ilgili bir hata, kişinin yaşamını tamamen etkileyebilir, yaşam kalitesini düşürebilir ve onarılamaz sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kalite çok önemli bir faktördür (Tengilimoğlu, 2001).

Verilen hizmetin kalitesinin yanı sıra hastanenin halkla ilişkiler politikası hastane seçiminde oldukça etkilidir. Hastalar, hastalıktan kaynaklanan keder, kaygı,

stres ya da korkuyu ortadan kaldıran ya da azaltan bir halkla ilişkiler deneyimi yaşamak isterler (Ayhan ve Canöz, 2006).

Hastanelerde halkla ilişkiler görevini yürüten bireylerin hem iyi bir halkla ilişkiler eğitimi almaları hem de temel sağlık konularında bilgi sahibi olmaları gerekir. Aksi takdirde bu eğitimlerden biri olmadan başarılı öğrenmenin zor olacağı söylenebilir (Uludağ, 2010).

Fiyat, hastane seçiminde etkili olan bir diğer faktördür. Sağlık hizmeti alıcıları uygun fiyatlarla kaliteli hizmet isterler ancak fiyatın yüksek olması hastanın kararını olumsuz etkileyebilir; düşükse, hastada proses ekipmanı eksikliği veya düşük kalite olduğu izlenimini yaratabilir. Bu nedenle hastane seçiminde fiyat çok önemli bir faktördür (Özdemir, 2010).

Son olarak, fiziksel çevre koşulları faktörü ise yatak kapasitesi, temizliği, iklimlendirmesi vb. hastanenin özellikleri, hastanenin otoparkının geniş olması, dış görünüşü, bekleme yerlerinin uygun olması gibi özellikleri içine almaktadır (Şantaş vd. 2016).

Hastane seçimini etkileyen faktörleri hasta, hizmet ve halkla ilişkiler faktörleri, fiyat faktörleri ve fiziksel çevre koşulları olarak sınıflandırmanın yanı sıra, farklı araştırmacılar araştırmalarında verilen avantajın farklı yönlerini vurgulamaktadır. Birinde, Berkowitz ve Flexner (1981), tüketicilerin hastane seçimine karar verirken dört faktörü göz önünde bulundurduklarını belirtmişlerdir. Bu faktörler;

- a) Fiziki imkânların varlığı ve temizliği,
- b) Sağlık bakımının kalitesi,
- c) Hastanenin ünü ve imajı,
- d) Çalışanların tutum ve davranışlarıdır.

BÖLÜM 4 YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma politikalarının hastane seçimine etkisini belirlemeyi amaçlayan bu araştırma nicel verilere dayalı tanımlayıcı araştırma ve ilişkisel tarama modelinde bir araştırmadır. Tanımlayıcı araştırma modelleri, çok sayıda elemandan oluşan bir evrenden, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile, evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama modelleridir. İlişkisel tarama modelleri, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir. İlişkisel tarama modelleri, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir. Bu model ilişkisel bir çözümlenmeye olanak verecek şekilde yapılmak zorundadır (Karasar 2000).

4.2. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında anket tekniği uygulanmıştır. Çiftçi (2010) tarafından oluşturulan Sağlık Hizmetlerinin Pazarlamasında Konumlandırma Stratejileri (Kırıkkale İli Örneği) yüksek lisans tezindeki anket formu, veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Anketler Özel hastanede gönüllü olarak katılan 50 kişiye hasta ve yakınlarına birebir anket 200 kişi için ise google form anket üzerinden toplam 250 kişiye uygulanmıştır. Anketinin birinci bölümünde, bağımlı değişkenlerimizin bulunduğu demografik verileri elde etmeye yönelik sorular yer almasının yanında birinci bölüme katılımcılar için muayene ücretlerinin önemli olup olmadığı, fiyat kampanyalarının hastane seçiminde etkili olup olmadığı ve hastanenin muayene ücretlerine nasıl ulaştıkları bilgisi bağımsız değişkenler ilave edilmiştir. İkinci bölümde ise, bağımsız verilerimizin bulunduğu sağlık işletmesinin konumlanmasında önemli olan etkenleri belirlemek amacıyla tasarlanmış 23 sorudan oluşan bir anket bulunmaktadır. Anket formu 5'li Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. Çiftçi'nin Sağlık Hizmetlerinin Pazarlamasında Konumlandırma Stratejileri (Kırıkkale İli Örneği) yüksek lisans tezinde anketin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olup, verilerin güvenilirliği test edilmiş, güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,85$ çıktığı görülmüştür.

Sorular 5'li likert ölçeğinde değerlendirilmiş, ölçekte her bir derece şöyle tanımlanmıştır: Çok önemli (4 puan), önemli (3 puan), fark etmez (2 puan), önemsiz (1 puan), hiç önemi yok (0 puan). Çiftçi tarafından yapılan çalışmada 23 madde faktör analizi kullanılarak, beş faktörlü model elde edilmiştir. Bu Faktörler;

Personel Tutum ve Davranışı: 1,2,3

Tüketici Maliyeti: 4,5

Hizmet Kalitesi: 6,7,8,9,10,11,12,13,14,15

Çevre ve Tanınmışlık: 16,17,18,19

Fiziki Uygunluk: 20,21,22,23 numaralı sorulardan oluşmaktadır.

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir.

H0:Hastane seçiminin, cinsiyet değişkeni bakımından anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.

H1: Hastane seçiminin, personel tutum ve davranışlarının ile hizmet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1:Hastane seçiminin, tüketici maliyeti ile hizmet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1:Hastane seçiminin, hizmet kalitesi ile çevre tanınmışlık arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1:Hastane seçiminde, çevre ve tanınmışlık ile fiziki uygunluk arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4.3. Yöntem

Verilerin analizi SPSS 24.0 ile yapılmıştır. Çalışmada Anket puanları hesaplanmış ve puanların normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Anket verilerinden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir

(Groeneveld ve Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins ve Weeks, 1990; De Carlo, 1997).

Tablo 1. Basıklık ve Çarpıklık Değerleri İle Güvenirlik Katsayısı

	n	Çarpıklık	Basıklık
Personel Tutum ve Davranışı	250	2,135	5,582
Tüketici Maliyeti	250	1,579	3,662
Hizmet Kalitesi	250	2,316	6,950
Çevre ve Tanınmışlık	250	,767	,790
Fiziki Uygunluk	250	1,035	1,814

Tablo 1’de belirtildiği gibi, araştırmadaki değerler incelendiğinde her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ile +3 arasında olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre puanların normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Puanların normal dağılım göstermesi nedeni ile çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Anket puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. T testi, 2 gruplu demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken ANOVA testi k ($k > 2$) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır.

BÖLÜM 5 BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların vermiş oldukları yanıtlar sonucunda elde edilen verilerin analizleri bulunmaktadır.

