

**T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KONUMLANDIRMASI:
ANKARA İLİNDE
KAMU HASTANESİ UYGULAMA ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Özlem CANTÜRK**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Halil SEVAL**

Ankara-2012

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

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KONUMLANDIRMASI:
ANKARA İLİNDE
KAMU HASTANESİ UYGULAMA ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Özlem CANTÜRK**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Halil SEVAL**

Ankara-2012

ATILIM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Özlem CANTÜRK tarafından hazırlanan “Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği” başlıklı bu çalışma 29.05.2012 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalında Yüksek lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Mete TÖRÜNER (BAŞKAN)



Yrd. Doç. Dr. Halil SEVAL (DANIŞMAN)



Dr. Neslihan TOPBAŞ (ÜYE)

ÖNSÖZ

Bu çalışmada, sağlık işletmelerinin konumlandırılmasında etkili olan faktörlerin belirlenmesi, sağlık işletmelerinin pazarlama faaliyetleri sonucunda, sağlık hizmetleri tüketicileri üzerinde marka konumlandırma açısından yarattıkları etkinin belirlenmesi, Ankara il merkezindeki bir kamu hastanesini tercih eden sağlık hizmeti tüketicilerinin, hastane işletmesinin markalaşma faaliyetlerinin algı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Anket uygulanacak olan hastaneyi seçen alt, orta ve üst gelir grubundan toplam 100 sağlık işletmesi tüketicisine anket uygulanmış, elde edilen veriler SPSS istatistik paket programında analiz edilmiştir. İstatistikî yöntem olarak frekans dağılımları hastaların demografik özellikleri ile likert ölçekli sorularda tek tek ele alınıp, aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplanmış verilen cevapların ortalama ne kadar saptığı belirlenmiştir. Hastaların sağlık hizmeti aldıkları kuruluşunu seçme kriterleri ve markalaşma süreçleri ile markanın önemini ortaya koyan nedenler arasında çapraz tablolardan ve ki-kare testinden yararlanılmıştır. Araştırma sonucunda, sağlık hizmeti tüketicilerinin hastane seçimlerinde, işletmenin konumunun önemli olduğu, sağlık işletmelerinin konumlandırılmasında; hizmet kalitesi, personel tutum ve davranışı, çevre ve tanınırlık, fiziki uygunluk ve tüketici maliyetinden oluşan beş temel faktörün etkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, katılımcıların eğitimi ve gelir durumları ile bu faktörlere verdikleri önem arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır.

Tez çalışmam sırasında gereken her tür bilgi ve belge ile bana yardımcı olan ve yönlendirmelerde bulunan danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Halil SEVAL'e, her yardım istediğimde beni geri çevirmeyen ve her zaman sabır gösteren Sayın Hocam Doç. Dr. Mete TÖRÜNER'e, her zaman itici güç olan sevgili arkadaşım Av. Ayşegül KARACACA DEDEOĞLU'na ve desteklerini hiç esirgemeyen canım annem ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kızım Berfin'e...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	iii
TABLOLAR LİSTESİ	vi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM SAĞLIK HİZMETLERİ

1. SAĞLIK HİZMETLERİ	3
1.1. Sağlık Kavramı	3
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Özellikleri	4
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları	14
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	15
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	15
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	17
1.4.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler	19
1.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	20
1.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunulması	21
1.5.1. Kamu Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri	22
1.5.2. Özel Kesim Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri	23
1.5.3. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri	23

İKİNCİ BÖLÜM SAĞLIK İŞLETMELERİ

2. SAĞLIK İŞLETMELERİ	25
2.1. Sağlık İşletmelerinin Özellikleri Ve Amaçları	25
2.2. Ülkemizde Sağlık Hizmeti Sunan İşletmeler	27
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmeti Sunan İşletmeler	27

2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Sunan İşletmeler	28
2.2.3.Rehabilitasyon Hizmeti Veren Kurumlar.....	30
2.2.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri Veren Kurumlar	30
2.3.Hastane	30
2.3.1. Hastanelerin Özellikleri	32
2.3.2. Hastanelerin Sınıflandırması	34
2.3.3. Hastanelerde Verilen Hizmetler Ve Özellikleri	37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

3.SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI.....	41
3.1.Sağlık Hizmetleri Pazarlaması	41
3.2. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Tarihçesi	43
3.3. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Önemi	45
3.4.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Özellikleri.....	47
3.5.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Getirilen Eleştiriler	51
3.6.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasını Destekleyen Görüşler	54
3.7. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Pazar Bölümlendirme	55
3.7.1.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Pazar Bölümlendirmenin Tanımı.....	55
3.7.2. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Etkin Pazar Bölümlendirme Koşulları	57
3.7.3. Pazar Bölümlendirme Çeşitleri	57
3.7.4.Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Stratejileri	59
3.8. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması	67
3.8.1.Diğer Pazarlama Karması Elemanları	69

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KONUMLANDIRMA

4.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KONUMLANDIRMA	74
4.1. Konumlama Kavramının Tanımlanması	74
4.2. Konumlamanın Önemi Ve Faydası	76
4.3. Konumlama Stratejileri Geliştirme Süreci	79
4.4. Konumlama Stratejileri	80
4.5. Konumlamada Kaçınılması Gereken Hatalar.....	83
4.6. Yeniden Konumlama Kavramının Tanımlanması	85
4.6.1. Yeniden Konumlama Stratejileri.....	86
4.7.Sağlık Hizmetlerinde Marka Konumlandırma	88
4.7.1.Sağlık Hizmetlerinde Marka Konumlandırma Stratejileri	89
4.7.2. Sağlık Hizmetlerinde Marka Konumlandırma Stratejilerinin Belirlenmesi	91
4.7.3.Sağlık Hizmetlerinde Marka Konumlandırmada Pozisyon Stratejileri.....	92
4.7.4.Sağlık Hizmetlerinde Marka Stratejileri	95

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KONUMLANDIRMASI ÜZERİNE BİR ALAN ÇALIŞMASI

5. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KONUMLANDIRMASI ÜZERİNE BİR ALAN ÇALIŞMASI	98
5.1.Araştırmanın Amacı Ve Önemi	98
5.2. Araştırmanın Yöntemi.....	99
5.2.1 Araştırmanın Probleminin Belirlenmesi	99
5.2.2. Araştırmanın Hipotezi.....	99
5.2.3. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları	99
5.2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	100
5.2.5. Veri Toplama Yöntemi	100
5.2.6. Veri Analizi.....	101

5.3. Araştırmanın Bulguları.....	102
5.3.1. Demografik Bulguları	102
5.4. Hipotezlerin Değerlendirilmesi Ve Yorumu	132
5.5.Tartışma Ve Sonuç	139
 KAYNAKÇA.....	 144
EK-1:ANKET	154
ÖZET	158
SUMMARY	159

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Bir sağlık kuruluşunun pazar potansiyelinin değerlendirilmesi	60
Tablo 3.2: Pazar bölümlendirme, hedefleme ve konumlandırmada aşamalar	61
Tablo 3.3: Pazarlamacıların sekiz ana pazarlama görevi	63
Tablo 3.4: Hastanelerin Pazarlamayı Benimsemesinde 4 Aşama	66
Tablo 4.1: Porter'in geliştirdiği stratejiler.....	94
Tablo 5.1: Cinsiyete göre frekans dağılımı ve yüzde tablosu	102
Tablo 5.2: Yaşa göre frekans dağılımı ve yüzde tablosu	102
Tablo 5.3: Medeni duruma göre frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	103
Tablo 5.4: Öğrenim durumuna göre frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	103
Tablo 5.5: Aylık Gelir durumuna göre frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	104
Tablo 5.6: Bireylerin sağlık güvencelerine göre frekans dağılımı ve yüzde tablosu	104
Tablo 5.7: Hastaların ilgili sağlık kuruluşundan kaçınıcı kez hizmet aldıkları ile ilgili frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	105
Tablo 5.8: Hastaların ilgili sağlık kuruluşundan ne kadar zamandan beri hizmet satın aldıkları ile ilgili frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	105
Tablo 5.9: Hizmet satın alan deneklerin, İlgili sağlık kuruluşunu tercih etmelerinde, gazete haberlerinden etkilenmiş olanların frekans dağılımı ve yüzde tablosu	106
Tablo 5.10: Hizmet satın alan deneklerin, İlgili sağlık kuruluşunu tercih etmelerinde, sağlık dergilerinden etkilenmiş olanların frekans dağılımı ve yüzde tablosu	106
Tablo 5.11: Hizmet satın alan deneklerin, İlgili sağlık kuruluşunu tercih etmelerinde, internet faktöründen etkilenmiş olanların frekans dağılımı ve yüzde tablosu	107
Tablo 5.12: Hizmet satın alan deneklerin, İlgili sağlık kuruluşunu tercih etmelerinde, televizyon ve radyo haberlerinden etkilenmiş olanların frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	107

Tablo 5.13: Hizmet satın alan deneklerin, İlgili sağlık kuruluşunu tercih etmelerinde, arkadaş, akraba veya tanıdık tavsiyelerinden etkilenmiş olanların frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	108
Tablo 5.14: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “personelin samimiyet ve ilgisi” nin etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	108
Tablo 5.15: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “bilgi alma kolaylığı”nın etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	109
Tablo 5.16: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “işlem yapma hızının” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	109
Tablo 5.17: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “sunulan hizmetlerin kalitesinin” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	110
Tablo 5.18: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “hasta kabulün gösterdiği ilgi” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	110
Tablo 5.19: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “fiziksel imkanların yeterliliğinin” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	111
Tablo 5.20: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “ileri teknolojiye sahip cihazların varlığının” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	112
Tablo 5.21: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “kurumun güvenilir bir imajı olması” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	112
Tablo 5.22: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “doktora gerektiğinde ulaşma kolaylığının” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	113

Tablo 5.23: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “hastaların evine veya iş yerlerine yakın olmasının” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	113
Tablo 5.24: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “sağlık kuruluşunun yapmış olduğu tanıtımların” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	114
Tablo 5.25: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “hastane doktorlarının sağlık programlarına çıkmasının” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	115
Tablo 5.26: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “eş-dost tavsiyesinin” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	115
Tablo 5.27: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “doktorun tavsiyesinin” etkili olduğunu düşünenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	116
Tablo 5.28: İlgili hastanede hizmet satın alan deneklerin, o hastaneyi tercih etmelerinde “kolay randevu almanın” etkili olduğunu düşünenlerin dağılımı ve yüzde frekans tablosu	116
Tablo 5.29: Hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “hizmet sunumunda sürekli hataların olmasını” işaret edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	117
Tablo 5.30: Hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “personelin kötü muamelesi” olduğunu işaret edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	117
Tablo 5.31: Hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “randevu alma süresinin uzunluğu” olduğunu işaret edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	118
Tablo 5.32: Hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “diğer sağlık kuruluşlarının imkanlarının daha iyi olması” olduğunu işaret edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	118

Tablo 5.33: Hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “otopark, bekleme salonu, çocuk oyun alanı gibi hizmetlerin yetersiz olması” olduğunu işaret edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	119
Tablo 5.34: Hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “yön bulmayı sağlayan tabelaların düzgün yerleştirilememesi” olduğunu işaret edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	119
Tablo 5.35: Hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “devamlı hizmet aldığı doktorun hastaneden ayrılmış olması” olduğunu işaret edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	120
Tablo 36: Hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “hizmet sunumunda bekleme sürelerinin uzun olması” olduğunu işaret edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	120
Tablo 5.37: Bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “hizmet kalitesinin yüksek olması” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	121
Tablo 5.38: Bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “sağlık kuruluşu tarafından özel günlerde tebrik kartı gönderilmesi ” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	121
Tablo 5.39: Bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “Sağlık kurumunun imajının ve güvenilirliğinin diğer kurumlara göre yüksek olması ” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu .	122
Tablo 5.40: Bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “Hastaların tanınmış ve ün yapmış sağlık kuruluşlarını tercih ediyor ” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	122
Tablo 5.41: Bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “hastane doktorlarının tanınmış olması ” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	123
Tablo 5.42: Bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “hastanenin fiziki mekanının çok büyük bir alana kurulmuş olması ” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	123
Tablo 5.43: Bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “hastaların kendilerini ayrıcalıklı hissettikleri belirli bir gurubun içinde yer aldıkları	

hastaneleri tercih ediyor ” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	124
Tablo 5.44: Bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “hastane çalışanlarıyla iyi ilişkiler içinde olunması” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	125
Tablo 5.45: Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak ”hastanenin marka olmasının önemli olduğunu” ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	125
Tablo 5.46: Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak ”hastanenin iç dekorasyonunun, genel fiziki görünümünün ve odaların konforunun önemli olduğunu” ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	126
Tablo 5.47: Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak ”hastanenin temiz ve hijyenik olmasının önemli olduğunu” ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	127
Tablo 5.48: Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak ”personelin hastaya karşı davranışlarının nazik ve kibar olmasının önemli” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu..	127
Tablo 5.49: Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak ”hastanenin ulaşımının kolay olması, park yeri sıkıntısının olmamasının önemli” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	128
Tablo 5.50: Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak ”hastanenin hizmet kalite belgelerinin olmasının önemli” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	128
Tablo 5.51: Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak ”uzman kadronun eğitim, bilgi ve tecrübelerinin önemli” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	129
Tablo 5.52: Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak ”hastanenin reklamının ve tanıtımının çok iyi olmasının önemli” olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	129

Tablo 5.53: Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak "hastanede kullanılan aletlerin en son teknolojik donanıma sahip olmasının önemli" olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu	130
Tablo 5.54: Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak "hasta hakları ve etik kurallara hastanenin dikkat ediyor olmasının önemli" olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu..	130
Tablo 5.55: Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak "engelli lavabolarının, bebek bakım odalarının, ibadethane gibi özel durumlara uygun odaların olmasının önemli" olduğunu ifade edenlerin frekans dağılımı ve yüzde tablosu.....	131
Tablo 5.56: Hipotez değerlendirme tablosu.....	138

GİRİŞ

Dünyada sağlık hizmetlerinde pazarlama faaliyetleri 1970’li yıllarda önem kazanmaya başlamıştır. Özellikle 80 ve 90’lı yıllarda birçok özel hastanenin özel pazarlama planları oluşturulmaya başlanmıştır. Ülkemizde ise bu durum 80’li yıllarda özel hastanelerin açılmasıyla ortaya çıkmıştır. Ülkemizde Pazarlama faaliyetlerinin sağlık hizmetlerinde kullanılmaya başlamasıyla özel hastanecilik kavramı gelişmeye başlamış ve sağlık hizmeti tüketicilerinin de bilinç düzeylerinin artmasına paralel olarak kamu hastanelerinin de pazarlama faaliyetlerini kullanması kaçınılmaz olmuştur.

Pazar bölümlenip hedef Pazar seçildikten sonra ürün veya markanın pazarda konumlanması söz konusu olmaktadır. İlk kez Trout tarafından 1972 yılında ortaya atılan konumlandırma kavramı pazarlama stratejilerinin temelini oluşturmaktadır. Konumlama ürün ya da hizmetin rakiplerine üstünlük sağlayacak şekilde farklı bir yönüyle tüketicilerin zihninde yer alması şeklinde tanımlanabilir.

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde olan yenilikler, artan rekabet, tüketicilerin bilinçlenmesi gibi durumlar piyasada bir adım öne geçmeyi, tercih edilen olmayı zorunlu kılmaktadır. Rakiplerden farklı olmak ve bu olguyu tüketicinin zihnine yerleştirebilmek tercih edilebilir olmayı ve marka olmayı beraberinde getirmektedir.

Günümüz çağdaş pazarlama anlayışı tüketici odaklı olmayı gerektirmektedir, özellikle de hizmet sektöründe bu gereklilik daha da önemli hale gelmektedir. Hizmeti satın alana kadar tüketicinin o hizmet hakkında karar verebilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle işletmeler sundukları hizmetleri somut delillerle tüketiciye sunmalı ve tüketicinin zihninde bir konum kazanmalıdır.

Hem hizmeti alan tüketicilerin giderek artan taleplerinin karşılanması, hem de sağlık hizmeti veren işletmelerin eldeki kaynakları en etkin ve verimli bir şekilde kullanarak hedeflenen karlılığa ulaşmaları için artık hizmet vereceği pazarı iyi seçmesi ve bu pazarı iyi anlaması gerekir.

Tüketicie hitap edilen pazarı tanımlamak, onların benzer özelliklerine göre bölümlendirmek, bu bölümlerden işletmenin beşeri ve fiziki kaynaklarına en uygun olanı seçmek gerekir. Seçilen bu bölümlere tüketici grubunu tatmin edici hizmet ve ürün üreterek tüketicinin zihninde bir konum kazanmak, hem işletmenin karlılığı hem de devamlılığı için önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmeti veren işletmelerde artık rekabetin yoğun olduğu bu pazarda farklı, etkin bir konumlandırma kazanmaları başarı için önemli bir unsurdur.

Bu araştırma Ankara ilinde bir kamu hastanesinde o hastaneyi tercih eden, sağlık hizmeti tüketicilerinin, sağlık işletmelerinin konumlandırmasında etkilendikleri faktörleri belirlemek ve bu işletmelerin mevcut konum algılarını tespit etmek üzere yapılmıştır.

Araştırmanın birinci ve ikinci bölümünde sağlık hizmetleri ve sağlık işletmeleri tanıtılmaya çalışılmış, uygulama kısmı hastanede yapılacağı için hastane işletmeciliğine daha çok yer vermeye çalışılmıştır.

Üçüncü bölümde ise sağlık hizmetlerinde pazarlamanın önemine vurgu yapılmaya çalışılmış, pazarlama tekniklerini kullanan sağlık işletmelerinin, kıt kaynaklarını etkin ve verimli kullanarak, uzun ömürlü işletmeler olabileceğine vurgu yapılmak istenmiştir.

Dördüncü bölümde ise bütün sektörlerde olduğu kadar sağlık sektöründe de konumlandırma stratejilerinin gerekliliği savunulmuş, sağlık hizmetleri pazarlamasında konumlandırma stratejilerinin uygulanabilirliği açıklanmaya çalışılmıştır.

Beşinci bölüm, uygulama kısmında ise sağlık işletmelerini seçen sağlık hizmeti tüketicilerinin tercih etme nedenleri, bir sağlık işletmesinin markalaşma süreci incelenmeye çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ

1. SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kavramı

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

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

Her toplum ve ülkenin sağlık sorunlarının, önceliklerinin, olanaklarının ve kaynaklarının farklı olması dolayısıyla sağlık hizmetlerinin arzı, finansmanı, örgütlenme ve denetimi konusunda birbirinden farklı uygulamalarla karşılaşmaktadır.

Bu uygulamalar üzerinde yaptırım gücü olmamakla birlikte etkinliği fazla olan uluslararası kuruluş Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'dür. Birleşmiş Milletler Teşkilatının bir kuruluşu olan WHO'ya Türkiye üyedir. WHO, her ülkeyi ilgilendiren sağlık konularında çalışmalar yapmakta ve neler yapılması gerektiğini zaman zaman duyurmaktadır (Hayran ve Sur, 1998: 21, 22).

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

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

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Özellikleri

Öztürk (2000a: 142) sağlık hizmetleri kavramını; “sağlık hizmetleri, bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dâhilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı veya hepsini gerçekleştirmek gayesiyle, konularında uluslararası standartlara uygun yüksek öğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını,

ulaşılan bilimsel bilgi birikimlerini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak suretiyle harekete geçiren ve sağlık konusunda başta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını kullanan kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer kuruluşlara ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır” şeklinde tanımlamıştır.

Temel sağlık hizmeti, sağlık sisteminin temeli ve toplumun sosyal ve ekonomik gelişmesine katkıda bulunan en önemli parçadır. Temel sağlık hizmeti, her bireyin rahatça ulaşabileceği yerlerde sunulan, sürekli sağlık hizmeti sürecinin ilk basamağı, toplumundaki her ferdin sağlık sorununda başvurabileceği ilk basamaktır. (Kızılcılık, 1996: 124).

Teknolojinin gelişmesine paralel olarak gelişmiş ülkelerde sağlık alanında da ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir. Özellikle halkla ilişkiler, hizmet sunumu, otelcilik gibi hizmetler ön plana çıkarılmıştır. Hatta globalleşen dünya da özellikle son yıllarda ulusal sağlık politikalarının yanında, uluslararası ilişkileri daha da geliştirerek dünya sağlık politikaları ve dünya sağlık hizmetleri yönetimi gündeme gelmiştir (Toker, 1999: 12).

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur. Gruplandırmanın en sağında yer alan kesim sağlık ürünleri ve hizmetlerini talep eden ve sayıları oldukça farklı olan “sağlık hizmetleri tüketicileri”dir. Sağlık hizmetleri tüketicilerine (hasta ya da potansiyel hastalar) en yakın diğer grup “sağlık hizmetlerini üstlenenler”dir. Bunlar; serbest çalışan doktorlar, hastaneler, klinik ve sağlık koruma kuruluşları, laboratuvarlar, bakım evleri ve eczanelerden oluşmaktadır. Bu iki gruba sağlık ürünlerini sunan grup “sağlık hizmetleri ve ürünlerini sağlayanlar”dır. İlaç firmaları, tıbbi malzeme, cihaz ve donanım (tefrişat) sağlayan kuruluşlardan oluşan bu grubun en önemli özelliği kar amaçlı çalışmaları ve ileri düzeyde pazarlama tekniklerini kullanmalarıdır. Son grup “sağlık sektörü

oluşturucuları”dır ve sağlık kurumları, sigorta şirketleri, merkezi ve yerel sağlık birimlerinden oluşur (Odabaşı, 1994: 26).

Sağlık hizmeti denilince üreticilerin (sağlık personelinin) ürettikleri hizmetler, bu üretimde bilgi, beceri ve yeteneklerine bağlı olarak değişen hizmet kalitesi, hizmeti üretirken kullanılan cihazların teknolojik düzeyleri gibi konular akla gelmektedir. Buna karşılık tüketicilerin bu hizmetler karşısında bakış açıları çok farklıdır. Sağlık hizmetleri konusunda tüketiciler aldıkları tıbbi bakımın kalitesi yanında, tıp personelinin kendilerine karşı tutumları, hizmete ulaşabilme hızları ve hizmet aldıkları sağlık işletmesinin fiziki şartları önemli faktörlerdir (Harcar,1991: 38).

Sağlık hizmetleri sektörünün işleyişi normal piyasalardan oldukça farklı tavırlar sergilemektedir. Sağlık hizmetlerinin çıktısı üreten üreticinin bilgi, beceri ve yeteneğine göre farklılıklar gösterdiğinden, bazen de sağlık hizmetleri veren özel ve kamu kurumlarının uyguladığı politikaların farklılıklar göstermesinin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

Sağlık piyasalarını diğer piyasalardan ayıran başlıca özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kurtulmuş, 1998: 44–60) :

1.Sağlık piyasalarında eksik rekabet şartları hakimdir.

- Arz ve talep arasında denge yoktur.
- Sağlık piyasalarında arz miktarı sınırlıdır ve sağlık hizmetlerini arzedenler kendi aralarında monopoller oluşturabilirler.
- Sağlık piyasasında talep önceden belirlenemez. (Hastalık riski önceden hesap edilemez).
- Sağlık piyasasına girişte bazı kısıtlamalar vardır.
- Alıcılar piyasa hakkında tam bilgi sahibi değillerdir.
- Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanamaz.

2. Sağlık piyasalarında dışsal faktörler mevcuttur.
3. Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez.
4. Fiyatlarla gerçek maliyetler arasındaki korelasyon zayıftır.
5. Sağlık piyasalarında kar amacı gütmeyen kurumların da bulunduğu karma bir yapı mevcuttur.

Sağlık kurumları hizmet üretmektedirler; dolayısıyla mal üreten sektörden farklı birtakım özelliklere sahiptirler (Yerebakan, 2000: 46, 48) :

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur:** Sağlık hizmetlerinin çıktısı insandır. Ve her insana ve hizmeti sunan her üreticiye göre değişmektedir. Mal üretim sektöründe olduğu gibi çıktının sonucunu üretim aşamasında görmek mümkün değildir. Örneğin; ürettiğiniz bilgisayardaki hataları üretim aşamasında görmeniz mümkünken, kanserli bir hastaya uyguladığınız kemoterapinin sonuçlarını hemen değerlendirmek mümkün değildir.

- **Çok sayıda meslek grubu birlikte hizmet verir:** Sağlık işletmeleri çok sayıdaki farklı uzman (doktor, eczacı, fizyoterapist v.s.) grubun bir arada çalıştığı bir topluluktur. Aynı zamanda teknik grup (su tesisatı tamir, elektrik tesisatı v.s.), bilgi işlem, yemekhane, çamaşırhane, eğitim, danışmanlık gibi birçok farklı meslek grubu bir arada çalışır.

- **Yapılan işler karmaşık ve değişkendir:** Sağlık kurumları, temel fonksiyonları olan tanı ve tedavi hizmetlerinin yanında, eğitim ve araştırma

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

- **Yapılan faaliyetlerin çoğu acil ve ertelenemeyecek özelliktedir:** Sağlık işletmelerinde 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet verilmektedir. Sağlığı bozulan kişiler istedikleri zaman sağlık hizmeti alabilir. Başvuruların geri çevrilmesi bilimsel, hukuksal ve etik açıdan mümkün değildir. Hastaların hizmetten yararlanmasının ertelenmesi de söz konusu değildir. Örneğin kalp krizi geçiren bir hastanın tedavisinin ertelenmesi, ölüm tehlikesini beraberinde getireceğinden mümkün değildir (Kavuncubaşı, 2000: 55).

- **Yüksek düzeyde uzmanlaşma vardır:** Yeni hastalıkların ortaya çıkması, mevcut hastalıkların tedavilerinde değişiklik, ilerleyen teknolojiyle birlikte yeni tedavi yöntemlerinin bulunması veya daha kolay ve hızlı hale gelmesi uzmanlaşma düzeyini artırmaktadır.

Eskiden sadece alan branşlaşması yaşanırken artık hastalıklar üzerine branşlaşmaktadır. Örneğin eskiden sadece dahiliye varken şuan endokrin eşlik etmektedir.

- **Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir:** Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir; işlevsel bağımlılık, bir bireyin veya birimin iş yapabilmesi için bir diğer birey ya da birimin hizmetlerine ihtiyaç duymasıdır. Bir sağlık kurumuna başvuran hastaya çok sayıda kişi ve birim hizmet verir. Hekimler tanı ve tedavi hizmetleri, hemşireler tedavi

hizmetleri, eczacılar ilaç hizmetleri sunarlar. Sağlık kurumlarında bir birey ya da bireyin çeşitli nedenlerle işlerinin aksaması, sağlık kurumunu tümüyle olumsuz şekilde etkileyecektir. İşlevsel bağımlılığın çok olduğu sağlık kurumlarında yönetimin temel görevlerinden biri eşgüdümleme sağlamaktır. Yöneticiler eşgüdümleme fonksiyonu aracılığıyla, farklı birey ve birimlerin faaliyetlerini uyumlaştırarak ve ortak hedefe yönlendirirler (Kavuncubaşı, 2000: 52–53). Birçok farklı meslek grubunun bir arada hizmet verdiği hastanelerde, bir noktadaki aksama kurumun/hizmetin tümünü olumsuz etkiler. Farklı birimlerin koordinasyon içinde çalışması çok önemlidir (Yerebakan, 2000: 49).

- **Çatışmaya yol açan ikili otorite yapısı vardır:** Hastanelerde görev yapan insan kaynaklarının büyük ölçüde profesyonel kimselerden oluşması, bu kimselerin alanlarındaki bilgi ve deneyimlerinden kaynaklanan otoriteye sahip olmalarını da beraberinde getirir (Kavuncubaşı, 2000: 54). Mesleki bilgi ve deneyimleri profesyonellere yönetime karşı otorite kazandırmaktadır (Yerebakan, 2000: 49).

- **İnsan kaynakları ağırlıklı olarak, kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflerine öncelik veren profesyonellerden oluşur:** Bu özellik sağlık işletmelerinin birçok meslek grubunu bir arada barındırması özelliğiyle örtüşmektedir. Hastanede çalışan doktor, hemşire, eczacı, fizyoterapist, mühendis gibi birçok grup üniversite mezunudur. Her meslek mensubu kurumun hedeflerini değil de kendi mesleğinin hedeflerini ilerletme amacındadır. Bu durum hastane yöneticisi ile çatışmalara neden olmaktadır. (Kavuncubaşı, 2000: 53–54).

- **Hizmetin ve dolayısıyla gelirin belirleyici bölümünü oluşturan hekimlik fonksiyonları, tümüyle denetlenebilir özellikte değildir:** Sağlık işletmelerinde hizmet miktarının çoğunluğunu doktorlar belirlemektedir. Örneğin doktor tedavi yazmadan hemşire uygulayamaz ya da doktor istemeden hasta fizik tedavi göremez. Yapılan araştırmalarda sağlık harcamalarının çoğunu doktorların verdiği kararlar etkilemekte olduğu ortaya çıkmıştır. Örneğin hastalara takılacak diz protezinin yöneticinin kaynakları etkili ve verimli kullanmak ilkesiyle en ucuzunu ve en kullanışlı olanını alması beklenirken, ameliyata girecek olan doktorun belirlediği özellikler doğrultusunda protez alımı gerçekleşir.

• **Yapılan işlemlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır:**

Çıktısı insan olan bir hizmet üretiyorsanız hizmetin her aşamasında çok dikkatli olmak zorundasınız. Deneme şansı yoktur; her işlem “ilk seferde ve her zaman doğru” yapılmalıdır (Yerebakan, 2000: 50). Başka bir hizmet üretim sektöründe yönetsel kararların yanlışlığı en fazla üretim kaybına ya da parasal zarara neden olur. Sağlık yönetiminde ise yanlış kararlar, insan hayatının kalitesinde düşme hatta insan hayatına mal olma ve toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır (Toker, 1999: 14).

• **Sağlık hizmetlerinin birincil amacı kar etmek değildir:** Diğer hizmet işletmelerinden farklı olarak birincil amacının kar elde etmek olmadığını söyleyebiliriz. Özellikle bizim ülkemiz hatta dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmeti sosyal devlet anlayışı içerisinde ücretsiz verilmektedir. Bu durum bu işletmelerin çoğunu kar etmek amacından uzaklaştırmaktadır.

Ancak birincil amacı kar etmek olan sağlık kuruluşları sayılarının azlığına rağmen gerek ülkemizde gerekse dünyanın diğer ülkelerinde mevcuttur (Toker, 1999: 14).

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

• **Sağlık sektörü diğer sektörlerle oranla çok hızlı değişip gelişen bir sektördür:** İnsanların hastalıklar karşısındaki çaresizlikleri insanları daha çok bu alanda düşünmeye sevk etmiş ve bu durum diğer sektörlerle oranla daha hızlı ilerlemesine sebep olmuştur.

• **Sağlık hizmetleri endüstrisinde tüketicilerin, pazarda sunulan hizmetleri satın almak konusunda seçenekleri kısıtlıdır:** bir üretim işletmesi malını üretir piyasaya sunar. Tüketici o ürünü ya da alternatifi olan ürünlerden

herhangi birini tercih edebilir. Sağlık hizmetlerinde ise hizmeti satın almaya tüketici karar veremez. Ancak talep edebilir. Üretici (doktor) bu talebe çeşitli işlemler uyguladıktan sonra (muayene, tetkik, tahlil) karar verir (Toker, 1999: 15).

- **Tüketicinin bilgi yetersizliği ve uzmanın gücü:** Sağlık hizmetleri tüketicilerin anlayamayacağı kadar karmaşık hizmetlerdir. Pazarın etkin bir şekilde çalışabilmesi için tüketicilerin pazar hakkında etkin bilgiye sahip olmaları gerekir. Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin talep edecekleri hizmetler konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları önemli bir özelliktir. Bu özellikli teknolojinin de içine girmesiyle daha karmaşık bir hal almıştır. Hizmet talebinde yeterli bilgiye sahip olmamaktan daha da önemlisi hizmetten ne kadar fayda sağlanacağını da bilinmemesidir. Doktor hasta ile ilgili nasıl bir tedavi planı çizerse hasta onu uygular. Yanlış uygulanan tedavi tüketicinin sağlığında geri dönüşü olmayan durumlara yol açabilir. Oysaki aldığımız her hangi bir ürünü beğenmezsek değiştirebiliriz (Odabaşı, 1994: 28).

- **Tüketicilerin akılcı olmayan davranışları:** Tüketicilerin kendileri için en iyi olanı seçecekleri ve seçimlerinde akılcı davranacakları varsayılmıştır. Sağlık hizmetlerinde ise bu durum her zaman böyle olamamaktadır. Tüketiciler üç durumda akılcı davranmayabilirler;

- Akli dengesi yerinde olmayan hastalar kendi iradeleriyle seçim yapamadıklarından ‘‘tüketici üstünlüğü’’ kavramına uymamaktadır.
- Bazı tüketiciler hasta olmalarına rağmen sağlık hizmeti talebinde bulunmamaktadırlar. Bu durum hastalıkların belirlenmesine yönelik hizmetleri harekete geçirmektedir. Örneğin gezici diş muayenesi, göz muayenesi taraması gibi.
- Acil durumdaki birçok hastada talebi belirleyecek durumda değildir.

Bu akılcı olmayan tavırlar, diğer ürün ve hizmetlerin aksine dış faktörlerin etkisinde kalacaktır (Odabaşı, 1994: 28).

- **Tıp mesleğinin kuralları:** Meslek üyelerinin uyması gereken bir takım ahlaki ve sosyal kuralları vardır. Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında tüketicinin hizmet almaya karar sürecinde pasif kalması özelliğinden dolayı tüketici ve üretici arasındaki ilişki güven unsuruna bağlıdır (Odabaşı, 1994: 29).

Toplumun eğitim seviyesinin yükselmesi, internet, televizyon gibi bilgi kaynaklarının artması, sağlık bakanlığının 2005 yılında sağlıkta dönüşüm programıyla getirdiği kalite standartları, sağlıkta rekabetin artması gibi etkenler tüketici memnuniyetini olumlu yönde etkileyen unsurlardır.

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

- **Dış etkenler:** Salgın hastalık durumlarında, hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Salgın hastalıklarda olduğu gibi diğer çevreye zararlı etkiler fiziksel dış etkenler grubuna girer. Eğer salgın hastalık bireysel olarak tedavi edilmezse toplumun riski artmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her ferdi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarından da yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için, kapasite artırma çabalarına devam etmek gerekmektedir. Bazı durumlarda, zorlayıcı seçim ile sağlanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir (Odabaşı, 1994: 29).

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

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Toplumun gelişmişliğini gösteren en önemli unsurlardan biri toplumdaki sağlık düzeyinin yüksek olmasıdır. Sağlık bireylerin mutlu olmaları için gereken en önemli faktördür. Bu nedenle toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek hükümetlerin üstlenmesi gereken önemli bir faktörken, bireylerinde kendi mutlulukları için sağlıklarını korumak istemeleri tüm dünyada sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkıda bulunmuştur (Kurtulmuş, 1998: 13, 14). Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Soysal vd., 1993: 71):

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

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

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sınıflandırılabilir.

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

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

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

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

Devlet koruyucu sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak topluma ulaştırır. Koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlara aile hekimleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, iş yeri revirleri, örnek olarak gösterilebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri iki grupta incelenmektedir (Hayran ve Sur, 1998: 18).

