



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü**  
**Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı**

**SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURUMLARDA GÜNCEL  
PAZARLAMA TEKNİKLERİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Levent ÇETİN**

**Sivas**  
**Ekim 2018**

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü**  
**Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı**

**SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURUMLARDA GÜNCEL  
PAZARLAMA TEKNİKLERİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Levent ÇETİN**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğr. Üyesi Sezgin ZABUN**

**Sivas**  
**Ekim 2018**

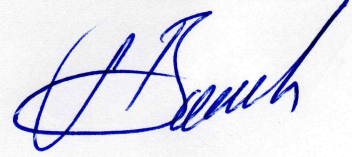
## KABUL VE ONAY

**Üniversite:** : Cumhuriyet Üniversitesi  
**Enstitü** : Sosyal Bilimler Enstitüsü  
**Ana Bilim Dalı** : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı  
**Bilim Dalı** : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Bilim Dalı  
**Tezin Başlığı** : Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarda Güncel Pazarlama Teknikleri  
**Savunma Tarihi** : 28.09.2018  
**Danışmanı** : Dr.Öğr.Üyesi Sezgin ZABUN

Unvanı - Adı Soyadı

İmza

**Jüri Başkanı** : Prof.Dr.Salih BARIŞIK



**Üye** : Dr.Öğr.Üyesi Sezgin ZABUN



**Üye** : Dr.Öğr.Üyesi Naim KARAGÖZ



**Oy Birliği**

**Oy Çokluğu**

Levent ÇETİN tarafından hazırlanan 'Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarda Güncel Pazarlama Teknikleri' başlıklı tez, kabul edilmiştir. ..../..../.....

**Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL**  
Enstitü Müdürü



## ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dâhil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

İmza

Levent ÇETİN

## ÖN SÖZ

Yüksek lisans tezimin çalışmaları esnasında kıymetli desteklerini benden esirgemeyen ve devamlı yol gösterici olan Değerli Hocam Dr. Öğretim Üyesi Sezgin ZABUN 'a çok teşekkür ederim.

Tüm bu çalışmalarım sırasında karşılaştığım her zorlukta yanımda olan başta eşim Aslıhan ÇETİN'e, kıymetli oğlum Mert ÇETİN'e ve varlığından dolayı tüm aileme yürekten teşekkürü borç bilirim.

Bunun yanında gerek sürekli bilgi alışverişinde bulunduğum gerekse her türlü yardımlarıyla yanımda olan özellikle Ercan KURT, Hüseyin AKBULUT ile tüm dost ve arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>İ</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>İV</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>V</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>VI</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>4</b>
<b>PAZARLAMA TEORİSİ</b> .....	<b>4</b>
1.1. Pazarlamanın Tanımı .....	4
1.1.1. Pazarlamanın Amaçları .....	5
1.1.2. Pazarlama Tanımının Tarihsel Gelişimi.....	6
1.1.2.1. Geleneksel Pazarlama Anlayışı.....	6
1.1.2.2. Çağdaş Pazarlama Anlayışı.....	7
1.2. Hizmet Kavramı .....	10
1.2.1. Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	14
1.2.2. Hizmetlerin Özellikleri.....	16
1.2.3. Hizmet Pazarlaması.....	17
1.3. Sağlık Hizmeti .....	24
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi .....	26
1.3.2. Sağlık Hizmetleri Çeşitleri.....	27
1.3.3. Sağlık Hizmeti Sunucuları .....	29
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>34</b>
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI</b> .....	<b>34</b>
2.1. Dünyada Sağlık Hizmetleri Pazarlaması.....	39
2.1.1. Günümüz Dünyasında Sağlık Hizmetleri Anlayışı .....	40