Aşağıdaki tablo 2’de katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 2. Demografik Değişkenlere Göre Dağılım

		n	%
Yaş	18-25	141	56,2
	26-40	67	26,7
	41-64	36	14,3
	65 ve üzeri	6	2,4
Cinsiyet	Kadın	162	64,5
	Erkek	88	35,1
Medeni hal	Evli	90	35,9
	bekar	160	63,7
Ailenizin aylık geliri	4500 TL ve altında	18	7,2
	4501-6000 TL arası	124	49,4
	6001-8000 TL arası	47	18,7
	8001 TL ve üstü	61	24,3
Eğitim durumu	İlkokul /Ortaokul	30	12,0
	Lise	86	34,3
	Lisans/Ön lisans	113	45,0
	Lisansüstü	21	8,4

	Sosyal Güvencesi Yok	24	9,6
	SGK(Emekli Sandığı, SSK, Bağkur)	182	72,5
Sağlık güvenceniz	Yeşil Kart	10	4,0
	GSS(Genel Sağlık Sigortası)	29	11,6
	Özel Sağlık Sigortası	5	2,0
	Çok sık	11	4,4
	Bir problem yaşadığımda	88	35,1
Hastanenizi ne sıklıkla değiştirirsiniz?	Sık	15	6,0
	Birkaç kez problem yaşadığımda	48	19,1
	Nadiren	83	33,1
	Hiç	5	2,0
Son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna kaç kez başvurduunuz?	1 Kez	54	21,5
	2-4 Kez	131	52,2
	5-10 Kez	49	19,5
	11 Kez ve üzeri	16	6,4
Hastane seçiminizde muayene ücretleri sizin için önemli midir?	Evet	230	91,6
	Hayır	20	8,0

	Çok etkiler	91	36,3
	Etkiler	95	37,8
Hastanelerde uygulanan fiyat kampanyaları hastane seçiminizi nasıl etkiler?	Kararsızım	27	10,8
	Az etkiler	26	10,4
	Etkilemez	11	4,4
	Çevremden(aile, arkadaş vs.)	50	19,9
Hastanenin muayene ücretlerinin bilgisine nasıl ulaşıyorsunuz	Hastaneden(danışma, santral vs.)	174	69,3
	Sosyal Medya,Hastane Web Sitesi,Broşür,Afiş vs.	19	7,6

Tablo 2’de belirtildiği gibi, araştırmanın %56,2’si 18-25 yaş aralığında, %64,5’i kadın, %63,7’si bekar, %49,4’ünün gelir seviyesi 4501-6000 TL arasında, %45’i Lisans/Ön lisans mezunu, %72,5’i SGK(Emekli Sandığı, SSK, Bağkur), hastanenizi ne sıklıkla değiştirirsiniz soruna % 35,1’i bir problem yaşadığımda, Son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna kaç kez başvurduunuz sorusuna %52,2’si 2-4 kez, Hastane seçiminizde muayene ücretleri sizin için önemli midir sorusuna 91,6’sı evet, Hastanelerde uygulanan fiyat kampanyaları hastane seçiminizi nasıl etkiler sorusuna %37,8’i etkiler, Hastanenin muayene ücretlerinin bilgisine nasıl ulaşıyorsunuz sorusuna %69,3’ü Hastaneden (danışma, santral vs.) yanıtını vermiştir.

Aşağıdaki tablo 3’de katılımcıların Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Yönelik dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Yönelik Dağılım

	n	%
--	---	---

	Çok Önemli	25,5	64
	Önemli	48,2	121
1. Personelin kılık ve kıyafeti	Farketmez	16,3	41
	Önemsiz	5,2	13
	Hiç Önemi Yok	4,4	11
	Çok Önemli	152	60,6
	Önemli	78	31,1
2. Personelin tutum ve davranışı	Farketmez	7	2,8
	Önemsiz	7	2,8
	Hiç Önemi Yok	6	2,4
	Çok Önemli	187	74,5
	Önemli	50	19,9
3. Doktorların tutum ve davranışları	Farketmez	3	1,2
	Önemsiz	7	2,8
	Hiç Önemi Yok	3	1,2
	Çok Önemli	111	44,2
	Önemli	109	43,4
4. Muayene ve diğer hizmet fiyatları	Farketmez	20	8,0
	Önemsiz	7	2,8
	Hiç Önemi Yok	3	1,2
	Çok Önemli	103	41,0
5. Sağlık işletmesine ulaşımın kolaylığı olması	Önemli	113	45,0

	Farketmez	21	8,4
	Önemsiz	9	3,6
	Hiç Önemi Yok	4	1,6
	Çok Önemli	113	45,0
	Önemli	106	42,2
6.Hasta ve refakatçının barınma olanağı	Farketmez	18	7,2
	Önemsiz	10	4,0
	Hiç Önemi Yok	3	1,2
	Çok Önemli	130	51,8
	Önemli	93	37,1
7.Sağlık işletmesinin tıbbi donanımı	Farketmez	17	6,8
	Önemsiz	7	2,8
	Hiç Önemi Yok	3	1,2
	Çok Önemli	57	22,7
	Önemli	92	36,7
8.Sağlık işletmesinin kafeterya hizmetinin olması	Farketmez	69	27,5
	Önemsiz	21	8,4
	Hiç Önemi Yok	11	4,4
	Çok Önemli	132	52,6
	Önemli	92	36,7
9.Hastaların tedavisi sırasında takip sisteminin varlığı	Farketmez	14	5,6
	Önemsiz	6	2,4

	Hiç Önemi Yok	6	2,4
	Çok Önemli	184	73,3
10.Sağlık işletmesinin hijyen ve temizliği	Önemli	51	20,3
	Farketmez	3	1,2
	Önemsiz	8	3,2
	Hiç Önemi Yok	3	1,2
	Çok Önemli	151	60,2
11.Sağlık işletmesinde güvenlik sisteminin olması	Önemli	78	31,1
	Farketmez	9	3,6
	Önemsiz	8	3,2
	Hiç Önemi Yok	4	1,6
	Çok Önemli	126	50,2
12.Hastane içi işlemlerde kısıklık ve kolaylık	Önemli	90	35,9
	Farketmez	21	8,4
	Önemsiz	8	3,2
	Hiç Önemi Yok	5	2,0
	Çok Önemli	134	53,4
13.Randevu sisteminin olması	Önemli	97	38,6
	Farketmez	7	2,8
	Önemsiz	9	3,6
	Hiç Önemi Yok	3	1,2
	Çok Önemli	125	49,8

		Önemli	99	39,4
14.Sağlık hizmetlerinde sunulan tıbbi hizmetlerinin çeşitliliği		Farketmez	14	5,6
		Önemsiz	9	3,6
		Hiç Önemi Yok	3	1,2
		Çok Önemli	158	62,9
15.Sağlık işletmesinin güvenilirliği		Önemli	76	30,3
		Farketmez	6	2,4
		Önemsiz	6	2,4
		Hiç Önemi Yok	4	1,6
16.Sağlık işletmesinin tanınmışlığı /ünü		Çok Önemli	84	33,5
		Önemli	100	39,8
		Farketmez	47	18,7
		Önemsiz	12	4,8
17.Doktorların tanınmışlığı /ünü		Hiç Önemi Yok	7	2,8
		Çok Önemli	78	31,1
		Önemli	105	41,8
		Farketmez	51	20,3
18.Sağlık işletmesi ile ilgili medyada yer alan haberler.		Önemsiz	11	4,4
		Hiç Önemi Yok	5	2,0
		Çok Önemli	73	29,1
		Önemli	113	45,0
	Farketmez	43	17,1	

	Önemsiz	15	6,0
	Hiç Önemi Yok	6	2,4
	Çok Önemli	31	12,4
19.Sağlık işletmesinin,tabelalı, logosu,renkleri	Önemli	68	27,1
	Farketmez	96	38,2
	Önemsiz	36	14,3
	Hiç Önemi Yok	19	7,6
	Çok Önemli	51	20,3
20.Sağlık işletmesinin iç,dış mimarisi ve otopark olanakları	Önemli	99	39,4
	Farketmez	72	28,7
	Önemsiz	18	7,2
	Hiç Önemi Yok	10	4,0
	Çok Önemli	70	27,9
21 .Bekleme alanlarının uygunluğu	Önemli	130	51,8
	Farketmez	36	14,3
	Önemsiz	10	4,0
	Hiç Önemi Yok	4	1,6
	Çok Önemli	56	22,3
22.Sağlık işletmesinin fiziki büyüklüğü	Önemli	115	45,8
	Farketmez	58	23,1
	Önemsiz	14	5,6
	Hiç Önemi Yok	7	2,8