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

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

Sağlığı koruyucu önlemler üç düzeyde ele alınmaktadır:

1.Primer Koruma: İlk basamak koruma düzeyidir. Toplumun tamamını ya da tek tek bireylerin sağlığının geliştirilmesi amacıyla aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve ruhsal yönden tam iyilik halini sağlamak amacıyla gerekli önlemlerin alınmasıdır (Hayran ve Sur,1998: 17).

2.Sekonder Koruma: İkinci basamak koruma düzeyidir. Sağlığın bozulma ihtimali karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişi ve toplum düzeyinde alınmasıdır (Hayran ve Sur; 1998: 17). Örnek olarak Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri(KETEM)'dir.

3.Tersiyer Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın bu duruma uyumunun sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması için önlemlerin alınmasıdır. Rehabilitate edici hizmetlerin alanına da girdiği söylenebilir (Hayran ve Sur, 1998: 17).

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

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

Koruyucu sağlık hizmetlerinde kişiler hasta olmadan önlem almak birincil amaçken, tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise hizmetler tamamen kişinin hasta olduktan sonraki tedavi sürecini kapsar. Hastalar yatarak tedavi edilebildiği gibi ayaktan gününbirlik tedavilerde bu hizmetlerin içinde yer alır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği de serbest piyasa şartlarının hakim olmasıdır. Bu özelliği dolayısıyla da sadece kamu kuruluşları tarafından değil özel sektör tarafından da sunulmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 90, 91). Özellikle son yıllarda SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından özel sektörle yapılan anlaşmalarla da bu alanda ciddi gelişmeler yaşanmıştır.

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

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

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

1.4.2.1.Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir (Hayran ve Sur, 1998: 18).

Türkiye sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Sosyalizasyon sistemi kırsal kesimlerde daha etkin olmak üzere bütün ülkeyi kapsamaktadır. Sağlık hizmet sunumu, sağlık evinde çalışan bir ebeden başlayarak doktorun çalıştığı sağlık ocakları (1. basamak sağlık hizmetleri) ve yataklı tedavi hizmetleri (2. basamak sağlık hizmetleri) şeklinde örgütlenmiştir. Özel kuruluşlar olarak doktor muayenehaneleri, doktor grupları ve özel hastaneler, sağlık hizmeti vermektedirler.

Devlet memurları, işçiler, serbest çalışanlar, emekliler, Savunma Bakanlığı görevlileri ve silahaltında olanlar, sağlık güvence şemsiyesi altında bulunurken çoğunluğu tarım sektöründe çalışanlar ve yakınları sağlık güvencesinden mahrumdular. Ta ki AKP hükümetinin 2005 yılında yaptığı sağlık reformuna kadar. Sağlık da dönüşüm programı olarak adlandırılan bu reformun amaçlarından bir tanesi de ülkedeki tüm vatandaşlara tek çatı altında sağlık güvencesini sağlamaktır.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti veren poliklinik, dispanser, sağlık evi ve ocakları halktan beklenen ilgiyi görmemektedirler. Her türlü sağlık ihtiyaçları için hastaneleri tercih etmekteydiler. Sağlık da dönüşüm programıyla aile hekimleri kurulmuş ve sağlık ocakları daha aktif hale getirilmiştir, böylece hastanelerin yükü biraz da olsa hafiflemiştir (Çoruh, 1995: 24).

1.4.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde teşhisi konulamayan ya da tedavisi yapılamayan hastaların yatırılarak tedavi edilmesi için düzenlenmiş hizmetlerdir. Ülkemizde tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler, örnek olarak verilebilir.

1.4.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmetlerinde teşhisi konulamayan yada tedavisinin daha komplike olduğu hastalıklar için kurulmuş, en ileri tetkik ve tedavilerin yapıldığı kurumlardır. Örnek olarak eğitim araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri verilebilir.

1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük yaşamı etkilemesini önlemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak için düzenlenen sağlık hizmetleridir (Hayran ve Sur, 1998: 19).

Rehabilitatif hizmetlerde temel amaç fertleri hem ihtiyaç içine düşmekten korumak hem de sakat kişilerin işte, okulda, evde, toplum içinde uyum içinde yaşamalarını sağlamaktır (Kurtulmuş, 1998: 92). Bu hizmetler iki şekilde verilmektedir:

- Tıbbi rehabilitasyon
- Sosyal rehabilitasyon

1.Tıbbi Rehabilitasyon

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

2.Sosyal Rehabilitasyon

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

1.4.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini hedef alır. Günümüzde birçok hastalığın kaynağında kişilerin yaşam tarzları, alışkanlıkları vardır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri geniş kapsamlıdır ve sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi, dar kapsamlıdır, birey ve grupları hedef alarak; halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinç düzeyinin yükseltilmesine yöneliktir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise, bireylerin ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeyi, çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedefler. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda olmayıp, ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarının da görevleri vardır (Kavuncubaşı, 2000: 46). Sağlık hizmetlerinin gelişimini ve gelecekteki durumunu

öngörebilmek için “koruyucu sağlık hizmetleri” kavramı ile “tedavi edici sağlık hizmetleri” kavramı arasındaki farkın iyi vurgulanması gerekir.

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

Temel sağlık hizmetleri kentsel ve kırsal kesimlere eşit şekilde sunulamamaktadır. Kırsal kesimlerde temel sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz yönde etkileyen mesafe, sağlık kuruluşlarının ve sağlık insan gücünün yetersizliği gibi birtakım faktörlerin yanı sıra devlet tarafından kırsal kesimlere sunulan temel sağlık hizmetlerinin çeşitliliğinin kentsel kesimlere göre az olması da önemli bir etmendir.

Toplumumuzun kırsal kesimlerine sunulan temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri iken kentsel kesimlere yönelik temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin dışında tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir (Kızılçelik, 1996: 131).

1.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunulması

Ülkemizde sağlık hizmetleri kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, bazı sivil toplum kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlar, bazı bakanlıklara ait kurum ve kuruluşlar ve azınlıklara ait bazı sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır.

1.5.1.Kamu Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

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

- Sağlık Bakanlığı'na ait hastane, poliklinik, sağlık ocakları ve sağlık evleri,
- Üniversitelere ait hastane, revir, poliklinikler
- Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastane ve poliklinikler,

Ülkemiz sağlık hizmetlerinin %95'i kamu kurumları (Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, Üniversite Tıp Fakülteleri ve diğer bazı bakanlıklar) tarafından karşılanmaktadır. Hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu üst yöneticiler mesleki uygulamalarının yanında ek bir görev olarak yer alan idari faaliyetleri de yürüten başhekimlerdir. İdari hiyerarşi tepeden tabana dikey bir otorite kullanımı yapısındadır. Yürürlükte olan sağlıkla ilgili kanun ve yönetmeliklerin büyük bir kısmı yarım asır geriye dayanmaktadır. Denetim mekanizmaları değişik kaynaklardan gelen şikayetlerin incelemeye alınması ve teftişlerle yürütülmektedir.

İstatistikî veriler kurum karar organının talebi doğrultusunda bilgiye dönüştürülmeden üst yönetime aktarılmaktadır. Kırsal kesimde yer alan sağlık kuruluşunun kadrolaşma veya donanım yenilikleri merkezi karar organının tercihi göre yapılmaktadır. Personel hizmeti için eğitim programları genelde statik yapısını korumaktadır. Yapılan bilimsel araştırmalar sağlık kurumlarında görevli personelde (iç müşteri) iş tatminsizliğinin yaygın olduğunu göstermektedir. Sağlık harcamalarında maliyet/etkililik çerçevesi detaylı olarak ele alınmamaktadır. Çok defa kaliteli sağlık hizmet sunumu, en son teknolojik teşhis, tetkik, tedavi araçlarına sahip olmakla eşdeğer görülmektedir. Sağlık sisteminin iyileştirilmesi planları sağlığı ilgilendiren reform kanunlarının çıkarılmasına bağlanmıştır (Çoruh, 1997:5).

1.5.2. Özel Kesim Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

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

- Hastaneler
 - a- Genel Amaçlı Hastaneler
 - b- Özel Amaçlı Hastaneler
- Poliklinikler
- Laboratuvarlar
 - a- Biokimya Laboratuvarları
 - b- Patoloji Laboratuvarları
 - c- Nükleer Tıp Laboratuvarları
- Görüntüleme Merkezleri
 - a- 1. Kuşak Görüntüleme Merkezleri
 - b- 2. Kuşak Görüntüleme Merkezleri
 - c- 3. Kuşak Görüntüleme Merkezleri
- Muayenehaneler

1.5.3. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Toplumda bilinç düzeyinin artmasıyla devlet ve özel sektörün dışında da bu hizmeti gönüllülük esasına dayanarak bazı örgütlerde vermeye başlamıştır. Buna en güzel örnek Kızılay'dır.

Vakıfların Sunduğu Sağlık Hizmetleri

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

Derneklerin Sunduğu Sağlık Hizmetleri

Dernekler de sivil toplum kuruluşları olarak sağlık hizmetleri sunabilirler. Buna ülkemizdeki en güzel örnek Kızılay Derneğidir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİ

2.SAĞLIK İŞLETMELERİ

2.1. Sağlık İşletmelerinin Özellikleri Ve Amaçları

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinin de birinci amacı kâr sağlamaktır. Ancak ülkemizde sağlık hizmetleri özelliğinden dolayı ve çoğunlukla devlet tarafından sunulduğundan, bizdeki sağlık işletmelerinin birinci amacı toplumsal sorumluluktur. İnsanların ihtiyaçlarının giderilmesi asli amaçtır. Hatta insanlar tarafından ihtiyaç olarak hissedilmeyen hizmetler bile resmi sağlık işletmeleri tarafından sunulmaktadır. Ayrıca resmi sağlık kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin bir diğer amacı da, sağlık talebi oluşturarak, insanların hasta olmamalarına yönelik olarak sunulan temel sağlık hizmetlerini talep eder hale getirmektir. Dolaylı olarak sağlığa etki eden eğitim seviyesi ile ekonomik düzeyin sağlığa yararı; insanların sağlıklarına sahip çıkma bilincini geliştirmesi, insanlarda sağlığı talep eder hale getirmesidir. Dolayısıyla toplumdaki sağlık standartlarının yükselmesini sağlamaktır (Kıral, 1978: 32).

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de amaçlar genel ve özeldir. Genel amaçlardan ilki kârlılıktır. Kâr, işletme faaliyetleri sonunda gelirle gider arasındaki gelir farkına denir. Kârlılık, müşteri memnuniyeti, verimlilik, büyüme, sorumluluklarını yerine getirme açılarından önemlidir. Kâr edemeyen bir işletmenin piyasa şartlarında rekabet edebilmesi imkânsızdır. Kâr, bu kadar önemli olmasına karşılık, sağlık hizmetlerinde birinci öncelikli bir amaç değildir. Çünkü sağlıklı olmak, her insanın isteyeceği temel bir haktır. İnsan haklarına bağlı her ülkede de sağlık hizmetleri devletin asli görevidir. Ayrıca sağlık ihtiyacı diğer ihtiyaçlardan farklı bir özellik gösterir, insanın ne zaman hasta olacağı, hastalığın

türü, şiddeti ve gidişatı önceden bilinemez. Sağlık, ticari bir hizmet gibi parayla satın alınamaz, üzerine pazarlık yapılamaz, tehir edilemez. Bu nedenlerden dolayı sağlık işletmelerinde kârlılık önemli ancak asla birinci öncelikli olamaz (Fişek, 1993: 124).

Kâr göz ardı edilerek de sağlık işletmesi yönetilemez. Çünkü kâr, bir işletmenin en önemli göstergesidir. Kâr amacı gütmeyen, işletme kurallarıyla yönetilmeyen kamu sağlık işletmelerinin durumu ortadadır. Her geçen gün daha verimsizleşmekte, hantallaşmaktadır.

Kâr hiç düşünülmediğinden hizmeti alanlar hiç önemsenmemektedir. Hizmeti alanlarında seçme hakları olmadığından bu kısır döngü böylece devam etmektedir.

İşletmelerin sosyal sorumluluğu, topluma hizmet etmeleri, insanların ihtiyacını gidermeleridir. Sosyal sorumluluk, sağlık işletmelerinde kârdan önce gelen birincil görevdir. Sağlık işletmelerinin farklı alanlarda hizmet veren diğer işletmeler gibi tam bir işletme olmamasının esas nedeni budur (Fişek, 1993: 124).

Genel amaçlardan bir diğeri ise sürekliliktir. Süreklilik, sonsuza kadar var olmaktır. Bunun için varlığını koruması ve geliştirmesi gerekir. İşletmeler günübirlik düşüncelerle, kısa dönemli amaçlarla kurulamaz. Ülkemizde özel sağlık işletmeleri için özellikle süreklilik amacı çok önemlidir. Piyasada yer edinmesi ve müşteri güveni sürekli olmasına bağlıdır. Kamuya ait resmi sağlık işletmeleri sürekliliği daha fazla sağlarlar. Bu süreklilik müşteri memnuniyeti veya verimlilikten değil, kamunun yaptırım gücünden kaynaklanır. Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin büyük bir çoğunluğu devlet tarafından sunulduğundan bilinen işletme kuralları fazla geçerli değildir. Kararlar, devlet yönetimi tarafından alınır, gelirlerinin tamamına yakını da genel bütçeden karşılanır. Bu nedenle süreklilikleri daha yüksektir.

Sağlık işletmelerinin özel amaçları, sunduğu hizmetin özelliğine göre farklılık gösterir. Örneğin, AÇSAP merkezinin özel amacı; etkili aile planlaması yöntemi kullananların sayısını % 100'e yaklaştırmak olabilir. Deri ve zührevi hastalıklar dispanserlerinin özel amacı ise toplumu özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklardan haberdar ederek, bu hastalıklardan korunma yollarının herkes tarafından bilinmesini sağlamaktır.

2.2. Ülkemizde Sağlık Hizmeti Sunan İşletmeler

2.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmeti Sunan İşletmeler

Birinci bölüm de koruyucu sağlık hizmetlerinden bahsetmiştim, bu bölümde ise koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlardan bahsedeceğim.

Türkiye’de koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlar, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri dışındakiler Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak çalışırlar.

Sağlık Evi

Yol ve ulaşım şartları göz önüne alınarak 2–3 bin nüfusa bir sağlık evi olacak şekilde kırsal kesimlerde kurulmuştur. Sağlık evlerinde bir ebe ya da bir ebe-hemşire görev alır. Burada gebe ve loğusa takibi, doğum, aşılama, çocukların takibi ve izlenmesi gibi hizmetler verilir.

Sağlık Ocağı

Sağlık evinin bir üst basamağıdır. Kırsal alanda 5–10 kişiye bir sağlık ocağı iken kentlerde 15–35 bin kişiye bir sağlık ocağı olacak şekilde planlama yapılmıştır. Sağlık ocaklarına da doktor, hemşire, sağlık memuru, ebe olabileceği gibi hizmet verdiği nüfusun büyüklüğüne göre diğer yardımcı sağlık personeli de (çevre sağlık teknisyeni, laboratuvar teknisyeni gibi) bulunabilir. Sağlık ocaklarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesinin yanı sıra, gebe takibi, loğusa ve çocuk takibi, kişiye ya da topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri verilir.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇS/AP)

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Yönetmeliğ’in’de (06.02.1997 tarihli 22900 sayılı) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri “ sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç bakımından toplumun en öncelikli kesimini oluşturan kadın, anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetleri bütünü içerisinde ailelere aile planlaması hizmetlerini ve diğer sağlık kuruluşlarıyla

iş birliği içinde diğer ana çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumunu koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirmek üzere kurulan sağlık kurumlarıdır’’ şeklinde tanımlanmaktadır.

Birinci basamak hizmetlerin verildiği kurumların eksik olduğu yerlere öncelik verilerek, il merkezlerinde her 100.000 nüfusa bir olmak üzere, nüfusu 30.000 olan ilçe merkezlerine bir adet olmak üzere kurulabilir.

Bu merkezlerde verilen hizmetler ücretsizdir. Ancak sağlık bakanlığının belirlediği özellik arz eden hizmetlerden yine bakanlığın belirlediği kurallar doğrultusunda gerektiğinde ücret alınabilir.

Dispanserler

Dispanserlerde hangi dal üzerine açılmışsa o konunun uzmanı doktor ve ilgili diğer sağlık personelleri görev yapar. Örneğin Verem Savaş Dispanseri.

Sağlık Merkezi

Sağlık merkezi kısa zamanda tedavilerinin yapılabileceği durumlara müdahale edilen, hükümet doktorluğu veya acil tedavi hizmetlerini içinde bulunduran kurumlardır.

2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Sunan İşletmeler

Birinci bölüm de tedavi edici sağlık hizmetlerine değinmiştim bu bölümde ise bu hizmeti veren kurumlardan bahsetmeye çalışacağım.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde sağlığı bozulmuş kişilerin sağlığını düzeltmeye yönelik hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; ayaktan veya yatarak olmak üzere İki grupta incelenebilir.

Özel Muayenehane

Hekimler veya diş tabipleri tarafından kurulan, tanı ve tedavi merkezleridir. Hekim ya da diş tabibi tek başına açabileceği gibi, birden fazla hekim ya da diş tabibi bir araya gelerek de açabilir.

Günöbirlik Cerrahi Merkezleri

Ayaktan yapılabilecek cerrahi müdahalelerin ve acil cerrahi müdahalelerinin yapılabildiği merkezlerdir. Hastanelerde yatış gerektiren cerrahi müdahalelere alternatif olmuştur.

Evde Bakım

Evde bakım, hastaların tıbbi tedavi ve bakım gerektiren ihtiyaçlarının kendi ev ortamında sağlanması olarak tanımlanabilir.

Terminal Dönem Bakım Merkezleri

Bu merkezler gerçek anlamda tıbbi tedavi veren kurumlar değildir. Yaşam süreleri altı ay ya da daha az olan hastaların son dönemlerini ağrısız geçirmeleri amacıyla kurulmuş merkezlerdir.

Hemşirelik Bakım Merkezleri

Hemşirelik bakım merkezleri, ABD’de oldukça yaygın olan kurumlardır. Yaşlılara uzun dönemli hizmet veren kurumlar olmalarının yanı sıra, kısa dönemli tedavi ve rehabilitasyon hizmeti de sunmaktadırlar.

Hemşirelik bakım merkezleri bağımsız olabileceği gibi bir hastaneye veya yaşlılık merkezine de bağılı olarak çalışabilirler. Hemşirelik bakım merkezinde kalanlar hasta olarak değil konuk olarak kabul edilirler.

Hastaneler

Hastaneler hasta ve yaralıların ayaktan veya yatarak teşhis, tedavi, rehabilite edildiği kurumlardır. Ayrıca hastanelerde doğumda yapılabilmektedir.

Hastanelere, daha ileri bölümlerde çok geniş yer verileceğinden burada kısaca değinilmiştir.

2.2.3.Rehabilitasyon Hizmeti Veren Kurumlar

Hastalık veya kaza sonucu kaybedilen bedensel ya da zihinsel aktivitelerin tekrar kazandırılması ya da yaşamlarını devam ettirebilmeleri için en yüksek düzeyde işlevsel beceri kazandırılan kurumlardır. Yataklı veya ayaktan tedavi olarak hizmet vermektedirler.

2.2.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri Veren Kurumlar

Bugün birçok hastalığın temel nedeninin yaşam tarzı ya da alışkanlıklardan kaynaklandığı bilinmektedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin sağlık durumlarının daha üst düzeye getirmek için sağlanan hizmetlerdir.

Bu hizmeti veren kurumlar sağlık eğitim merkezleri, sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı merkezleri, spor tesisleri ve fitness kulüpleridir.

2.3.Hastane

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” şeklinde tanımlamıştır.

Hastaneler günümüz toplumunda iki önemli yere sahiptir. Birincisi hastanelerde tedavi edici ve koruyucu olmak iki çeşit sağlık hizmeti verilmesidir. Sağlıklı hayat sürmek her insanın gereksinimidir ve insanların sağlıklı hayat sürmelerinde hastaneler önemli role sahiptir. Nüfus artışı, kentleşme, sanayileşme, sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi gibi değişik nedenlerle birlikte, kişilerde bilinç seviyesi yükseldikçe hastanelerin bu rolünün daha da artması kaçınılmazdır.

Bunun nedeni, en gelişmiş tıbbi teknolojiden ve laboratuvar imkanlarından faydalanarak tedavi olmak, düzenli hemşirelik bakımı almak, ancak hastanelerde sağlanabilmektedir. Hastaneleri önemli hale getiren diğer sebep, verilen hizmetin maliyetinin çok yüksek olmasıdır. Hastane maliyetlerinin yüksek olmasının sebebi, kullanılan malzeme fiyatları ile çalıştırılan personelin ücretlerinin diğer sektörlere göre daha yüksek olmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin tüm ülke nüfusunu içine alacak biçimde genişletilmesi kesinlikle dünya çapında bir yaklaşımdır. Bu genel sağlık sigortası ile gerçekleşmekte ve sağlık sektörünü finanse etme sorunu sektörün doğru yapılanmasından kaynaklanmaktadır. Daha fazla kaynak kaliteli hizmet vermek için gerekli olup aşırıya kaçılmamalıdır (Kavuncubaşı, Kısa,2002: 68).

Hizmet hem iyi kalitede olmalı, hem de düşük ücrette olmalıdır. Hastaların hizmetlerden yararlanması ücretin düşük olmasıyla olacaktır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, sağlık harcamaları salt tüketim harcaması olmayıp, aynı zamanda yatırım harcamasıdır. Ancak etkisi kendi sektörü üzerinden değil de, hizmet veya üretim sektörleri üzerinden olmaktadır. Diğer bir ifade ile sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi önemli ölçüde ancak dolaylı olarak etkilemektedir.

Tıp bilimi ve tıbbi teknolojinin gelişmesi, hemşirelik hizmetlerinin gelişmesi ve meslekleşmesi, tıp eğitimindeki gelişmeler, sağlık sigortasının yaygınlaşmasıyla birlikte bugünün modern hastaneleri ortaya çıkmıştır.

Modern hastane, genel veya özel, büyük veya küçük, dünün veya bugünün olsun, herhangi bir sağlık kurumunun sahip olduğu imkânları en iyi süratle kullanabilmiş, en iyi kurallara dayanabilmiş modern bir kurum olarak değerlendirilebilir. Modern Hastane, görev ve sorumlulukları oldukça ileri olan bir sosyal müessesedir.

Yataklı Tedavi Kurumlar Hastane Yönetmeliği (YTKHY) hastanelerin amacı, “modern çağın icaplarına ve gereklerine uygun, süratli, disiplinli, üstün kaliteli ve ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamaktır” demektedir.

2.3.1. Hastanelerin Özellikleri

Sağlık hizmeti sunmak üzere tıbbi bir kuruluş özelliği taşıyan hastaneler, farklı özellikleri bünyesinde barındıran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçlarını gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlardır.

Shotell ve Kaluzny'ye göre (aktaran Kavuncubaşı, 2000: 52) sağlık kurumlarının ayırt edici özellikleri şunlardır:

- Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür.
- Hastanelerde yapılan işler oldukça karmaşık ve güçtür.
- Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Yapılan işler hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.
- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
- Hastaneler başta olmak üzere tüm dağlık kuruluşlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır. Bu durum eş güdümlene, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.
- Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki, hedeflere önem vermektedir.
- Hizmet miktarı ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde etkinliği yüksek olan yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulamamıştır.

Hastanelere gelen hastalar farklı teşhis ve tedavi özellikleri göstermektedir. Temel amacı tedavi hizmeti üretmek olan hastaneler bu nedenle verdiği hizmeti önceden belirleme ve değerlendirme imkanına sahip değildir. Bu durum başlıca şu şekilde sıralanabilecek hastane özelliklerinden kaynaklanmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 236, 237; Ak, 1990: 88) :

- Hastane hizmetlerine olan talep büyük ölçüde hekimler tarafından belirlenmektedir ve hastanelerin sunduğu hizmetlerde talep esnekliği sıfıra yakındır.
- Her an sunulan her türlü hizmete hazır olunması zorunluluğu başka işletmelerde görülmeyen, kapasite üstü istihdamı zorunlu kılmakta, zarar eden bir ünitenin bu gerekçeyle kapatılmaması söz konusu olmaktadır.
- Hastaneler talep değişikliklerine kısa dönemde ayak uyduramamakta ve buna bağlı olarak kapasite artırma veya azaltma uygulamalarına gidememektedirler.
- Sağlık hizmeti üretimi stoklanamaz. Üretildiği anda tüketilmesi zorunludur. Ancak hizmetlerin üretilebileceği mutlaka tüketileceği anlamına gelmez. Bir sağlık işletmesinin hizmet sunabilme yeteneği, sahip olduğu araç, gereç ve personelle sınırlıdır. Ancak diğer işletmelerden farklı olarak, sağlık işletmelerinin üretimde bulunabilmesi devletin sağladığı imkânlar başta olmak üzere işletme dışı başka faktörlere de bağlıdır.
- Hizmet işletmelerinin çoğu emek yoğun işletmeler olmakla birlikte, sağlık kurumları sermaye yoğun işletmelerdir. Tıp bilimi ve tıp teknolojisindeki gelişmeler ve sağlık talebini karşılayabilmek için belli düzeyde tutulmak zorunda kalınan kapasite büyük yatırımlar gerektirmektedir.

- Tıp bilimindeki aşırı iş bölümü ve uzmanlaşmanın giderek gelişmesi hastanelere de yansımış ve böylece hem nitelikli personel sayısı artmış hem de hizmet birimlerinin çeşitlenerek artmasına neden olmuştur. Bu da iş gücü giderlerinin, dolayısıyla de hizmet maliyetlerinin artmasına yol açmıştır.
- Her hastanın kişisel özelliklerinin farklı olması nedeniyle farklı teşhis ve tedavi özellikleri göstermesi ve bunun sonucu olarak sunulan hizmetlerden yararlanmalarının da farklı olması nedeniyle hizmetin tanımlanması zorlaşmakta, bu yüzden de sağlık işletmeleri için standart çıktı birimi bulmak güçleşmektedir.

2.3.2. Hastanelerin Sınıflandırması

Ülkemizde, sağlık personelinin ağırlıklı olarak istihdam edildiği alanların başında hastaneler gelmektedir. Hastanelerin ihtiyaç duyduğu personel sayısı hesaplama, yaygın olarak hasta ve yatak sayısına göre yapılmaktadır. Yatak ve hasta sayısı ise, iş gücünü belirlemede yanıltıcı olmakta ve ortaya çıkan sonuçlar açısından ortaya çıkan insan gücü sayısında bazı sapmalar olabilmektedir.

2.3.2.1. Verdikleri Hizmete Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Verilen tedavi hizmetinin türüne göre hastaneler iki grupta toplanmaktadır: Genel hastaneler ve özel dal hastaneleri şeklinde sınıflama yapılmaktadır.

Genel Hastaneler

Yaş, cinsiyet farkı, hastalık veya bir uzmanlık grubu gözetmeksizin her türlü hastanın yatırılarak veya ayakta müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri gerekli sıhhi ve tıbbi imkanlara sahip kurumlardır. Örneğin Sincan Devlet Hastanesi gibi.

Özel Dal Hastaneleri

Özel dal hastaneleri, belirli cinsiyet, (kadın hastalıkları ve doğum, çocuk) belirli bir hastalık türüyle sınırlı (kalp damar hastanesi, onkoloji hastanesi) hizmet veren hastanelerdir (Kavuncubaşı,2000: 74). Hastaneler ayrıca yatırılarak tedavi ettikleri hastaların ortalama yatış süresine göre akut bakım hastaneleri (Acute Care Hospitals) ve kronik bakım hastaneleri (Chronic Care Hospitals) olarak iki grupta toplanmaktadır.

Akut bakım hastaneleri genellikle otuz günden daha kısa süre hastanede yatmayı gerektiren hastalıkların tedavisiyle ilgilenmekte iken, kronik bakım hastaneleri, uzun dönemli yatış gerektiren tedavileri sağlamaktadır. Akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, kemik hastalıkları hastaneleri kronik bakım hastanelerine örnek olarak verilebilir (Kavuncubaşı, 2000 : 79).

Eğitim Ve Araştırma Hastaneleri

Eğitim ve araştırma hastanelerinin kapsamında, tıp fakültelerinin eğitim hastanesi olan ve çoğunlukla bağlı bulunduğu fakültenin adını taşıyan üniversite hastaneleri, tıbbi araştırmaların yapıldığı kurumlar olarak özel bir öneme sahiptir (Çetiner, Yazan,2002: 1). Tıp Fakülteleri, sağlık sistemi içinde oldukça özerk çalışan, Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK)'na bağlı araştırma, eğitim ve hizmet veren kuruluşlarıdır.

Üniversitelere bağlı olarak çalışan üniversite hastaneleri tüm hastaneler içinde en karmaşık yapıya sahip kurumlardır. Üniversite hastaneleri üçüncü basamak hizmetlerin sunulduğu kurumlardır. O nedenle en ileri teknolojiye sahip olmaları gerekir. Bu nedenledir ki üniversite hastanelerin gelişmişlik düzeyleri o ülkenin gelişmişlik düzeyi olarak algılanabilir.

Ülkemizde mevcut 71 üniversiteden 47'sinde tıp fakültesi ve bunlarında kendilerine bağlı hastaneleri bulunmaktadır (Artvinli, 2000: 17).

Eğitim ve araştırma hastaneleri tıp eğitiminin verildiği hastanelerdir. Tıp öğrencilerinin ve ileri uzmanlık gerektiren eğitimlerin yapıldığı hastanelerdir. Bir hastanede yardımcı sağlık personeli eğitimi veriliyor olması o hastanenin eğitim hastanesi olması için yeterli değildir.

Esas görevleri tıp eğitimi vermek ve ileri düzeydeki sağlık hizmetlerini araştırma boyutuyla birlikte sunmak olan üniversite hastaneleri, hasta sevk sisteminin en üst noktasında yer almakta ve rasyonel olarak daha alt aşamalarda çözülemeyen sağlık problemlerinin tedavisi için halka hizmet vermektedir (Akçalı,2000: 15).

Ancak ülkemizde sağlık sisteminde yaşanan sorunlar nedeniyle, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunması beklenen bu hastaneler, ikinci basamak, hatta zaman zaman birinci basamak sağlık hizmetlerini (sağlık ocağında üretilen hizmetler) üreten organizasyonlar konumuna gelmiştir. Dolayısıyla bu durumda birinci işlevi eğitim yerine hasta bakım hizmetleri birinci öncelik yerini almıştır.

2.3.2.2. Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler

Bugün Türkiye'deki hastanelerin büyük bir kısmı kamu kuruluşlarının mülkiyetinde olup, belirli bir merkeze bağlı olarak taşra teşkilatı içinde organize edilmişlerdir. Bunun yanında kamu kesimine ait hastanelerde, merkeziyetçi tarafı ağır basan, sınırlı yerinden yönetim modeli söz konusudur. Hastanelerin organizasyon yapıları, bütçeleri, işleyiş kuralları ve takip edilecek prosedürler dahi, kanun, tüzük, yönetmelik ve genelgelerle merkez teşkilatı tarafından belirlenmektedir. Dolayısıyla karşılaşılan hastane organizasyon sorunlarında sorunun kaynağını da merkez teşkilatı ve onun altında yer alan diğer üst kademe yönetim organları oluşturmaktadır (Seçim, www. Merih.net.: 1).

Bugün hastanelerimizdeki organizasyon sorunlarının yanı sıra, yatak dağılımı açısından bölgesel hastane planlarının yapılmamış olması, uzun vadeli sağlık personeli planlarının hazırlanmamış olmaması, kamu kesimine ait hastanelerin mülkiyetlerinin dolayısıyla yönetimlerinin farklı kurum ve kuruluşlarda olması hastane faaliyetlerinin verimliliği ve etkinliği üzerinde etkisi olan diğer faktörlerdendir (Seçim, www. Merih.net.:1).

Hastanelerin büyüklükleri hastanede istihdam edilecek sağlık personelinin sayısını belirleyici niteliğe sahiptir. Ülkemizde de bu oran kullanılmaktadır. İnsanların yoğun yaşadığı fakat yatak sayısı az olan yerlerdeki hastanedeki iş yükü insanların daha az yoğun yaşadığı fakat yatak sayısı fazla olan yerlerdeki hastanelere göre daha fazladır. Bu suretle yatak sayısı yerine iş yükünü kullanmak daha objektif olacaktır.

Özel Hastaneler

Bütün dünyada kapsam itibariyle özel hastaneler kavramı, sadece kar amacı güden müteşebbisler tarafından kurulan ve işletilen hastaneleri değil, aynı zamanda kar amacı gütmeyen vakıf, dini kurumlar ve dernekler tarafından kurulan ve yönetilen hayır amaçlı sağlık kurumlarını da kapsamaktadır (Kurtulmuş, 1998: 248).

2.3.3. Hastanelerde Verilen Hizmetler Ve Özellikleri

Sistemler girdileri çıktılarına dönüştüren yapıya sahiptirler. Hastanede, sağlık alanının bir alt sistemidir. Hastanelerde hasta hem girdi hem de çıktı durumundadır. İnsanların geçirdikleri süreçten sonra, hastaneden sağlam olarak ayrılmaları beklenir. Bu süreç sırasında hasta insan, doktorların bilgi ve becerisine, kullanılan donanıma ve yardımcı sağlık personeline hizmetin üretim unsurları olarak şahit olacaktır.

Hastanelerde verilen hizmetler hastanın gelişinden itibaren belirli bir sıra izler. İlk olarak hastanın bilgileri alınarak hastanın hastaneye kabul işlemleri yapılır. Ardından hastanın şikâyeti dinlenerek muayenesi yapılır. Bu incelemeler ışığında konulan teşhis sonucu uygulanacak tedavi programı belirlenir. Tedavi uygulanırken hasta sürekli gözlem altındadır ve alınan veriler değerlendirilir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda. Duruma bağlı olarak ya tedavinin devamına, ya tedavinin sona erdirilmesine ya da başka bir tedavi yöntemine geçilir. Hastanın durumuna göre yapılan işlemlere hastanede devam edilebileceği gibi, hasta taburcu edilerek dışarıda takip altında da tutulabilir.

Her işletmede olduğu gibi hastane işletmelerinde de, kaynaklar en iyi şekilde değerlendirilerek en düşük maliyetle, kalitesi yüksek hasta bakım ve tedavi hizmetini sunmak, ulaşılmak istenen nihai hedef olmalıdır (Kıral, 1978: 6). Bu hedefe ulaşabilmek planlı ve programlı çalışmanın eseri olacaktır. Planlama, yapılacak işlerin bölümlendirilmesini gerektirir. Bu noktadan hareketle, hastanelerde verilen sağlık hizmetleri de birimlere ayrılmıştır. Hastanelerde hizmetler, tıp hizmetleri, yardımcı tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri ile mali ve destek hizmetler şeklinde bölümlendirilmiştir (Seçim, 1995: 170).

1.Tıp Hizmetleri

Yukarıdaki bölümlendirmeye göre yapılan ayrımında tıp hizmetleri sadece hasta teşhis ve tedavi hizmetlerinden ibarettir. Bu hizmetler, sadece uzman doktorların sorumluluğu altında yürütülen hizmetlerdir.

Yukarıda verilen sınıflamanın dışında tıp hizmetlerini; tedavi edici hizmetler, koruyucu tıp hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak ayırmak da mümkündür. Bu sınıflamada koruyucu tıp hizmetleri, rahatsızlıkların daha meydana gelmeden önlenmesini, tedavi edici hizmetler ise meydana gelmiş rahatsızlıkların mümkün olan en kısa sürede giderilmesini amaç edinirken, rehabilitasyon hizmetleri ise hastalık veya diğer sebeplerle meydana gelen kalıcı veya tedavi edilebilir sakatlıkları ele almaktadır.