2.1.2 Dünya Sağlık Hizmeti Harcamaları .....	41
2.2. Avrupa Birliğinde Sağlık Hizmeti Pazarlaması .....	43
2.2.1. Avrupa Birliğinde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi .....	44
2.2.2. Avrupa Birliği Sağlık Hizmeti Harcamaları .....	47
2.2.3. Avrupa Birliği Sağlık Harcamaları İstatistiği .....	48
2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri .....	51
2.3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihesi.....	51
2.3.1.1. 1920-1938 Dönemi .....	51
2.3.1.2. 1938-1960 Dönemi .....	53
2.3.1.3. 1960-1980 Dönemi .....	54
2.3.1.4. 1980 ve Sonrası Dönem .....	55
2.3.1.5. 2000’li Yıllardan Günümüze .....	56
2.3.2. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı.....	58
2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Pazarlaması.....	62
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>65</b>
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMA TEKNİKLERİ .....</b>	<b>65</b>
3.1. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması .....	65
3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Ürün .....	66
3.1.1.1. Çekirdek (Jenerik) Ürün: .....	69
3.1.1.2. Gerçek (Somut) Ürün:.....	69
3.1.1.3. Genişletilmiş (Zenginleştirilmiş) Ürün: .....	70
3.1.2. Sağlık Hizmet Bileşimi .....	70
3.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Fiyat .....	72
3.1.3.1 Fiyatlandırma Yöntemleri .....	74
3.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtım.....	76
3.1.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtımın Oluşturduğu Faydalar .....	77
3.1.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtımın Yoğunluğu .....	79
3.1.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtımın Kanalları.....	81
3.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma .....	83
3.1.6. Sağlık Hizmetlerinde Fiziksel Ortam.....	84
3.1.7. Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılar .....	85

3.1.7.1. Personel (İşgören) .....	85
3.1.7.2. Müşteriler .....	86
3.1.8. Sağlık Hizmetlerinde Süreç Yöntemi.....	87
3.2. Sağlık Hizmetleri Sektöründe Tutundurma Karması.....	88
3.2.1. Sağlık Hizmetleri Sektöründe Reklam.....	89
3.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Satış.....	90
3.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Satış Özendirme .....	91
3.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler.....	92
<b>SONUÇ.....</b>	<b>93</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>95</b>
<b>ÖZ GEÇMİŞ.....</b>	<b>104</b>



## KISALTMALAR

AMA	: Amerikan Pazarlama Birliği
AR-GE	: Araştırma Geliştirme
GSMH	: Gayri Safi Millî Hâsıla
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü ()
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütüne
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
AB	: Avrupa Birliği
BSE	: Sığırların Süngerimsi Beyin Hastalığı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
KİT	: Kamu İktisadî Teşekkülleri
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
EHMA	: European Health Management Association (Avrupa Sağlık Yönetimi Derneği)
MR	: Manyetik Rezonans

## TABLÖLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.1.</b> Pazarlama Karması Elemanları .....	8
<b>Tablo 1.2.</b> Hizmet ve Ürün Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları .....	9
<b>Tablo 1.3.</b> Hizmet Tanımlarının Tarihsel Gelişimi .....	11
<b>Tablo 1.4.</b> Ülkelere Göre Sağlık Harcamalarının 2010 Yılı GSMH'e Göre Sektör Payları .....	14
<b>Tablo 1.5.</b> Ülkelerin Nüfuslarına Göre İstihdam Oranları .....	14
<b>Tablo 1.6.</b> Lovelock'un Hizmet Sınıflandırması.....	16
<b>Tablo 1.7.</b> Hizmet Pazarlama 7P'si .....	19
<b>Tablo 1.8.</b> Parasuraman'a Göre Hizmet Kalitesi Boyutları.....	23
<b>Tablo 1.9.</b> 2012-2015 Yılları Arası Yataklı Sağlık Kuruluşları Sayıları.....	33
<b>Tablo 2.1.</b> Hastane Pazarlama Yöntemi .....	36
<b>Tablo 2.2.</b> Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Gelişimi .....	37
<b>Tablo 2.3.</b> Ülkelere Göre GSYİH İçerisinde Sağlık Harcamaları .....	42
<b>Tablo 2.4.</b> AB Sağlık Hizmetleri Politikaları .....	47
<b>Tablo 2.5.</b> AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Finansalları .....	48
<b>Tablo 2.6.</b> Avrupa Birliği Ülkeleri Sağlık Harcamaları .....	50
<b>Tablo 2.7.</b> Türkiye Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre GSYİH İçerisindeki Oranları .....	62