	Çok Önemli	117	46,6
	Önemli	97	38,6
23.Yataklı tedavi hizmetlerinin var olması	Farketmez	21	8,4
	Önemsiz	9	3,6
	Hiç Önemi Yok	6	2,4

Tablo 3’de belirtildiği gibi, araştırmanın Sağlık hizmetleri pazarlamasına göre katılımcıların %64’ü Personelin kılık ve kıyafetinin çok önemli olduğunu, %60,6’sı Personelin tutum ve davranışının çok önemli olduğu, %74,5’i Doktorların tutum ve davranışlarının çok önemli olduğu, %44,2’si Muayene ve diğer hizmet fiyatlarının çok önemli olduğu, %45’i Sağlık işletmesine ulaşımın kolaylığı olmasının önemli olduğunu, %45’, Hasta ve refakatçının barınma olanağının çok önemli olduğunu, %51,8’i Sağlık işletmesinin tıbbi donanımının çok önemli olduğunu, %36,7’si Sağlık işletmesinin kafeterya hizmetinin olmasının önemli olduğunu, %52,6’sı Hastaların tedavisi sırasında takip sisteminin varlığının çok önemli olduğunu, %73,3’ü Sağlık işletmesinin hijyen ve temizliğinin çok önemli olduğunu, %60,2’si Sağlık işletmesinde güvenlik sisteminin olmasının çok önemli olduğunu, %50,2’si Hastane içi işlemlerde kısıklık ve kolaylığın çok önemli olduğunu, %53,4’ü Randevu sisteminin olmasının çok önemli olduğunu, %49,8’i Sağlık hizmetlerinde sunulan tıbbi hizmetlerinin çeşitliliğinin çok önemli olduğunu, %62,9’u Sağlık işletmesinin güvenilirliğinin çok önemli olduğunu, %39,8’i Sağlık işletmesinin tanınmışlığı /ününün çok önemli olduğunu, %41,8’i Doktorların tanınmışlığı /ününün çok önemli olduğunu, %45’i Sağlık işletmesi ile ilgili medyada yer alan haberlerin çok önemli olduğunu, %27,’i Sağlık işletmesinin, tabelalısı, logosu, renklerinin önemli olduğunu, %39,4’ü Sağlık işletmesinin iç,dış mimarisi ve otopark olanaklarının önemli olduğunu, %51,8’i Bekleme alanlarının uygunluğunun önemli olduğunu, %45,8’i Sağlık işletmesinin fiziki büyüklüğünün önemli olduğunu, %46,6’sı Yataklı tedavi hizmetlerinin var olmasının çok önemli olduğunu bildirmişlerdir.

Aşağıdaki tablo 4’de katılımcıların iletmiş olduğu verilere yönelik Anket Puanının Betimsel İstatistikleri gösterilmektedir.

Tablo 4. Anket Puanının Betimsel İstatistikleri

	n	Min	Max	Ort	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Personel Tutum ve Davranışı	250	1	5	1,6827	,154	2,135	5,582
Tüketici Maliyeti	250	1	5	1,7600	,154	1,579	3,662
Hizmet Kalitesi	250	1	5	1,6750	,154	2,316	6,950
Çevre ve Tanınmışlık	250	1	5	2,2300	,154	,767	,790
Fiziki Uygunluk	250	1	5	2,0760	,154	1,035	1,814

Tablo 4’de belirtildiği gibi, araştırmanın analiz sonucuna göre Personel Tutum ve Davranışı ortalaması 1,6827, Tüketici Maliyeti Ortalaması 1,7600, Hizmet Kalitesi ortalaması 1,6750, Çevre ve Tanınmışlık ortalaması 2,2300, Fiziki Uygunluk ortalaması 2,0760 olarak elde edilmiştir.

Aşağıdaki tablo 5’de katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Korelasyon Analizi gösterilmektedir.

Tablo 5. Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
r	1												
p													

1. Personel Tutum ve Davranışı	n	250			
	r	.699**	1		
2. Tüketici Maliyeti	n	250	250		
	p	.000			
	r	.834**	.786**	1	
3. Hizmet Kalitesi	n	250	250	250	
	p	.000	.000		
	r	.573**	.520**	.660**	1
4. Çevre ve Tanınmışlık	n	250	250	250	250
	p	.000	.000	.000	
	r	.646**	.630**	.747**	.768**
5. Fiziki Uygunluk	n	250	250	250	250
	p	.000	.000	.000	.000

Tablo 5’de belirtildiği gibi, araştırmamızın personel tutum ve davranışı ile tüketici maliyeti ($r=.699^{**}$) arasında çok güçlü bir ilişki olduğu, hizmet kalitesi ($r=.834^{**}$) ile arasında çok güçlü bir ilişki olduğu, çevre ve tanınmışlık ($r=.573^{**}$) ile arasında çok güçlü bir ilişki olduğu, fiziki uygunluk ($r=.646^{**}$) ile arasında çok güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca hastane seçiminin personel tutum ve davranışı ile hizmet kalitesi arasındaki anlamlı ilişki vardır hipotezi kanıtlanmıştır.

Tüketici maliyeti ile hizmet kalitesi ($r=.786^{**}$) arasında çok güçlü bir ilişki olduğu, çevre ve tanınmışlık ile ($r=.520^{**}$) arasında çok güçlü bir ilişki olduğu, fiziki uygunluk ($r=.630^{**}$) ile arasında çok güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca hastane seçiminin tüketici maliyeti ile hizmet kalitesi arasındaki anlamlı ilişki vardır hipotezi kanıtlanmıştır.

Hizmet kalitesi ile çevre ve tanınmışlık ($r=.660^{**}$) ile arasında çok güçlü bir ilişki olduğu, fiziki uygunluk ($r=.747^{**}$) ile arasında çok güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca hastane seçiminin hizmet kalitesi ile fiziki uygunluk arasında anlamlı ilişki vardır hipotezi kanıtlanmıştır.

Çevre ve tanınmışlık ile fiziki uygunluk ($r=.768^{**}$) arasında çok güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca hastane seçiminin çevre ve tanınmışlık ile fiziki uygunluk arasında anlamlı ilişki vardır hipotezi kanıtlanmıştır.

Aşağıdaki tablo 6'da katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Anket Puanlarının Cinsiyet Bakımından Farklılık Gösterme Analizi gösterilmektedir.

Tablo 6. Anket Puanlarının Cinsiyet Bakımından Farklılık Gösterme Analizi

		n	Ort.	ss	t	p
1. Personel Tutum ve Davranışı	Kadın	162	1,68	,782	-,045	,515
	Erkek	88	1,68	,715		
2. Tüketici Maliyeti	Kadın	162	1,76	,794	,240	,717
	Erkek	88	1,74	,698		
3. Hizmet Kalitesi	Kadın	162	1,67	,748	-,074	,261
	Erkek	88	1,67	,635		
4. Çevre ve Tanınmışlık	Kadın	162	2,21	,821	-,335	,413
	Erkek	88	2,25	,742		
5. Fiziki Uygunluk	Kadın	162	2,03	,807	-1,046	,976
	Erkek	88	2,14	,782		

Tablo 6'da belirtildiği gibi, araştırmanın anket puanının cinsiyet bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre anket puanı cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aşağıdaki tablo 7’de katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Anket Puanlarının Yaş Bakımından Farklılık Gösterme Analizi gösterilmektedir.