2.Yardımcı Tıp Hizmetleri

Konuyla ilgili bir uzman sorumluluğunda verilen tıp hizmetlerinin tamamlayıcısı durumda olan yardımcı tıp hizmetleri beş ana başlık halinde toplanmıştır (Seçim,1995: 174,187).

Laboratuar Hizmetleri

Yapılacak veya yapılmakta olan tedavilerin aksamadan yürütülmesi için yapılan tetkik, tahlil, test, röntgen ve diğer analiz ve inceleme hizmetlerinden ibarettir.

Eczane Hizmetleri

Tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinin tamamlayıcısı olarak gerekli olan ilaç ve sıhhi malzemelerin sağlanmasına yönelik hizmetlerdir.

Diyetetik Hizmetler

Bu hizmetlere, hastane personeli ve hastaların yemeklerinin hazırlanması ve dağıtılması ile hastaların tedavilerine ilişkin diyet yemeklerinin hazırlanması faaliyetlerini dâhil edebiliriz.

Sosyal Hizmetler

Hastaların iyileşmelerine destek olmak üzere psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunların çözülmesi, halkla ilişkiler faaliyetlerinin yürütülmesi ve diğer sağlık kuruluşlarıyla ilişkilerin sağlanması hizmetlerini kapsamaktadır.

Tıbbi Teknik Hizmetler

Teknisyenler tarafından yürütülen tıbbi teknik hizmetler içinde, teşhis ve tedavide yararlanılan tıbbi hizmetler ve elde edilen sonuçların ilgili doktora ulaştırılması hizmetleri yer almaktadır. Bununla birlikte, laboratuvar ve eczanedeki teknisyenlik hizmetleri de bu gruba dâhil edilmiştir.

Tedavi hizmetinin yürütülmesi açısından klinikler ve laboratuvarlar ile eczaneler arasındaki ilişkiler, dolayısıyla haberleşme önem taşımaktadır.

3. Hemşirelik Hizmetleri

Hemşirelerin tıp veya yardımcı tıp hizmetlerinin hastalara sunulmasında gerek doktorlara gerekse hastalara yardımcı olması, hemşirelik hizmetleri içinde en önemli yeri tutar. Hasta bakım hizmetlerinin yürütülmesi şeklinde ortaya çıkan hemşirelik hizmetleri, hemşire adaylarına klinik eğitimlerin verilmesi ve hastanelerdeki ev idaresi hizmetlerini de içine alır.

4. Mali ve Destek Hizmetler

Hastanenin topluma karşı olan görevlerinin yanı sıra, faaliyetlerini sürdürebilmesi için bir işletme olmasının verdiği fonksiyonları da yerine getirmesi gerekir. Bu faaliyetler mali ve destek hizmetler adı altında birleştirilmiş olsa dahi ikisi birbirinden ayrı yapıya sahiptirler. Mali hizmetler, fiyatların tespiti, maliyetlerin hesaplanması, faturalama, faturaların ve tahsilatların takibi, her türlü personel işlemlerinin yapılması, satın alımlarla ilgili işlemlerin yapılması, gelir ve gider oluşturan tüm işlemlerin ve hastanenin mal varlığına ilişkin tüm kayıtların tutulması, bütçelerin hazırlanması, hastanenin faaliyetleri ve mali durumuyla ilgili raporların hazırlanarak istatistiklerinin çıkarılması, istenen mali bilgilerin hazır hale getirilmesi şeklinde sıralanırken, destek hizmetler hastane ev idaresi, çamaşırhane, kayıt(arşiv) ve kütüphane hizmetleri gibi sosyal hizmetlerdir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

3.SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

3.1.Sağlık Hizmetleri Pazarlaması

Sağlık sektöründe sağlık kurumları yöneticiliği yerini yeni yeni almaya başlayan pazarlama tekniklerini iyi kullanmak zorundadır. Sağlık işletmeleri sunulan hizmetlerin en uygun düzeyde pazarlayabilmek amacı ile medikal kadroyu ve diğer bölümlerin pazarlamasını yapmak ve ulaşılmak istenen kitle için stratejik planlamalar yapmalı ve o kitleye uygun imaj geliştirmelidir. Günümüzde artık birçok sağlık işletmesi ileri düzeydeki pazarlama tekniklerini kullanmaya başlanmıştır.

Sağlık hizmeti sunan kurumların pazardan daha büyük pay alabilmek amacıyla rekabet etmeleri desteklenmelidir. Bu rekabet tüm insanları hastaneye çekmek, hasta olmayanlara gereksiz tahlil, ameliyat yapmak şeklinde ahlaka uygun olmayan yöntemleri içermemelidir. Öte yandan, pazar payı için açık bir rekabet olmadıkça, tüm hizmetlerin sürdürülebilmesine ya da hayatta kalmasına yönelik fırsatlar azaltılmış olacaktır. Aslında etkin rekabet, maliyetleri kontrol eder, faaliyetlerin daha etkin sürdürülmesine yardımcı olur ve toplumun ihtiyaçlarının daha iyi bir şekilde karşılanmasına olanak sağlar. Yöneticiler, hastalarını müşteri olarak görmelidir. Pazarlama ilkelerinin sağlık hizmetlerine uygulanması, bu konuda yeni ilkelerin ortaya konulmasını gerekli kılmayacaktır.

Ancak sağlık hizmetleri sunan kuruluşların çoğunluğunun kamu kuruluşları olması kar amacı gütmemeleri, sağlık hizmetlerinin pazarlamasında farklılıklara yol açabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesine ve yaygın

biçimde kullanılmasına neden olan gelişmeler şöyle özetlenebilir (Tengilimoğlu vd. 2009: 208) :

- Aşırı uzmanlaşma ve hızlı teknolojik gelişmeler,
- Artan maliyet baskıları,
- Fon sağlamanın giderek zorlanması,
- Sağlık kuruluşlarının sayısında görülen artışlar ve hizmet dublikasyonları, oluşan atıl kapasiteler,
- Rekabetin yoğunlaşması, yeni yasal düzenlemeler,
- Değişen hasta-doktor ilişkilerinin düzeyi, tüketicilerin giderek bilinçlenmesi ve tüketici tatminsizlikleridir.

Bu açıklamalar çerçevesinde sağlık hizmeti pazarlaması, sağlık hizmeti tüketicilerinin neye ihtiyaç duyduğunu belirlemek, bu ihtiyaçları karşılamak için hizmetlere şekil vermek, yeni hizmetler üretebilmek ve hastalara sunulan bu hizmetleri kullanmaya teşvik etme sürecidir.

Sağlık kuruluşları pazarlama anlayışına sahip oldukları sürece yapacakları çalışmalar ve araştırmalarla toplumun sağlık ihtiyaçlarını tespit edebilecekler ve daha hassas davranacaklardır. Bu tespitler ise bilimsel temellere dayandırılarak sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttıracaktır.

Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında, pazarlamanın diğer uygulama alanlarına göre bazı farklılıkları söz konusudur. Bu farklı özelliklerden birincisi; sunulan hizmetin çok iyi eğitilmiş uzman kişiler tarafından sunulmasıdır. Doktorlar, hemşireler, hasta bakıcılar ve yöneticiler hep birlikte en iyi hizmeti sunmaya çalışırlar. Bu nedenle, tüketicinin gözünde hizmetin kendisinden çok hizmeti sunanlar önem kazanmaktadır. Pazarlamanın klasik karma elemanları olan ürün, fiyat, dağıtım, tutundurmanın yanında beşinci eleman olarak kişilerin yer almasını sağlamaktadır.

İkinci değişiklik; değişim ilişkisinin genellikle hükümet ve yasa koyucular tarafından belirlenmesidir. Yeni bir düzenleme ile karlı olan bir kuruluş birdenbire kar edemez duruma düşebilmektedir.

Üçüncü özellik ise, sunulan hizmetin kalitesini kesin olarak ölçmenin olanaksız olmasıdır. Uygulanan tedaviye hastanın nasıl cevap vereceği önceden kestirilemez. Ya da yapılan ameliyattan sonra beklenmedik komplikasyonlar görülebilir.

Dördüncü özellik olarak; tüketicilerin söz sahibi olmadığı satıcılar pazarı olma özelliği gösterilebilir. Tüketici hizmeti talep etse bile, hizmeti alıp almayacağına ya da ne şekilde alacağına doktor karar verir. Hasta- doktor ilişkisi tamamen karşılıklı güvene dayanmaktadır.

Son özellik ise, dağıtımla ilgilidir. Ürünlerin dağıtımında; ürünün tüketicilere nasıl ulaştırılacağı belirlenmeye çalışılırken, sağlık hizmetlerinin dağıtımında tüketicinin verilen hizmete nasıl ulaştırılacağı önem kazanmaktadır (Odabaşı ve Oyman, 2009: 33).

3.2. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Tarihçesi

Sağlık hizmetleri pazarlamasının tarihçesi genel pazarlamayla paralel değildir.

I.Dünya Savaşının ardından ortaya çıkan pazarlama düşüncesi önceleri çok yadırganmamış fakat ekonomik sıkıntılar yüzünden yavaş yavaş kabul görmeye başlamıştır (Macstravic, 1990: 121).

1970’li yıllarda pazarlama daha çok gündeme gelmeye başlamış, araştırmacılar bilimsel olarak bu konu üzerinde açıkça çalışmaya ve yayınlar yapmaya başlamıştır. 1980’li yıllar ve 1990’larda ise artık gelişmemiş ülkelerde “marketing healthy care” uygulamaları çok gelişmiş hastanelerin genel pazarlama planları oluşturulmuştur (Kotler, 1986: 117, 124).

Türkiye’de 80’li yıllardan sonra öne çıkmaya başlayan özel hastanecilik kavramı sağlık pazarlaması kavramını açığa çıkarmıştır. Bazı hastanelerde pazarlama departmanları açılmış profesyonel anlamda bu süreç işletilmeye başlanmıştır. Fakat genel olarak pazarlama faaliyetleri yöneticiler nazarında “tutundurma” faaliyetleri üzerinde uygulama imkanı bulmuştur (İstiroti, 1994: 46).

Sağlık hizmetlerinde pazarlama kavramı yirmi yılı aşkın bir süredir kullanılmasına rağmen ülkemizde sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda yeni yeni kullanılmaya başlamıştır. Pazarlama kavramı özellikle kamu sağlık kuruluşları yöneticileri ve çalışanlarınca yanlış anlaşılmakta ve pazarlamaya gereken önem verilmemektedir. Bu pazarlamanın satış, reklam, promosyon olarak tanımlanmasından kaynaklanmaktadır. Halbuki satış pazarlama buzdağının görünen kısmıdır. Ayrıca sağlık hizmeti sunan kuruluşlar talep fazlalığı, gelir ve giderlerin büyük bir kısmı devlet tarafından karşılandığından pazarlamadan kaçma eğilimindedir (Tengilimoğlu, 1997: 22).

Sağlık endüstrisinin yapısındaki değişmeler (özellikle dağıtım sistemlerinin sayısındaki artış, sağlık koruması sağlayıcılarının çeşitleri, tüketicinin seçim sürecine katılımı) sektördeki kuruluşlar arasında hızla güçlenmek yönünde bir rekabet yarattı. Bu noktada, pazarlama aktivitelerine ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Kamu ve özel hastanelerin arasındaki rekabetin artması üzerine hastaneler, hizmetlerini kullananlara ne sattıklarını anlatmak, kamu hastanelerindeki talep eksilmesinin önüne geçmek gibi sebeplerle pazarlama üstüne para harcamaya başlamışlardır (McCarty,1987: 47,54).

Ülkemizde son beş yılda sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte, birçok özel hastane SGK’lı hastalara açılmış, bu durum hem özel sağlık işletmelerinde bir canlılık sağlamış, kamu hastanelerinin yükünü azaltmış hem de isteğe bağlı özel sağlık hizmeti alma imkanı sağlamıştır.

Gerçektende, sağlık sektörü rakamlarına bakıldığında, Türkiye’de sağlık hizmetleri arzının (hasta yatağı sayısı, doktor sayısı vs.) batı ülkeleri rakamlarının çok altında kaldığı görülmektedir. Ancak son yıllarda, özel sektörün hastane

yatırımlarına yönelmesi, yeni hastanelerin açılması, önümüzdeki yıllarda durumun değişeceğini göstermektedir. Artan rekabet, koşulların zorlaşması, pazarlama faaliyetlerine önem veren hastanelerin ayakta kalmasını sağlayacaktır (Ergin, Tengilimoğlu Kısa, 1999: 5).

Çağdaş hastane yönetiminde pazarlama işlevinin yeni bir boyut kazanması son 20 yılda gerçekleşmiştir. Ancak, pazarlama disiplininde oluşan bilgi birikiminin sağlık hizmetlerine uygulanması kolay değildir. Çoğu zaman acı ve rahatsızlığın geçerli olduğu sektör ile insanları mutlu etmeye çalışan tüketim malları sektöründe uygulanan “pazarlama” arasında fark bulunmaktadır. Hastanelerin yer aldığı sağlık sektörünün bir hizmet sektörü olması, hizmetlerin pazarlanmasında etkin ve kaliteli bir hizmet verebilmesi yönünden çaba harcanmasını gerektirmektedir (Kavas, 1994: 76).

3.3. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Önemi

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

Sağlık hizmetleri endüstrisinin dinamik yapısından dolayı, sağlık hizmetleri yönetim sınıfının başarılı olabilmek için sürekli bir eğitim ve beceri gelişimine ihtiyaç duyduğu genel kabul görmektedir. Bu sürekli eğitim; muhasebe ve finansal yönetim, operasyon ve kalite yönetimi, organizasyonel (örgütsel) davranış ve insan kaynakları yönetimi gibi bütün sağlık hizmeti konuları için gerekli olup, sadece bunlarla sınırlı da değildir.

Sağlık hizmetleri işletmelerinin çoğunun kullanmakta olduğu yaklaşımların, benzer diğer rekabetçi endüstrilerdeki işletmelerin yaklaşımlarından geri kaldığı oldukça açıktır. Sağlık hizmetleri organizasyonlarında ciddi organizasyonel açıklar bulunmuştur.

Bu açıklar, diğer endüstrilerde de olmasına rağmen, sağlık hizmetleri endüstrisi için, birkaç sebepten dolayı kaygı vericidir. İlki; Birleşik Devletler’de sağlık hizmetleri gelirleri 1.2 katrilyon dolar olarak, sağlık hizmetleri sektörünü en büyük sektör arasına koyar. İkincisi; sağlık hizmetleri sektörü, diğer sektörlerle göre çok daha büyük çevresel zorluklarla karşı karşıya kalır. Hem teknolojik hem de yasal değişiklikler, bu sektör üzerinde genellikle radikal değişimler gerektiren etkilere sahiptir. Son olarak; Sağlık hizmetleri sektörünün yönetim sınıfı, yaşam kalitesi gibi konuları alt sınır karları ile dengelemek durumundadır ki, diğer sektörlerdeki yöneticilerin böyle mecburiyetleri yoktur. Sonuç olarak, yönetim alanındaki açıklar, sağlık hizmetleri sektörünün başarısı için yıkıcı etkilere sahip olabilirler. İnsan kaynakları yönetimi gibi içsel fonksiyonlardaki sürekli eğitim gereği belgelenmiş durumdadır. Fakat pazarlama gibi dışsal fonksiyonlar, sağlık hizmetleri sektöründe başarı için eşit derecede öneme sahiptir. Smith, Vorderer vd. (1988), pazarlama becerilerinin sağlık hizmetleri alanındaki liderler için ana araçlardan biri olmaya devam edeceğini ifade etmişlerdir (Kenneth vd., 2005: 414, 416).

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

Günümüzde sağlık kuruluşları genellikle tıbbi bakım kalitesine, inceliğine ve teknolojisine odaklanmış, tıbbi bakım vermelerinden dolayı hasta tatminsizliği ve rahatsızlığını göz ardı etmektedirler. Halbuki yöneticiler ve sağlık personeli verecekleri kararlarda tüketici ihtiyaçları, istekleri ve toplumun menfaatlerini hesaba katmayı kendi sorumlulukları olarak görmelidirler. Toplumun ihtiyaçlarını ve

tutumlarını dikkate almaksızın sağlık programları tasarlayan hastaneler hayal kırıklığına uğrayabilirler. Bütün bunların yanı sıra hastanelerin sosyal boyutunun olması bu kuruluşların sunduğu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde ve bu hizmetlerin istenilen sonucu yaratmasında “sosyal pazarlama” yaklaşımının önemli bir rol oynamasını gerekli kılmaktadır (Tengilimoğlu, 1997: 25).

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

3.4.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Özellikleri

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

a- Pazarlama kavramının temelinde yatan mal ve hizmetlerin değiş tokuşu çoğu kez karşılıklı olarak iki tarafın isteği ile gerçekleşmesine rağmen sağlık hizmetleri konusunda bazen bu durumdan farklı bir durum ortaya çıkmaktadır. Örneğin akli bir rahatsızlığı olan bir hastanın sağlık hizmetlerinden bazı durumlarda isteyerek faydalandığı söylenemez. Ancak bu durumlarda da karşılıklı değiş tokuşun gerçekleşmesinde araya üçüncü bir taraf olarak hastanın yakınları veya doktor girer (Harcar, 1991: 39). Sağlık hizmetlerinde değişim ilişkisi genellikle hükümet ve yasa koyucular tarafından belirlenir. Yeni bir düzenleme ile karlı olan bir kuruluş birden bire kar edemez duruma düşebilmektedir (Odabaşı, 1994:30–31).

b- Kar amaçsız sağlık hizmetleri kuruluşlarının birbirinden büyük ölçüde farklı iki hedef pazarı vardır. Bunlar öncelikle hastalar veya başka bir ifadeyle müşteriler ve kuruluşa katkıda bulunan kişi ve kuruluşlar başka bir ifadeyle bağış sahipleridir. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinin pazarlanması ile birlikte bu hizmetin gerçekleşmesi için gerekli finansal katkıyı sağlayacak kaynakların da bulunması işlemini de göz önüne almak gerekir (Harcar, 1991: 39).

c- Sağlık hizmetlerinin tüketicileri olan hastalar sağlık hizmeti olarak tıbbi müdahale konu edildiğinde mamul veya hizmet olarak bu hizmeti veren doktorları, hastane veya bakım evleri söz konusu olduğunda da hemşireleri, hasta bakıcılarını, fizyoterapistleri düşünmektedirler. Başka bir ifadeyle hastanın gözünde söz konusu hizmetten ziyade bu hizmeti veren kişiler önemli rol oynamaktadır. Bu bakımdan sağlık hizmetleri konusuna pazarlamanın klasik 4P'si olan mamul, fiyat, dağıtım ve tutundurmanın yanı sıra besinci P olarak kişiler girmektedir (Harcar, 1991: 39). Sunulan sağlık hizmeti çok iyi eğitilmiş uzman kişiler tarafından sunulmaktadır. Doktorlar, hemşireler, hasta bakıcıları ve yöneticiler hep birlikte en iyi hizmeti sunmaya çalışırlar. Bu nedenle, tüketicinin gözünde hizmetin kendisinden çok hizmeti sunanlar önem kazanmaktadır (Odabaşı, 1994: 31).

d- Sağlık hizmetleri konusunda alınan fiyatlandırma kararlarına, pazarlamanın diğer uygulama alanları olan mal veya hizmetlerden farklı olarak söz konusu bedeli ödemek durumunda olan üçüncü bir taraf olan sağlık sigortası kurumları da müdahalede bulunmaktadır (Harcar, 1991: 39).

e- Birçok endüstri kolunda ve klasik iktisat teorisinde talebin fiyatın bir fonksiyonu olmasına karşılık sağlık hizmetleri konusunda talebin arz ve sigorta kapsamının bir fonksiyonu olduğu düşünülebilir (Harcar, 1991: 39).

f- Sağlık hizmetleri konusu tüketiciler tarafından fiyatın büyük ölçüde dikkate alınmadığı bir sektördür. Sağlık hizmetleri konusundaki kararların tüketicilerden ziyade hekimlerin elinde olduğu bir ortamda tüketicilerin fiyata karşı duyarlı olmalarını beklemek çok güçtür (Harcar, 1991: 39).

g- Tıp bu konuda tüketici davranışlarındaki değişmeler içinde tüketicilerin söz sahibi olmadığı bir satıcılar pazarı özelliğini taşımaktadır. Tüketicinin yalnızca tek bir karar alması söz konusudur o da bir doktora görünmektir, bunun dışında hastaneler veya hekimler tüketicinin hangi hizmetleri satın almaları gerektiğini tüketiciye adeta emretmektedir (Harcar, 1991: 39).

h- Hekim ve hasta arasındaki ilişki karşılıklı güven ve inanca dayanır. Bu bakımdan genellikle hastalar bu ilişki içerisinde hekimle olan pazarlık güçlerini kaybederler. Örneğin bir hastanın hekime “beni şu kadar liraya sağlığıma kavuşturabilir misiniz?” şeklinde bir teklifte bulunması olağandışı bir durumdur. Ayrıca hekimlerin uyguladıkları fiyatları reklam etmeleri günümüzde dahi çeşitli kesimlerde mesleğin geleneklerine aykırı olarak düşünülmektedir. Bu bakımdan çoğu zaman hastalar sağlık hizmetini veren hekimlerin uyguladıkları fiyatlardan dahi habersiz olabilirler (Harcar, 1991: 39).

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

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

Bir hizmetin farklı satıcıları arasında standardizasyonu genellikle imkansızdır. Hatta bir hizmeti, tek bir hizmet sağlayıcı içinde standardize etmek bile çok zordur. Sağlık hizmetleri, hizmet sektöründeki standardizasyon eksikliğinin örneği olarak sıklıkla gösterilir. Ancak bu, Toronto Shouldice Hospital gibi tek tip

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

Günümüzde birçok sağlık kuruluşu pazarlama fırsatlarıyla olduğu kadar pazarlama problemleri ile de karşılaşmaktadır. Bu hastanenin mülkiyet yapısına (kamu, özel), büyüklüğüne ve hizmet türüne (genel, özel dal, araştırma vb.), yerleşim konumu veya hizmet bölgesine (kırsal, kentsel, metropol) ve bölgedeki hastane sayısına, sahip olduğu pazar payına göre değişmektedir. Sağlık kuruluşları genellikle yakın kamu gözetimine maruz kalırlar. Çünkü bu kuruluşlar ihtiyaç duyulan kamu hizmetlerini verirken kamudan destek görürler, genellikle vergiden muaftırlar ve bir şekilde yasal düzenlemeye tabi tutulurlar. Yasa düzenleme organları sağlık kuruluşlarının pazarlama stratejileri seçmelerini kısıtlamaktadır. Sağlık kuruluşları genellikle kendi ürün hattı veya hizmet politikalarını belirleyemezler. Bazı durumlarda onlara emredilir. Örneğin; belirli fiyatla hizmet vermeleri, belirli hasta türüne hizmet etmeleri şart koşulur.

Sağlık hizmetleri pazarlamasında görülen temel problemlerin nedenlerinden birisi de hasta talebinde görülen zaman ve miktar belirsizlikleri ve dalgalanmalardır. Örneğin; kış sezonunda hastanelerde talep yoğunluğu görülürken, hafta içi akşamları, hafta sonlarında ve yaz aylarında talepte düşüşler görülmektedir (Tengilimoğlu, 1997: 23,24).

3.5.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Getirilen Eleştiriler

Sağlık hizmetleri pazarlamasına yöneltilen eleştiriler aşağıdaki başlıklar halinde ele alınacaktır.

Pazarlama Kıt Kaynakların Boşa Harcanmasına Neden Olur: Sağlık hizmetleri konusunda pazarlamaya yöneltilen en önemli eleştiri pazarlama faaliyetlerinin gereksiz masrafa yol açtığı şeklindedir. Bu eleştiriler aslında özellikle diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi daha ziyade tutundurma harcamalarına yöneliktir. Şüphesiz; sağlık hizmetleri konusunda yapılan tutundurma harcamalarına yönelik eleştirilere verilecek cevap, genel olarak tutundurma faaliyetlerini lüzumsuz masraf olarak görenlere verilen cevapla benzer olacaktır. Burada doğal olarak sağlık hizmetleri kuruluşlarının yaptıkları tutundurma faaliyetlerinin karşılığını alamadıkları takdirde lüzumsuz masraftan söz etmek mümkün olabilir. Ancak tutundurma harcamalarının asıl amacı sağlık hizmetleri kuruluşlarına yeni masraflar eklemek yerine yeni gelir kaynaklarının sağlanmasıdır.

Günümüzde gerçekte sağlık hizmetleri konusunda yapılan tutundurma harcamaları diğer konularda yapılan harcamalarla karşılaştırılacak olursa çok düşük düzeydedir. Örneğin A.B.D.’de havayolu taşımacılığında toplam gelirlerin % 14’lük bölümü tutundurma harcamalarına giderken sağlık hizmetleri konusunda bu rakam onda biri bile bulmamaktadır (Harcar, 1991: 39).

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

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

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

Pazarlama Yönlendiricidir: Sağlık hizmetleri pazarlamasına tenkit konusu olan bir başka husus bu konudaki pazarlama çabalarının kişileri kendi arzuları dışında belirli şekilde davranmaya yönelttiği şeklindedir. Örneğin pek çok sigara tiryakisi çeşitli kanser enstitülerinin açıklamalarına karşı çıkmakta ve bu açıklamaların insanları kendi istekleri dışında hareket etmeye zorladıklarını savunmaktadırlar (Harcar, 1991: 40).

Pazarlamanın etkileme ve istenmeyen davranışlara yol açma gücü sağlık hizmetlerinde de kullanılabilmektedir. Pazarlamanın bazı yanlış uygulamaları diğer alanlarda da ortaya çıkabilmektedir. Yöneticiler bu konuda biraz daha duyarlı ve dikkatli olarak bu sorunun üstesinden gelebilirler (Odabaşı, 1994: 32).

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

Pazarlama Gereksiz Talep Yaratır: Bu eleştiri tartışmaya açıktır. Örneğin, tansiyon ölçümü için yapılan pazarlama kampanyası sonucunda oluşacak aşırı ve bazen gereksiz talebin olumlu biçimde kabul edilmesi gerekmektedir. Bunun yanında, estetik cerrahi uygulamalarının bazı durumlarda gerekli olmayan bir talep sonucu doğduğunu öne sürenler vardır. Ancak, insanlara istemediği ve ihtiyacı olmadığı bir hizmeti sunmak tıp standartları tarafından önlenmiştir (Odabaşı, 1994: 32).

Pazarlama Hastalar Arasında Ayırım Yapılmasına Neden Olur: Bu görüşüm savunanlara göre, sağlık hizmetleri pazarda alım satımı yapılan ve bu yolla fiyatı oluşan herhangi bir mal ve hizmet gibi düşünülemez. Sağlık, oldukça kıymetli, temel bir ihtiyaç ve haktır. Dolayısıyla fiyatı, ne miktarda ve nerede alınıp satılacağı

Pazar güçlerine bırakılamaz. Bu nedenle sağlığın serbest rekabet düzenine ve sıkı bir denetim olmaksızın özel girişim eli ile üretimine izin verilemez (Karafakioğlu, 1998: 21).

3.6.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasını Destekleyen Görüşler

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

Pazarlama yönlendiricidir, boşa para harcamaktır, sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olur gibi eleştiriler, kötü örneklerde doğru olmakla birlikte, genel olarak kabul edilemez. Pazarlama kavram ve teknikleri sorumluluk sahibi kişilerce kullanıldıklarında, yaşam kalitesinin yükseltilmesine olumlu katkıda bulunurlar. Ters davranışlar ise toplumun haklı tepkisine neden olur. Toplum bu tür kurum ve kuruluşlara yaşam hakkı tanımaz. Pazarlama çoğu zaman hastane yönetimleri tarafından desteklenmemiş veya sihirli bir değnek sanılarak ondan gerçekleştiremeyeceği mucizeler yaratması istenmiştir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde bir hastane ise aldığı pazarlama yöneticisinden doğum kliniğine başvuran hasta sayısını bir yıl içinde iki katına çıkarmasını talep etmiş, ancak bu hedefi gerçekleştirmek için herhangi bir parasal veya beşeri kaynak sağlamamıştır.

Pazarlamanın sağlık kuruluşlarına katkısını objektif bir biçimde değerleyebilmek için önce ona gerek duyduğu maddi ve beşeri kaynakları sağlamak gerekir. Halbuki sağlık kuruluşları sanayi kadar ücret vermediklerinden yetenekli pazarlama yöneticileri bulmakta zorlanmışlardır. Bu sektör için pazarlama yöneticisi olarak yetişmiş çok az sayıda kişi olduğu için, sağlık kuruluşları, sanayiden

pazarlama yöneticisi sağlamak zorunda kalmış, bunların da birçoğu sektöre yabancı oldukları için başarılı olamamış, pazarlama adına kötü örnekler oluşturmuşlardır (Karafakioğlu, 1998: 27).

3.7. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Pazar Bölümlendirme

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

Sağlık kuruluşları müşterilerini çocuk ve çocuk hastalıkları (pediatri), kanser (onkoloji), göğüs hastalıkları kliniklerine başvuran hastalar gibi çoğu zaman sağlık sorunlarına ve bunlara teşhis ve tedavi hizmetleri sunan servislere göre bölümlendirirler.

Sağlık kuruluşları tarafından hastalık ve hastaları sınıflandırmak amacı ile kullanılan bir diğer ayırım ise, bunların ağır, hafif ve kronik şeklinde bölümlendirilmesidir. Bir diğer klasik ayırım ise, hastaların ayakta ve yatakta olarak gruplandırılmasıdır (Karafakioğlu, 1998: 46).

3.7.1.Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Pazar Bölümlendirmenin Tanımı

Heterojen bir bütün pazarın nispeten benzer mamullere ihtiyaç duyan tüketici gruplarına (veya pazar bölümlerine) ayrılması işlemi pazar bölümlendirme olarak ifade edilir. Bu yaklaşımın gerisinde yatan mantık, işletmenin pazarın her belirgin bölümünün ihtiyaçlarının ayrı bir pazarlama karması ile –tüm tüketicilerin ihtiyaçlarının tek pazarlama karması ile karşılamaktan- daha iyi karşılanabileceği düşüncesidir.

İşletmelerin heterojen bir pazardaki tüm tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılayacak bir pazarlama karması geliştirmeleri hayli zordur; bu yüzden de farklı zevk ve tercihlere, farklı gelir gruplarına göre değişik mamul tipleri ve modelleri

geliştirilir. Böylece farklı modellerde kıyafetler, otomobiller, mobilyalar vb. ortaya çıkar. İşletme yönetimi bir bütün pazarı bu şekilde birçok bölüme ayırdıktan sonra, en başarılı olabileceği bir veya daha fazla bölümü kendisine hedef pazar seçer, sonra da seçtiği her bölüm için ayrı bir pazarlama karması geliştirir (Mucuk, 2000: 106, 107).

Sağlık kuruluşları için pazarlama stratejisi pazar analizi ile başlar. İlk olarak, sağlık hizmetleri kullanıcılarının belirlenmesi gerekir. Mevcut ve potansiyel kullanıcıların büyüklüğü ve gelişmeleri tahmin edilmeye çalışılır. Sonraki aşamada, pazar bölümlere ayrılarak türdeş özelliklere göre sınıflandırılır. Pazar bölümlendirme, yerleşim, demografik ve davranışsal özelliklere göre yapılabilir. Pazar bölümlendirmesi sonucunda ortaya çıkan alternatif pazarlar fırsatlar açısından değerlendirilir. Bir ya da birkaç pazar seçilerek bunlara yönelik gerekli pazarlama karması oluşturulur. Hedef pazarlama olarak bilinen bu uygulama ile beklentiler ve sağlanacak yararların en yükseğine ulaşılmaya çalışılır. Pazarın analizi, pazarı oluşturan tüketicilerin sosyo-psikolojik özelliklerinin bilinmesi ile tanımlanır. Sağlık hizmetlerinin kullanımını belirleyen belirleyicilerin iyi analiz edilmesi ve satın alma karar sürecinin incelenmesi ile pazarlama programlarını sağlıklı zemine oturtabilmek olanaklıdır (Odabaşı, 1994: 44). Pazarın alt bölümleri olarak farklı tüketici gruplarının ihtiyaçları belirlenip, her grup için ayrı pazarlama programı oluşturmakla tüketici ihtiyaçları daha iyi karşılanır.

En karlı, en cazip pazar bölümlerine yönelinir. Tutundurma mesaj ve araçları daha spesifik gruplar için ayrı ayrı düşünüleceğinden daha etkin ve verimli olur. Pazardaki değişimler daha iyi izlenir. Toplam pazar yerine spesifik pazar bölümlerine yönelik olarak çalışan yönetim, genelde pazarlamayı daha iyi yapar ve kaynakları daha etkin olarak kullanır (Ergin vd., 1999: 13).

3.7.2. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Etkin Pazar Bölümlendirme Koşulları

Pazar bölümlendirmenin başarılı olabilmesi için bazı önemli koşulların gözden kaçırılmaması gereklidir. Bunlardan ilki bölümlendirmede kullanılan değişkenlerin “anlamlılığıdır”. Yaş, yanık tedavisi gibi bir sağlık hizmeti için anlamlı bir bölümlendirme kriteri olmayabilir. Bu nedenle bölümlendirmenin anlam taşıyan değişkenlere göre yapılması gerekir. İkinci önemli koşul ise “ulaşılabilirliktir”. Ulaşılabilirlik, sağlık kuruluşunun belirlemiş olduğu pazar bölümlerine hizmet verebilme kapasitesi ile ilgilidir. Örneğin cerrahi müdahale gerektiren çocuk sayısının fazla olmasına karşın hastanede henüz bir çocuk cerrahisi kliniği olmayabilir.

Bir diğer koşul, hedef alınan pazar bölümlerinin sağlık kuruluşu açısından yeterli bir “büyüklüğe” başka bir deyişle, satış potansiyeline sahip olması gerekir. Örneğin, çevrede zaman zaman yanık vakaları olabilir, ancak sayıları azsa bunlar için yatırım yaparak, özel bir yanık merkezi açmak anlamlı olmaz (Karafakioğlu, 1998: 49–50).

3.7.3. Pazar Bölümlendirme Çeşitleri

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

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

Coğrafi Bölümlendirme

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

Sosyo-Demografik Bölümlendirme

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

Psikografik Bölümlendirme

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

Davranışsal Bölümlendirme

Pazar tüketicinin mamule ilişkin davranış özelliklerine göre de bölümlendirilebilir. Bunun en çok kullanılan iki temeli istenilen yararlar (yarar bölümlendirmesi) ve kullanım hızıdır (Mucuk, 2000: 110). Örneğin yaşlılarla gençlerin beklentileri bir değildir. Yaşlılarla anlaşmak daha zor olabilir. Yine kullanım hızı (satın alma frekansı) pazarlamacılar tarafından çok sık kullanılan bölümlendirme biçimidir. Mal ve hizmetleri sık ve yoğun bir biçimde satın alanlar genelde pazarın yüzde olarak küçük bir bölümünü oluşturmalarına karşın, getiri açısından en önemli bölümünü oluştururlar. Sağlık kuruluşları da diğer işletmeler gibi genelde gelirlerinin yüzde seksenini hastalarının yüzde yirmisinden sağlarlar. Bu tür hastalar sadece devamlı müşteriler oldukları için değil, aynı zamanda etkili bir referans grubu oluşturdıkları için de önemlidir (Karafakioğlu, 1998: 46,50).