Tablo 7. Anket Puanlarının Yaş Bakımından Farklılık Gösterme Analizi

		n	Ort.	ss	F	p	
1. Personel Tutum ve Davranışı	18-25	141	1,60	,665	3,222	,023*	
	26-40	67	1,65	,806			
	41-64	36	2,03	,938			
	65 ve üzeri	6	1,55	,620			
2. Tüketici Maliyeti	18-25	141	1,6	,712	2,738	,044*	
	26-40	67	1,84	,779			
	41-64	36	2,02	,861			
	65 ve üzeri	6	1,58	,664			
3. Hizmet Kalitesi	18-25	141	1,57	,652	3,240	,023*	
	26-40	67	1,72	,704			
	41-64	36	1,97	,861			
	65 ve üzeri	6	1,55	,659			
4. Çevre ve Tanınmışlık	18-25	141	2,19	,818	2,630	,051	
	26-40	67	2,12	,669			
	41-64	36	2,56	,837			
	65 ve üzeri	6	2,20	,886			
		18-25	141	2,04	,808	1,516	,211

	26-40	67	2,04	,734
5. Fiziki	41-64	36	2,30	,876
Uygunluk	65 ve üzeri	6	1,70	,620

***p<0,05**

Tablo 7’de belirtildiği gibi, araştırmanın anket puanının yaş bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre Personel Tutum ve Davranışı puanı yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre 41-64 yaş aralığının puanı diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Tüketici Maliyeti puanı yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre 41-64 yaş aralığının puanı diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Hizmet Kalitesi puanı yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre 41-64 yaş aralığının puanı diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Çevre ve Tanınmışlık ve Fiziki Uygunluk puanı yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aşağıdaki tablo 8’de katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Anket Puanlarının Medeni Hal Bakımından Farklılık Gösterme Analizi gösterilmektedir.

Tablo 8. Anket Puanlarının Medeni Hal Bakımından Farklılık Gösterme Analizi

	n	Ort.	ss	t	p	
1. Personel Tutum ve Davranışı	Evli	90	1,91	1,00	3,725	,000*
	bekar	160	1,55	,540		
2. Tüketici Maliyeti	Evli	90	2,01	,920	4,033	,037*

	bekar	160	1,61	,612		
3. Hizmet Kalitesi	Evli	90	1,90	,916		,000*
	bekar	160	1,54	,520	3,926	
4. Çevre ve Tanınmışlık	Evli	90	2,40	,851		,317
	bekar	160	2,13	,743	2,570	
5. Fiziki Uygunluk	Evli	90	2,20	,904		,108
	bekar	160	2,00	,726	1,891	

Tablo 8’de belirtildiği gibi, araştırmanın anket puanının medeni hal bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre Personel Tutum ve Davranışı medeni hale göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre bekarların puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Tüketici Maliyeti medeni hale göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre evlilerin puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre hizmet kalitesi medeni hale göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre evlilerin puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Çevre ve Tanınmışlık ve Fiziki Uygunluk puanı medeni hale göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aşağıdaki tablo 9’da katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Anket Puanlarının Öğrenim Durumu Bakımından Farklılık Gösterme Analizi gösterilmektedir.

Tablo 9. Anket Puanlarının Öğrenim Durumu Bakımından Farklılık Gösterme Analizi

		n	Ort.	ss	F	p
1. Personel Tutum ve Davranışı	İlkokul /Ortaokul	30	2,01	1,146	5,2674	,002*
	Lise	86	1,80	,791		
	Lisans/Ön lisans	113	1,49	,554		
	Lisansüstü	21	1,74	,657		
2. Tüketici Maliyeti	İlkokul /Ortaokul	30	2,10	1,077	,9824	,002*
	Lise	86	1,8	,743		
	Lisans/Ön lisans	113	1,58	,640		
	Lisansüstü	21	1,97	,679		
3. Hizmet Kalitesi	İlkokul /Ortaokul	30	1,85	1,070	,3042	,006*
	Lise	86	1,80	,732		
	Lisans/Ön lisans	113	1,50	,533		
	Lisansüstü	21	1,80	,647		
4. Çevre ve Tanınmışlık	İlkokul /Ortaokul	30	2,40	1,011	,2441	,084
	Lise	86	2,34	,786		

	Lisans/Ön lisans	113	2,09	,738	
	Lisansüstü	21	2,20	,678	
	İlkokul /Ortaokul	30	2,16	1,099	
5.Fiziki Uygunluk	Lise	86	2,20	,765	,124
	Lisans/Ön lisans	113	1,94	,730	,936
	Lisansüstü	21	2,09	,726	

***p<0,05**

Tablo 9’da belirtildiği gibi, araştırmanın anket puanının öğrenim durumu bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre Personel Tutum ve Davranışı öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre İlkokul /Ortaokul puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Tüketici Maliyeti öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre İlkokul /Ortaokul puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre hizmet kalitesi öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre İlkokul /Ortaokul puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Çevre ve Tanınmışlık ve Fiziki Uygunluk puanı öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aşağıdaki tablo 10'da katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Anket Puanlarının Ailenin Aylık Ortalama Geliri Bakımından Farklılık Gösterme Analizi gösterilmektedir.

Tablo 10. Anket Puanlarının Ailenin Aylık Ortalama Geliri Bakımından Farklılık Gösterme Analizi

		n	Ort.	ss	F	p
1. Personel Tutum ve Davranışı	4500 TL ve altında	18	1,31	,434	5,734	,001*
	4501-6000 TL arası	124	1,76	,808		
	6001-8000 TL arası	47	1,91	,883		
	8001 TL ve üstü	61	1,44	,485		
2. Tüketici Maliyeti	4500 TL ve altında	18	1,33	,485	3,140	,026*
	4501-6000 TL arası	124	1,78	,809		
	6001-8000 TL arası	47	1,94	,809		
	8001 TL ve üstü	61	1,68	,633		
3. Hizmet Kalitesi	4500 TL ve altında	18	1,36	,344	3,869	,010*
	4501-6000 TL arası	124	1,70	,737		

	6001-8000 TL arası	47	1,90	,844		
	8001 TL ve üstü	61	1,52	,545		
<hr/>						
	4500 TL ve altında	18	1,77	,568		
	4501-6000 TL arası	124	2,24	,831		
4. Çevre ve Tanınmışlık					3,218	,023*
	6001-8000 TL arası	47	2,43	,793		
	8001 TL ve üstü	61	2,17	,721		
<hr/>						
	4500 TL ve altında	18	1,59	,543		
	4501-6000 TL arası	124	2,11	,813		,001*
5.Fiziki Uygunluk					5,704	
	6001-8000 TL arası	47	2,37	,832		
	8001 TL ve üstü	61	1,90	,711		

***p<0,05**

Tablo 10’da belirtildiği gibi, araştırmanın anket puanının ailenin aylık gelir ortalaması bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre Personel Tutum ve Davranışı ailenin aylık gelir ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ortalama puanlara göre 6001-8000 TL arası puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Tüketici Maliyeti ailenin aylık gelir ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre 6001-8000 TL arası puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre hizmet kalitesi ailenin aylık gelir ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre 6001-8000 TL arası puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Çevre ve Tanınmışlık ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre 6001-8000 TL arası puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Fiziki Uygunluk puanı ailenin aylık gelir ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre 6001-8000 TL arası puanı daha yüksektir.

Aşağıdaki tablo 11’de katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Anket Puanlarının Sağlık Güvencesi Bakımından Farklılık Gösterme Analizi gösterilmektedir.

Tablo 11. Anket Puanlarının Sağlık Güvencesi Bakımından Farklılık Gösterme Analizi

	n	Ort.	ss	F	p
Sosyal	24	1,95	1,022		
Güvencesi Yok					
1. Personel Sandığı, SSK,	182	1,66	,730		
Tutum ve Bağkur)				1,688	,153
Davranışı					
Yeşil Kart	10	1,73	,978		
GSS(Genel Sağlık Sigortası)	29	1,64	,590		

	Özel Sağlık Sigortası	5	1,06	,149			
	Sosyal Güvencesi Yok	24	1,87	1,055			
	SGK(Emekli Sandığı, SSK, Bağkur)	182	1,77	,717			
	Yeşil Kart	10	2,00	,912			
2.	Tüketici Maliyeti	GSS(Genel Sağlık Sigortası)	29	1,60	,699	1,390	,238
	Özel Sağlık Sigortası	5	1,20	,447			
	Sosyal Güvencesi Yok	24	1,82	,954			
	SGK(Emekli Sandığı, SSK, Bağkur)	182	1,67	,696			
3.	Hizmet Kalitesi	Yeşil Kart	10	1,81	,853	1,058	,378
	GSS(Genel Sağlık Sigortası)	29	1,58	,516			
	Özel Sağlık Sigortası	5	1,20	,291			

4. Çevre ve Tanınmışlık	Sosyal Güvencesi Yok	24	2,21	,947		
	SGK(Emekli Sandığı, SSK, Bağkur)	182	2,26	,801	,592	,669
	Yeşil Kart	10	2,20	,839		
	GSS(Genel Sağlık Sigortası)	29	2,06	,625		
	Özel Sağlık Sigortası	5	1,95	,480		
5. Fiziki Uygunluk	Sosyal Güvencesi Yok	24	2,12	,923		
	SGK(Emekli Sandığı, SSK, Bağkur)	182	2,13	,803	2,386	,052
	Yeşil Kart	10	2,10	,843		
	GSS(Genel Sağlık Sigortası)	29	1,81	,593		
	Özel Sağlık Sigortası	5	1,25	,306		

***p<0,05**

Tablo 11’de belirtildiği gibi, araştırmanın anket puanının sağlık güvencesi bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre Personel Tutum ve Davranışı, Tüketici Maliyeti, Hizmet Kalitesi, Çevre ve Tanınmışlık ve Fiziki Uygunluk puanı sağlık güvencesi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aşağıdaki tablo 12’de katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Anket Puanlarının Hastane Değişirme Sıklığı Bakımından Farklılık Gösterme Analizi gösterilmektedir.

Tablo 12. Anket Puanlarının Hastane Değişirme Sıklığı Bakımından Farklılık Gösterme Analizi

		n	Ort.	ss	F	p
1. Personel Tutum ve Davranışı	Çok sık	11	1,96	,862	,371	,868
	Bir problem yaşadığımda	88	1,64	,746		
	Sık	15	1,71	,547		
	Birkaç kez problem yaşadığımda	48	1,68	,846		
	Nadiren	83	1,68	,764		
	Hiç	5	1,66	,235		
2. Tüketici Maliyeti	Çok sık	11	1,72	,876	,050	,998
	Bir problem yaşadığımda	88	1,73	,754		
	Sık	15	1,83	,672		
	Birkaç kez problem yaşadığımda	48	1,77	,798		
	Nadiren	83	1,76	,778		

		Hiç	5	1,80	,447		
		Çok sık	11	1,93	,909		
		Bir problem yaşadığımda	88	1,67	,718		
3.	Hizmet Kalitesi	Sık	15	1,70	,486	,347	,884
		Birkaç kez problem yaşadığımda	48	1,67	,808		
		Nadiren	83	1,64	,669		
		Hiç	5	1,60	,331		
		Çok sık	11	2,27	,990		
		Bir problem yaşadığımda	88	2,08	,803		
4.	Çevre ve Tanınmışlık	Sık	15	2,31	,637	1,043	,393
		Birkaç kez problem yaşadığımda	48	2,29	,847		
		Nadiren	83	2,31	,753		
		Hiç	5	2,55	,570		
		Çok sık	11	2,00	,942		
5.	Fiziki Uygunluk	Bir problem yaşadığımda	88	1,92	,760	1,121	,350
		Sık	15	2,03	,461		

Birkaç kez yaşadığımda	48	2,19	,925
Nadiren	83	2,17	,795
Hiç	5	2,10	,487

***p<0,05**

Tablo 12’de belirtildiği gibi araştırmanın, anket puanının hastane değişiklik sıklığı bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre Personel Tutum ve Davranışı, Tüketici Maliyeti, Hizmet Kalitesi, Çevre ve Tanınmışlık ve Fiziki Uygunluk puanı hastane değişiklik sıklığı göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aşağıdaki tablo 13’de katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Anket Puanlarının Son Bir Yılda Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığı Bakımından Farklılık Gösterme Analizi gösterilmektedir.

Tablo 13. Anket Puanlarının Son Bir Yılda Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığı Bakımından Farklılık Gösterme Analizi

	n	Ort.	ss	F	p
1. Personel Tutum ve Davranışı	54	1,80	,891	2,945	,034
2-4 Kez	131	1,61	,641		
5-10 Kez	49	1,58	,702		
11 Kez ve üzeri	16	2,12	1,121		
2. Tüketici Maliyeti	54	1,92	,92862	2,151	,094
2-4 Kez	131	1,77	,65988		
5-10 Kez	49	1,55	,75170		

		11 Kez ve üzeri	16	1,71	,85574		
		1 Kez	54	1,77	,876		
3.	Hizmet	2-4 Kez	131	1,69	,629		
	Kalitesi	5-10 Kez	49	1,50	,642	1,293	,278
		11 Kez ve üzeri	16	1,70	,870		
		1 Kez	54	2,29	,876		
4.	Çevre ve	2-4 Kez	131	2,23	,732		
	Tanınmışlık	5-10 Kez	49	2,15	,814	,277	,842
		11 Kez ve üzeri	16	2,23	,955		
		1 Kez	54	2,21	,875		
5.	Fiziki	2-4 Kez	131	2,08	,762		
	Uygunluk	5-10 Kez	49	1,90	,723	1,380	,249
		11 Kez ve üzeri	16	2,01	1,001		

***p<0,05**

Tablo 13’de belirtildiği gibi, araştırmanın anket puanının son bir yılda sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre Personel Tutum ve Davranışı son bir yılda sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ortalama puanlara göre 11 kez ve üzeri arası puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Tüketici Maliyeti, Hizmet Kalitesi, Çevre ve Tanınmışlık ve Fiziki Uygunluk puanı son bir yılda sağlık kuruluşuna başvurma sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Aşağıdaki tablo 14’de katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Anket Puanlarının Hastane Seçiminden Muayene Ücretlerinin Önemli Olması Farklılık Gösterme Analizi gösterilmektedir.