3.7.4.Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Stratejileri

1.Sağlık Hizmetlerinde Hedef Pazar Seçimi

Hastanenin toplumdaki imajı ve şöhreti, pazar payını ve gelecekteki pazar durumunu etkileyecektir. Hasta kullanım ile hasta türleri, hastanın ödeme türleri hastanede kalış süreleri gibi konular incelenmektedir. Sağlık personelinin sayısı ve niteliği diğer faktörler kadar önemlidir. Doktorların uzmanlık alanları ve kullandıkları tıbbi cihazlar, hasta sevkleri gibi konular olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek alanlar olmaktadır.

Uygun biçimde tanımlanan pazar bölgesi çok önemli karar alanını oluşturabilmektedir. Farklı hizmetler için farklı pazar alanlarına girme planlanıp uygulanabilir. Örneğin, kemik hastanesi, kanser hastanesi gibi ihtisas hastaneleri çok geniş bölgelerden hastalara hizmet sunabilmektedir. Hastaların nasıl hastaneye getirildiği, nasıl gerekli hizmetlerin verildiği ve hangi rekabet koşulları altında bunların gerçekleştirildiği “pazardaki yeri” belirlemedeki faktörlerdir. Ayrıca sevk ve gönderimlerin pazarları etkileyen bir unsur olduğunu da belirtmek ve göz önünde tutmak gerekmektedir.

Tablo 3.1: Bir Sağlık Kuruluşunun Pazar Potansiyelinin Değerlendirilmesi

Bir Sağlık Hizmeti Örgütünün Pazar Potansiyeli Şu Konuların Bir Fonksiyonudur

Endüstri Pazar Tahmini

Tüm pazar ne kadar büyük?
Pazarın büyüyeceği beklenmekte midir?
Büyüme tahminleri nelerdir?

Pazardaki Rekabet

Pazarda yer alanların mevcut sayıları
Bunların büyüklüğü, pazardaki payları
Yeni girecekler hakkındaki beklentiler

Söz Konusu Kuruluşun Beklenen Pazarı

Şimdiki pazar payının durumu
Kaynak göz önünde bulundurularak beklenen gerçekçi büyüme oranı
Pazar potansiyeli ve rekabet göz önünde bulundurularak pazarda ne kadar yayılma yapılmalıdır.

Kaynak: Odabaşı,Y., Oyman M.; “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”,Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No:409,s:38,1998

Tüketiciler pazarında ve örgütsel pazarlarda, ilgili bölümlerde açıklandığı gibi, alıcıların farklı ihtiyaç ve istekleri, farklı satın alma davranışları söz konusudur. Bu nedenle, tüm alıcılara hitap edebilecek mamul ve hizmetleri sunmak çoğu zaman işletmelerin gücünü aşar. İşletmeler, satın alma davranışı bakımından nispeten homojen daha küçük Pazar bölümlerine yönelerek bu bölümlerde etkin olmaya çalışırlar (Odabaşı,1998: 30).

Bu yaklaşım işletme, ihtiyaçlarda, isteklerde satın alma davranışlarında farklılıkları göz önünde bulundurarak alıcıları, daha homojen gruplara, yani pazar bölümlerine ayırır, bu bölümlerden bir veya bir kaçını seçerek bu bölümlere uygun mal ve hizmet sunar. Böylece işletme, pazar fırsatlarını daha iyi görebilir ve değerlendirebilir. Bu durum daha etkin pazarlama karması oluşturabilmesine olanak verir. Hedef kitleyi belirlemek üç aşamada oluşmaktadır (Yükselen,2003: 26):

- Pazar bölümlleme
- Pazar hedefleme
- Pazar konumlandırma

Tablo 3.2: Pazar Bölümlendirme, Hedefleme ve Konumlandırmada Aşamalar

PAZAR BÖLÜMLEME	PAZAR HEDEFLEME	PAZAR KONUMLAMA
1.Bölümleme kriterlerini tanımlama pazarı, bölümlleme	3.Her bölümün çekiciliğini değerlendirme	5. Her bir pazar için olası konumlandırma kavramını tanımlama
2. Pazar bölümlerinin profillerini geliştirme	4. Hedef bölüm seçimi	6. Konumlandırma kavramını seçme, kavramını geliştirme ve iletme

Kaynak: Kotler P.; Marketing Management, Analysis, Planning, Implmentation, and Control, Ninth Edition, Prentice Hall, Inc. s.249, 1997

Tablo 3.2’de görüldüğü gibi, işletme, bir takım kriterleri kullanarak pazarı bölümlere ayırır, her bir bölüme ayrı pazarlama karması oluşturma olanağı sağlar. Belirlenen bölümlerin profilleri çıkarılır; her birinin rekabet, pazarın büyüklüğü, büyüme hızı vb. açısından çekiciliği değerlendirilir; uygun görülen bölüm veya bölümler seçilerek her bir bölüm için konumlama stratejisi geliştirilir, strateji uygulamaya konur (Yükselen, 2003: 26).

2.Sağlık İşletmelerinde Pazarlama Yönetimi Hizmet Pazarlaması

Sağlık hizmetlerinin pazarlanması konusu 1970’li yılların ikinci yarısında ortaya atılan bir kavramdır. Sağlık hizmetleri endüstrisi, son 50 sene boyunca ciddi biçimde ilerlemiş bulunmaktadır. Buna rağmen 10 sene öncesine kadar, bireysel doktorlar kadar sağlık işletmeleri de, hizmetlerin pazarlanması gereğinin farkına tam olarak varamamıştır. Hizmetlerin pazarlanması, sağlık sektörü için yeni bir kavram

olmakla beraber, önemini korumaya ve arttırmaya devam edecektir (Corbin, Kelley ve Schwartz, 2001: 7).

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

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

Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesine ve yaygın biçimde kullanılmasına neden olan gelişmeler; artan maliyetlerin baskısı, sağlık hizmeti tüketicilerinin ihtiyaçlarının arttığının kabul edilmesi, özel sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak artışı, atıl kapasitede çalışmanın kayıp olarak değerlendirilmesi, hizmetlerin taklit edilmesi, personelin profesyonellik anlayışının gelişmesi, değişen hasta-doktor ilişkilerinin düzeyi, hastalığın önlenmesine yönelik artan ilgi, sağlık hizmeti sunanlara yönelik artan tüketici tatminsizliği, sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışıyla sunulması şeklinde özetlenebilir. Bu gelişmeler sonucunda, sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamaları önemli ve vazgeçilmez bir konuma gelmiştir.

Sağlık hizmetleri pazarlaması, “sağlık hizmeti tüketicilerinin neye ihtiyaç duyduğunu belirlemek, bu ihtiyaçları karşılamak için hizmetlere şekil vermek, yeni hizmetler üretebilmek ve hastalara sunulan bu hizmetleri kullanmaya teşvik etme sürecidir”(Odabaşı, 1994: 30).

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

Tablo 3.3: Pazarlamacıların Sekiz Ana Pazarlama Görevi

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

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

Sağlık hizmetinin pazarlanmasındaki zorluk, sağlık hizmetinin çok nadiren arzulanır bir ürün olarak tanımlanmasındandır. Hastane deneyimine ilişkin olumsuz duygular (ağrı, rahatsızlık ve kaygı) vardır ve bu sebeple satılması zordur. Sağlık hizmeti pazarlamacılarının odak noktaları hastalık değil, sundukları sağlık hizmetinin faydaları olmalıdır. Sağlık hizmetleri işletmeleri, tüketicinin uzun dönemdeki sağlığı ve yaşam kalitesinde yaptıkları değişiklikleri izlemelidirler. Sağlık hizmetinin tüketicinin hayatında yaptığı uzun vadeli değişiklikler hakkında bilgi sahibi olunabilmesi için tedavi sonrası birkaç aylık bir takip süresi gereklidir. Tüketicilere sunulan sağlık hizmetinin faydalarının anlatılması, sadece gelecekteki viziteler için yardımcı olmakla kalmaz, ayrıca ilişkiler geliştirmek için de temel teşkil edebilir. Her sağlık hizmeti tüketicisi, yatırıma önemli bir getiri veren ve hayat boyu süren bir değere sahiptir (Wolf, 2001: 13).

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

3.Sağlık Kurumlarının Pazarlama Sürecini Etkileyen Faktörler

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

Teknolojik Faktörler: Günümüzde sağlık sektörünün büyümesi ve pazarlamada uzmanlaşmanın yoğunlaşması, sağlık hizmetlerinin pazarlanmasını ayrı bir uzmanlık dalı haline getirmiştir. Bunda, özellikle sağlık hizmetleri teknolojisindeki ilerlemelerin büyük rolü vardır (Welch ve Kleiner, 1995: 32). Teknoloji geliştikçe, sağlık hizmetleri daha çabuk, güvenilir bir biçimde arz edilebilmektedir. Örneğin, kardiyolojik teşhiste kullanılan birçok tıbbi gereç eskiden sadece sınırlı sayıda hastanede mevcutken bugün birçok özel klinikte vardır. Ancak, hızla gelişen ve değişen tıp teknolojisi bir yandan teşhis ve tedavinin kalitesini yükseltirken, diğer yandan da bu malzemelerin yaşam süresini kısaltmakta, sağlık kuruluşlarını sürekli yeni yatırımlar yapmaya zorlamakta, bu da teşhis ve tedavi giderlerini yükseltmektedir (Karafakioğlu, 1998: 45).

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

Rekabetçi Çevre: Rekabet ortamında varlığını sürdürmek isteyen işletmenin yapması gereken, rakipleri yakından izlemek, güçlü ve zayıf yönlerini saptayarak, buna göre gerçekçi ve etkili pazarlama politikaları belirlemektir. Rakipler karşısında üstünlük kazanabilmek için onların henüz tam olarak karşılayamadığı ihtiyaçları belirleyip pazara sunmak başka bir ifade ile boşlukları yakalamak gerekir. Bunun gerçekleştirilmesi halinde işletme kendini rakiplerinden farklılaştırmış olur. Rekabet ortamında başarılı olabilmenin ilk kuralı, pazarda rakiplerden farklı bir konuma, başka bir ifade ile rakiplerden üstün bir imaja sahip olmaktır (Karafakioğlu, 1998: 40,41). Devitt (1992: 9) hastane yöneticilerinin pazarlamayı benimsemelerini Tablo 3.4’de gösterilen dört evre halinde karakterize etmiş ve her bir evredeki pazarlama çabasının etkide bulunması için belirli bir zamana gerek olduğu sonucuna varmıştır (Tengilimoğlu, 1997: 23).

Tablo 3.4: Hastanelerin Pazarlamayı Benimsemesinde 4 Aşama

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

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

3.8. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması

Pazarlama karması; pazarlama faaliyetlerinde yer alan pazarlamanın 4P'si, yani ürün (product), fiyat (price), yer (place) ve tutundurmadır (promotion). Ancak sağlık kuruluşları ve sağlık hizmetleri için bu karma; hizmet, fiyat, ulaşılabilirlik ve tutundurma (HFUT) şeklinde kullanılmaktadır (Özgülbaş ve Malhan,2000:72).

Hizmet karması, hizmet alanının genişliği, hedef pazarın ihtiyaçları ve rekabetin büyüklüğü gibi faktörler değerlendirilerek belirlenir. Gerekirse hedef pazarın ihtiyaçlarını karşılamak için genişletilip, küçültülebilir ya da özelleştirilebilir. Hedef pazarın değişimi, sağlık hizmeti ihtiyaçlarının değişimi, davranış değişiklikleri, rekabet ve teknolojik gelişmeler hizmet karmasına etki etmektedir. Örneğin yeni bir koroner by-pas teknolojisinin gelişimi ve bir hastanede kullanılması o hastanenin hizmet karmasını etkilemektedir.

Hizmet

Mamul sadece fiziksel bir mal değildir, aynı zamanda müşteri memnuniyetini sağlayan bir araçtır. Mamul aynı zamanda bir mal, bir hizmet, bir grup mal, bir grup hizmet ya da bir mal ve hizmet kombinasyonu da olabilir (Özgülbaş ve Malhan, 2000: 72).

Sağlık kuruluşları, hasta bakım hizmeti üreten bir sistemdir. Sistem yaklaşımına göre hastanelerin girdileri olarak hastalar, doktorlar, çalışanlar, teçhizat, stoklar ve bina sayılabilir. Çıktıları ise taburcu edilen hastalar, gelişmiş doktor becerileri, gelişmiş toplum sağlığı, çalışanların tatmini ve toplum memnuniyeti sayılabilir (Ak, 1990: 26).

Sistemin ana girdisi olan hastalar, değişik sağlık istemleriyle gelen, bireysel olarak farklı biyolojik ve sosyal özelliklere sahip girdilerdir. Diğer üretim sistemlerinde sadece bir veya birkaç materyal değişim sürecinde çıktıya dönüşürken; hasta bakım sisteminde her biri diğerinden farklı hasta (esas materyal) çıktıya dönüştürülmeye çalışılmaktadır. Hasta bakım sisteminin dönüşüm sürecinde esas girdi olan hastanın özelliğine göre muayene, teşhis, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon

süreçlerinin bir ya da bir kaç ve endirekt olarak da Araştırma-Geliştirme ve Koruyucu Hekimlik faaliyetleri yer almaktadır. Hasta bakım dönüşüm süreçleri sürekli olarak birbiriyle ilişki halindedir ve birbirini tamamlar (Ersoy ve Menderes, 1993: 41). Dönüşüm süreci sonunda iyileşmiş, kısmi iyilik halinde veya ölü hasta ve toplumsal memnuniyet çıktıları sağlanır. Ölüm istenmeyen çıktı olarak nitelendirilirse, iyileşme ve kısmi iyilik istenen çıktı olur ve sonuçta hasta memnuniyeti çıktısı oluşturulur.

Fiyat

Girdi - çıktı süreci sırasında hizmet için bir fiyat ödenir. Fiyat, tüketici tarafından direkt olarak ödenmiyorsa, hasta bakım süreci önemli olmayabilir. Üçüncü taraflar tarafından ödeniyorsa yüksek fiyatlı hizmetler tercih edilebilir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin fiyatları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. Sağlık sigortası kapsamında olan hastalar için fiyat talepte etkili olmamaktadır. Özel sigorta sisteminde ise, sigorta şirketleri belli fiyatlar ile hastanelerle anlaşmaktadır (Özgülbaş ve Malhan, 2000: 72).

Fiyatı belirlerken sağlık hizmeti sunan kuruluşlar sektörün şu özelliklerine dikkat etmelidirler.

- Parası olan, olmayan herkese hizmet verme zorunluluğu vardır.
- Hastanın sağlık hizmeti ihtiyacını hekim belirlediği için hizmeti sunanla alan adeta özdeşleşir.
- Hasta kendisine verilen hizmeti çoğunlukla seçemez. Ucuz ürün arayamaz.
- Hasta için asıl olan hizmetin kalitesidir.
- Hastaya sabit bir fiyat önermek zordur.
- Sağlık hizmetlerinin acil niteliğinden dolayı hasta pazar hakkında bilgi sahibi değildir.

- Sağlık hizmetlerinde optimal fiyat farkı anlam taşır (Usta Yüksek Lisans Tezi, 2000).

Ulaşabilirlik

Sağlık hizmetine ulaşabilmek önemlidir. Ulaşabilirlik hizmetin nerede sağlandığı ve onu elde etmenin kolaylığıdır. Coğrafik yerleşim ve hizmet saatleri tüketicileri etkileyen faktörlerdir. Ulaşabilirlikte kişisel kolay kullanılabilirlik, sağlık hizmetlerinin bütünlüğü ve miktar olarak uygunluk söz konusu olmaktadır.

Tutundurma

Tutundurma bir işletmenin mal ya da hizmetinin satışını kolaylaştırmak amacıyla üretici ya da pazarlamacı işletmenin denetimi altında yürütülen, müşteriye ikna etmek amacına yönelik; bilinçli, programlanmış ve eşgüdümlü faaliyetlerden oluşan bir iletişim sürecidir (Usta Yüksek Lisans Tezi, 2000). Bir hizmet işletmesi olan hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları tutundurma faaliyetleri ile aktarmak istedikleri mesajları hedef aldıkları gruplara ulaştırırken, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyanlar da kendileri için gerekli olan bilgilere ulaşmış olurlar. Sağlık kuruluşları ve hastaneler oldukça karışık bir psiko-sosyal sistem özelliği gösterirler. Sağlık kurumlarının birer psiko-sosyal sistem oluşu etik ve hukuki tartışmaları beraberinde getirmektedir. Özellikle tutundurma ve reklam, sağlık hizmetleri pazarlamasındaki hassas konular olarak görülmektedir (Usta Yüksek Lisans Tezi, 2000).

3.8.1.Diğer Pazarlama Karması Elemanları

Özellikle profesyonel hizmetlerin pazarlanmasında hizmetin kalitesi, hizmeti veren kişiyle çok yakından ilişkilidir. Müşteriler, aldıkları hizmetin yalnızca teknolojinin iyi olmasına bakmazlar; aynı zamanda hizmetin kalitesine de oldukça fazla değer verirler. Örneğin başarılı bir ameliyat gerçekleştiren cerrahın becerisi ve hastaya güven vermesi çok önemlidir. Bu durumlarda profesyonel hizmet verenler ile hizmet alanlar arasındaki karşılıklı ilişkilerin etkisi hizmet pazarlamasında çok önemli bir yer tutmaktadır.

Bir hizmet işletmesi, hizmeti sunmada, rekabette üstünlük sağlamak ya da farklı hizmet pazarlayabilmek için, pazarlama karması elemanlarından 4P'ye ilave olarak 3P diye adlandırılan insan unsuru (people)-katılımcılar, fiziksel çevre (physical environment) ve süreç yönetimi (process) gibi pazarlama karması elemanlarına önem vermek durumundadır. (Karahana,2000:36)

Fiziksel Ortam

Fiziksel ortam, hizmetin satın alma kararında, hizmetten sağlanan doyumda ve tekrar satın alınmasında önemli bir etkidir. Fiziksel ortamın işletme çalışanları ve tüketiciler için aynı anda cevap verecek şekilde düzenlenmesi hem işletme içi örgütsel amaçlara, hem de işletme dışı pazarlama amaçlarına ulaşabilmesi sağlanacaktır (Üner, 1994: 26).

Sağlık hizmetlerinde hastalar göremedikleri hizmetleri değerlendirmek için görülebilir ipuçları ararlar. Örneğin özel bir kliniğe başvurdıklarında sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini, kliniğin genel görünüşü, orada karşılaştığı kişiler, gözlerine çarpan büro gereçleri ve tıbbi aletler ve benzeri faktörlere göre değerlendirirler (Tengilimoğlu, 2000: 216).

Müşteriler, hizmet personeli ile olduğu kadar hizmetin üretiminde kullanılan araç ve gereçlerle de ilgilenirler ve beklenen hizmetin verilmesinde araç-gerecin, yerin ve bu yerde bulunan diğer fiziksel varlıkların her birinin rolü vardır. Örneğin, sağlıkla ilgili tedavilerde, hasta için doktor ve diğer personel kadar, o ortamda kullanılan malzemeler, araç-gereçler ve temiz, sağlıklı ve düzenli bir ortamın da önemi büyüktür (Karahana, 2000: 36).

Fiziksel ortam tüketicinin satın alma öncesinde aradığı ipuçlarını vermesi açısından oldukça önemli bir kaynaktır. Elde edilen bulgulara bakıldığında kalınan odanın ihtiyaç duyulan konforu sağlaması ve temizliği, yemeklerin yeterli sıcaklıkta ve lezzette olması, hastanede aranılan yerlerin rahatlıkla bulunması, park yeri gibi olanaklar konusunda tatminsizlikler görülmektedir. Öte yandan fiziksel olanaklar sadece hasta tatmininin sağlanmasında değil, personelin de tatmininde etkili olmaktadır. Bu nedenle fiziksel olanaklar her iki tarafın gereksinim ve isteklerine

cevap verebilecek şekilde düzenlenmelidir. Personelin bütün gün o kuruluştaki çalıştığı göz önünde bulundurulduğunda, onlara işlerini neşeli bir şekilde yerine getirmesini sağlayan olanaklar da yaratılmalıdır. Personelin neşeli ve mutlu olması dolaylı olarak hastaların tatmin düzeyini de etkileyecektir (Kardeş,1994:114).

Katılımcılar

Katılımcılar, işletmenin hizmet personeli ile tüketiciler dahil tüm insan unsurunu kapsar. Tüketici hizmeti satın alma esnasında hizmet personeli ve diğer müşteriler ile bir araya gelir. Hizmetin kalitesi ve beklentiler, personel ile diğer müşterilerin görünüm ve davranışlarından etkilenir. Bu özellikler sağlık sektöründe büyük önem arz eder.

Özel hastanelerde hastaların büyük kısmı hekim ismine gitmektedir (Odabaşı, 1998: 70). Hasta tatmininin sağlanmasında tüm çalışanların (doktorlar, hemşireler ve diğerleri) tatminin sağlanmasında büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle de hasta ve yakınları ile direkt temasta bulunanlar ile bunlara destekleyici hizmetleri veren personel grup çalışması ruhu ile müşteri tatminini arttırmak amacıyla motive edilmeli ve eğitilmelidir.

Uzun süreli yaşamayı hedefleyen sağlık kuruluşu, hizmet aktivitelerinin yegane amacının hasta olduğu bilincinde olmalıdırlar. Sağlık kuruluşunun pazarlama kavramının bütün çalışanlara yeterince açıklanmış olması gerekmektedir. Çalışan personel kendilerinin sağlık kuruluşunun en iyi pazarlama malzemesi olduğunu bilmesi gerekmektedir. Sağlık kuruluşunu temsil eden birey sağlık kuruluşu hizmetleri hakkında doğru bilgilere sahip olması gerekmektedir. Bu nedenle sağlık kuruluşunun, personelinin çok iyi şekilde, hem sağlık kuruluşu politikası ve gidişatı konusunda hem de çevresel ve resmi koşullar konusunda eğitmeli, bu önemli sorumluluğu yükleyerek sağlık kuruluşuna sahip çıkmalarını sağlamalıdır.

Özellikle hasta kabulde çalışan bir elemanın ses tonundan, laboratuvar bankosunda çalışan arkadaşın yüzüne bakmadan işlem yapmasından, katta kendisine güler yüzlü davranmayan hemşiresinden, problemini anlatmak için gittiği başhemşire, başhekim veya hastane müdürünün kendisi ile yakından

ilgilenmemesinden, empati kuramamasından şikayet edebilir. Her ne kadar hastanın karakteri ve sosyo-kültürel seviyesi değişik beklentileri beraberinde getirirse de hastanenin yapısına göre kapıdan içeri girdiği andan itibaren bu beklentiler değişebilir (İsorti, 1994: 49).

Süreç Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde talep düzensiz niteliktedir ve belirli bir hastalığın tedavisi ya da önlenmesi ile ilgilidir. Sağlık hizmetinin talebine etki eden faktörler arasında gelir düzeyi, eğitim durumu, fiyat ve en önemlisi bireyin içerisinde bulunduğu ve algıladığı sağlık durumudur. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunucusu (doktor vb), tüketicinin (hastanın) talebini etkileyen bir konumdur. Doktor bilgi ve deneyimlerine dayanarak diğer sağlık hizmetlerine olan talebi tavsiyesi ile arttırabilmektedir. Laboratuvar hizmetlerine, diğer hastane hizmetlerine, sağlık personeline, ilaçlara olan talep ikincil taleptir ve bunların çoğu doktorlar tarafından türetilirler (Odabaşı, 1998: 46).

Süreç yönetimi, hizmetin tüketicinin ihtiyaç duyduğu zamanda “hazır bulundurulmasını ve tutarlı kalitede sunulmasını” kapsamaktadır. Hizmetlerin stoklanamayışı ve talepteki dalgalanmalar, bazen tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılayamama durumunu ortaya çıkarmaktadır. Bu durumu ortadan kaldırmak için, talep artışı olduğunda personelin çalışma saatlerinin arttırılması, ilave personel istihdamı, çalışanlar arasında rotasyon yapma gibi önlemler alınır. Düşük talep dönemlerinde ise, personel indirimine gitme yanında tüketiciler ile doğrudan ilişkiye geçmek etkili uygulamalar olarak düşünülebilir (Üner, 1994: 112).

Sağlık hizmetleri pazarlamasında süreç yönetimini amaçları genel olarak şöyle sıralanabilir (Gümüş, Yüksek Lisans Tezi, 2005):

- Hasta odaklı yönetimin teşvik edilmesi,
- Sağlık kuruluşunun önceliklerine sistematik yaklaşım getirilmesi,
- Fonksiyonel sınırların ortadan kaldırılarak, fonksiyonlar arası ilişkilerin geliştirilmesi,

- Katma değer yaratmayan faaliyetlerin belirlenmesi,
- Kaynakların etkin kullanımının sağlanması,
- İyileşme olanaklarının tespit edilmesi,
- Hızlı kara alma avantajı sağlanması,
- Sorumlulukların açıklıkla belirlenmesi,

Çoğu zaman bir sağlık kuruluşunda kuyrukta geçirilen uzun süre, oradaki görevlinin yavaş çalışması yüzünden değil, sürecin yanlış tasarımından dolayıdır. İnsana önem veren bu yöntemin biçiminde kişiler gerekli eğitimleri alarak kendilerini geliştirme veya becerilerine, daha uygun görevlere gelme imkanına sahiptirler. Bunlar sağlık kuruluşuna bağlılığı artıran unsurlardır. Açıkça tanımlanmış beklenti ve hedefler, basitleştirilmiş prosedürler, açık ve net iş tanımları, bireysel otoritenin artması ve beceri gelişimi süreç yönetiminin sağlık hizmetlerinde diğer getirileridir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KONUMLANDIRMA

4.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KONUMLANDIRMA

4.1. Konumlama Kavramının Tanımlanması

Pazar bölümlenip, hedef pazar seçildikten sonra ürün veya markanın pazarda konumlanması söz konusu olmaktadır. İlk kez 1972 yılında Reise ve Trout tarafından ortaya atılan ve pazarlama stratejisinin temeli olan konumlama, ürün ya da hizmetin, rakiplerine üstünlük sağlayacak şekilde farklı olması ve bu fark sayesinde tüketicinin zihninde algılanış şeklidir (Özer ve Diğerleri, 2007: 4).

Konumlama genel bir ifadeyle, “İşletmenin sunduğu ürün veya hizmeti ve imajını, hedef kitlenin zihninde farklı ve değerli bir yer edineceği şekilde tasarlama işlemi” olarak tanımlanır (Paley, 2006: 274). Konumlama, mevcut veya daha sonra piyasaya sürülecek ürünlerin veya markaların, uygulanan pazarlama politikası nedeniyle, tüketicinin zihninde sahip olduğu yer olup, tüketicilerin bu ürün veya markaları pazarda nereye yerleştirdiklerini gösterir (Zikmund ve d’Amico, 1995: 199).

Kotler konumlamayı “Bir işletmenin hedef pazar olarak belirli bir bölümü veya bölümleri seçtikten sonra, bu bölümlerde hangi pozisyonda olmak istediğinin belirlenmesidir” şeklinde tanımlamaktadır (Kotler, 1997: 191). Bir başka tanıma göre konumlama, işletmenin imajının ve değerinin tasarlanması faaliyetidir. Böylelikle müşteriler, işletmenin rakipleri arasındaki ilişkiyi anlayıp, değerlendirme olanağı bulur (Kotler ve Andreasen, 1996: 191).

İşletmenin imajının ölçülmesi anlamına da gelen konumlama imajdan daha fazla şey ifade eder. İmaj 1950’li yıllarda popüler olan bir terimdir ve ürünleri, işletmeleri, bir bireyleri ve yerleri tanımlamak için kullanılmıştır. İmaj, bir kişinin bir nesne hakkındaki inançları, fikirleri ve izlenimlerinin toplamı şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Konumlama ise, işletmenin imaj ve değer sunumlarını müşterinin zihninde düzenlemesidir (Kotler ve Andreasen, 1996: 189).

Her işletme ürünü veya markasını rakiplerin ürün ve markalarından daha iyi bir pazar konumuna yükselterek, rekabet üstünlüğü elde etmek ister. İyi bir pazar konumlaması için de öncelikle rakiplerin her birinin niteliklerini, sahip olduklarını tam ve doğru bir şekilde tespit etmek gerekir (Evans ve Berman, 1990: 238). Bu nedenle işletmeler kendi güçlü ve zayıf yönlerini dikkate alarak pazarı bölümlendirir, hedef pazarlarını seçer o pazarda konumlanırlar (Dibb, 1998: 394,402).

Konumlamada amaç, işletme yönetimi tarafından belirlenen stratejilerle ürün ya da hizmete karşı tüketicilerin dikkatini çekmek ve o ürün ya da hizmeti işletme lehine olumlu bir şekilde farklılaştırmaktır (Mercer, 1993: 143). İşletmeler belli bir ürün, hizmet ya da markaya alıcıların dikkatini çekmek ve benzerlerine göre olumlu yönde farklılaştırmaya çalışırlar (Kotler, 1997:254). Konumlamada farklılaşma sağlamada kullanılabilecek bazı yöntemler aşağıda açıklanmıştır:

—**Ürün Farklılaşması:** Ürün farklılaşmasında ürüne ekstra özellikler eklenerek farklılık sağlanmaya çalışılır. Örneğin otomobillere eklenen klima, otomatik camlar, hava yastığı, sunroof v.b. özellikler ürünü almak için yeni nedenler sağlar. Dolayısıyla bu yenilikler yeni müşterileri de beraberinde getirir (Pride ve Ferrell, 2000: 24).

—**Hizmet Farklılaşması:** Ürün gibi hizmetlerde de farklılaşma sağlanır. Bu farklılaşma hizmete yeni değer vermek ya da hizmet kalitesini artırmakla sağlanır (Candan, 2003: 60).

—**Personel Farklılaşması:** Bu farklılaşmada işletme rakiplerinde mevcut bulunan personelden daha da iyilerini bulur. Onları eğiterek rakiplerine karşı avantaj

elde edebilir. Örneğin Mc Donald's çalışanları naziklikleriyle, IBM çalışanları profesyonellikleriyle ünlenmiştir (Kotler, 1997: 291).

—**Kanal Farklılaşması:** İşletmenin dağıtım kanalında farklılık yaratması ile gerçekleştirilir. Dağıtım şeklinde, kapsama alanında, uzman olma veya bu konuda yüksek performans gösterme v.b. şekillerle farklılaştırmaya çalışılır.

—**İmaj Farklılaşması:** İmaj, tüketicilerin işletmeyi ve işletmenin ürünlerini algılama şeklidir. İşletme sembolünü, medyasını, değişik kılımlar imaj farklılaşması sağlar (Kotler, 1997: 283).

Farklılaşmayla ile her zaman başarı sağlanmaz. Başarılı bir farklılaşma için yaratılan farklılığın önemli, özel, üstün, müşteri tarafından rahat anlaşılabilir, taklit edilmemiş, satın alınabilir ve karlı olması gerekmektedir.

Hizmetlerde konumlama, hizmet işletmelerinin müşterilerinin en çok istedikleri özelliklere sahip hizmeti yaratmak ve en iyi şekilde sürdürmek için yaptıkları eylemler sayesinde mümkündür. Günümüzde artan rekabetin sonucu olarak hizmet işletmeleri tüm pazara hizmet sunmak yerine en fazla başarılı olacakları pazara hizmet sunmayı tercih etmektedirler. Hizmet konumlama da bu bölümlemenin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Timur, 2006: 142).

4.2. Konumlamanın Önemi Ve Faydası

Konumlama, işletme yöneticilerinin stratejik pazarlama kararları için oldukça önemlidir. Konumlama sayesinde işletmenin pazarlama yöneticileri müşterilerin işletme ürünü, markası veya kendisi hakkında ne algıladığını ortaya koyar (Bhat ve Reddy, 1998: 32). Başka bir ifadeyle işletme konumlama sayesinde pazarda yerinin neresi olduğunu anlar (Sheinin, 1998:137).

Konumlama pazarlama yöneticilerine, işletmenin yöneldiği tüketici kitlesini ve rakiplerini tanımasına da yardımcı olmaktadır. Çünkü konumlama pazar bölümleme ve hedef pazar seçiminden sonraki sürecin bir parçasıdır. Konumlama, ürün veya marka farklılaştırması faaliyetlerinin yürütülmesine de yardımcı

olmaktadır. Bu nedenle konumlama, işletmenin genel pazarı ve kendi pazarını tanıması sonucu odaklanması gereken noktaları görme imkânını verebilmektedir

Konumlama, tüketiciler açısından da önem arz etmektedir. Örneğin, konumlama ürün ve hizmetin tüketiciler tarafından değerlendirilmesini kolaylaştırmaktadır. Ürünün fiziksel özellikleri, üründen beklenen faydalar, rakiplerine karşı olan farklılıkları konumlama kararları ile ilintilidir. Konumlama sadece işletmenin ürünü veya hizmeti ile ilgili değil, işletmenin kendisiyle ilgili değerlendirmeleri de kapsamaktadır (Czinkota ve diğerleri, 1997:218).

Ürünlere kıyasla hizmetlerin kalitesi değerlendirilirken soyut özellikler dikkate alınmaktadır. Hizmetler üretildikleri anda tüketildikleri için standart bir işlem den her zaman söz edilemez. Hizmetler soyut olduğu için tüketicilerin deneyimleri ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle tüketicilerin hizmetleri değerlendirmelerinde güvenin önemi büyüktür. Hizmetin sahip olduğu konum tüketicilere satın almadan önce gerekli bilgileri sunarak güven oluşturmaktadır. Lovelock konumlamasının temel fonksiyonlarını ve faydalarını üç ana başlıkta toparlamıştır (1996: 170):

1. Konumlama ürün ve pazarlar arasındaki ilişkiyi kavramak ve ifade edebilmek için oldukça önemli bir araçtır. Bu sayede ürün tüketicilerin isteklerini ne kadar karşılamaktadır, belirlenen özelliklerde rakiplerle nasıl baş edebilmektedir sorularına da cevap bulmuş olur.

2. Pazar fırsatlarının belirlenmesini sağlar. Yeni ürünler için hedef bölümleri ve rakiplere göre fark yaratacak özelliklerin neler olduğunu belirler. Mevcut ürünlerin yeniden konumlanmasında aynı pazar bölümüne mi veya yeni pazar bölümüne mi girilecek, eklenecek, çıkarılacak veya değiştirilecek bir şeyler var mı, tanıtımı nasıl yapılacak gibi sorulara cevap arar. Eğer ürün tüketicileri tatmin etmiyorsa ya da rakiplere karşı başarılı olunamıyorsa ürün gözden çıkarılmalıdır.

3. Konumlama pazarlama karması ile ilgili işletmenin karar almasını kolaylaştırır. Örneğin, dağıtım stratejisinde ürün nerede sunulacağını ve ne zaman hazır bulunması gerektiğini belirlemeye yardımcı olur. Fiyat stratejisinde ise talep

edilecek fiyat ve kullanılacak faturalama ve ödeme prosedürleri belirlenir. Konumlama, iyi bir pazarlama araştırması ile toplanan verilerle oluşturulmuş pazar bölümlenmeden sonra belirlenen hedef pazara yönelik yapılırsa daha başarılı olur (Bir, 1988: 35).