Tablo 14. Anket Puanlarının Hastane Seçiminden Muayene Ücretlerinin Önemli Olması Farklılık Gösterme Analizi

		n	Ort.	ss	t	p																																									
1. Personel Tutum ve Davranışı	Evet	230	1,69	,766	1,124	,863																																									
	Hayır	20	1,50	,635			2. Tüketici Maliyeti	Evet	230	1,75	,771	-,551	,707	Hayır	20	1,85	,630	3. Hizmet Kalitesi	Evet	230	1,68	,728	1,118	,153	Hayır	20	1,50	,395	4. Çevre ve Tanınmışlık	Evet	230	2,24	,789	1,206	,493	Hayır	20	2,02	,830	5. Fiziki Uygunluk	Evet	230	2,08	,802	,808	,745	Hayır
2. Tüketici Maliyeti	Evet	230	1,75	,771	-,551	,707																																									
	Hayır	20	1,85	,630			3. Hizmet Kalitesi	Evet	230	1,68	,728	1,118	,153	Hayır	20	1,50	,395	4. Çevre ve Tanınmışlık	Evet	230	2,24	,789	1,206	,493	Hayır	20	2,02	,830	5. Fiziki Uygunluk	Evet	230	2,08	,802	,808	,745	Hayır	20	1,93	,756								
3. Hizmet Kalitesi	Evet	230	1,68	,728	1,118	,153																																									
	Hayır	20	1,50	,395			4. Çevre ve Tanınmışlık	Evet	230	2,24	,789	1,206	,493	Hayır	20	2,02	,830	5. Fiziki Uygunluk	Evet	230	2,08	,802	,808	,745	Hayır	20	1,93	,756																			
4. Çevre ve Tanınmışlık	Evet	230	2,24	,789	1,206	,493																																									
	Hayır	20	2,02	,830			5. Fiziki Uygunluk	Evet	230	2,08	,802	,808	,745	Hayır	20	1,93	,756																														
5. Fiziki Uygunluk	Evet	230	2,08	,802	,808	,745																																									
	Hayır	20	1,93	,756																																											

Tablo 14’de belirtildiği gibi, araştırmanın anket puanının hastane seçiminde muayene ücretlerine farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre Personel Tutum ve Davranışı, Tüketici Maliyeti, Hizmet Kalitesi, Çevre ve Tanınmışlık ve Fiziki Uygunluk hastane seçiminde muayene ücretlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aşağıdaki tablo 15’de katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Anket Puanlarının Hastanelerde Uygulanan Fiyat Kampanyaları Hastane Seçimini Etkilemesi Bakımından Farklılık Gösterme Analizi gösterilmektedir.

Tablo 15. Anket Puanlarının Hastanelerde Uygulanan Fiyat Kampanyaları Hastane Seçimini Etkilemesi Bakımından Farklılık Gösterme Analizi

		n	Ort.	ss	F	p
1. Personel Tutum ve Davranışı	Çok etkiler	91	1,61	,745	,722	,578
	Etkiler	95	1,70	,728		
	Kararsızım	27	1,88	,956		
	Az etkiler	26	1,66	,541		
	Etkilemez	11	1,60	1,020		
2. Tüketici Maliyeti	Çok etkiler	91	1,59	,711	2,772	,028*
	Etkiler	95	1,76	,721		
	Kararsızım	27	2,00	,970		
	Az etkiler	26	2,05	,683		
	Etkilemez	11	1,72	,847		
3. Hizmet Kalitesi	Çok etkiler	91	1,59	,662	1,384	,240
	Etkiler	95	1,69	,681		
	Kararsızım	27	1,89	,962		
	Az etkiler	26	1,76	,558		
	Etkilemez	11	1,42	,863		
4. Çevre ve Tanınmışlık	Çok etkiler	91	2,09	,765	1,743	,141
	Etkiler	95	2,22	,783		
	Kararsızım	27	2,43	,924		
	Az etkiler	26	2,38	,686		
	Etkilemez	11	2,52	,890		

	Çok etkiler	91	1,96	,761		
5.	Fiziki Etkiler	95	2,04	,786		
Uygunluk	Kararsızım	27	2,39	,883	1,739	,142
	Az etkiler	26	2,17	,654		
	Etkilemez	11	2,20	1,150		

***p<0,05**

Tablo 15’de belirtildiği gibi, araştırmanın anket puanının Hastanelerde Uygulanan Fiyat Kampanyaları Hastane Seçimini Etkilemesi Bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre Personel Tutum ve Davranışı puanı hastanelerde uygulanan fiyat kampanyaları hastane seçimini etkilemesi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Analiz sonuçlarına göre Tüketici Maliyeti puanı hastanelerde uygulanan fiyat kampanyaları hastane seçimini etkilemesine yönelik istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre az etkiler puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Hizmet Kalitesi, Çevre ve Tanınmışlık ve Fiziki Uygunluk puanı hastanelerde uygulanan fiyat kampanyaları hastane seçimini etkilemesi göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aşağıdaki tablo 16’da katılımcıların iletmiş veriler sonucunda Anket Puanlarının Hastanenin Muayene Ücretlerinin Bilgisine Ulaşma Durumu Bakımından Farklılık Gösterme Analizi gösterilmektedir

Tablo 16. Anket Puanlarının Hastanenin Muayene Ücretlerinin Bilgisine Ulaşma Durumu Bakımından Farklılık Gösterme Analizi

	n	Ort.	ss	F	p
--	---	------	----	---	---

	Çevremden(aile, arkadaş vs.)	50	1,70	,621	,102
1. Personel Tutum ve Davranışı	Hastaneden(danışma, santral vs.)	174	1,72	,821	2,093
	Sosyal Medya,Hastane Web Sitesi,Broşür,Afiş vs.	19	1,47	,434	
	Çevremden(aile, arkadaş vs.)	50	1,78	,701	,032*
2. Tüketici Maliyeti	Hastaneden(danışma, santral vs.)	174	1,81	,798	2,987
	Sosyal Medya,Hastane Web Sitesi,Broşür,Afiş vs.	19	1,50	,500	
	Çevremden(aile, arkadaş vs.)	50	1,67	,562	,153
3. Hizmet Kalitesi	Hastaneden(danışma, santral vs.)	174	1,7	,773	1,770
	Sosyal Medya,Hastane Web	19	1,38	,423	

		Sitesi,Broşür,Afiş vs.				
		Çevremden(aile, arkadaş vs.)	50	2,16	,797	,605
4.	Çevre ve Tanınmışlık	Hastaneden(danışma, santral vs.)	174	2,27	,776	,617
		Sosyal Medya,Hastane Web Sitesi,Broşür,Afiş vs.	19	2,13	,973	
		Çevremden(aile, arkadaş vs.)	50	1,99	,691	,307
5.	Fiziki Uygunluk	Hastaneden(danışma, santral vs.)	174	2,12	,823	1,208
		Sosyal Medya,Hastane Web Sitesi,Broşür,Afiş vs.	19	2,02	,869	

Tablo 16’da belirtildiği gibi, araştırmanın anket puanının Hastanenin Muayene Ücretlerinin Bilgisine Ulaşma durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan Anova testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre Tüketici Maliyeti hastane seçiminde Hastanenin Muayene Ücretlerinin Bilgisine Ulaşma durumuna göre anlamlı farklılık

göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre hastaneden (danışma, santral vs.) ortalama puanı daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre Personel Tutum ve Davranışı, Hizmet Kalitesi, Çevre ve Tanınmışlık ve Fiziki Uygunluk hastane seçiminde muayene ücretlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).



SONUÇ

Literatürde sağlık hizmetlerinde hastane seçimi ile ilgili çeşitli çalışmalara rastlanmaktadır. Birincisi Şule'nin (2008) çalışmasıdır. 2008 yılında Şule, sağlık sektöründe marka algısı ve farklı yaş, gelir düzeyi ve meslek grubundan katılımcılarda marka kavramı unsurlarının algılanması üzerine “Sağlık Sektöründe Marka Yaratma ve Hastane Seçiminde Markanın Etkisi” başlıklı bir araştırma yapmıştır. Ankara’da yaşayan 307 kişi üzerinde yapılan araştırmada katılımcıların marka kavramına bakışları değerlendirilmiştir.

Araştırma, eğitim ve gelir düzeyi arttıkça markaya verilen önemin de arttığını ortaya koymuştur. Hastane seçimine gelince, hastanenin adının, logosunun ve sloganının çok önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca hastane veya hekimlerin farkındalığı hastane seçimini etkileyecektir. Ayrıca uzun yıllardır faaliyette olan bir hastane, yıllar içinde vermiş olduğu hizmet kalitesinden ödün vermeden sağlık hizmeti verirse hastanenin avantajı artacaktır. Bizim çalışmamızda hemen hemen aynı verilere ulaşılmıştır gelir düzeyi yüksek alan kişiler için çevre ve tanınırlık etkileri yüksek çıkmıştır.

Diyarbakır'da 430 kişiyle yapılan bir anket, hastane faydalarını belirleyen en önemli faktörün hizmet faktörü olduğunu ortaya koymuştur. Hizmet faktörünün en önemli unsuru hastane personelinin hastaya karşı gösterdiği sabırdır. Aşağıdaki faktörler belirlenmiştir:

Hastanedeki tüm bölümlerin mevcudiyeti,

Hastanenin modern ekipman veya teknolojisi,

Zamanında muayene ve tedavi ve önceki hizmetlerden memnuniyet düzeyi.

Hizmetten sonra en önemli faktörler sırasıyla halkla ilişkiler ve tavsiye olarak belirlenmiştir. Hasta aileleri, benzer şikayetleri olan kişiler, arkadaş ve akraba tavsiyelerine dikkat ederler (Günay, 2014).

Ayrıca Sunal'ın 2016 yılında gerçekleştirdiği “Bireylerin hastane seçiminde hastanenin tanınırlığı ve kurumsal marka imajı tercihleri analizi” çalışması,

hastanelerin kurumsal bir yapı oluşturmak için aldığı önlemlerin ne kadar etkili olduğunu belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yapılan anket sonuçları aşağıdaki gibidir:

Personel tutum ve davranışı ile hizmet kalitesi ($r=.834^{**}$) ile arasında çok güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.Sonuçlara göre personelin hastane içerisindeki alanında uzman kişilerin, hizmet kalitesi ile etkileri mevcuttur.Buna yönelik iyileştirmeler sağlayıp fiyatlandırmadaki sağlayacağı avantajları göz önünde bulundurmak gerekmektedir.

Tüketici maliyeti ile hizmet kalitesi ($r=.786^{**}$) arasında çok güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Sonuçlara göre hastaların aldığı hizmetin kaliteliliği karşısında mevcut düzeni korumak yerine alınan hizmetin çeşitliliğinin ve kalitesinin artırılması verilen hizmetlerinin fiyatlarının artırılması hastaların aldıkları hizmetin karşılıklarını bulmasına kolaylık sağlayacaktır.

Hizmet kalitesi ile fiziki uygunluk ($r=.747^{**}$) ile arasında çok güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.Sonuçlara göre sağlık işletmesinin hijyen,güvenlik takip sistemi gibi hizmet kalitesini belirleyici faktörlerin yanında hizmeti alacak kişilerin fiziki uygunluğuda vurgulanmaktadır. Aralarındaki ilişkinin güçlü olması sağlık hizmetinin çoğu zaman acil hizmet kapsamında yer almasının dışında kişilerin ödedikleri fiyat içinde fiziki uygunluğun,mimarinin ve imkanların varlığını biliyor olmaları gerekmektedir ve birbirini destekler niteliktedir.

Çevre ve tanınmışlık ile fiziki uygunluk($r=.768^{**}$) arasında çok güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.Diğer çalışma sonuçlarında olduğu gibi hastanenin, doktorun tanınmışlığı çevre içerisinde olumlu yorumların yapılması ve duyurulması, sunulan hizmetin çeşitliliği önemli bir unsur oluşturmaktadır.Hastanenin mimarisi, fiziki büyüklüğü gibi dıştan görünüşü çevre ve tanınmışlığı etkilemektedir.Verilen hizmetlerin fiyatlandırmasında çevrenin ve tanınmışlığın etkilerini göz önünde bulundurmak marka imajını yaratmak gerekmektedir.

Personel tutum ve davranışı puanı yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre 41-64 yaş aralığının puanı diğer yaş

gruplarına göre daha yüksektir. Tüketici maliyeti puanı yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama puanlara göre 41-64 yaş aralığının puanı diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Hizmet kalitesi puanı yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama puanlara göre 41-64 yaş aralığının puanı diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Elde ettiğimiz bulgulara yönelik, özellikle hastane hizmetlerinden hastalıklara yakalanmanın olasılığının fazla olduğu yaşların ileri yaşlar olduğu düşünülmektedir. İleri yaşlardaki kişilerin hizmetten daha çok yararlanma ve buna yönelik hem kaliteli hizmet hemde maliyet unsurlarını beraber ele alıp ihtiyaçları karşılamak gerekmektedir. Yapılan çalışmanın 64 yaş ve üzeri yapılmasında farklı sonuçlar ortaya çıkma durumu ihtimaline yönelik çalışmada gerçekleştirilebilir.

Tüketici maliyeti medeni hale göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama puanlara göre evlilerin puanı daha yüksektir. Hizmet kalitesi medeni hale göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama puanlara göre evlilerin puanı daha yüksektir. Maliyet ve hizmet kalitesinin evlilerde farklılığın oluşması buna yönelik kampanya ve fiyatlandırma oluşturulmasına fiyat algısı oluşturabilmektedir. Örneğin aile check-up paketleri, eş ve çocuk indirimleri vs. önerilebilir.

Personel tutum ve davranışı ailenin aylık gelir ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama puanlara göre 6001-8000 tl arası puanı daha yüksektir. Tüketici maliyeti ailenin aylık gelir ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama puanlara göre 6001-8000 tl arası puanı daha yüksektir. Hizmet kalitesi ailenin aylık gelir ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama puanlara göre 6001-8000 tl arası puanı daha yüksektir. Çevre ve tanınmışlık ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama puanlara göre 6001-8000 tl arası puanı daha yüksektir. Fiziki uygunluk puanı ailenin aylık gelir ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama puanlara göre 6001-8000 tl arası puanı daha yüksektir. Aylık gelirin asgari ücret ve yukarısında olan ailelerin hastanedeki sunulan hizmet karşılığı açısından beklenti ve algıların yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle

kişiler verdikleri ücret karşısında beklentilerin karşılığını almak istemektedir. Fiyatları çok düşürmeden uygun fiyat ile kaliteli hizmet algısını yaratarak sağlık hizmetinin verilmesi önerilmektedir.

Tüketici maliyeti puanı hastanelerde uygulanan fiyat kampanyaları hastane seçimi etkilemesi bakımından farklılık gösterme analizi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre az etkiler puanı daha yüksektir. Hastane hizmetlerinde verilen hizmetin, acil kapsamında yer alması, kişiler için hayati önemi taşıması, o an aldığı hizmetin geleceğini ve sağlığını etkilemesi sebebi ile kişilerde aldıkları hizmetin fiyatından önce gelmektedir. Düşük fiyat ucuzluk algısı, kalitesiz hizmet düşüncesini beraber gerektirmektedir. Ve sağlık sistemlerinde büyük önem taşımaktadır.