Konulamada işletme üç etkenle karşı karşıyadır: Rakiplerin ve rakip ürünlerin, hizmetlerin konumlanmış durumları, tüketicilerin beklentileri ve işletmenin kendi ürün ya da hizmetine vereceği kişiliktir (Tuncer ve diğerleri, 1992: 109). Genel olarak bu stratejiyi belirlemek için öncelikle başlıca rakiplerin her birinin nitelikleri ve sahip olduğu imajı tam ve doğru olarak tespit etmek gerekir. Sonra işletme kendi sunduğu ürün veya marka için bir konum belirlemelidir. Çünkü konumlama stratejisinin başlangıç noktası, işletmenin başlıca rakipleri arasında nasıl algılandığının anlaşılmasıdır (Reibstein, 1985: 251). Bu noktada işletme kendi sunumlarının konumunu belirlerken rakiplerin sunmadığı ve hedef pazarın arzu edeceği faydaları ortaya koyabilmelidir. Böylece müşterilere niçin rakip ürün ve markaları değil de kendi ürün ve markalarına yönelmelerinin yararlarına olduğu vurgulanarak, etkilenmeleri mümkün olacaktır (Mucuk, 2001: 106).

İşletmelerin pazarda konumlanmalarında üç temel yaklaşım bulunmaktadır: Bunlar pazarda ilk olma, pazarda tek olma ve duygulara hitap edebilmedir. İşletmenin pazarda ilk olması, onun elde ettiği konumunu tutarlı bir şekilde devam ettirebilmesidir.

Pazarda tek olması, tüketicilere eşi olmayan ürünler sunabilmesi ve tüketicilerin de bunu o şekilde algılamalarıdır. Duygulara hitap edebilme ise ürünleri, markaları veya hizmetleri konumlarken tüketicilerin duygularına göre konumlayabilmektir (Fill, 1995: 245).

4.3. Konumlama Stratejileri Geliştirme Süreci

Konumlama stratejileri geliştirilirken bir takım aşamalardan geçmektedir. Aşağıda bu aşamalar anlatılmıştır.

—**Tüketicilerin Rakipleri Nasıl Algıladığını Belirlemek:** Tüketicilerin rakipleri algılama şekilleri, rakiplerin ürün ve hizmetlerini nasıl algıladıkları ile ilgilidir. Bu aşamada tüketicilerin hangi rakiplerin ürün veya hizmetlerini neden tercih ettiklerini, başka bir deyişle onları diğer ürün ya da hizmetten farklı kılan özellikler ortaya çıkarılır. Böylece rakiplerin tüketicilerce nasıl algılandığı belirlenir (Pride ve Ferrell, 2000: 281).

—**Rakiplerin Konumlarını Belirlemek:** Başarılı bir şekilde pazarda konumlanmak için rakipleri çok iyi tanımak gerekir. Rakiplerin kimler oldukları, mevcut pazarlama imkânlarının nasıl olduğu, rakiplerin güçlü ve zayıf yönleri bu süreçte belirlenir. Rakiplerin konumları belirlenirken işletmeler algılama haritalarından yardım alırlar.

—**Hedef Pazarı Analiz Etmek ve Girilecek Bölümü Belirlemek:** Hedef pazarın analizi pazarın bölümlenmesi sayesinde mümkündür. Pazar bölümlenmesi sayesinde pazarda yer alan tüketiciler, tüketicilerin istek ve ihtiyaçları belirlenir. Bu istek ve ihtiyaçlara göre işletmeler pazarlama çalışmalarını analiz ederler. Analiz yapılırken işletmelerin tüketicilerin nasıl bir ürün veya hizmet istedikleri, pazarda yer alan ürün veya hizmetleri nasıl değerlendirdikleri belirlenmelidir (Hammond ve diğerleri, 1996: 39,49).

Hedef pazar analiz edilip belirlendikten sonra, işletme kaç pazar bölümüne gireceğine karar vermelidir. Hedef pazar dilimi seçimi konumlama stratejisi geliştirmek açısından oldukça önemlidir. İşletme kaynakları, pazarın özellikleri ve rakiplerine göre hedef pazar bölümünü belirler (Bickert, 1997: 362,379).

—**Alternatif Konumlama Stratejileri Geliştirmek:** İşletme pazarda başarılı olmak için ürün sınıfı, fiyat, kalite, kullanıcı, rakipler, yarar, imaj standart konumlama stratejilerine ilaveten alternatif konumlama stratejileri de geliştirmelidir.

Fakat bu stratejileri geliştirirken pazarda oluşabilecek değişiklikleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

—**Konumlama Stratejisini Seçmek, Uygulamak ve Etkinliğini Kontrol Etmek:** Konumlama stratejilerinin geliştirilmesi sürecinde sırasıyla altı aşama belirlendikten sonra en uygun konumlama stratejisi seçilmelidir. En uygun konumlama stratejisi uygulanmadan önce belirli bir plan oluşturmak gereklidir. Bu planda tüketicilerinin zihninde nasıl bir konumlama yapılacağı ortaya çıkarılmalıdır.

Bu aşamada tutundurma çalışmalarına ağırlık verilmelidir. Daha sonra en uygun stratejiyle pazara girilmesi gerekir. Düzenli aralıklarla işletmenin pazarda var olmak istediği konumla tüketicinin algıladığı konumu karşılaştırmak gereklidir (Walker ve diğerleri, 1992: 209).

4.4. Konumlama Stratejileri

İşletmeler pazarda başarılı bir şekilde konumlanmak için rakiplerinden farklı olmak zorundadırlar. Dolayısıyla bu farklılığı yaratmak için çeşitli konumlama stratejileri seçmek zorundadırlar. İşletmelerin kullanabilecekleri belli başlı konumlama stratejileri şunlardır:

—**Ürün Sınıfına Göre Konumlama:** Bu konumlama stratejisinde ürünler açısından bir konumlama yapılmaktadır. İşletme kendi ürününü benzer ürünler sınıfında konumlamaktadır (Hiebing ve Cooper, 1991:120).

—**Ürünün Özelliğine Göre Konumlama:** Ürünün özelliği ile konumlanmasıdır. İşletme bu stratejide kendi ürününün farklı özelliklerini ön plana çıkarır. Bazı gıda ürünlerinin light (hafif) olduğunu ön plana çıkarması buna örnektir (Tek, 1999: 332). Örneğin Volvo'nun güvenilir olması, Hyundai'nin ucuz olması gibi. Burada önemli olan rakiplerin kullandığı aynı özelliğin kullanılmamasıdır.

Bazı durumlarda ise bir yerine iki özellik de kullanmak mümkündür. Örneğin, bir deterjanın hem beyazlatması hem de ekonomik olması gibi (Karalar, 2006: 34).

—**Fiyata Göre Konumlama:** Bazı ürün veya hizmetler yüksek fiyat, bazıları ise düşük fiyat stratejisi uygulayıp pazarda konumlanırlar. Düşük fiyat stratejisi ile konumlamada başarılı olmak için rakiplere göre düşük maliyetli ve tüketicilerin fiyata karşı duyarlı olmaları gerekmektedir (Reibstein, 1985: 253). Yüksek fiyat stratejisinde ise tüketicilerin fiyata karşı duyarlı olmamaları, ürünün kalitesi veya imajı konularına önem vermeleri gerekir (Bulut Yüksek Lisans Tezi, 2005: 16).

—**Kaliteye Göre Konumlama:** İşletmeler sıklıkla kaliteyi ön plana çıkararak konumlanırlar. Yüksek kaliteyle konumlanan işletmelerin kaliteli hizmetle de ürünlerini desteklemeleri gerekmektedir (Bulut Yüksek Lisans Tezi, 2005: 16).

—**Kullanım/ Uygulamaya Göre Konumlama:** Ürün belirli bir uygulama için en iyi olarak konumlandırılmıştır. Nike, ürettiği ayakkabılardan birini koşu için en iyi, bir diğerini de basketbol oynamak için en iyi olarak tanıtabilir.

—**Kullanıcıya Göre Konumlama:** Ürün, hedef bir kullanıcı grubu için konumlandırılmıştır. Çocuklar, yüksek gelir gruplarına sahip kişiler, kilo sorunları olanlar veya çeşitli meslek grupları hedef alınabilir. Örneğin, Apple Computer, bilgisayarlarının ve yazılımlarının grafik tasarımcılar için en iyi olduğunu iddia eder. Sun Microsystems, çalışma istasyonu olan bilgisayarlarını tasarım mühendisleri için en iyi bilgisayarlar olarak tanıtır (Karalar, 2006: 35).

—**Rakiplere Göre Konumlama:** Kafa kafaya konumlamada denilen bu stratejide işletme rakiplerinininkine benzer yararlar sunar. Fakat bu yararları sunarken ürün ya da hizmetinin önemli bir üstünlüğünü de ön plana çıkarır. Bu üstünlüğü de tutundurma faaliyetleriyle beraber kullanarak tüketicinin zihninde yer edinmeye çalışır (Mucuk, 1997: 123). Bu strateji rakiplerine karşı güçlü bir farkı olan ve yerini iyice sağlamlaştırmış işletmeler için idealdir (Kotler, 1997: 30).

Bu konumlama stratejisinde kullanılan tutundurma faaliyetlerinde belli bir rakip hedeflenerek ürün, rakiplerin ürünleriyle karşılaştırılır. İki kola markasından birinin diğerinden daha üstün olduğunu anlatan reklamlar bu tür konumlama sınıfına girer. Bu reklamlarda amaç ürünün nasıl olduğu değil, tüketicinin zihninde ürün hakkında nasıl bir algı oluştuğudur (Peter and Olson, 1999: 368).

—**Hedef Pazara Göre Konumlama:** İşletmelerin pazarda konumlanırken hedef olarak seçtikleri bölümde yer alan tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarını dikkate almaları gerekmektedir (Tek, 1999: 333).

—**Yarara Göre Konumlama:** Tüketicilerin ürünü satın almaları için onda bir yarar sağlamaları gerekmektedir. Bu stratejide ürünün faydaları ön plana çıkarılarak ürün konumlandırılır (Reibstein, 1985: 253).

—**İmaja Göre Konumlama:** İşletme ürün için özel, farklı bir imaj yaratılara konumlanır.

—**Taklit Ederek Konumlama:** İşletme pazardaki mevcut markaların konumunu taklit ederek kendine bir yer edinmeye çalışır. Bu stratejide ürün veya marka aynen taklit edilebilir. Ürün isminin veya markanın okunuşu taklit edilebilir. Ürün konu, fikir veya buluş olarak taklit edilebilir (Tek, 1999: 335).

—**Probleme Göre Konumlama:** Rekabetin az olması nedeniyle üründe belirli bir farklılık olmadığı durumlarda geçerli bir stratejidir (Hiebing ve Cooper, 1991: 119).

Konumlamada bir diğer önemli konu ise değer konumlamasıdır. Değer konumlaması alıcının verdiği para karşılığı aldığı değerdir ve Kotler tarafından değer konumlaması beş grupta incelenmiştir (Kotler, 1999: 82,86). Bunlar;

—**Daha Fazla Paraya Daha Fazlası Konumlaması:** Yüksek kalite lüks tüketimi tercih eden alıcılara hitap eden bir konumlama türüdür. Bu gruba giren lüks mallar kalite, dayanıklılık, başarımlı veya tarzda en iyisi olduklarını ifade etmektedirler. Ayrıca bu mallar kullanıcılarına prestij de sağlar.

Alıcı ve satıcısına birçok getiri sağlayan bu konumlamamanın zayıf yanı da mevcuttur. Aynı kaliteyi düşük fiyata satan taklitçiler piyasaya girebilirler. Ayrıca ekonominin yavaşladığı dönemlerde alıcılar daha dikkatli harcama yaparlar. Bu durum satıcıların işini güçleştirir.

—**Aynı Paraya Daha Fazlası:** Bu değer konumlamasında yüksek kalitede mallara yakın mallar daha uygun fiyata satılır. Alıcılar aynı kalitede malı daha fazla para verip almaktansa daha az para verip almayı tercih ederler.

—**Daha Az Paraya Aynısı:** Genellikle büyük indirimli satış mağazalarında çok üstün kalitede olmasa bile kaliteli malların daha az paraya satılması mümkündür.

—**Çok Daha Az Paraya Daha Azı:** Bu değer konumlamasında alıcılar, satıcılardan daha azını çok daha az paraya almak isterler. Örneğin uçak biletini daha az paraya alıp karşılığında yemek servisinin olmamasını isteyebilirler. Bu durumu düşünen bazı firmalar uçakta yemek servisi yapmayarak ve seyahat acenteleri kullanmayarak pazarda başarılı bir konum elde ederler.

—**Daha Az Paraya Daha Fazlası:** Daha az paraya daha fazlası, en çok kazandıran değer konumlamasıdır. Bu değer konumlamasında yer alan işletmeler çok geniş bir ürün çeşidiyle pazarda yer alırlar.

Pazarda en çok kaybettiren değer konumlaması, daha çok paraya daha azıdır. Bu konumlamayla pazara giren işletmeler kısa sürede piyasadan kaybolur.

4.5. Konumlamada Kaçınılması Gereken Hatalar

İşletmelerin konumlama ile ilgili yaptıkları çeşitli yanlışlar başarısız olmalarına neden olur. Bu yanlışlara bağlı olarak ortaya çıkan hatalar şunlardır (Hooley ve diğerleri, 1986: 269,270):

—Alt düzeyde konumlamak; bir ürün veya hizmeti satın almak için güçlü bir gerekçe gösterememektir. Bu konumlamada tüketicilerin ürün ya da hizmet hakkındaki düşünceleri çok zayıftır.

—Aşırı düzeyde konumlamak; bazı tüketicilerin ürün veya hizmeti fark etmemelerine sebep olacak şekilde ürün veya hizmeti geniş konumlamaktır.

—Zihin bulandıran konumlama; birbiriyle örtüşmeyen birden fazla yarar öne sürülen konumlamadır. Çoğunlukla zihnin bulanması çok fazla iddia öne sürmekten ve sürekli konumlamayı değiştirmekten kaynaklanır (Kırdar, 2005: 241).

—İlgisiz konumlamada; çok az sayıda tüketicinin ilgilenebileceği derecede yarar öne sürülmektedir (Kotler, 1997: 298).

—Kuşkulu konumlamada; tüketiciler ürünün veya hizmetin özelliklerini, fiyatını ve üreticisini dikkate alarak konumlamaya kuşkuyla yaklaşır.

Jack Trout konumlamadaki başarısızlıkların merkezinde altı faktör yer aldığını belirtmektedir (Özer ve diğerleri, 2007: 22):

—**Aşıkarcılık Faktörü:** Birçok konumlama kavramı işletme için aşıkarcı olduğu gibi müşterilerin zihninde de aşıkarcı durumdadır. Aşıkarcı olanı fazla kuşkuyla yer vermeden kabullenmek gerekmektedir.

—**Gelecek Faktörü:** İşletmeler öncelikli olarak bugün başarılı olmaya çalışsalar da gelecek ile ilgili yatırımlar yapmak zorundadırlar. İşletmeler gelecek ile ilgili kaygı taşıyıp başarılı planlar yapamadıkları zaman tüketici zihninde de yer edinmelerini zora sokmaktadırlar.

—**Şirinlik Faktörü:** İşletmelerin olanı tüketicilere şirinleştirmeden olduğu gibi söylemeleri gerekmektedir. Örneğin; Volvo’nun “Arabanızı emniyet içinde sürün” basit ve doğrudan şirinleşmeden yapılmış bir konumlamadır.

—**Sözde Kahraman Faktörü:** Büyük işletmelerde yöneticilerin dikkatini çekmek için yarışan ve çoğunlukla kendi menfaatlerini düşünen kişiler konumlama stratejisinde büyük sorunlar yaratabilmektedirler.

—**Rakamlar Faktörü:** Konumlama kısa değil, uzun vadeli bir süreçtir. Kısa vadede kar elde etmek isteyen işletmeler kendilerine zamanla zarar vermeye başlarlar. Çünkü konumlamayı başarmak için zaman ve para gereklidir.

—**Anlamsız Çabalar Faktörü:** Konumlama, zihindeki algılamalarla uyum içerisinde olmalıdır. İşletme içerisinde çalışanların zihinlerinde algıladıkları ile tüketicilerin algıladıkları farklı olduğu zaman çabalar anlamsızlaşır.

4.6. Yeniden Konumlama Kavramının Tanımlanması

İşletmeler teknolojinin hızlı değişimi, tüketicilerinin tutumlarındaki yaşanan hızlı değişimler, pazarda ve işletme yöneticileri arasında rekabetin giderek artması sonucu zaman içerisinde mevcut konumlarını bırakıp aynı pazarda yeniden konumlanmaları gerektiğini hissederler (Trout, 2006:57–58). Başka bir ifadeyle pazardaki yoğun rekabet sebebiyle işletme, tüketicinin ürün ya da hizmetini rakiplerinkinden daha fazla alması için ürün ya da hizmete yeni nedenler eklemek zorunluluğu duyarlar. Bu durumun sonucu olarak ortaya çıkan yeniden konumlandırma, ürünün fiziksel görüntüsünün (tasarım, ambalaj, v.b.) veya içeriğinin (tat, koku, v.b.) değiştirilerek pazarda tekrar tanımlanmasıdır (Kırdar, 2005:242). Başka bir ifadeyle işletmeler yeniden konumlama yaparken hedef pazarı, rekabette üstünlük sağlayan farklılıkları veya her ikisini birden değiştirir.

İşletmeler yeniden konumlanmaya, mevcut durumda rakipleriyle aynı kategoride yer almaları durumunda ihtiyaç duyarlar. Eğer pazarda lider konumda ise yeniden konumlanmak işletmeye kar yerine zarar getirebilir (Kotler ve Andreasen, 1996:195).

İşletmenin mevcut konumunun hedeflenen konumuyla uyum sağlaması gerekmektedir. Pazar ve rekabet koşullarının analizleri sonucu mevcut konumla hedeflenen konum arasında uyumsuzluk görülürse yeniden konumlamaya ihtiyaç duyulur (Zikmund ve d'Amico, 1995:200).

Yeniden konumlama kararı verilirken dikkat edilmesi gereken bazı hususlar vardır. Bunlardan maliyet unsuru, bir diğeri ise yeniden konumlamaya hedef pazarın vereceği tepkidir. Hedef pazara sunulacak ürün veya hizmet üzerinde ne kadar değişiklik yapılırsa maliyette o kadar artacaktır. Maliyetler sadece değişiklikleri değil aynı zamanda pazarda yeniden konumlanmak için yapılacak olan pazarlama faaliyetlerini de kapsamaktadır. Bu nedenle yeniden konumlamaya karar vermeden

önce işletme tarafından maliyetlerin çok iyi hesaplanması gerekmektedir (Pride ve Ferrell, 2000:286).

İkinci husus ise hedef pazarın vereceği tepkidir. Eğer hedef pazar tarafından yeniden konumlama başarılı olmazsa işletme zarar edecektir. Bu nedenle işletme tarafından hedeflenen yeniden konumlamada maliyetleri karşılayıp kar elde edebilmek olmalıdır (Pride ve Ferrell, 2000:286).

4.6.1. Yeniden Konumlama Stratejileri

Yeniden konumlama stratejileri ürün ve hedef pazar dikkate alınarak aşağıdaki gibi dört şekilde gruplandırılır (Jobber, 1995:227):

—**İmajı Yeniden Konumlama Stratejisi:** Üründe ve hedef pazarda herhangi bir değişiklik yapmadan, ürünün imajının değiştirildiği stratejidir. Ürünün faydaları ön plana çıkarılarak ürüne yeni bir imaj verilir. Bu stratejide amaç ürünün yaşam döneminin uzamasını sağlamaktır (Özer, 2007:10). İmajı yeniden konumlama stratejisinde başarılı olmak için rekabet koşullarının, hedef tüketici profilindeki değişikliklerinin, yeni imajın uygunluğu gibi noktaların iyi değerlendirilmesi gerekir.

—**Ürünü Yeniden Konumlama Stratejisi:** Hedef pazar değiştirilmeden, ürün üzerinde farklılıklar yaratılır. Amaç hedef pazarda ürünü satın alan tüketicilerin sayısını artırmaktır (Jobber, 1995:227). Bu stratejide ürünün içeriğinde veya fiziksel özelliklerinde değişiklik yapılır. Ürünün içeriğini değiştirmek ve bu yolla yeniden konumlandırma yapmak bazı koşulları gerektirir:

- Hedef kitlenin söz konusu ürün bölümünden beklentileri ve gereksinimlerinin saptanması,
- Eldeki ürünün bu beklenti ve gereksinimlerin ne kadarını karşıladığının saptanması,
- Ürün içeriğinde tüketicinin bu beklenti ve gereksinimlerini karşılamaya yönelik değişiklikler yapılması ve geliştirilmesi,

- Bu çalışmaların duyurulması için planlı promosyon ve tanıtımların yapılmasıdır.

Ürünü yeniden konumlama stratejisi, ürünün içeriğinde değil, fiziksel özelliklerinde birtakım değişikliklerle de yapılabilir. Bunlar ürün dizaynı, paketi, kullanılan renkler, olabilir, “Yeni ambalajında, eko pakette, şimdi kâsede gibi örnekler bu değişiklikleri duyuran mesajlardır (www.pazarlamamakaleleri.com).

—**Soyut Yeniden Konumlama Stratejisi:** işletme ürününü değiştirmeden mevcut pazarına ilaveten kendine yeni hedef pazarlar bulur. Dolayısıyla farklı hedef pazarlarda yeni tüketicilere ürün satışı söz konusudur. İşletme kaynaklarını yeni tüketicileri etkilemek için kullanır. Yeni tüketicileri etkilemeye çalışırken eski tüketicileri de unutmamak gerekir. Bu stratejide tutundurma faaliyetleri oldukça önemlidir (Jobber, 1995:227).

—**Somut Yeniden Konumlama Stratejisi:** Bu stratejide işletme aynı anda hem ürününü hem de pazarını değiştirir. Bu stratejinin en önemli dezavantajı yeni ürün ve yeni hedef pazarların maliyeti de yükseltmesidir (Özer, 2007:10). Bu temel stratejilerin yanı sıra bazı alternatif stratejiler de mevcuttur (Tek, 1999:333–334).

—**Gerçek Yeniden Konumlama Stratejisi:** Ürünün fiziksel özellikleri değiştirilir.

—**Rekabetçi Yeniden Konumlama Stratejisi:** Rakiplerin mevcut konumları küçümsenir.

—**Psikolojik Yeniden Konumlama Stratejisi:** Tüketicilerin inandıkları şeyler değiştirilmeye çalışılır.

—**Değerlerin Yeniden Tartılması Stratejisi:** Tüketicilerin temel değerlere farklı ağırlıklar vermesi sağlanır.

—**İhmal Edilmiş Değerler Stratejisi:** Tüketicilere ürünü tercih etmede yeni nedenler sunulur.

—**Tercihlerin Değiştirilmesi Stratejisi:** Tüketicilerin ürün ve marka tercihleri değiştirilmeye çalışılır.

—**Markayı Genişletme Stratejisi:** Markaya değişik yollarla değerler verilir.

4.7.Sağlık Hizmetlerinde Marka Konumlandırma

Marka konumlandırma, sağlık kuruluşunun hedef pazarlarına uygun bir şekilde markalarını yerleştirerek buna uygun pazarlama faaliyetlerini kullanmasıdır. Sağlık kuruluşları, kendi kaynakları doğrultusunda hangi hedef kitlenin ürünleri için uygun olduğunu belirleyip, ürünün hitap ettiği tüketicilerin istek ve gereksinimleri doğrultusunda uygun üretim ve pazarlama faaliyetlerini yerine getirirler. Bu bağlamda işletmelerin markalarını korumaları ve geliştirmeleri gerekir.

Marka konumlandırma, markayı hedeflenen kitlenin zihninde rekabetçi bir üstünlük taşıyan bir konuma yerleştirme amacındadır. Bu anlamda marka konumlandırma; markanın tüketiciye sunduğu vaatlerin ve özelliklerin toplamını ifade eder.

Başarılı bir marka konumlandırma, rakiplerinden dikkat çekici bir farklılaşma ve geçerli-olumlu karşılanan nitelik ya da çağrışımlarla geliştirilen "eklenen değer" geliştirilmesidir. Markaların yaratacakları "eklenen değer" tüketiciler için bir anlam ifade etmesi son derece önemlidir. Bu boyutuyla konumlandırma, marka çağrışımlarıyla temellenecek bir eklenen değer yaratılması ve sunumunu içerir (Uztuğ, 2003: 102).

Konumlandırma, özellikli pazar bölümü ile birlikte ürünü; hedef kitlenin (hastaların) ürün kategorisindeki referans çevresine yerleştirmek olarak da tanımlanabilir. Temel olarak, her pazarlama planının bir konumlandırma stratejisini içermesi beklenir. Bu strateji, konumlandırma hedeflerini, ürünün konumlandırma ifadesini, hedef kitlenin özellikli bir yararın konumlandırmasını ve mevcut pazarda bu konumun anlaşılmasını içermektedir (Berkman, 1987: 70,71).

Konumlandırma, hastaların zihninde yeni konumlar elde etmeye ve ürünleri yeni konumlara taşımaya çalışmaktadır. Böylece rakiplerine göre bir üstünlüğü

geliştirmeyi ve yaygınlaştırmayı başarabilir. Rakiplerin ve rekabetin yoğun olduğu pazarlarda hastalar daha fazla seçeneğe sahiptirler ve ürünler konusunda daha sorgulayıcıdır. İşte böyle bir ortamda marka konumlandırma, pazarlama karmasının tüm öğelerini etkileyecek stratejik bir araç olarak rekabetçi üstünlüğü belirlemektedir (Fill, 1995: 201).

Markalar hastalar için bir anlam taşır, genelde bir şey ile hatırlanır, hastaların beyninde bir yeri sahiplenirler. Konumlandırmanın esası da özgünlük ve sahiplenmedir. Çünkü tüketicinin beyninde bir özellik genelde bir marka ile eşleşebilir. Bir marka bir şey sahiplendiği zaman hastaların beyninden onu çıkartmak zordur. Bu nedenle de ilk olmak her zaman avantajlı ve önemlidir (Knapp, 2003: 3).

Hastaların bir markayı tercih etmelerinde çok farklı faktörler rol oynamaktadır. Marka yöneticilerinin öncelikli görevi; bu faktörleri tespit ederek, bunları ilgili ürün ve marka ile bütünleştirerek etkin bir plan yapılandırmak ve ilgili hizmet ve/veya markayı hem mevcut pazar ortamında hem de hastanın zihninde ayrıcalıklı ya da farklı olarak konumlandırmaktır (Fırlar, 2000: 21).

Konumlandırma teorisi bugün iletişimde yaygın olarak yararlanılmakta olan ve insan beyninin çalışma prensipleri üzerine kurulu bir yaklaşımdır. Temel varsayıma göre; çağımızda bir iletişim bombardımanı altında yaşıyoruz ve hastaların kafası onlarca mesajla şişiriliyor. Sizin mesajınızın aradan sıyrılması için diğerlerinden ayrışması, farklı olması, tek bir şeye odaklanması ve ısrarla bunu sürdürmesi gerekir (Borça, 2003: 75).

4.7.1.Sağlık Hizmetlerinde Marka Konumlandırma Stratejileri

Marka konumlandırma stratejileri üzerine altı yaklaşımdan söz edilebilir. Bunlar; niteliğine göre konumlandırma, fiyat-kaliteye göre konumlandırma, kullanıma ya da uygulamaya göre konumlandırma, hizmet kullanıcıya göre konumlandırma, hizmet sınıflamaya göre konumlandırma ve rakibe göre konumlandırma olarak sıralanabilir. Yukarıda sayılan konumlandırma yaklaşımlarından en çok kullanılan yaklaşımlardan bir tanesi ürün niteliğine göre olanıdır. Konumlandırma stratejisinin hizmet çağrışımında; niteliğinin, hizmet

özelliğinin ya da hastanın yararının ön plana çıktığı bir durumu işaret eder. Ancak birden fazla niteliğe sahip ürünlerde konumlandırma stratejisini uygulamak daha zor olabilir.

Markaların birbirinden farklılaştırılmasının amaçlandığı konumlandırma stratejilerinde nitelikler çoğu zaman karışabilmekte ve hastanın zihninde ayırt ediciliğini yitirebilmektedir. Bu açıdan fiyat-kalite yaklaşımı daha kullanışlı ve yaygın olarak kullanılabilir. Bu yaklaşım, niteliklerden ayrı olarak tek başına üzerinde durulması açısından da uygundur. Birçok ürün kategorisinde bazı markalar hizmeti, özellikleri ya da performansı ön plana çıkartmaktansa yüksek fiyatı vurgulayarak, tüketicide yüksek kalite çağrışımı yaratma yoluna giderler. Tam tersine öteki markalar daha çok fiyat ve değer kriterleri üzerinde yoğunlaşmışlardır (Aaker, 1982: 56,62).

Bir başka konumlandırma stratejisi ise, bir hizmetin kullanım özellikleri yoluyla çağrıştırılmasıdır. Hizmetlerin birden çok konumlandırma stratejisi olabilir, bununla beraber sayının artması beraberinde bir takım güçlükleri ve riskleri getirebilmektedir. Bu tarz stratejiler, pazara yayılmak isteyen bir sağlık kuruluşu için ikinci ya da üçüncü sırada yer alır. Başka bir konumlandırma stratejisi de markanın bir kullanıcıya ya da ünlü bir isimle çağrıştırılarak kullanılmasıdır, örneğin birçok kozmetik firması ürünlerin tanıtımında ünlü top modelleri kullanmaktadır (Aaker, 1982: 56,62).

Birçok kritik konumlandırma kararı hizmet-sınıf çağrışımları içerisinde yer almaktadır. Ancak bu strateji, daha çok zaman, çaba ve pazarlama harcaması gerektirmektedir. Bunun sebebi sağlık kuruluşunun, piyasaya çıkardığı her yeni ürün için farklı bir kimlik yapısı oluşturmak zorunda olmasıdır. Bunun yanında hastaların yeni bir markayı benimsemeleri konusunda algıladığı risk nedeniyle başka stratejilere göre uygulanması daha zordur.

Dünyamız gerçekler dünyası değil, algılamalar dünyasıdır. Bir başka deyişle tüketici ne biliyorsa, doğrudur, haklıdır. Konumlandırma stratejisinde temel yaklaşım

yeni ve değişik bir şeyler yaratmak değil, zihinlerde var olanı ustalıkla yönlendirmek ve yine var olan bir takım bağlantıları yeniden düzenlemektir. (Knapp,2003:3)

4.7.2. Sağlık Hizmetlerinde Marka Konumlandırma Stratejilerinin Belirlenmesi

Sağlık kuruluşlarının, hastaların hizmet satın almaları için daha somut neden ve yararları ifade etmeleri gerekir. Sağlık kuruluşlarının çoğu, aşığıda sıralanan imkanlardan birini seçerek, tek bir yarar konumlandırmasının reklamını yaparlar (Kotler, 1999: 180):

- En İyi kalite,
- En İyi performans,
- En güvenilir,
- En dayanıklı,
- En emniyetli,
- En hızlı,
- Paranızın satın alabileceği en iyi değer,
- En yüksek prestijli,
- En iyi tasarım ya da model,
- Kullanımı en kolay,
- En ekonomik

Marka konumu seçerken; konumu iyi belirleyebilmek için şunlara dikkat edilmelidir (Lambin, 2001: 280):

- Hasta hafızasında, sağlık kuruluşunun ve/veya markanın mevcut pozisyonunun iyi ve doğru anlaşılması,

- Markanın, rakip markalar arasında konumunun belirlenmesi,
- Markanın kişiliğine en uygun ve inanılabilir unsurları içeren tek bir pozisyon/pozisyonlar seçilmesi,
- Konumunun mutlaka markanın gerçek gücünü temel alarak belirlenmesi (Eğer vaat hiçbir zaman ulaşılamayacaksa kullanıcının düzenli olarak ürün ve hizmeti satın alma isteği ortadan kalkacaktır),
- Marka konumunun mutlaka kullanıcının gözüne çarpan özelliklerde olması (Hedef kitleye hitap eden konum sinyalleri verilmelidir),
- Seçilen konumun, pazarı motive etmeye yönelik ve etkileyebilecek özellikte olması
- Markanın konumunun rekabet avantajını sağlayabilecek özelliklere sahip olması.

4.7.3.Sağlık Hizmetlerinde Marka Konumlandırma Pozisyon Stratejileri

Yöneticiler ürün ve hizmetlerin rekabet ortamındaki konumunu belirlemek zorundadırlar. Michael Porter, bir ürün veya hizmetin rekabet ortamındaki konumunu belirleyen üç strateji türü geliştirmiştir (Kavuncubaşı,2000:59):

Bu stratejiler şunlardır:

- Maliyet önderliği
- Farklılaştırma
- Odaklaşma

Maliyet önderliği stratejisi, ürün ve hizmetlerin rakiplere oranla daha az maliyetle üretilmesi, daha düşük fiyatla sunulması anlamına gelmektedir. Ürün ve hizmetlerin düşük fiyatla sunulması, kurumun pazar payını arttırmasını kolaylaştıracaktır.

Farklılaştırma stratejisi, sağlık kuruluşunun ürettiği ürün ve hizmetlerin rakip kurumların ürün ve hizmetlerden farklılaştırılmasını amaçlamaktadır. Farklılaştırma stratejisi, kurumun ürün ve hizmetlerinin endüstride (pazarda) benzersiz kılınmasını sağlamaktadır. Bir ürün veya hizmet, kalite, kullanım kolaylığı, ulaşılabilirlik, imaj vb özelliklere göre rakip ürünlerden farklılaştırılabilir. Sağlık kuruluşlarında hizmet farklılaştırmada kullanılan en önemli iki özellik kalite ve imajdır. Bir sağlık kuruluşunun ürettiği hizmetin kalitesini yükseltmesi ve verdiği hizmetlerin kalitesinin diğer kurumların verdiği hizmetlerin kalitesinden yüksek olduğu düşüncesini topluma benimsetmeye çalışması, bir farklılaştırma stratejisi örneğidir. Sağlık kuruluşları, topluma imajla da farklılaştırmayı sağlayabilirler. Bir sağlık kuruluşunda kullanılan teknolojinin gelişmişlik düzeyi, o kurumun ürünlerini, rakip kurumların ürünlerinden farklı kılar. Örneğin, lazer teknolojisi kullanılarak katarakt ameliyatı yapılması, bir ürün farklılaştırılmasıdır (Kavuncubaşı,2000:56).

Rekabetin artık öldürücü bir silah haline dönüştüğü günümüzde “farklılaşma” şirketlerin tek can simidi adeta. Tabii farklılaşmak sadece üründe değil, her konuda mümkün. Farklı hizmetler, farklı uygulamalar ile başarı yakalayan şirketler ise rekabette hep öndeler.

Tüm dünyada ürün ve hizmetlerin aynı kalitede, aynı maliyette gerçekleşiyor olması, şirketlerin müşteri nezdinde farklılaşmasını zorunlu kılmaktadır. Farklılaşmayan şirketler, ürün ve hizmet satamıyor ve ömürleri de uzun olmamaktadır. Farklılaşmanın ön koşulu hastanın ihtiyacını anlamaktır. Bunu sağlamanın yolu da artık duygusal yönle hitap etmekten geçmektedir. Farklı olmak, herkesin sizi tanıması anlamına gelmez. Tanınması gereken hastaların sizi bilmesi ve bu farklılığa para ödemesi gerekir. Sağlık kuruluşunun hastanın isteyebileceği ama rakip sağlık kuruluşunun yapamayacağı uygulamaları belirleyip yapması gerekir (Öncel, 2003:159,160).

Odaklaşma stratejisi ise belirli pazar dilimi içerisinde, kurumun konumunu belirlemek için kullanılır. Odaklaşma stratejisi, bütün bir pazar yerine, belirli müşteri gruplarının (ör yüksek gelir grupları) gereksinimlerini karşılamayı amaçlar. Bu strateji, “bir kurumun, yalnızca bir veya birkaç pazar üzerinde odaklaşması

durumunda, bu pazar dilimine veya dilimlerine daha fazla hizmet edebileceği” mantığına dayanmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 58).

Porter’in geliştirdiği maliyet önderliği ve farklılaştırma stratejileri tüm pazara yönelik strateji iken, odak stratejisi belirli bir veya birkaç pazar dilimi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Şekil-9’da verildiği gibi, odak stratejisi, diğer iki strateji ile birlikte kullanılarak belirli pazar dilimlerinde daha iyi konumda olmayı sağlayabilmektedir. Bir sağlık kurumu, ürün farklılaştırma ve maliyet önderliği stratejilerini belirli Pazar dilimlerinde (odaklaşma) uygulayarak pazarda iyi bir yer edinebilir (Kavuncubaşı,2000: 59).

Tablo 4.1: Porter’in Geliştirdiği Stratejiler

Stratejik Hedef	Tüm pazar	Stratejik Üstünlük	
		Ürün benzersizliği	Düşük maliyet ve fiyat
		Farklılaştırma	Maliyet Önderliği
	Pazar Dilimi	Odak/Farklılaştırma	Odak/Maliyet önderliği

Kaynak: Kavuncubaşı Ş.; Hastane Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, s.157, Mart, 2000

4.7.4.Sağlık Hizmetlerinde Marka Stratejileri

Marka yaratma kararı verildikten sonra önemli diğer bir karar ise, markalama stratejisinin nasıl oluşturulacağıdır. Sağlık kuruluşları, marka stratejilerini farklı yöntemlerle oluşturabilirler (Kapferer, 1992: 214).

Sağlık işletmeleri markalaşma sürecinde kendilerine şu soruları sormalıdırlar. “Şimdi kimiz? Bu soru karşılığında sağlık hizmeti tüketicileri de “Onlardan ne bekleyebilirim?” diye sorar.

Gelişen teknoloji, sağlık hizmeti tüketicilerinin bilinçlenmesi, gibi etkenler sağlık hizmetlerini markalaştırma zorluğu ortaya çıkarmaktadır. Değişim statüko haline geldikçe sağlık kuruluşları kendi (kurumsal) marka kimlilerini yeniden keşfetme zorluğu ile karşılaşmaktadır. Sağlık hizmetleri kategorisinde güçlü bir kimlik inşa etmek özel bir markalaştırma zorluk paketi ile beraber gelmektedir. Sağlıkta başarılı bir markalaştırma stratejisi aşağıdakilerin nasıl yapılacağını içermelidir (Speak, 1996: 40,41,42):

- Hastaların sağlık kuruluşları algılanmasını yeni bir gelecek odaklı stratejinin işaretini vererek yeniden şekillendirmek,
- Mevcut kimlikleri pekiştirip yeniden koordine etmek,
- Anahtar sağlık hizmetleri kimlikleri ve yeni kimlikte güven ve eşitlik inşa etmek için bu varlıkları dengelemek ve bunları korumak,
- Sağlık kuruluşunun değerlerini “ markayı yaşama”yı güçlendirmek için kullanmak.

Günümüzün sağlık hizmetleri ortamı sağlık hizmeti alan hastaları ile beraber marka varlığı inşa etme üzerine odaklanan bir markalaşma süreci gerektirmektedir. Marka varlığı bir hasta ile bir sağlık kuruluşu arasındaki sadakatin değeridir. Varlık sağlık kuruluşuna katılanların (hastalar, doktorlar, ödeme yapanlar) zihinlerinde yer alır ve organizasyonla ilgili iyi veya kötü görüşlerin toplamıdır.

Yaygın inanışın aksine pek çok sağlık kuruluşu marka varlığını büyük reklam bütçeleri ile inşa etmez. Bunu sürekli kaliteli ürünler ve hizmetler sağlayarak, hasta ilişkilerini besleyerek ve sürekli tutarlı, anlamlı mesajlar vererek yaparlar. Değer inşa etmek için, bir sağlık kuruluşu sağlam bir markalaşma stratejisi ile başlamalı ve “marka”nın arkasındaki sözü güçlendirmek için sağlık kuruluşundaki herkesi katmalıdır.

Geleneksel olarak tasarım ile işleyen sağlık organizasyonu kimliği sürecinde “farklılık” arayan sağlık kuruluşları türünün tek örneği olan bir simge ve sağlık kuruluşunu yansıtan bir renk paleti geliştirir. Bu marka varlığı inşa etmekte küçük bir ilk adımdır.

Bir kimlik, imaj yaygın şekilde bilindiğinde, ayırt edici olduğunda ve piyasaya değer gösterdiğinde değerli varlığı kazanır. Marka için bir vizyon ve tutarlı marka yönetim uygulamaları olmadan kalıcı etkiler ile bu gerçekleşemez. Pek çok sağlık kuruluşu marka stratejileri geliştirmede sınırlı deneyimleri olduğunu söylemek mümkündür. Kendi içinde bu, marka kimliğinin ortak bir tanımının olmamasını, markanın sağlık kuruluşunun genel stratejisinde oynadığı rol hakkında karmaşayı ve yeni bir marka stratejisinin uzun vadeli sonuçlarının sınırlı anlaşılmasını göstermektedir. Bazı organizasyonlar için, bu deneyimsizlik yeni varlığı “yeniden markalaştırma” bakışına karşı bir endişeye dönüşmektedir. Ama herhangi bir organizasyona markalaşma zorluğunda yol gösterecek bir süreç vardır. Sürecin, onu zor ve yorucu yapabilecek üç değişik boyutu vardır (Speak, 1996: 40,41,42)

- Duygular: Hissedarların var olan kimlik değişiminin doğası duygusal açıdan yüklü olabilir

- Politikalar: Bir kimlik ve hiyerarşik ilişkileri, kesinlikle gücü gösterir.

- Marka yönetim deneyimi: Markalaşma disiplini sağlık hizmetleri ortamının zorluklarına uydurmak deneyim ve esneklik gerektirir.

Başarılı markalaşma sürecinin sonunda, sağlık kuruluşunun markalaşma stratejisini kurumun stratejisine bağlayan anahtar marka varlıklarını tanımlayan bir

çerçevesi vardır. Tutarlı marka iletişimini, kimlik kullanımını ve marka yönetim faaliyetlerini destekler ve sağlık kuruluşunun kendi kültürel değerlerini marka kimliğinin anahtar bir elemanı olarak kullanmasına yardım eder. Bir kere bu çerçeve tamamlandığında organizasyon marka varlığını müşterileri ile beraber inşa etmek üzere ilerleyebilecek bir konumda olur.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KONUMLANDIRMASI ÜZERİNE BİR ALAN ÇALIŞMASI

5. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KONUMLANDIRMASI ÜZERİNE BİR ALAN ÇALIŞMASI

5.1.Araştırmanın Amacı Ve Önemi

Sağlık hizmetleri piyasasında rekabetin artmasıyla, rakiplerden farklı olma ihtiyacı doğmuştur. Sağlık işletmesi yöneticileri farklı olma yolunda düşünmeye sevk etmiş ve pazarlama karması elemanları kullanılmaya başlamıştır.

Artan rekabet ve sağlık hizmetleri tüketicilerinin bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda daha fazla talebe neden olmaktadır. Bu taleplere cevap verebilmek için marka bilincinin oluşturulması öncelik kazanmaktadır.

Sağlık kurumları işletmesi olan hastaneler, pazarlama karması elemanlarını kullanarak marka geliştirip, hastaların hizmetine sunmaktadırlar. Sağlık hizmeti tüketicileri de kişisel algılamaları sonucunda, markanın kalitesi ve diğer markalardan farklılığı gibi unsurları değerlendirip, tercihlerini belirleyebilmektedirler.

Bu çalışma; sağlık işletmelerinin konumlandırma faaliyetleri sonucunda, hastaların sağlık hizmeti alırken; sağlık kuruluşunu tercih etme kriterlerinin saptanması, hastaların sağlık kuruluşunu değiştirme kriterlerinin belirlenmesi ve sağlık kuruluşunun markalaşma süreçlerinin değerlendirilerek markanın önemi ile ilişkisinin tanımlamayı hedeflemektedir.

5.2. Araştırmanın Yöntemi

5.2.1 Araştırmanın Probleminin Belirlenmesi

Araştırma için verilerin elde edilmesinde anket yöntemi uygulanmıştır. Anket yöntemi ile elde edilen veriler ışığında, sağlık hizmetleri pazarlama faaliyetlerinin, sağlık hizmeti tüketicilerinin hizmeti aldıkları hastaneyi tercih etme sebepleri içinde markanın önemi ile olan ilişkisini ortaya koymaktır.

Sağlık hizmeti tüketicilerinin sağlık hizmetlerinin fonksiyonel özelliklerinin dışında, bu özelliklere duygusal ve sembolik ilave değerleri de ekleyerek, markadan faydalanmalarının tercihlerine olan katkısı ise önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Birçok sağlık işletmesinin markalaşma sürecini tamamlayamamış olması halen bu işletmelerin kar amacı gütmeyen hizmet sunumu amacını taşımasından kaynaklanmakla beraber, yetersiz sağlık hizmeti yönetiminin sonucunda sağlık hizmeti tüketicilerinin tercihlerini doğru etkilememekte ve hizmetin verimliliği açısından geri bildirim istatistiklerinin yanlış yorumlanmasına sebep olmaktadır.

5.2.2. Araştırmanın Hipotezi

Sağlık işletmelerinin tercih edilmesinde marka konumlandırmasının etkisi vardır.

5.2.3. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Bu araştırma Ankara ilinde bir kamu hastanesini tercih eden sağlık hizmeti tüketicilerini kapsamaktadır.

Bu araştırmada elde edilecek veriler, anket tekniği sonucu elde edilecek verilerle sınırlıdır. Araştırma, bir yüksek lisans tezi olması ve bir çalışma takviminin olması bakımından zaman açısından da sınırlıdır. Araştırma coğrafi açıdan da Ankara ilindeki bir kamu hastanesiyle sınırlıdır. Araştırma, sadece söz konusu kamu

hastanesini tercih edenlerle sınırlıdır. Coğrafi alan büyüdükçe araştırmanın sonucunu etkileyeceği açıktır.

5.2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde bir kamu hastanesinde poliklinik hizmeti alan tüm hastalar oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında ana kütlenin tamamını incelemek, zaman ve maliyet açısından olumsuzluklara yol açtığından, örnekleme yoluna gidilmiştir. Örnek birimleri tesadüfi olarak seçilmiştir. Toplam 100 sağlık hizmeti tüketicisine anket uygulanmıştır.

5.2.5. Veri Toplama Yöntemi

Anket soruları hazırlanırken ilgili literatürden ve benzer araştırmalardan yararlanılmıştır. Anketin hazırlanmasından önce ön anket yapılmış, ön anket sonucunda sağlık hizmeti tüketicilerinin konuyu nasıl algıladıkları ve hangi tür soruları cevaplayabildikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Alan çalışmasına başlamadan önce 30 kişilik bir hasta grubuna pilot çalışma uygulanmış ve hastalardan alınan yanıtlar doğrultusunda anket sorularının anlaşılıp anlaşılmadığı saptanarak ankete son şekli verilmiştir.

Anket formu toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Ancak ana soruların altında sıralanan alt soru sayıları ile ankette toplam 48 soru mevcuttur. Sorular 5’li likert ve çoktan seçmeli sorular ile iki bölümden oluşmaktadır.

- Birinci bölüm (1-2-3-4-5-6. sorular) hastaların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanmıştır.

- İkinci bölüm (7-8-9. sorular) hastaların hizmet aldıkları sağlık kuruluşunu tercih etmelerinde marka faktörünün etkili olup olmadığı ve markadan haberdar olma kaynaklarının neler olduğuna yer verilmiştir.

- Üçüncü bölüm (10-11-12-13. sorular) hastaların hizmet aldıkları sağlık kuruluşunu tercih etme kriterlerinin belirlenmesinde, markanın önemini tespit etmeye yönelik sorular olup; bu bölümdeki sorularda 5’li likert tipine göre hazırlanmıştır.

5'li likert tipi sorularda ölçeğin seçenekleri; kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), fikrim yok (3), katılıyorum (4), kesinlikle katılıyorum (5) şeklinde hazırlanmıştır.

Anket Ankara ilinde bir kamu hastanesinde yapılmıştır. Konuşmaya uygun olmayan, sağlığı sorulara cevap vermeye müsaade etmeyen ve psikolojik rahatsızlıkları olanlar araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Ayrıca hasta yakınları araştırma kapsamının dışında tutulmuştur.

Araştırma için gerekli veriler, yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. Ayrıca, bu yöntem hastaların sunulan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi konusundaki önerilerini de alma imkanı sağlamıştır.

5.2.6. Veri Analizi

Anketler uygulandıktan sonra anket formları bilgisayara girilebilecek bir veri düzeyine getirilmek üzere kodlanmıştır. Kodlanan veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15.0 for Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Anketlerden elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistik teknikleri olarak; frekans dağılımları hastaların demografik özellikleri ile likert ölçekli sorularda tek tekele alınıp, aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplanmış verilen cevapların ortalamadan ne kadar saptığı belirlenmiştir. Sağlık hizmeti tüketicilerinin sağlık hizmeti aldıkları kuruluşunu seçme kriterleri ve markalaşma süreçleri ile markanın önemini ortaya koyan nedenler arasında çapraz tablolardan ve ki-kare testinden yararlanılmıştır. En küçük anlamlılık sınırı 0,05 olarak alınmıştır. İstatistiki değerlendirmeler sonucunda elde edilen çapraz tablolar ve ki-kare değerleri gösterilmiştir.

Araştırmanın amacına hizmet edebilmesi açısından, araştırmanın analiz çalışmalarından önce güvenilirliği ve geçerliliği ölçülmüştür. Anket çalışmasının güvenilirlik analizi SPSS 15.0 'da yapılmıştır ve güvenilirlik katsayısı olarak Alpha değeri kullanılmış 0,05 olarak alınmıştır.

5.3. Araştırmanın Bulguları

Araştırmanın bu bölümünde, anket katılımcılarına ait demografik bulgular ve diğer bulgular yer almaktadır. Demografik bulgularda, cinsiyet, eğitim durumu, yaş aralıkları ve gelir dağılımı ile sağlık işletmesini tercih dağılımı, sağlık işletmesini değiştirme sıklığı, sağlık güvencesi ve son bir yılda sağlık işletmesine başvuru sıklığı dağılımları yer almaktadır. Diğer bulgularda ise, demografik bulgular (cinsiyet, yaş, eğitim, ve aylık gelir) ile hastane seçiminde konuma verilen önem, hastane seçimi ve hastane değiştirme sıklığı arasında anlamlı farklılık olup olmadığı yer almaktadır.

5.3.1. Demografik Bulguları

Ankete katılan 100 kişinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı ile dağılımı aşağıda tablolar ve yüzdeler şeklinde verilmiştir:

Tablo 5.1: Cinsiyete Göre Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Kadın	48	48,0	48,0	48,0
Erkek	52	52,0	52,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tabloya göre ankete katılan 100 kişiden 48 'i kadın, 52'si erkektir. Cinsiyet dağılımı yüzdelere bakıldığında, araştırma için oldukça dengeli bir dağılım olduğu görülmektedir.

Tablo 5.2: Yaşa Göre Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
20 ve Altı	27	27,0	27,0	27,0
21-40 Yaş	34	34,0	34,0	61,0
41-60 Yaş	22	22,0	22,0	83,0
61 ve Üstü	17	17,0	17,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tabloya göre ankete katılan 100 kişiden 27'si 20 yaş ve altı, 34'ü 21–40 yaş arası, 22'si 41–60 yaş arası, 17'si ise 61 yaş ve üzeri insanlardır. Diğer bir deyişle ankete katılanların %27'si 20 yaş ve altı gurupta, %34'ü 21–40 yaş gurubunda, %22'si 41–60 yaş gurubunda, %17'si ise 61 ve üzeri yaş gurubunda yer almaktadır. Buna göre ankete katılanların çoğunluğunun genç olduğunu söyleyebiliriz.

Her biri kesikli olan yaş gurupları değişkenlerini birikimli olarak değerlendirecek olursak, 20 ile 40 yaş arasında yer alanlar, ankete katılanların %61'i kadardır. 20 ile 60 yaş arasında yer alanlar ise ankete katılanların %83'ü kadardır.

Tablo 5.3: Medeni Duruma Göre Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Bekar	37	37,0	37,0	37,0
Evli	63	63,0	63,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tabloya göre ankete katılanların % 37'si bekar, %63'ü ise evlidir. Buna göre katılımcıların yarıdan fazlası evlidir diyebiliriz.

Tablo 5.4: Öğrenim Durumuna Göre Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
İlköğretim	36	36,0	36,0	36,0
Lise ve Dengi	44	44,0	44,0	80,0
Lisans ve Üstü	20	20,0	20,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tabloya göre örnek çapında yer alan 100 kişiden 36'sı ilköğretim mezunu, 44'ü lise ve dengi okullardan mezun, 20'si lisans ve üstü mezunu insanlardır. Her biri kesikli birer değişken olan eğitim durumu gurupları birikimli olarak da değerlendirilebilir. Örneğin lisans ve üstü eğitim görmemiş olanlar, ankete katılanların %80'ini oluşturmaktadır. Başka bir deyişle ankete katılanlardan lisans ve üstü eğitim düzeyine ait kişilerin azınlıkta olduğunu görüyoruz.

Tablo 5.5: Aylık Gelir Durumuna Göre Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Gelirim yok	26	26,0	26,0	26,0
700TL ve Altı	28	28,0	28,0	54,0
701TL ve 1500TL	23	23,0	23,0	77,0
1501TL ve Üstü	23	23,0	23,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tabloya göre ankete katılan 100 kişinin 26'sının her hangi bir geliri yoktur, 28'inin aylık geliri 700 TL ve altı, 23'ünün aylık geliri 701 TL ile 1500 TL ve 23'ünün aylık geliri 1501 TL ve daha fazladır. Ankete katılan katılımcıların aylık geliri 1501 ve üstü olanların sayısı azdır diyebiliriz.

Tablo 5.6: Bireylerin Sağlık Güvencelerine Göre Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
SGK (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK)	71	71,0	71,0	71,0
Ücretli (Sigortam yok)	13	13,0	13,0	84,0
Yeşil Kart	16	16,0	16,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tabloya göre ankete katılan kişilerin %71'inin sağlık güvencesi SGK(Emekli sandığı, Bağ-kur, SSK)'dır. Ankete katılan 100 kişiden %13'ünün sigortası olmayıp, ücretli olarak sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadırlar. Ankete katılanların %16'sının ise sağlık güvencesi yeşil karttır. Buna göre ankete katılanların çoğunluğunun sosyal güvencesi vardır diyebiliriz.

Tablo 5.7: Hastaların İlgili Sağlık Kuruluşundan Kaçınıcı Kez Hizmet Aldıkları İle İlgili Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
İlk Kez	30	30,0	30,0	30,0
İkinci kez	28	28,0	28,0	58,0
Üçüncü kez	27	27,0	27,0	85,0
Dört ve Dörtten Fazla	15	15,0	15,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tabloya göre ilgili sağlık kuruluşunda ilk kez sağlık hizmeti satın alanlar ankete katılanların %30'unu oluşturur. İkinci kez hizmet alanlar %28'ini, üçüncü kez hizmet satın alanlar %27'sini, dört ve dörtten fazla hizmet alanlar ise %15'i kadardır. Ankete katılanların çoğunluğu hastaneden ilk ya da ikinci kez hizmet alanlardır.

Tablo 5.8: Hastaların İlgili Sağlık Kuruluşundan Ne Kadar Zamandan Beri Hizmet Satın Aldıkları İle İlgili Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Altı Aydan Az	39	39,0	39,0	39,0
6 Ay- 1 Yıl Arası	24	24,0	24,0	63,0
1 Yıl- 1.5Yıl	22	22,0	22,0	85,0
2 Yılden Fazla	15	15,0	15,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tabloya göre ilgili sağlık kuruluşundan altı aydan kısa süredir hizmet alanlar ankete katılanların % 39'unu, 6 ay ile 1 yıldır hizmet alanlar %24'ünü, 1 yıl ile 1.5 yıldır hizmet alanlar %22'sini, 2 yılı aşkın süredir hizmet alanlar ise %15'ini oluşturmaktadır. Deneklerin çoğunluğu altı aydan kısa süredir hizmet almaktadırlar diyebiliriz.

9 Numaralı Anket Sorusu İle İlgili Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tabloları

Tablo 5.9: Hizmet Satın Alan Deneklerin, İlgili Sağlık Kuruluşunu Tercih Etmelerinde, Gazete Haberlerinden Etkilenmiş Olanların Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Gazete Haberleri	22	22,0	100,0	100,0
Diğer Seçenekler	78	78,0		
Geçerlik	100	100,0		

Tabloya göre çoklu seçenekli anket sorusuna verilen cevaplar doğrultusunda; ilgili sağlık kuruluşunu tercih etmeleri hususunda, gazete haberlerinin etkisinde kalanlar ankete katılanların %22'si kadardır. Gazete haberlerinin hastane uygulamalarından haberdar olma konusunda etkili olmadığı söylenebilir.

Tablo 5.10: Hizmet Satın Alan Deneklerin, İlgili Sağlık Kuruluşunu Tercih Etmelerinde, Sağlık Dergilerinden Etkilenmiş Olanların Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Sağlık Dergileri	19	19,0	100,0	100,0
Diğer Seçenekler	81	81,0		
Geçerlik	100	100,0		

Tabloya göre çoklu seçenekli anket sorusuna verilen cevaplar doğrultusunda; ilgili sağlık kuruluşunu tercih etmeleri hususunda, sağlık dergilerinin etkisinde kalanlar ankete katılan deneklerin %19'u kadardır. Ankete katılan kişilerin hastane tercihlerinde sağlık dergilerinin etkisinde kalmadıkları söylenebilir.

Tablo 5.11: Hizmet Satın Alan Deneklerin, İlgili Sağlık Kuruluşunu Tercih Etmelerinde, İnternet Faktöründen Etkilenmiş Olanların Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Geçerlik	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
İnternet	20	20,0	100,0	100,0
Diğer Seçenekler	80	80,0		
Geçerlik	100	100,0		

Tabloya göre çoklu seçenekli anket sorusuna verilen cevaplar doğrultusunda; ilgili sağlık kuruluşunu tercih etmeleri hususunda, internet faktörünün etkisinde kalanlar ankete katılan kişilerin %20'si kadardır. İnternetinde gazete haberleri gibi ilgili sağlık kuruluşunu tercih etmelerinde etkili olmadığı söylenebilir.

Tablo 5.12: Hizmet Satın Alan Deneklerin, İlgili Sağlık Kuruluşunu Tercih Etmelerinde, Televizyon Ve Radyo Haberlerinden Etkilenmiş Olanların Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Televizyon ve Radyo Haberleri	38	38,0	100,0	100,0
Diğer Seçenekler	62	62,0		
Geçerlik	100	100,0		

Tabloya göre çoklu seçenekli anket sorusuna verilen cevaplar doğrultusunda; ilgili sağlık kuruluşunu tercih etmeleri hususunda, televizyon ve radyo haberlerinin etkisinde kalanlar ankete katılan kişilerin %38'i kadardır. Ankete katılanların televizyon ve radyo gibi iletişim araçlarından daha çok faydalandıklarını söyleyebiliriz.

Tablo 5.13: Hizmet Satın Alan Deneklerin, İlgili Sağlık Kuruluşunu Tercih Etmelerinde, Arkadaş, Akraba Veya Tanıdık Tavsiyelerinden Etkilenmiş Olanların Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Arkadaş, Akraba, Tanıdık Tavsiyesi	82	82,0	100,0	100,0
Diğer Seçenekler	18	18,0		
Geçerlik	100	100,0		

Tabloya göre çoklu seçenekli anket sorusuna verilen cevaplar doğrultusunda; ilgili sağlık kuruluşunu tercih etmeleri hususunda, arkadaş, akraba, tanıdık tavsiyelerinden etkilenip ilgili kuruluştan hizmet satın alanlar ankete katılan kişilerin %82’si kadardır. Ankete katılan deneklerin hastane tercih etme nedenlerinde en etkin olan seçenek arkadaş, akraba tavsiyesi olduğu dikkati çekmektedir.

10 Numaralı Anket Sorusu İle İlgili Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tabloları

Tablo 5.14: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde “Personelin Samimiyet Ve İlgisi”nin Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Katılmıyorum	1	1,0	1,0	1,0
Fikrim yok	6	6,0	6,0	7,0
Katılıyorum	16	16,0	16,0	23,0
Kesinlikle katılıyorum	77	77,0	77,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.14’e göre “personelin samimiyet ve ilgisinin” önemli olduğuna kesinlikle katılanlar ankete katılanların %77’sini oluşturmaktadır. “Personelin samimiyet ve ilgisinin” önemli olduğuna katılanlar %16’sını, fikri olmayanlar

%6'sını oluşturmaktadır. “Personelin samimiyet ve ilgisinin” önemli olduğuna katılmayanlar ise %1'ini oluşturmaktadır. Kesinlikle katılmıyorum cevabı veren yoktur.

Buna göre ankete katılanların hastane tercihinde en etkili olan özelliklerden biri personelin samimi ve ilgili davranması diyebiliriz.

Tablo 5.15: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde “Bilgi Alma Kolaylığı”nın Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	1	1,0	1,0	1,0
Katılmıyorum	2	2,0	2,0	3,0
Fikrim yok	11	11,0	11,0	14,0
Katılıyorum	38	38,0	38,0	52,0
Kesinlikle katılıyorum	48	48,0	48,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.15'e göre “bilgi alma kolaylığı”nın önemli olduğuna kesinlikle katılanlar ankete katılanların %48'ini oluşturmuştur. “Bilgi alma kolaylığı”nın önemli olduğuna katılanlar %38'ini, fikri olmayanlar %11'ini oluşturmaktadırlar. “Bilgi alma kolaylığı”nın önemli olduğuna katılmayanlar deneklerin %2'sini ve kesinlikle katılmayanlarsa deneklerin %1'ini oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.16: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde “İşlem Yapma Hızının” Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	2	2,0	2,0	2,0
Katılmıyorum	3	3,0	3,0	5,0
Fikrim yok	10	10,0	10,0	15,0
Katılıyorum	37	37,0	37,0	52,0
Kesinlikle Katılıyorum	48	48,0	48,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.16'ya göre "işlem yapma hızı"nın önemli olduğuna kesinlikle katılanlar ankete katılanların %48'ini oluşturmaktadır. "İşlem yapma hızı"nın önemli olduğuna katılanlar %37'sini, fikri olmayanlar %10'unu oluşturmaktadırlar. "İşlem yapma hızı"nın önemli olduğuna katılmayanlar ise %3'ünü ve kesinlikle katılmayanlarsa %2'sini oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.17: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde "Sunulan Hizmetlerin Kalitesinin" Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	2	2,0	2,0	2,0
Katılmıyorum	4	4,0	4,0	6,0
Fikrim yok	9	9,0	9,0	15,0
Katılıyorum	41	41,0	41,0	56,0
Kesinlikle Katılıyorum	44	44,0	44,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.17'ye göre "sunulan hizmetlerin kalitesi"nin önemli olduğuna kesinlikle katılanlar, ankete katılanların %44'ünü oluşturmaktadır. "Sunulan hizmetlerin kalitesi"nin önemli olduğuna katılanlar %41'ini, fikri olmayanlar %9'unu oluşturmaktadırlar. "Sunulan hizmetlerin kalitesi"nin önemli olduğuna katılmayanlar ise %4'ünü ve kesinlikle katılmayanlarsa %2'sini oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.18: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde "Hasta Kabulün Gösterdiği İlgi" Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	2	2,0	2,0	2,0
Katılmıyorum	12	12,0	12,0	14,0
Fikrim yok	9	9,0	9,0	23,0
Katılıyorum	30	30,0	30,0	53,0
Kesinlikle Katılıyorum	47	47,0	47,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.18'e göre "hasta kabulün gösterdiği ilginin" önemli olduğuna kesinlikle katılanlar, ankete katılanların %47'sini oluşturmaktadır. "Hasta kabulün gösterdiği ilginin" önemli olduğuna katılanlar %30'unu, fikri olmayanlar %9'unu oluşturmaktadırlar. "Hasta kabulün gösterdiği ilginin "önemli olduğuna katılmayanlar ise %12'sini ve kesinlikle katılmayanlarsa deneklerin %2'sini oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.19: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde "Fiziksel İmkanların Yeterliliğinin" Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	5	5,0	5,0	5,0
Katılmıyorum	9	9,0	9,0	14,0
Fikrim yok	11	11,0	11,0	25,0
Katılıyorum	33	33,0	33,0	58,0
Kesinlikle Katılıyorum	42	42,0	42,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.19'a göre "fiziksel imkanların yeterliliği" önemli olduğuna kesinlikle katılanlar, ankete katılanların %42'sini oluşturmaktadır. "Fiziksel imkanların yeterliliği" önemli olduğuna katılanlar %33'unu, fikri olmayanlar %11'ini oluşturmaktadırlar. "Fiziksel imkanların yeterliliği" önemli olduğuna katılmayanlar ise %9'unu ve kesinlikle katılmayanlarsa %5'ini oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.20: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alanların, Hastaneyi Tercih Etmelerinde “İleri Teknolojiye Sahip Cihazların Varlığının” Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	1	1,0	1,0	1,0
Katılmıyorum	10	10,0	10,0	11,0
Fikrim yok	9	9,0	9,0	20,0
Katılıyorum	28	28,0	28,0	48,0
Kesinlikle Katılıyorum	52	52,0	52,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.20’ye göre “İleri teknolojiye sahip cihazların varlığının” önemli olduğuna kesinlikle katılanlar, ankete katılanların %52’sini oluşturmaktadır. “İleri teknolojiye sahip cihazların varlığının” önemli olduğuna katılanlar %28’ini, fikri olmayanlar %9’unu oluşturmaktadırlar. “İleri teknolojiye sahip cihazların varlığının” önemli olduğuna katılmayanlar ise %10’unu ve kesinlikle katılmayanlarsa %1’ini oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.21: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde “Kurumun Güvenilir Bir İmajı Olması” Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	4	4,0	4,0	4,0
Katılmıyorum	12	12,0	12,0	16,0
Fikrim yok	15	15,0	15,0	31,0
Katılıyorum	25	25,0	25,0	56,0
Kesinlikle Katılıyorum	44	44,0	44,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.21’e göre “kurumun güvenilir bir imajının olmasının” önemli olduğuna kesinlikle katılanlar ankete katılanların %44’ünü oluşturmaktadır. “Kurumun güvenilir bir imajının olmasının” önemli olduğuna katılanlar %25’ini, fikri olmayanlar deneklerin %15’unu oluşturmaktadırlar. “Kurumun güvenilir bir

imajının olmasının” önemli olduğuna katılmayanlar ise %12’sini ve kesinlikle katılmayanlarsa %4’ünü oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.22: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde “Doktora Gerektiğinde Ulaşma Kolaylığının” Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	4	4,0	4,0	4,0
Katılmıyorum	9	9,0	9,0	13,0
Fikrim yok	9	9,0	9,0	22,0
Katılıyorum	37	37,0	37,0	59,0
Kesinlikle Katılıyorum	41	41,0	41,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.22’ye göre “doktora gerektiğinde ulaşma kolaylığının” önemli olduğuna kesinlikle katılanlar ankete katılanların %41’ini oluşturmaktadır. “Doktora gerektiğinde ulaşma kolaylığının” önemli olduğuna katılanlar %37’sini, fikri olmayanlar %9’unu oluşturmaktadırlar. “Doktora gerektiğinde ulaşma kolaylığının” önemli olduğuna katılmayanlar ise %9’unu ve kesinlikle katılmayanlarsa %4’ünü oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.23: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde “Hastaların Evine Veya İş Yerlerine Yakın Olmasının” Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	6	6,0	6,0	6,0
Katılmıyorum	12	12,0	12,0	18,0
Fikrim yok	11	11,0	11,0	29,0
Katılıyorum	33	33,0	33,0	62,0
Kesinlikle Katılıyorum	38	38,0	38,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.23'e göre "kuruluşun hastanın evine veya iş yerine yakın olmasının" önemli olduğuna kesinlikle katılanlar ankete katılanların %38'ini oluşturmaktadır. "Kuruluşun hastanın evine veya iş yerine yakın olmasının" önemli olduğuna katılanlar %33'ünü, fikri olmayanlar %11'ini oluşturmaktadırlar. "Kuruluşun hastanın evine veya iş yerine yakın olmasının" önemli olduğuna katılmayanlar ise %12'sini ve kesinlikle katılmayanlarsa %6'sını oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.24: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde "Sağlık Kuruluşunun Yapmış Olduğu Tanıtımların" Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	13	13,0	13,0	13,0
Katılmıyorum	14	14,0	14,0	27,0
Fikrim yok	12	12,0	12,0	39,0
Katılıyorum	28	28,0	28,0	67,0
Kesinlikle Katılıyorum	33	33,0	33,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.24'e göre "sağlık kuruluşunun yapmış olduğu tanıtımların" önemli olduğuna kesinlikle katılanlar, ankete katılanların %33'ini oluşturmaktadır. "Sağlık kuruluşunun yapmış olduğu tanıtımların" önemli olduğuna katılanlar %28'ini, fikri olmayanlar %12'sini oluşturmaktadırlar. "Sağlık kuruluşunun yapmış olduğu tanıtımların" önemli olduğuna katılmayanlar ise %14'ünü ve kesinlikle katılmayanlarsa %13'ünü oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.25: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde “Hastane Doktorlarının Sağlık Programlarına Çıkmasının” Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	15	15,0	15,0	15,0
Katılmıyorum	7	7,0	7,0	22,0
Fikrim yok	10	10,0	10,0	32,0
Katılıyorum	29	29,0	29,0	61,0
Kesinlikle Katılıyorum	39	39,0	39,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.25’e göre “hastane doktorlarının sağlık programlarına çıkmasının” önemli olduğuna kesinlikle katılanlar ankete katılanların %39’unu oluşturmaktadır. “Hastane doktorlarının sağlık programlarına çıkmasının” önemli olduğuna katılanlar %29’unu, fikri olmayanlar %10’unu oluşturmaktadır. “Hastane doktorlarının sağlık programlarına çıkmasının” önemli olduğuna katılmayanlar %7’sini ve kesinlikle katılmayanlar ise %15’ini oluşturmaktadır.

Tablo 5.26: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde “Eş-Dost Tavsiyesinin” Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	4	4,0	4,0	4,0
Katılmıyorum	5	5,0	5,0	9,0
Fikrim yok	7	7,0	7,0	16,0
Katılıyorum	37	37,0	37,0	53,0
Kesinlikle Katılıyorum	47	47,0	47,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.26’ya göre “eş-dost tavsiyesinin” önemli olduğuna kesinlikle katılanlar ankete katılanların %37’sini oluşturmaktadır. “Eş-dost tavsiyesinin” önemli olduğuna katılanlar %37’sini, fikri olmayanlar %7’sini oluşturmaktadır. “Eş-

dost tavsiyesinin” önemli olduğuna katılmayanlar ise %5’ini ve kesinlikle katılmayanlarsa %4’ünü oluşturmaktadır.