Tüketici maliyeti hastane seçiminde hastanenin muayene ücretlerinin bilgisine ulaşma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre hastaneden (danışma, santral vs.) Ortalama puanı daha yüksektir. Hastane hizmetlerinden hizmet veya bilgi alacak kişilerin öncelikli olarak iletişime geçtiği ilk adresin danışman, çağrı merkezi danışmanı ve hastane yetkili personellerinden olması hastanenin personellerinin halkla ilişkiler sorumluluğunu iyi bir şekilde yönetmeleri gerekmektedir. Sağlık alanında bilgi sahibi olmaları, hizmet alacak kişilerin hastane hizmetlerinin fiyatları konusundaki sorularını şüphe algısı yaratmadan eksiksiz bir şekilde cevaplandırmaları önerilebilir.

KAYNAKLAR

Ak, B. (1990). Hastane Yöneticiliği. Ankara: Lal Kitap.

Akbaş, E., (2014). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.

Akdur R., (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslaması, Ankara.

Akdur R., (2006). Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiyenin Birliğe Uyumu s.18 2.Baskı Ankara.

Akkaş A., (2005). Kamuda Performans Değerlendirme Sistemi ve Kamu Sağlık Sektöründe Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Akkılıç M E (2002) Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Elazığ’daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 12 (1), 203-218.

Alagöz, M., A., (2013). Kamu Hastanelerinde Kuyruk Randevu Sistemleri, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Arslanhan Memiş, S. (2018). 2030’a Doğru Sağlık Genel Bir Bakış. Ankara: İşkur Matbaacılık.

Ayhan B, Canöz K. (2006). Hastaların hastane tercihinde etkili olan halkla ilişkiler faaliyetleri. II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu, Kocaeli.

Badem, C. ve D. Fırat. (2011). “Temel Pazarlama Bileşenleri Açısından Muhasebe Verilerinin Kullanılması: Pazarlama Muhasebesi”, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21(1), Kocaeli.

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Paris, 1948, Madde: 25.

Blythe, J. (2006). Marketing. Sage Publications. London. UK.

- Çiftçi G. E. (2010). Sağlık hizmetleri pazarlamasında konumlandırma stratejileri: Kırıkkale İli örneği. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Engelson M. (1995). Pricing Strategy. United States of America.
- Gemlik, N. ve Şişman, A. F. (2011). Sağlık ve Sağlık Sektörü Kavramlarına Genel Bir Bakış. A. Y. Kaptanoğlu, (Ed.), Sağlık Yönetimi içinde (90-120). İstanbul: Beşir Kitabevi.
- Gümüş B. (2006). Üniversite Hastaneleri ve Döner Sermaye sistemlerinin İşleyişi: Sorunlar ve Çözüm önerileri Tez Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Isparta.
- Günay N. (2014). Tüketicilerin hastane seçiminde ağızdan ağıza iletişimin etkisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Haron A. J. (2016). Factors Influencing Pricing Decisions. Int J Econ Manag Sci. 5: 312.
- Karaçor S. ve Arkan A. (2014) Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi İletişim Dergisi 8(2): 90-118.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2015). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (4.Baskı). Ankara:Siyasal Kitabevi
- Kayral, İ. H. (2018). Dünya’da ve Türkiye’de sağlık hizmetleri akreditasyonu. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 27-31.
- Kirveli M. (2008). Tüketicilerin satın alma davranışlarında özel markaların tüketici tutumları üzerine etkileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
- Kotler P. (2006). Pazarlama yönetimi; çözümlenme, planlama ve denetim (Çeviri: Yaman Erdal). Ayyıldız Matbaası, Ankara.
- Mucuk İ. (2006). Pazarlama İlkeleri. Türkmen Kitabevi. İstanbul.

Owumi B. and Sakiru R. (2013) Rational Choice Theory and the Choice of Healthcare Services in the Treatment of Malaria in Nigeria. *Journal of Sociological Research* 4(1): 110-123.

Özdemir E, Kılıç S, Aydın Z. B. (2010). Sosyal güvenlik reformu sonrası tüketici olarak hastaların hastane seçimi: pazarlama açısından bir alan araştırması. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 29 (1): 1-27

Özdemir E, Kılıç S, Aydın Z. B. (2010). Sosyal güvenlik reformu sonrası tüketici olarak hastaların hastane seçimi: pazarlama açısından bir alan araştırması. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 29 (1): 1-27.

Öztürk, E., (2005). Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimi, Dış Hekimliği Fakültesi Yayınlanmamış Bitirme Tezi, Dış Hekimliği Fakültesi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Öztürk, F. (2015). Sağlık Kuruluşlarında Geri Ödeme Yöntemleri ve Tanıya Dayalı (Paket) Fiyat Uygulanan Laparoskopik Ameliyatların Hizmet Maliyetlerinin Belirlenerek SUT Fiyatıyla Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.

Öztürk, Y.E., ve Özata, M., (2010). Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı, Ankara: Eğitim Yayınevi.

Pentescu A., Cetina L. and Dumitrescu L. (2013) The Positioning of the Private Healthcare Providers in Romania-an Important Strategic Approach. *Indian Journal of Applied Research* 3(9): 388-390.

Plunkett W. R, Attner R. F, Allen G. S. (2008). *Management: meeting and exceeding customer expectations*. (9. baskı). Thomson South-Western: Canada.

Punch, K. (2005). *Introduction to Social Research – Quantitative and Qualitative Approach*. Second Ed., Sage Publications Inc., California.

Saltık, A. (1995). Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar. *Toplum ve Hekim*, 38-44.

Somunoğlu, S., ve Ağırbaş, İ., (2012). “Sağlık Kurumları Yönetimi-I” (Editör: Mehtap Tatar), Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Sunal İ. (2016). Bireylerin hastane seçiminde hastanenin tanınırlığı ve kurumsal marka imajı tercihleri analizi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Şantaş F, Kurşun A, Kar A. (2016). Hastane tercihinin etki eden faktörleri: sağlık hizmetleri pazarlaması perspektifinden alan araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 19 (1): 17-33.

Şule E. (2008). Sağlık sektöründe marka yaratma ve hastane seçiminde markanın etkisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Tek, Ö. B. ve Özgül. E. (2007). Modern Pazarlama İlkeleri Uygulamalı Yönetimsel Yaklaşım, Birleşik Matbaacılık, 2. Baskı, İzmir.

Tengilimoğlu D. (2001). Hastane seçimine etkili olan faktörler: Bir alan uygulaması. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3 (1): 1-13.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi (6.Baskı). Ankara: Nobel.

Uludağ A. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler. Tablet Yayıncılık. 2010. Konya

World Health Organization, (2017). "Constitution of WHO: Principles", <https://www.who.int/about/mission/en/> (01.03.2022).

Yarar, O. (2008). Kurumsallaşma ve Markalaşma, İstanbul İlindeki Özel Hastaneler Üzerinde Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktor Tezi, İstanbul.

Yerebakan, M. (2000). Özel Hastaneler Araştırması, Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası.

Yıldırım K. (2014). İktisada giriş (7. Baskı). Nisan Kitabevi, Eskişehir.

Yıldız E. (2010). Organik tarım ürünlerinde fiyatlandırma politikaları: Eskişehir ilinde bir uygulama. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.