Tablo 5.27: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde “Doktorun Tavsiyesinin” Etkili Olduğunu Düşünenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	4	4,0	4,0	4,0
Katılmıyorum	6	6,0	6,0	10,0
Fikrim yok	7	7,0	7,0	17,0
Katılıyorum	37	37,0	37,0	54,0
Kesinlikle Katılıyorum	46	46,0	46,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.27’ye göre “doktor tavsiyesinin” önemli olduğuna kesinlikle katılanlar, ankete katılanların %46’sını oluşturmaktadır. “Doktor tavsiyesinin” önemli olduğuna katılanlar %37’sini, fikri olmayanlar %7’sini oluşturmaktadır. “Doktor tavsiyesinin” önemli olduğuna katılmayanlar ise %6’sını ve kesinlikle katılmayanlarsa %4’ünü oluşturmaktadır.

Tablo 5.28: İlgili Hastanede Hizmet Satın Alan Deneklerin, O Hastaneyi Tercih Etmelerinde “Kolay Randevu Almanın” Etkili Olduğunu Düşünenlerin Dağılımı Ve Yüzde Frekans Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	7	7,0	7,0	7,0
Katılmıyorum	7	7,0	7,0	14,0
Fikrim yok	9	9,0	9,0	23,0
Katılıyorum	36	36,0	36,0	59,0
Kesinlikle Katılıyorum	41	41,0	41,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.28’e göre “kolay randevu almanın” önemli olduğuna kesinlikle katılanlar ankete katılanlar %41’ini oluşturmaktadır. “Kolay randevu almanın”

önemli olduğuna katılanlar %36'sını, fikri olmayanlar %9'unu oluşturmaktadır. “Kolay randevu almanın” önemli olduğuna katılmayanlar ise %7'sini ve kesinlikle katılmayanlarsa %7'sini oluşturmaktadır.

11 Numaralı Anket Sorusu İle İlgili Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tabloları

Tablo 5.29: Hizmet Aldığı Hastaneyi Değiştirme Nedeni Olarak “Hizmet Sunumunda Sürekli Hataların Olmasını” İşaret Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Katılmıyorum	1	1,0	1,0	1,0
Fikrim Yok	6	6,0	6,0	7,0
Katılıyorum	25	25,0	25,0	32,0
Kesinlikle Katılıyorum	68	68,0	68,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.29'a göre hizmet aldığı hastaneyi değiştirmesinin sebebini “hizmet sunumunda sürekli hataların olduğu” etmenine bağlı olması inancına kesinlikle katılanlar, ankete katılan bireylerin %68'sini, katılanlar %25'ini, fikri olmayanlar %6'sını, katılmayanlar ise %1'ini oluşturmaktadır.

Tablo 5.30: Hizmet Aldığı Hastaneyi Değiştirme Nedeni Olarak “Personelin Kötü Muamelesi” Olduğunu İşaret Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	1	1,0	1,0	1,0
Fikrim Yok	10	10,0	10,0	11,0
Katılıyorum	48	48,0	48,0	59,0
Kesinlikle Katılıyorum	41	41,0	41,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.30’a göre hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “personelin kötü muamelesi” olduğunu işaret edenlerin %41’ini kesinlikle katılanlar, %48’ini katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %10’unu, kesinlikle katılmayanlar ise %1’ini oluşturmaktadır.

Tablo 5.31: Hizmet Aldığı Hastaneyi Değiştirme Nedeni Olarak “Randevu Alma Süresinin Uzunluğu” Olduğunu İşaret Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	3	3,0	3,0	3,0
Fikrim yok	9	9,0	9,0	15,0
Katılıyorum	47	47,0	47,0	62,0
Kesinlikle Katılıyorum	38	38,0	38,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.31’e göre hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “randevu alma süresinin uzunluğu” olduğuna kesinlikle katılanlar, ankete katılanların %38’ini, katılanlar %47’sini, bu konu hakkında fikri olmayanlar %9’unu, kesinlikle katılmayanlar ise %3’ünü oluşturmaktadır.

Tablo 5.32: Hizmet Aldığı Hastaneyi Değiştirme Nedeni Olarak “Diğer Sağlık Kuruluşlarının İmkanlarının Daha İyi Olması” Olduğunu İşaret Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	1	1,0	1,0	1,0
Katılmıyorum	9	9,0	9,0	10,0
Fikrim yok	16	16,0	16,0	26,0
Katılıyorum	40	40,0	40,0	66,0
Kesinlikle Katılıyorum	34	34,0	34,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.32’ye göre hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “diğer sağlık kuruluşlarının sunmuş olduğu imkanların daha iyi” olduğunu işaret edenlerin %34’ünü kesinlikle katılanlar, %40’ını katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar

%16'sını, katılmayanlar %9'unu, kesinlikle katılmayanlarsa %1'ini oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.33: Hizmet Aldığı Hastaneyi Değiştirme Nedeni Olarak “Otopark, Bekleme Salonu, Çocuk Oyun Alanı Gibi Hizmetlerin Yetersiz Olması” Olduğunu İşaret Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Geçerlik	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	10	10,0	10,0	10,0
Katılmıyorum	12	12,0	12,0	22,0
Fikrim yok	17	17,0	17,0	39,0
Katılıyorum	27	27,0	27,0	66,0
Kesinlikle Katılıyorum	34	34,0	34,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.33'e göre hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “otopark, bekleme salonu, çocuk oyun alanları gibi hizmetlerin yetersiz olması” olduğunu işaret edenlerin %34'ünü kesinlikle katılanlar, %27'sini katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %17'sini, katılmayanlar %12'sini, kesinlikle katılmayanlar ise %10'unu oluşturmaktadır.

Tablo 5.34: Hizmet Aldığı Hastaneyi Değiştirme Nedeni Olarak “Yön Bulmayı Sağlayan Tabelaların Düzgün Yerleştirilememesi” Olduğunu İşaret Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	9	9,0	9,0	9,0
Katılmıyorum	6	6,0	6,0	15,0
Fikrim yok	12	12,0	12,0	27,0
Katılıyorum	38	38,0	38,0	65,0
Kesinlikle Katılıyorum	35	35,0	35,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.34’e göre hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “yön bulmayı sağlayan tabelaların düzgün yerleştirilmemesi” olduğunu işaret edenlerin %35’ini kesinlikle katılanlar, %38’sini katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %12’sini, katılmayanlar %6’sını, kesinlikle katılmayanlar ise %9’unu oluşturmaktadırlar.

Tablo 5.35: Hizmet Aldığı Hastaneyi Değiştirme Nedeni Olarak “Devamlı Hizmet Aldığı Doktorun Hastaneden Ayrılmış Olması” Olduğunu İşaret Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	7	7,0	7,0	7,0
Katılmıyorum	9	9,0	9,0	16,0
Fikrim yok	8	8,0	8,0	24,0
Katılıyorum	29	29,0	29,0	53,0
Kesinlikle Katılıyorum	47	47,0	47,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.35’e göre hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “devamlı hizmet aldığı doktorun hastaneden ayrılmış olması” olduğuna işaret edenlerin %47’sini kesinlikle katılanlar, %29’unu katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %8’ini, katılmayanlar %9’unu, kesinlikle katılmayanlar ise %7’sini oluşturmaktadır.

Tablo 5.36: Hizmet Aldığı Hastaneyi Değiştirme Nedeni Olarak “Hizmet Sunumunda Bekleme Sürelerinin Uzun Olması” Olduğunu İşaret Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	8	8,0	8,0	8,0
Katılmıyorum	7	7,0	7,0	15,0
Fikrim yok	8	8,0	8,0	23,0
Katılıyorum	35	35,0	35,0	58,0
Kesinlikle Katılıyorum	42	42,0	42,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.36’ya göre hizmet aldığı hastaneyi değiştirme nedeni olarak “hizmet sunumunda bekleme süresinin uzun olması” olduğuna işaret edenlerin %42’sini kesinlikle katılanlar, %35’ini katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %8’ini, katılmayanlar %7’sini, kesinlikle katılmayanlar ise %8’ini oluşturmaktadır.

12 Numaralı Anket Sorusu İle İlgili Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tabloları

Tablo 5.37: Bir Hastanenin Marka Oluşumuna Etki Eden Faktörler Arasında “Hizmet Kalitesinin Yüksek Olması” Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Katılmıyorum	1	1,0	1,0	1,0
Fikrim Yok	7	7,0	7,0	8,0
Katılıyorum	20	20,0	20,0	28,0
Kesinlikle Katılıyorum	72	72,0	72,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.37’ye göre bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “hizmet kalitesinin yüksek olması” olduğunu ifade edenlerin %72’sini kesinlikle katılanlar, %20’sini katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %7’sini, katılmayanlar %1’ini oluşturmaktadır.

Tablo 5.38: Bir Hastanenin Marka Oluşumuna Etki Eden Faktörler Arasında “Sağlık Kuruluşu Tarafından Özel Günlerde Tebrik Kartı Gönderilmesi ” Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	6	6,0	6,0	6,0
Katılmıyorum	15	15,0	15,0	21,0
Fikrim yok	8	8,0	8,0	29,0
Katılıyorum	39	39,0	39,0	68,0
Kesinlikle Katılıyorum	32	32,0	32,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.38'e göre bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında "sağlık kuruluşu tarafından özel günlerde tebrik kartı gönderilmesi" olduğunu ifade edenlerin %32'sini kesinlikle katılanlar, %39'unu katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %8'ini, katılmayanlar %15'ini, kesinlikle katılmayanlar ise %6'sını oluşturmaktadır.

Tablo 5.39: Bir Hastanenin Marka Oluşumuna Etki Eden Faktörler Arasında "Sağlık Kurumunun İmajının Ve Güvenilirliğinin Diğer Kurumlara Göre Yüksek Olması " Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	4	4,0	4,0	4,0
Katılmıyorum	7	7,0	7,0	11,0
Fikrim yok	5	5,0	5,0	16,0
Katılıyorum	39	39,0	39,0	55,0
Kesinlikle Katılıyorum	45	45,0	45,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.39'a göre bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında "sağlık kurumunun imajının ve güvenilirliğinin diğer kurumlara göre yüksek olması" olduğunu ifade edenlerin %45'ini kesinlikle katılanlar, %39'unu katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %5'ini, katılmayanlar %7'sini, kesinlikle katılmayanlar ise %4'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 5.40: Bir Hastanenin Marka Oluşumuna Etki Eden Faktörler Arasında "Hastaların Tanınmış Ve Ün Yapmış Sağlık Kuruluşlarını Tercih Ediyor " Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	2	2,0	2,0	2,0
Katılmıyorum	11	11,0	11,0	13,0
Fikrim yok	8	8,0	8,0	21,0
Katılıyorum	33	33,0	33,0	54,0
Kesinlikle Katılıyorum	46	46,0	46,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.40’a göre bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “hastaların tanınmış ve ün yapmış hastaneleri tercih ediyor” olduğunu ifade edenlerin %46’sı kesinlikle katılanlar, %33’ü katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %8’ini, katılmayanlar %11’ini, kesinlikle katılmayanlar ise %2’sini oluşturmaktadır.

Tablo 5.41: Bir Hastanenin Marka Oluşumuna Etki Eden Faktörler Arasında “Hastane Doktorlarının Tanınmış Olması ” Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	4	4,0	4,0	4,0
Katılmıyorum	4	4,0	4,0	8,0
Fikrim yok	6	6,0	6,0	14,0
Katılıyorum	32	32,0	32,0	46,0
Kesinlikle Katılıyorum	53	53,0	53,0	99,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	100

Tablo 5.41’e göre bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “hastane doktorlarının tanınmış olması” olduğunu ifade edenlerin %53’ü kesinlikle katılanlar, %32’si katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %6’sı, katılmayanlar %4’ünü, kesinlikle katılmayanlar ise %4’ünü oluşturmaktadır.

Tablo 5.42: Bir Hastanenin Marka Oluşumuna Etki Eden Faktörler Arasında “Hastanenin Fiziki Mekanının Çok Büyük Bir Alana Kurulmuş Olması ” Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	11	11,0	11,0	11,0
Katılmıyorum	10	10,0	10,0	21,0
Fikrim yok	5	5,0	5,0	26,0
Katılıyorum	27	27,0	27,0	53,0
Kesinlikle Katılıyorum	47	47,0	47,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.42’ e göre bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “hastanenin fiziksel mekanının çok büyük bir alana kurulmuş olması” olduğunu ifade edenlerin %47’si kesinlikle katılanlar, %27’si katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %5’ini, katılmayanlar %10’unu, kesinlikle katılmayanlar ise %11’ini oluşturmaktadır.

Tablo 5.43: Bir Hastanenin Marka Oluşumuna Etki Eden Faktörler Arasında “Hastaların Kendilerini Ayrıcalıklı Hissettikleri Belirli Bir Gurubun İçinde Yer Aldıkları Hastaneleri Tercih Ediyor ” Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	14	14,0	14,0	14,0
Katılmıyorum	11	11,0	11,0	25,0
Fikrim yok	9	9,0	9,0	34,0
Katılıyorum	20	20,0	20,0	54,0
Kesinlikle Katılıyorum	46	46,0	46,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.43’e göre bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “hastaların kendilerini ayrıcalıklı hissettiren belirli bir gurubun içinde yer aldıklarına inanıyor” olduğunu ifade edenlerin %46’sını kesinlikle katılanlar, %20’sini katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %9’unu, katılmayanlar %11’ini, kesinlikle katılmayanlar ise %14’ünü oluşturmaktadır.

13 Numaralı Anket Sorusu İle İlgili Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tabloları

Tablo 5.44: Bir Hastanenin Marka Oluşumuna Etki Eden Faktörler Arasında “Hastane Çalışanlarıyla İyi İlişkiler İçinde Olunması” Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	7	7,0	7,0	7,0
Katılmıyorum	6	6,0	6,0	13,0
Fikrim yok	4	4,0	4,0	17,0
Katılıyorum	39	39,0	39,0	56,0
Kesinlikle Katılıyorum	44	44,0	44,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.44’e göre bir hastanenin marka oluşumuna etki eden faktörler arasında “hastane çalışanlarıyla iyi ilişkiler arasında olunması” olduğunu ifade edenlerin %44’ü kesinlikle katılanlar, %39’u katılanlar, bu konu hakkında fikri olmayanlar %4’ü, katılmayanlar %6’sı, kesinlikle katılmayanlar ise %7’sini oluşturmaktadır.

Tablo 5.45: Bir Hastaneye Marka Denilebilmesi İçin, Markalaşma Süreçleriyle Alakalı Olarak ”Hastanenin Marka Olmasının Önemli Olduğunu” İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	5	5,0	5,0	5,0
Katılmıyorum	3	3,0	3,0	8,0
Fikrim yok	6	6,0	6,0	14,0
Katılıyorum	25	25,0	25,0	39,0
Kesinlikle Katılıyorum	61	61,0	61,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.45’e göre bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak ”hastanenin marka olmasının önemli olduğunu” ifade

edenlerin %61'i bu sürece kesinlikle katılmakta, %25'i katılmakta, %6'sı bu süreç hakkında herhangi bir fikre sahip olmamakta, %3'ü sürece katılmamakta, %5'i ise sürece kesinlikle katılmamaktadır.

Tablo 5.46: Bir Hastaneye Marka Denilebilmesi İçin, Markalaşma Süreçleriyle Alakalı Olarak "Hastanenin İç Dekorasyonunun, Genel Fiziki Görünümünün Ve Odaların Konforunun Önemli Olduğunu" İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	3	3,0	3,0	3,0
Katılmıyorum	4	4,0	4,0	7,0
Fikrim yok	8	8,0	8,0	15,0
Katılıyorum	36	36,0	36,0	51,0
Kesinlikle Katılıyorum	49	49,0	49,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.46'ya göre bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak "hastanenin iç dekorasyonunun, genel fiziki görünümünün ve odaların konforunun önemli olduğunu" ifade edenlerin %49'u bu sürece kesinlikle katılmakta, %36'sı katılmakta, %8'i bu süreç hakkında herhangi bir fikre sahip olmamakta, %4'ü sürece katılmamakta, %3'ü ise sürece kesinlikle katılmamaktadır.

Tablo 5.47: Bir Hastaneye Marka Denilebilmesi İçin, Markalaşma Süreçleriyle Alakalı Olarak "Hastanenin Temiz Ve Hijyenik Olmasının Önemli Olduğunu" İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	5	5,0	5,0	5,0
Katılmıyorum	2	2,0	2,0	7,0
Fikrim yok	7	7,0	7,0	14,0
Katılıyorum	34	34,0	34,0	48,0
Kesinlikle Katılıyorum	51	51,0	51,0	99,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.47'ye göre bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak “hastanenin temiz ve hijyenik olmasının önemli olduğunu” ifade edenlerin %51'i bu sürece kesinlikle katılmakta, %34'ü katılmakta, %7'si bu süreç hakkında herhangi bir fikre sahip olmamakta, %2'si sürece katılmamakta, %5'i ise sürece kesinlikle katılmamaktadır.

Tablo 5.48: Bir Hastaneye Marka Denilebilmesi İçin, Markalaşma Süreçleriyle Alakalı Olarak ”Personelin Hastaya Karşı Davranışlarının Nazik Ve Kibar Olmasının Önemli” Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	3	3,0	3,0	3,0
Katılmıyorum	3	3,0	3,0	6,0
Fikrim yok	11	11,0	11,0	17,0
Katılıyorum	34	34,0	34,0	51,0
Kesinlikle Katılıyorum	49	49,0	49,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.48'e göre bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak “personelin hastaya karşı davranışlarının nazik ve kibar olmasının önemli” olduğunu ifade edenlerin %49'u bu sürece kesinlikle katılmakta, %34'ü katılmakta, %11'i bu süreç hakkında herhangi bir fikre sahip olmamakta, %3'ü sürece katılmamakta, %3'ü ise sürece kesinlikle katılmamaktadır.

Tablo 5.49: Bir Hastaneye Marka Denilebilmesi İçin, Markalaşma Süreçleriyle Alakalı Olarak “Hastanenin Ulaşımının Kolay Olması, Park Yeri Sıkıntısının Olmamasının Önemli” Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	7	7,0	7,0	7,0
Katılmıyorum	6	6,0	6,0	13,0
Fikrim yok	13	13,0	13,0	26,0
Katılıyorum	33	33,0	33,0	59,0
Kesinlikle Katılıyorum	41	41,0	41,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.49’a göre bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak “hastanenin ulaşımının kolay ve park yeri sıkıntısının olmamasının önemli” olduğunu ifade edenlerin %41’i bu süreç kesinlikle katılmakta, %33’ü katılmakta, %13’ü bu süreç hakkında herhangi bir fikre sahip olmamakta, %6’sı sürece katılmamakta, %7’si ise sürece kesinlikle katılmamaktadır.

Tablo 5.50: Bir Hastaneye Marka Denilebilmesi İçin, Markalaşma Süreçleriyle Alakalı Olarak “Hastanenin Hizmet Kalite Belgelerinin Olmasının Önemli” Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	14	14,0	14,0	14,0
Katılmıyorum	4	4,0	4,0	18,0
Fikrim yok	10	10,0	10,0	28,0
Katılıyorum	25	25,0	25,0	53,0
Kesinlikle Katılıyorum	47	47,0	47,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tablo 5.50’ye göre bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak “hastanenin hizmet kalite belgelerinin olmasının önemli” olduğunu ifade edenlerin %47’si bu sürece kesinlikle katılmakta, %25’i katılmakta,

%10'u bu süreç hakkında herhangi bir fikre sahip olmamakta, %4'ü sürece katılmamakta, %14'ü ise sürece kesinlikle katılmamaktadır.

Tablo 5.51: Bir Hastaneye Marka Denilebilmesi İçin, Markalaşma Süreçleriyle Alakalı Olarak "Uzman Kadronun Eğitim, Bilgi Ve Tecrübelerinin Önemli" Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	3	3,0	3,0	3,0
Katılmıyorum	7	7,0	7,0	10,0
Fikrim yok	9	9,0	9,0	19,0
Katılıyorum	25	25,0	25,0	44,0
Kesinlikle Katılıyorum	56	56,0	56,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.51'e göre bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak "uzman kadronun eğitiminin, bilgi ve tecrübelerinin önemli" olduğunu ifade edenlerin %56'sı bu sürece kesinlikle katılmakta, %25'i katılmakta, %9'u bu süreç hakkında herhangi bir fikre sahip olmamakta, %7'si sürece katılmamakta, %3'ü ise sürece kesinlikle katılmamaktadır.

Tablo 5.52: Bir Hastaneye Marka Denilebilmesi İçin, Markalaşma Süreçleriyle Alakalı Olarak "Hastanenin Reklamının Ve Tanıtımının Çok İyi Olmasının Önemli" Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	5	5,0	5,0	5,0
Katılmıyorum	12	12,0	12,0	17,0
Fikrim yok	9	9,0	9,0	26,0
Katılıyorum	32	32,0	32,0	58,0
Kesinlikle Katılıyorum	42	42,0	42,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.52'ye göre bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak "hastanenin reklamının ve tanıtımının çok iyi olmasının

önemli” olduğunu ifade edenlerin %42’si bu sürece kesinlikle katılmakta, %32’si katılmakta, %9’u bu süreç hakkında herhangi bir fikre sahip olmamakta, %12’si sürece katılmamakta, %5’i ise sürece kesinlikle katılmamaktadır.

Tablo 5.53: Bir Hastaneye Marka Denilebilmesi İçin, Markalaşma Süreçleriyle Alakalı Olarak ”Hastanede Kullanılan Aletlerin En Son Teknolojik Donanıma Sahip Olmasının Önemli” Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	6	6,0	6,0	6,0
Katılmıyorum	5	5,0	5,0	11,0
Fikrim yok	10	10,0	10,0	21,0
Katılıyorum	29	29,0	29,0	50,0
Kesinlikle Katılıyorum	50	50,0	50,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.53’e göre bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak “hastanede kullanılan aletlerin en son teknolojik donanıma sahip olmasının önemli” olduğunu ifade edenlerin %50’si bu sürece kesinlikle katılmakta, %29’u katılmakta, %10’u bu süreç hakkında herhangi bir fikre sahip olmamakta, %5’i sürece katılmamakta, %6’sı ise sürece kesinlikle katılmamaktadır.

Tablo 5.54: Bir Hastaneye Marka Denilebilmesi İçin, Markalaşma Süreçleriyle Alakalı Olarak ”Hasta Hakları Ve Etik Kurallara Hastanenin Dikkat Ediyor Olmasının Önemli” Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	5	5,0	5,0	5,0
Katılmıyorum	6	6,0	6,0	11,0
Fikrim yok	10	10,0	10,0	21,0
Katılıyorum	35	35,0	35,0	56,0
Kesinlikle Katılıyorum	44	44,0	44,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.54'e göre bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak "hastanenin etik kurallara ve hasta haklarına dikkat olmasının önemli" olduğunu ifade edenlerin %44'ü bu sürece kesinlikle katılmakta, %35'i katılmakta, %10'u bu süreç hakkında herhangi bir fikre sahip olmamakta, %6'sı sürece katılmamakta, %5'i ise sürece kesinlikle katılmamaktadır.

Tablo 5.55: Bir Hastaneye Marka Denilebilmesi İçin, Markalaşma Süreçleriyle Alakalı Olarak "Engelli Lavabolarının, Bebek Bakım Odalarının, İbadethane Gibi Özel Durumlara Uygun Odaların Olmasının Önemli" Olduğunu İfade Edenlerin Frekans Dağılımı Ve Yüzde Tablosu

	Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde	Geçerlik Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	11	11,0	11,0	11,0
Katılmıyorum	5	5,0	5,0	16,0
Fikrim yok	10	10,0	10,0	26,0
Katılıyorum	30	30,0	30,0	56,0
Kesinlikle Katılıyorum	44	44,0	44,0	100,0
Geçerlik	100	100,0	100,0	

Tablo 5.55'e göre bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma süreçleriyle alakalı olarak "engelli lavabolarının, bebek bakım odalarının, ibadethane gibi özel durumlara uygun odaların olmasının önemli" olduğunu ifade edenlerin %44'ü bu sürece kesinlikle katılmakta, %30'u katılmakta, %10'u bu süreç hakkında herhangi bir fikre sahip olmamakta, %5'i sürece katılmamakta, %11'i ise sürece kesinlikle katılmamaktadır.

5.4. Hipotezlerin Değerlendirilmesi Ve Yorumu

HİPOTEZ1:

H_0 = Hastaların tedavi gördüğü hastaneyi seçmesi ile “ileri teknolojiye sahip cihazların ilgili hastanede bulunması” kriteri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 = Hastaların tedavi gördüğü hastaneyi seçmesi ile “ileri teknolojiye sahip cihazların ilgili hastanede bulunması” kriterleri bağımlı değişkenlerdir. Yani bu iki değişken arasında bir ilişki vardır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.000 değeri 0.05 ten küçük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilemez ve H_1 hipotezi kabul edilmiş olur. Yani hastaların tedavi gördükleri hastaneyi seçmelerinde “ileri teknolojiye sahip cihazların bulunması” önemli bir etkindir. Bu iki değişken birbirleri ile ilişkilidir.

HİPOTEZ 2:

H_0 = “Sağlık kurumunun imajının ve güvenilirliğinin diğer kurumlara göre yüksek olması” kriteri ile “ aylık gelir” değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 = “Sağlık kurumunun imajının ve güvenilirliğinin diğer kurumlara göre yüksek olması” kriteri ile “ aylık gelir” değişkenleri bağımlı değişkenlerdir. Yani bu iki değişken arasında bir ilişki vardır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.000 değeri 0.05 ten küçük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilemez ve H_1 hipotezi kabul edilmiş olur. Yani “Sağlık kurumunun imajının ve güvenilirliğinin diğer kurumlara göre yüksek olması” kriterinin seçilmesi hususunda “aylık gelir” kriteri önemli bir etkindir. Bu iki değişken birbirleri ile ilişkilidir.

HİPOTEZ 3:

H_0 = Hastaların tedavi gördüğü hastaneyi seçmesi üzerindeki etkiyi “ileri teknolojiye sahip cihazların ilgili hastanede bulunması” şeklinde izah edenler ile “sağlık güvencesi” kriteri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 = Hastaların tedavi gördüğü hastaneyi seçmesi üzerindeki etkiyi “ileri teknolojiye sahip cihazların ilgili hastanede bulunması” şeklinde izah edenler ile “sağlık güvencesi” kriteri bağımlıdır. Yani bu iki değişken arasında bir ilişki vardır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.304 değeri 0.05 ten büyük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani Hastaların tedavi gördüğü hastaneyi seçmesi üzerindeki etkiyi “ileri teknolojiye sahip cihazların ilgili hastanede bulunması” şeklinde izah edenler ile “sağlık güvencesi” kriteri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

HİPOTEZ 4:

H_0 = Hastanenin markalaşma süreci ile “hastanenin temiz ve hijyenik olmasını” kriterini bağdaştıranlar ile “öğrenim durumu” değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 =Hastanenin markalaşma süreci ile “hastanenin temiz ve hijyenik olmasını” kriterini bağdaştıranlar ile “öğrenim durumu” değişkenleri bağımlıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında ilişki vardır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.001 değeri 0.05 ten küçük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilemez ve H_1 hipotezi kabul edilmiş olur. Yani Hastanenin markalaşma süreci ile “hastanenin temiz ve hijyenik olmasını” kriterini bağdaştıranlar ile “öğrenim durumu” değişkenleri bağımlıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında ilişki vardır.

HİPOTEZ 5 :

H_0 = Hizmet alınan hastanenin değiştirilmesi ile “sürekli hizmet aldığı doktorun hastaneden ayrılmış olması” kriterini bağdaştıranlar ile “yaş” değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 =Hizmet alınan hastanenin değiştirilmesi ile “sürekli hizmet aldığı doktorun hastaneden ayrılmış olması” kriterini bağdaştıranlar ile “yaş” değişkenleri bağımlıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında ilişki vardır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.00017 değeri 0.05 ten küçük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilemez ve H_1 hipotezi kabul edilmiş olur. Yani Hizmet alınan hastanenin değiştirilmesi ile “sürekli hizmet aldığı doktorun hastaneden ayrılmış olması” kriterini bağdaştıranlar ile “yaş” değişkenleri bağımlıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında ilişki vardır.

HİPOTEZ 6 :

H_0 = Hastaların hizmet satın aldığı hastaneyi değiştirmesi üzerindeki etkiyi “otopark sorunu, çocuk oyun alanları gibi alanların azlığı” şeklinde izah edenler ile “medeni durum” değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 =Hastaların hizmet satın aldığı hastaneyi değiştirmesi üzerindeki etkiyi “otopark sorunu, çocuk oyun alanları gibi alanların azlığı” şeklinde izah edenler ile “medeni durum” değişkenleri bağımlıdır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.340 değeri 0.05 ten büyük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani Hastaların hizmet satın aldığı hastaneyi değiştirmesi üzerindeki etkiyi “otopark sorunu, çocuk oyun alanları gibi alanların azlığı” şeklinde izah edenler ile “medeni durum” değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

HİPOTEZ 7 :

H_0 = Hizmet alınan hastanenin değiştirilmesi ile “diğer sağlık kuruluşlarında daha iyi hizmet verilmesi” kriterini bağdaştıranlar ile “aylık gelir” değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 =Hizmet alınan hastanenin değiştirilmesi ile “diğer sağlık kuruluşlarında daha iyi hizmet verilmesi” kriterini bağdaştıranlar ile “aylık gelir” değişkenleri bağımlıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında ilişki vardır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.000değeri 0.05 ten küçük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilemez ve H_1 hipotezi kabul edilmiş olur. Yani Hizmet alınan hastanenin değiştirilmesi ile “diğer sağlık kuruluşlarında daha iyi hizmet verilmesi” kriterini bağdaştıranlar ile “aylık gelir” değişkenleri bağımlıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında ilişki vardır.

HİPOTEZ 8 :

H_0 = Tedavi görülen hastanenin seçilmesi ile “işlem yapma hızı” kriterini bağdaştıranlar ile “öğrenim durumu” değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 =Tedavi görülen hastanenin seçilmesi ile “işlem yapma hızı” kriterini bağdaştıranlar ile “öğrenim durumu” değişkenler bağımlıdır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.000 değeri 0.05 ten küçük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilemez ve H_1 hipotezi kabul edilmiş olur. Yani Tedavi görülen hastanenin seçilmesi ile “işlem yapma hızı” kriterini bağdaştıranlar ile “öğrenim durumu” değişkenler bağımlıdır.

HİPOTEZ 9 :

H_0 = Tedavi görülen hastanenin seçilmesi ile “eve yakın mesafede olması” kriterini bağdaştıranlar ile “gelir durumu” değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 =Tedavi görülen hastanenin seçilmesi ile “eve yakın mesafede olması” kriterini bağdaştıranlar ile “gelir durumu” değişkenler bağımlıdır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.000 değeri 0.05 ten küçük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilemez ve H_1 hipotezi kabul edilmiş olur. Yani Tedavi görülen hastanenin seçilmesi ile “eve yakın mesafede olması” kriterini bağdaştıranlar ile “gelir durumu” değişkenler bağımlıdır.

HİPOTEZ 10 :

H_0 =Tedavi görülen hastanenin değiştirilmesi ile “bekleme süresinin uzun olması” kriterini bağdaştıranlar ile “sosyal güvence” değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 =Tedavi görülen hastanenin değiştirilmesi ile “bekleme süresinin uzun olması” kriterini bağdaştıranlar ile “sosyal güvence” değişkenleri bağımlıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki vardır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.0039 değeri 0.05 ten küçük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilemez ve H_1 hipotezi kabul edilmiş olur. Yani Tedavi görülen hastanenin değiştirilmesi ile “bekleme süresinin uzun olması” kriterini bağdaştıranlar ile “sosyal güvence” değişkenleri bağımlıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki vardır.

HİPOTEZ 11 :

H_0 = Hastanenin markalaşma süreci ile “personelin hastaya karşı davranışlarının iyi olması” kriterini bağdaştıranlar ile “gelir durumu” değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 =Hastanenin markalaşma süreci ile “personelin hastaya karşı davranışlarının iyi olması” kriterini bağdaştıranlar ile “gelir durumu” değişkenleri bağımlıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki vardır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.0025 değeri 0.05 ten küçük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilemez ve H_1 hipotezi kabul edilmiş olur. Yani Hastanenin markalaşma süreci ile “personelin hastaya karşı davranışlarının iyi olması” kriterini bağdaştıranlar ile “gelir durumu” değişkenleri bağımlıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki vardır.

HİPOTEZ 12 :

H_0 = Hastaneden kaçınıcı kez hizmet alındığı ile “hastanenin ün yapmış olması” kriteri değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 =Hastaneden kaçınıcı kez hizmet alındığı ile “hastanenin ün yapmış olması” kriteri değişkenleri bağımlıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki vardır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.00535 değeri 0.05 ten büyük olduğundan H_1 hipotezi kabul edilemez ve H_0 hipotezi kabul edilmiş olur. Yani Hastaneden kaçınıcı kez hizmet alındığı ile “hastanenin ün yapmış olması” kriteri değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

HİPOTEZ 13 :

H_0 = Tedavi görülen hastanenin markalaşma süreci ile “sağlık kurumunun imajının iyi olması” kriterini bağdaştıranlar ile “gelir durumu” değişkenleri birbirinden bağımsızdır. Diğer bir deyişle bu iki değişken arasında her hangi bir ilişki yoktur.

H_1 =Tedavi görülen hastanenin seçilmesi ile “sağlık kurumunun imajının iyi olması” kriterini bağdaştıranlar ile “gelir durumu” değişkenler bağımlıdır.

Anlamlılık düzeyi olan 0.00174 değeri 0.05 ten küçük olduğundan H_0 hipotezi kabul edilemez ve H_1 hipotezi kabul edilmiş olur. Yani Tedavi görülen hastanenin seçilmesi ile “sağlık kurumunun imajının iyi olması” kriterini bağdaştıranlar ile “gelir durumu” değişkenler bağımlıdır.

Tablo 5.56. Hipotez Değerlendirme Tablosu

Hipotez	Ki-Kare Değeri	H₀	H₁
Hipotez1	0.000	Red	Kabul
Hipotez 2	0.000	Red	Kabul
Hipotez 3	0.304	Kabul	Red
Hipotez 4	0.001	Red	Kabul
Hipotez 5	0.00017	Red	Kabul
Hipotez 6	0.340	Kabul	Red
Hipotez 7	0.000	Red	Kabul
Hipotez 8	0.000	Red	Kabul
Hipotez 9	0.000	Red	Kabul
Hipotez 10	0.0039	Red	Kabul
Hipotez 11	0.0025	Red	Kabul
Hipotez 12	0.00535	Red	Kabul
Hipotez 13	0.00174	Red	Kabul

5.5. Tartışma Ve Sonuç

Marka olmayı hedefleyen bir sağlık kuruluşu öncelikli olarak; kalite politikalarını, hastanenin amaçlarını, hedef kitlesini ve hastanenin vermek istediği mesajlarını belirlemek zorundadır. Kalite politikalarını belirlerken kurum için hizmet kalitesini en üst seviyeye çıkaracak kriterler oluşturulmalıdır. Kurum kalite politikası içinde tüm hastalara din, dil, ırk, cinsiyet ayrımı yapmadan hastanenin olanakları ölçüsünde hizmet vermelidir. Sağlık kuruluşu misyon ve vizyonuna uygun hareket etmelidir. Hasta memnuniyetini arttırmak için personel sürekli olarak eğitilmelidir. Kurumun başarısı tüm çalışanları kapsayacak şekilde hep beraber kutlanmalı, personelin motivasyonunun en üst seviyede tutulması için onların çalışma sahaları iş performansını artıracak ölçülerde oluşturulmalıdır.

Kurumun amaçları sunduğu hizmetler doğrultusunda ve sağlık kuruluşunun olanakları içinde mümkün olan en yüksek hasta sayısına ulaşmak ise rakipleriyle bu konuda yarışır hale gelmelidir. Hedef kitlesine, rakipleri tarafından sunulan hizmet standartlarının üzerinde sürekli ve kaliteli hizmet sunulmalıdır. Hizmet edilen hastaya saygı, şefkat, ilgi göstermek ve hastalarla iletişime önem vermek gerekmektedir.

Verilen hizmetin mükemmel seviyede olabilmesi için kurum personelinin gelişmesine imkan vermek ve kurumda var olan cihazların teknolojinin en üst düzeyinde tutulması sağlanmalıdır. Bilimsel araştırmalara önem vermek ve teşvik etmek gerekmektedir. Halkın kurumu telaffuz ettiğinde saygınlık ve güven uyandıracak şekilde bir kurum imajı çizilmesi önemli olacaktır.

Araştırma sonucunda elde edilen temel bulgulara bakıldığında; hastaların anket uygulanan hastaneden hizmet alma sıklığı incelendiğinde; ilk kez hizmet alanlar deneklerin %30'unu oluştururken, ikinci kez hizmet alanlar deneklerin %28'i, üçüncü kez hizmet alanlar deneklerin %27'si'dir. Böylece hastanenin istikrarlı bir hasta potansiyeli olduğunu söyleyebiliriz.

Hastaların anket uygulanan hastaneden hizmet alma sürelerine bakıldığında; deneklerin % 39'u altı aydan daha kısa süredir, %24'ü 6 ay ile 1 yıldır, %22'si 1 yıl

ile 1.5 yıldır hizmet almaktadırlar. Bu sonuç, hastaların hizmet alma sıklığı ile hizmet alma süreleri arasında bir paralellik olduğunu göstermektedir.

Hastaların anket uygulanan hastaneden haberdar olmak için kullandıkları bilgi kaynakları incelendiğinde; ankete katılan deneklerin yüksek oranda %82' tavsiye olduğu görülmüştür. Bu durum hastanenin imajının toplum tarafından iyi algılandığının bir göstergesidir.

Hastaların anket uygulanan hastaneyi olarak seçim kriterlerine katılım düzeylerine baktığımızda; en yüksek katılım düzeyine sahip kriterler; ileri teknolojik cihazların kullanılıyor olması ve personelin samimiyet ve ilgisi olarak bulunmuştur. Hastaların genel bir sağlık kurumunu seçim kriterleri içinde evime ve iş yerime yakın olması ve sağlık kurumunun yapmış olduğu tanıtımlar daha az etkili olmuştur. Bu sonuç hastaların sağlık kurumu seçimlerinde imaja daha çok önem verdiklerini hastanenin uzaklığının ve tanıtımının seçim kriterlerinde daha az önemli olduğunu göstermektedir.

Hastaların hizmet aldıkları sağlık kurumunu değiştirme nedenlerine katılım düzeylerinde; ilk olarak hizmet sunumunda sürekli hataların ve aksaklıkların olması daha sonra hastane çalışanlarının kötü muamelesi gibi kriterler daha ön planda yer almıştır. Yön bulmayı sağlayan tabelaların uygun yerleştirilmemiş olması, otopark, bekleme salonu ve kafeterya gibi hizmetlerin yetersiz olması gibi kriterlere katılım düzeyi daha düşüktür.

Bir hastanenin marka oluşumuna etki eden nedenlere katılım düzeylerinde; ilk olarak hizmet kalitesinin yüksek olması ve hastane doktorlarının tanınmış olması kriterleri yüksek oranda bulunmuştur. Sağlık kurumu tarafından özel günlerin hatırlanıp, hastalara tebrik kartlarının yollanması ve hastaların kendilerini ayrıcalıklı hissetmeleri gibi kriterlere katılım düzeyi diğerlerine göre daha düşüktür.

Bir hastaneye marka denilebilmesi için, markalaşma sürecine etki eden nedenlere katılım düzeylerinde; yüksek oranda hastanenin marka olması, genel fiziki

görünümünün iyi olması, temiz ve hijyenik olması, uzman kadronun eğitimli olması, personelin nazik ve kibar olması ve hastanede kullanılan cihazların ileri teknolojik donanımına sahip olması gibi nedenlerin öne çıktığını görüyoruz. Hastanenin reklam ve tanıtımının iyi yapılmış olması ile ilgili ifadeye katılım düşüktür. Bu da sağlık kurumlarının reklam yapma yasağından kaynaklanmaktadır.

Hastaların anket uygulanan sağlık kuruluşunu seçmelerindeki katılım düzeylerine baktığımızda; işlem yapma hızı, fiziksel imkanların yeterliliği, doktora gerektiği durumlarda ulaşma kolaylığı, ileri teknolojiye ait cihazların kullanımı, ödemelerde sağlanan kolaylık, teşhis ve tedavi sürecinde tüm işlemlerin hastane içinde karşılanması, eş-dost tavsiyeleri etkili olmaktadır.

Hastaların hizmet aldıkları sağlık kuruluşunu değiştirme nedenlerine katılım düzeylerinin incelenmesi sonucunda; hizmet sunumunda sürekli hataların ve aksaklıkların olması faktörü etkilidir.

Hastaların hizmet aldıkları sağlık kuruluşunu değiştirme nedenlerine katılım düzeylerinin incelenmesi sonucunda; hizmet sunumunda sürekli hataların ve aksaklıkların olması faktörü etkilidir.

Hastaların marka oluşumunu etkileyen ifadelere katılım düzeyleri sonucunda; hizmet kalitesinin yüksek olması, sağlık kurumunun imajının ve güvenilirliğinin diğer kurumlara göre yüksek olması, hastane doktorlarının tanınmış olması, personelle iyi ilişkiler gibi kriterlerin etkili olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, hastaların markalaşma süreçleriyle ilgili ifadelere katılım düzeylerine baktığımızda; Hastanenin marka olması, Hastanenin iç dekorasyonu, genel fiziki görünümü, odaların konforu, hastanenin temiz ve hijyenik olması, uzman kadronun eğitim bilgi ve tecrübeleri, hastanede kullanılan cihazların ileri teknolojik donanımına sahip olması kriterlerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatür çalışması ve araştırma verileri ışığında ortaya çıkan başlıca öneriler aşağıda sıralanmıştır:

Yoğun rekabet ortamında faaliyetlerini sürdürmek zorunda olan sağlık kurumları yönetimi açısından hızlı değişimin bir sonucu olarak, rekabetin yoğunlaşması, teknolojik gelişmelerin, iletişimin ve ulaşımın hızının artması markanın önemini ve marka yönetimini ön plana çıkarmaktadır.

Sağlık kuruluşları mevcut hasta tabanını koruyabilmek ve hasta kitlesini genişletebilmek için, yasalar çerçevesinde reklam ve tanıtım faaliyetlerini sürdürmelidirler.

Sağlık kuruluşları tarafından hastaların istek ve beklentileri hakkında bilgi sahibi olmak için bir veri tabanı sistemi oluşturulmalı, pazar ve pazarlama araştırmaları yapılmalıdır ve diğer rakip kurumların pazarlama stratejilerini yakından takip ederek marka odaklı bir pazarlama stratejisi geliştirmelidirler.

Yapılan bu çalışmada demografik özelliklerden özellikle yaş, öğrenim durumu ve gelir durumu gibi faktörlerin markalaşma süreçlerinde etkili olduğu görülmüştür. Sağlık kurumunun marka konumlandırımda hedef kitlenin bu özelliklerine uygun; hizmet, fiyat, dağıtım ve tutundurma stratejilerinden oluşan bir pazarlama karması geliştirmelidir.

Sağlık kuruluşu tarafından hastaların ihtiyaç ve isteklerine uygun şekilde, beklentilerini karşılayacak düzeyde marka konumlandırma stratejileri geliştirilmesi sonucunda hasta memnuniyeti sağlanarak marka sadakati oluşturulmalıdır. Hedef kitleye uygun şekilde planlanmış bir konumlandırma stratejisi sağlık kuruluşunu rakip kuruluşlar karşısında üstün hale getirecektir.

Sağlık kurumları çalışan tüm personelini eğitime tabi tutmalıdır. Hastalara karşı ilgili, nazik ve güler yüzlü bir tutum içerisinde olunmasının önemliliği vurgulanmalıdır. Hastaların sadece fonksiyonel ihtiyaçlarının karşılanması değil bunun yanında nasıl ilave değerler yaratılabileceği bilinci aşılanmalıdır.

Pek çok sağlık kurumunda pazarlama departmanı ve dolayısıyla pazarlama yöneticisi bulunmamaktadır. Pazarlama bölümü faaliyetlerini halkla ilişkiler

bölümüyle beraber yürütmektedir. Bu nedenle var olan halkla ilişkiler bölümü, pazarlama yoğun çalışacak şekilde organize edilmelidir ve bir pazarlama programı oluşturulmalıdır. Sağlık kurumu tarafından, hastaların öneri ve şikayetlerini en etkin biçimde değerlendirip, sağlık kurumu ve hasta ilişkilerini geliştirecek hastayla ilişkiler birimi kurulmalıdır.

Hedef kitleye doğru mesajın verilmesiyle sağlık kurumunun güvenilir marka imajı oluşturulmalı, oluşturulan bu imaj hastaların algıladığı kalite ile marka değerini etkileyeceği için sağlık kurumunun da marka değerini arttıracaktır. Bu imajı desteklemek için; bilgi, eğitim ve tecrübesi yüksek çalışanların olduğu, ileri teknolojinin kullanıldığı, beş yıldızlı otelcilik hizmet sunumu olan, hastaların kolay randevu alımı için telefon haricinde internet ve sms kullanımını sağlayan, bekleme sürelerinin en aza indirildiği hizmet sunumuyla farklılaşma yaratılarak hastayı doktora değil sağlık kuruluşuna çağıran bir markalaşma politikası izlenmelidir.

Bu çalışma bir kamu hastanesinde yapılmıştır. Sağlık sektöründe konumlandırmanın etkisinin özel bir hastane uygulama örneğiyle daha farklı sonuçlar yaratacağı kanaatindeyim.

KAYNAKÇA

AAKER D., SHANSBY S.G. Positioning Your Product. **Business Horizons**, Volume: 25., 1982.

AK B., **Hastane Yöneticiliği**, Özkan Matbaacılık Sanayi, Ankara, 1990.

AKÇALI, İ., **Hastane Hizmetlerinde Kalite Geliştirme Ve Uygulaması**, İstanbul Üni. Sosyal Bil. Ens. İşletme Fak.Sayısal Yöntemler Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2000.

ARTVİNLİ, M., **Üniversite Hastaneleri Üst Düzey Yönetimi Ve Sorunları** Ankara:1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri Ve Kurumları Yönetimi, 20-21 Mayıs 2000.

BERKMAN W.H., GILSON C., **Advertising: Concept & Strategies**. Random House., New York, 1987.

BHAT, S. and REDDY, Srinivas K.,**Symbolic and Functional Positioning of Brands**, Journal of Consumer Marketing, 15/1, 1998.

BICKERT, J., **A New Approach to Market Segmentation**, Journal of Consumer Marketing, 14/5, 1997.

BİR, A. Atıf, **Bir Mamül Nasıl Konumlandırılır?**, Pazarlama Dünyası Dergisi, Yıl 2, Sayı 7, 1988.

BOONE, L.E.; KURTZ, D.L., **Contemporary Marketing**, Orlando: The Dryden Pres, Seventh Edition, 1992.

BORÇA G., **Bu Topraklardan Dünya Markası Çıkar mı? Marka Olmanın ABC’si**. 5. Baskı, Medicat Kitapları, İstanbul, 2003.

BULUT, Zeki A., **Konak işletmelerinde Pazar Konumlandırma (Bodrum Örneği)**, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi, 2005.

CANDAN, B., **Büyük Ölçekli Perakendecilikte Konumlama ve Algılama Haritalarının Kullanılması**, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2003.

CORBIN, C.L.; KELLEY, S.W.; SCHWARTZ, R.W., **Concepts in Service Marketing for Healthcare Professionals**, The American Journal of Surgery, Cilt: 181, 2001.

CZINKOTA, M., R.Masaaki Kotabe and Mercer, **Marketing Management Text and Cases**, USA; Blackwell Publishers Ltd., 1997.

ÇETİNER, S. ve YAZAN, N., **Bütün Yönleriyle Üniversite Hastaneleri** , Tıp Teknolojisi Dergisi, www. hastanederjisi.com. 14.11.2011.

ÇORUH, M., **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, 1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Ankara, 24-5 Kasım, 1995.

ÇORUH, M., **Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilebilir**, Modern Hastane Yönetimi, Yıl:1, Sayı:3, 1997.

DIBB, Sally, **Marketing Segmantation: Strategies for Success**, Marketing Intelligence and Planning, 16/7, 1998.

ERGİN, C., TENGİLİMOĞLU, D., KISA, A., **Sağlık Hizmetlerinde Pazar Bölümleme Stratejileri ve Bir Alan Uygulaması**. II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 15-16 Mayıs, 1999.

ERSOY, K., MENDERES, M., **Genel Sistem Kuramı Ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi Ve Hasta Bakım Alt Sistemi**, Sağlık İdaresi Dergisi.c2,1993.

EVANS, Joel R., B. Berman, **Marketing**, 1990.

FILL, C., **Marketing Communications Frame Works**, Teories and Applications, New York, Prentice Hall. Inc. 1995.

FIRLAR, B.G., **Günümüzde Marka ve Konumunun Belirlenmesi**, Pazarlama Dünyası, Yıl:14, Sayı:3, Mayıs-Haziran, 2000.

FILL, C., **Marketing Communications**. European Edition, Prentice Hall, 1995.

FİŞEK, N., **Halk Sağlığına Giriş**, Ankara: Çağ Matbaası, 1983.

GÜMÜŞ, Ö., **Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2005.

HAMMOND, Kathy, A.S.C. Ehrenberg and G. J. Goodheart, **Market Segmentation for Competitive Brands**, European Journal of Marketing, 30/12, 1996.

HARCAR, T., **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması** , Pazarlama Dünyası Dergisi, Yıl:5, Sayı:25, Ocak-Şubat 1991.

HAYRAN, O.; SUR, H., **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, İstanbul: Yüce Yayım A.Ş., 1998.

HIEBING, Roman G.Jr., Cooper, W. Scott., **How to Write a Succesful**, 1991.

HOFFMAN, K.D.; BATESON, J.E.G., **Essentials of Services Marketing**, Orlando: The Dryden Pres, 1997.

HOOLEY, Graham, Y., Saunders, Y.A., Piercy, N.F., **Marketing Strategy and Competitive Positioning**, Prentice Hall, Europe, 1998.

İSLAMOĞLU, A.H.; CANDAN, B.; EFENDİOĞLU, S.H.; AYDIN, K., **Hizmet Pazarlaması**, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş. 2006.

İSTİROTİ, M., **Türkiye’de Yeni Gelişmekte Olan bir Kavram: Hastane Yönetiminde Pazarlamanın Önemi**. 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs, Kuşadası-Aydın, 1994.

JOBBER, D., **Principles and Practice of Marketing**, London, Mc Graw- Hill Book Company, 1995.

KAPFERER, J.N., **Strategic Brand Management. New Approaches for Creating and Evaluating Brand Equity**, Prentice Hall, London, 1992.

KARAFAKIOĞLU, M.: **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, No:271, İstanbul, 1998.

KARAHAN, K.: **Hizmet Pazarlaması**. Beta Basım, Ekim, İstanbul, 2000.

KARALAR, R., G. Barış, M. Velioğlu. **Tüketici Davranışları**, Anadolu Üniversitesi yayınları, 2006.

KARDEŞ, S.,**Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini**. 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, , Hotel İmbat, Kuşadası/ Aydın, 4-7 Mayıs 1994.

KAVAS, A., GÜDÜM, G., **Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması**. 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs- Kuşadası/ Aydın,1994.

KAVUNCUBAŞI, Ş., KISA A., **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayın No:1429, Eskişehir, 2002.

KAVUNCUBAŞI, Ş., “**Hastane Sağlık Kurumları Yönetimi**”, Siyasal Kitabevi, Ankara, Mart, 2000.

KENNETT, P.A.; HENSON, S.W.; CROW, S.M.; HARTMAN, S.J., Key Tasks in Healthcare Marketing: Assessing Importance and Current Level of Knowledge, **Journal of Health and Human Services Administration**, Cilt: 27, Sayı: 3/4, Winter 2004/Spring 2005, 2005.

KIRAL H., **Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler**, SSYB Mesleki-Öğrenim Genel Müdürlüğü, Ankara 1976.

KIRDAR, Y., **Marka Stratejilerinin Olusturulması: Coca Cola Örneği**, Review of Social, Economic and Business Eastern Mediterranean University, Journal of Business Economic Faculty Volume 3/4, 2005.

KIZILÇELİK, S., **Türkiye’nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi**, İzmir: Saray Kitabevleri, 1996.

KNAPP, D.: **Marka Akı**. 1. Basım, MediaCat Yayınları, İstanbul, 2003.

KOTLER, P., **Marketing Management**, Prentice Hall International, 1997.

KOTLER, P.: **Kotler ve Pazarlama**. Sistem Yayıncılık; Çev: Ayşe Özyağcılar; 1999.

KOTLER, P.; **Mega Marketing**. Harvard Business Review, March-April, 1986.

KOTLER, P., **Marketing Management, Analysis, Planning, Implementation, and Control**, Ninth Edition, Prentice Hall, Inc., 1997.

KOTLER, P. and R.Andreasen, **Strategic Marketing for Nonprofit Organizations**, Prentice Hall, Upper Saddle River, Fifth Edition New Jersey, 1996.

KURTULMUŞ, S., **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998.

LAMBİN, J. J., **Market-Driven Management**. MacMillan Business Press, 2001.

LOVELOCK, H. C., **Services Marketing**. Perntice-Hall International Editions, Second Edition, ABD, Meksika, 1996.

MACSTRAVİC R.S., **Health Marketing Quarterly**. Vol 7, issue(1/2) 4by The Haworth Press İnc.,1990.

MALHAN, S.; ÖZGÜLBAŞ, N.,**Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Bir Örnek Hastane**, II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ankara, 15-16 Mayıs, 1999.

MCCARTY E.J., **How Much Should Hospitals Spendn Advertising?**. Health Care Marketing Reviev, 12(1), Apsen Publishers, İnc. 1987.

MERCER, D., **Marketing**, Great Britain, Alden Pres, Oxford, 1993.

MUCUK, İ., **Pazarlama ilkeleri**, Türkmen Kitabevi, İstanbul, 2001.

ODABAŞI, Y., OYMAN, M. **Sağlık Hizmetleri Pazarlanması**. Anadolu Üniversitesi Yayınları; Yayın No:409; Eskişehir, 1998.

ODABAŞI, Y., **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:799, Açıköğretim Fakültesi Yayın No:409, 1994.

ODABAŞI, Y., OYMAN, M., **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No:409, 1998.

ÖNCEL Ş., **Rekabet Stratejisi**. Capital Dergisi/7, İstanbul, 2003.

ÖZER, A., BİRDOĞAN, B. ve ALOĞLU, Y.O., **Stratejik Açıdan Konumlandırma**, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Bölümü, Ankara, 2007.

ÖZGİRİN, K.; TAS, Y., **Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması**, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ankara, 1-2 Kasım 1996.

ÖZTÜRK, M., **Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar**, İstanbul: MTM Yayın No:6. 2000.

PALEY, N., **Stratejik Pazarlama Planı Nasıl Hazırlanır?**, 2006.

PETER, P., Jerry, O., **Consumer Behavior and Marketing Strategy**, Boston Irwin, Mc Graw Hill, 1999.

PRIDE W.M. and Ferrell, O.C., **Marketing: Concept and Strategies**, Houghton Mifflin Company, Newyork, Tenth Edition, 2000.

REIBSTEIN, D. J., **Marketing Concepts, Strategies and Decisions**, Prentice-Hall. Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1985.

ŞAHİN, Ü., **Pazarlama Denetimi Sağlık Hizmetleri Organizasyonları için Bir Araç**, Modern Hastane Yönetimi, Cilt 6, Sayı 1, Ocak-Şubat-Mart, 2002.

SEÇİM, H., **Türkiye Hastaneleri İçin Bir Yönetim Organizasyon Modeli Önerisi**, www.merih.net.16.12.2011.

SHEININ, D.A. **Positioning Brand Extensions: Implications for Beliefs and Attitudes**, Journal of Product and brand Management, 7/2, 1998.

SOYSAL, M.; KENANOĞLU, G.T.; EMRE, A.; HAMEŞOĞLU, S., **Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı**, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları:486, 1993.

SPEAK, K. D., **The Challenge of Health Care Branding**, Journal of Health Care Marketing; 16, 4; abı/Inform Global, Winter, 1996.

TC SAĞLIK BAKANLIĞI, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması 06.02.1997 tarihli ve 22900 sayılı YÖNETMELİK.

TC SAĞLIK BAKANLIĞI, Yataklı Tedavi Kurumları Hastane Yönetmeliği.

TEK, Ö.B., **Pazarlama İlkeleri Türkiye Uygulamaları Global Yönetimsel Yaklaşım**, İzmir, 1999.

TENGİLİMOĞLU, D., **2000’li Yıllarda Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Modern Hastane Yönetimi**, Yıl: 1, Sayı: 3, Kasım 1997.

TENGİLİMOĞLU, D., AKDOĞAN, M., **2000’li Yıllarda Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 3, Kasım, 1997.

TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK, O., AKBOLAT, M., **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**.Nobel Yayın, Kasım, Ankara, 2009.

TENGİLİMOĞLU, D., **Sağlık Hizmetleri Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, Cilt 55,1, Ocak-Mart, 2000.

TİMUR, N., **Banka ve Sigorta Pazarlaması**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, Eylül, 2006.

TOKER, F., **Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Ayıran Temel Özellikler**, Modern Hastane Yönetimi, Cilt: 3, Sayı: 6, Ağustos-Eylül, 1999.

TROUT, J., **Yeniden Konumlandırma**, Optimist Yayınları, 2006.

TUNCER, D., ARPACI, T., AYHAN, Y., BÖGE, E.ve ÜNER, M.M., **Pazarlama**, Gazi Yayınları, Ankara, 1992.

USTA, H., **Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Tutundurma Politikası**, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2000.

UZTUĞ, F., **Markan Kadar Konuş. Marka İletişim Stratejileri**, 3. basım, Mediat Kitapları, İstanbul, 2003.

ÜNER, M., **Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?**, Pazarlama Dünyası Dergisi, Yıl:8, Sayı 43, İstanbul,1994.

WALKER, O., Harper W. Boyd and Jean- Claude L., **Marketing Strategy Planning and Implementation**. Richard Irwin, Inc. Homewood, IL 60430, Boston, USA, 1992.

WELCH, J.R.; Kleiner, B.H., **New Developments in Hospital Management**, Health Manpower Management, Cilt: 21, Sayı: 5, 1995.

WOLF, E.J. **A New Approach to Healthcare Marketing**, Healthcare Executive, Cilt: 16, Sayı: 1, Ocak/Subat, 2001.

www.pazarmakaleleri.com (15.01.2012)

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

YÜKSELEN, C., **Pazarlama İlkeler-Yönetim**. Detay Yayınları, Ekim, Ankara, 2003.

ZIKMUND, William G. and Michael d'Amico, **Effective Marketing Creating and Keeping Customer**, West Publishing Company, 1995.

EK-1: ANKET

Sayın Katılımcı;

Bu anket formu, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programında tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Halil Seval ile birlikte hazırladığımız “Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği” konulu yüksek lisans tezimin uygulama kısmını oluşturmaktadır. Anketteki veriler sadece bu amaçla kullanılacaktır. Vereceğiniz doğru cevaplarla araştırmama katkıda bulunacağınızdan dolayı gösterdiğiniz ilgi ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Özlem Cantürk

ozlemcanturk_30@hotmail.com

1- Cinsiyetiniz:

1- Kadın 2- Erkek

2- Yaşınız:

1- 20 ve Altı 2- 21-40 3- 41-60 4- 61 ve Üstü

3- Medeni Durumunuz:

1- Bekar 2- Evli

4- Öğrenim Durumunuz:

1- İlköğretim 2-Lise ve Dengi 3-Lisans ve Üstü

5- Gelir Durumunuz:

1- Gelirim Yok 2- 700TL ve Altı 3- 701TL ve 1500TL

4- 1501TL ve Üstü

6- Sağlık Güvenceniz:

1- SGK (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK)

2- Ücretli (Sigortam Yok)

3- Yeşil Kart

7- Bu hastaneden kaçınıcı kez hizmet alıyorsunuz?

1- İlk 2- İkinci Kez 3- Üçüncü Kez 4- Dörtten Fazla

8- Ne kadar zamandan beri bu hastaneden hizmet almaktasınız?

1- Altı aydan az 2- 6 ay -1 yıl arası 3- 1yıl -1.5 yıl 4- 2 yıldan fazla

9- Aşağıdakilerden hangileri hizmet alacağınız hastaneyi tercih etmenizdeki etkili olmuştur? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz).

1-Gazete Haberleri

2-Sağlık Dergileri

3- İnternet

4-Televizyon ve Radyo Haberleri

5- Arkadaş akraba, tanıdık tavsiyesi

10-Size göre aşağıdaki kriterler tedavi gördüğünüz hastaneyi seçmenizdeki ne kadar etkili olmuştur?

	Aşağıdaki soruları; Kesinlikle Katılıyorum–5, Katılıyorum–4 Fikrim Yok–3, Katılmıyorum–2 Kesinlikle Katılmıyorum–1 Olacak şekilde işaretleyiniz	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Personelin samimiyet ve ilgisi önemli olur.	5	4	3	2	1
2.	Bilgi alma kolaylığı önemli olur.	5	4	3	2	1
3.	İşlem yapma hızı önemli olur.	5	4	3	2	1
4.	Sunulan hizmetlerin kalitesi önemli olur.	5	4	3	2	1
5.	Hasta kabulün gösterdiği ilgi önemli olur.	5	4	3	2	1
6.	Fiziksel imkanların yeterliliği önemli olur.	5	4	3	2	1
7.	İleri teknolojiye sahip cihazların varlığı önemli olur.	5	4	3	2	1
8.	Kurumun güvenilir bir imajının olması önemli olur.	5	4	3	2	1
9.	Ödemelerde sağlanan kolaylık önemli olur.	5	4	3	2	1
10.	Teşhis ve tedavi sürecinde tüm işlemlerin hastane içinde yapılıyor olması önemli olur.	5	4	3	2	1
11.	Doktora gerektiğinde ulaşma kolaylığı önemli olur.	5	4	3	2	1
12.	Evime ve/ veya iş yerime yakın olması önemli olur.	5	4	3	2	1
13.	Sağlık kuruluşunun yapmış olduğu tanıtımlar önemli olur.	5	4	3	2	1
14.	Hastane doktorlarının sağlık programlarına çıkması önemli olur.	5	4	3	2	1
15.	Eş/dost tavsiyesi önemli olur.	5	4	3	2	1
16.	Doktorun tavsiye etmesi önemli olur.	5	4	3	2	1
17.	Kolay randevu alabiliyor olmak önemli olur.	5	4	3	2	1

11- Aşağıdaki durumlardan hangisi/hangileri hizmet aldığınız hastaneyi değiştirmeye nedenlerinize katılma derecenizi belirtiniz?

	Aşağıdaki soruları; Kesinlikle Katılıyorum–5, Katılıyorum–4 Fikrim Yok–3, Katılmıyorum–2 Kesinlikle Katılmıyorum–1 Olacak şekilde işaretleyiniz	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Hizmet sunumunda sürekli hataların olması hizmet aldığım hastaneyi değiştirmem için önemlidir.	5	4	3	2	1
2	Personelin kötü muamelesi hizmet aldığım hastaneyi değiştirmem için önemlidir.	5	4	3	2	1
3	Randevu alma süresinin uzunluğu hizmet aldığım hastaneyi değiştirmem için önemlidir.	5	4	3	2	1
4	Diğer sağlık kuruluşlarının sunmuş olduğu imkanların daha iyi olması hizmet aldığım hastaneyi değiştirmem için önemlidir.	5	4	3	2	1
5	Otopark, bekleme salonu, çocuk oyun alanı gibi hizmetlerin yetersiz olması hizmet aldığım hastaneyi değiştirmem için önemlidir.	5	4	3	2	1
6	Yön bulmayı sağlayan tabelaların düzgün yerleştirilmemesi hizmet aldığım hastaneyi değiştirmem için önemlidir.	5	4	3	2	1
7	Devamlı hizmet aldığım doktorumun hastaneden ayrılması hizmet aldığım hastaneyi değiştirmem için önemlidir.	5	4	3	2	1
8	Hizmet sunumunda bekleme sürelerinin uzun olması hizmet aldığım hastaneyi değiştirmem için önemlidir.	5	4	3	2	1

12- Aşağıdaki durumlardan bir hastanenin marka oluşumuna etki eden nedenlere katılma derecenizi belirtiniz.

	Aşağıdaki soruları; Kesinlikle Katılıyorum–5, Katılıyorum–4 Fikrim Yok–3, Katılmıyorum–2 Kesinlikle Katılmıyorum–1 Olacak şekilde işaretleyiniz	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Hizmet kalitesinin yüksek olması,	5	4	3	2	1
2	Sağlık kuruluşu tarafından özel günlerde tebrik kartı gönderilmesi,	5	4	3	2	1
3	Sağlık kurumunun imajının ve güvenilirliğinin diğer kurumlara göre yüksek olması,	5	4	3	2	1
4	Hastalar tanınmış ve ün yapmış sağlık kurumunu tercih etmesi,	5	4	3	2	1
5	Hastane çalışanlarıyla iyi ilişkiler içinde olunması,	5	4	3	2	1
6	Hastane doktorlarının tanınmış olması,	5	4	3	2	1
7	Hastanenin fiziki mekanının çok büyük bir alana	5	4	3	2	1

	kurulmuş olması,					
8	Hastalar kendilerini ayrıcalıklı hissettiren belirli bir grubun içinde yer aldıklarına inandıkları hastaneleri tercih eder olması,	5	4	3	2	1

13- Bir hastaneye marka diyebilmeniz için aşağıdaki markalaşma süreçleriyle ilgili ifadelere ne derece katıldığınızı belirtiniz.

	Aşağıdaki soruları; Kesinlikle Katılıyorum-5, Katılıyorum-4 Fikrim Yok-3, Katılmıyorum-2 Kesinlikle Katılmıyorum-1 Olacak şekilde işaretleyiniz	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Hastanenin marka olması önemlidir.	5	4	3	2	1
2	Hastanenin iç dekorasyonu , genel fiziki görünümü, odaların konforu önemlidir.	5	4	3	2	1
3	Hastanenin temiz ve hijyenik olması önemlidir.	5	4	3	2	1
4	Personelin hastaya karşı davranışları nazik ve kibar olması önemlidir.	5	4	3	2	1
5	Hastanenin ulaşımının kolay olması ve park yeri sıkıntısının olmaması önemlidir.	5	4	3	2	1
6	Hastanenin hizmet kalite belgelerinin (ISO, Akreditasyon) olması önemlidir.	5	4	3	2	1
7	Uzman kadronun (doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının eğitimi, bilgi ve tecrübeleri önemlidir.	5	4	3	2	1
8	Hastanenin reklamının ve tanıtımının çok iyi olması önemlidir.	5	4	3	2	1
9	Hastanede kullanılan aletlerin en son teknolojik donanıma sahip olması önemlidir.	5	4	3	2	1
10	Hasta hakları ve etik kurallara hastanenin dikkat ediyor olması önemlidir.	5	4	3	2	1
11	Engelli lavaboları, bebek bakım odaları, ibadethane gibi özel durumlara uygun odaların olması önemlidir.	5	4	3	2	1

Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkürler.

ÖZET

Dünyada sağlık hizmetlerinde pazarlama faaliyetleri 1970’li yıllarda önem kazanmaya başlamıştır. İlk kez Trout tarafından 1972 yılında ortaya atılan ve pazarlama stratejilerinin temelini oluşturan konumlandırma kavramı ürün yada hizmetin rakiplerine üstünlük sağlayacak şekilde farklı bir yönüyle tüketicilerin zihninde yer alması şeklinde tanımlanabilir.

Bu çalışma; sağlık işletmelerinin konumlandırma faaliyetleri sonucunda, hastaların sağlık hizmeti alırken; sağlık kuruluşunu tercih etme kriterlerinin saptanması, hastaların sağlık kuruluşunu değiştirme kriterlerinin belirlenmesi ve sağlık kuruluşunun markalaşma süreçlerinin değerlendirilerek markanın önemi ile ilişkisinin tanımlamayı hedeflemektedir.

Toplam 13 sorudan oluşan ankette ana soruların altında sıralanan alt soru sayıları ile toplam 48 soru mevcuttur. Sorular 5’li likert ve çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır.

Ankete katılan 100 denekten 48 tanesi kadın, 52 tanesi erkektir. Ankete katılan 100 deneğin 27 tanesi 20 yaş ve altı, 34 tanesi 21-40 yaş arası, 22 tanesi 41-60 yaş arası, 17 kişi ise 61 yaş ve üzeri insanlardır. Diğer bir deyişle deneklerin %27si 20 yaş ve altı grupta,%34ü 21-40 yaş gurubunda,%22si 41-60 yaş gurubunda,%17si ise 61 ve üzeri yaş gurubunda yer almaktadır.

Marka olmayı hedefleyen bir sağlık kuruluşu öncelikli olarak; kalite politikalarını, hastanenin amaçlarını, hedef kitlesini ve hastanenin vermek istediği mesajlarını belirlemek zorundadır.

Sonuç olarak, hastaların markalaşma süreçleriyle ilgili ifadelere katılım düzeylerine baktığımızda; Hastanenin marka olması, Hastanenin iç dekorasyonu, genel fiziki görünümü, odaların konforu, Hastanenin temiz ve hijyenik olması, Uzman kadronun eğitim bilgi ve tecrübeleri, hastanede kullanılan cihazların ileri teknolojik donanımına sahip olması kriterlerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: **sağlık hizmetleri, hizmet konumlandırması, sağlık hizmetlerinde pazarlama**

SUMMARY

Marketing activities in healthcare have gained global interest by the 1970's. Positioning as a term, first mentioned by Trout in 1972, provided a basis for marketing strategies and can be defined as the product or service which settles in the consumers mind with different characteristics that enables superiority over other products or services.

This study aims to evaluate the association with the importance of the brand by analysis of the patients' criteria for choosing and changing the healthcare organization and the process the healthcare organization has gone thorough to create a brand.

Survey has a total of 48 questions including the main 13 and is divided into 2 parts, Likert and multiple choice questions. Out of 100 subjects 48 were women and the rest 52 were men. 27 subjects (27%) were under 20 years of age, 34 (34%) were between 21 and 40, 22 (22%) were between 41 and 60 and the rest 17 (17%) were over 60 years of age.

Identification of quality policies, goals, target group and the messages intended to give to the public have high priority for any healthcare corporation aiming to create a brand.

In conclusion, as we review the participation level of the subjects to the statements regarding the branding process, branding, interior decoration, general physical appearance, sanitation and hygiene, education and experience level of the specialist staff and more contemporary equipment are thought to be important criteria.

Keywords: **healthcare services, service positioning, marketing in healthcare services**