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Geleneksel Pazarlama Anlayışı .....	7
Şekil 1.2. Çağdaş Pazarlama Anlayışı .....	7
Şekil 1.3. Müşteriler Açısından Pazarlama Karması Elemanları.....	10
Şekil 1.4. Çeşitli Ürünlerin Dokunulabilir - Dokunulmazlık Özelliğine Göre Sıralanışı .....	13
Şekil 1.5. Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli .....	24
Şekil 1.6. Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar .....	28
Şekil 1.7. Hizmet Basamaklarına Göre Hastaneler.....	32
Şekil 2.1. Türkiye İlaç Pazarı.....	59
Şekil 2.2. Tedavi Gruplarına Göre Tutar Ölçeğinde İlaç Tüketimi .....	60
Şekil 2.3. Sağlık Bakanlığı Harcamaları (2002-2016).....	61
Şekil 3.1. Ürün ve Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması.....	66
Şekil 3.2. Çekirdek ve Genişletilmiş Hizmet.....	67
Şekil 3.3. Hizmet Bileşimi .....	71
Şekil 3.4. Dolaysız ve Dolaylı Dağıtım .....	82

## ÖZET

Devletin en büyük tedarikçi konumunda olduğu, sonuçları itibariyle insan hayatı ile doğrudan bağlantılı olan ve bu sebeplerle etik, ahlâkî ve hukukî sınırlandırmaları bulunan pazarlama fonksiyonunun sağlık sektöründe kullanılması sürecinde yalnız bu sektöre yönelik yeni yöntemler geliştirilmesi, sağlık kuruluşları açısından hayati önem taşımaktadır. Sağlık kuruluşları tarafından yürütülen pazarlama süreçleri mevcut kısıtlamalar nedeniyle diğer sektörlerle göre daha değişik yöntemlere ihtiyaç duymaktadır.

1980’li yıllardan itibaren literatüre giren Sağlık Hizmetleri Pazarlaması; teknolojik gelişmeler, hasta beklentilerindeki değişiklikler, memnuniyet düzeyi ve şeklindeki algı farklılaşması, iletişim organlarının çeşitlenmesi, etkileşimin artması, kalite anlayışındaki değişimler, yasal ve toplumsal kısıtlamalar, çalışan algı ve beklentilerindeki değişimler, tıp bilimindeki gelişmeler gibi nedenlerle daha üretken ve daha stratejik tedarik yöntemlerin üretilmesini sağlamıştır. Mevcut konjonktür, pazarlama anlayışının her geçen gün ilerlemesi ile sağlık kuruluşlarına çok yönlü gelişme olanağı sunmuştur. Bu çalışmada; yaklaşık 40 yıllık tanım ve uygulama geçmişi bulunan Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama faaliyetlerinde tedarikçiler tarafında geliştirilen ve geliştirilmeye devam edilen güncel yöntemler ele alınacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Pazarlama, Yönetim, Sağlık Kuruluşu, Sektör, Hizmet.

## **ABSTRACT**

State is the largest supplier; in the process of using of marketing function which is directly connected to human life as of the results with ethical, moral and legal limitations in the health sector, develop new methods only for this sector is vital in terms of health care organizations. Marketing processes carried out by health organizations need different methods than other sectors due to existing restrictions.

Health services marketing that entered literature from the 1980s provided production of more productive and more strategic procurement methods due to technological developments, changes in patient expectations, perception differentiation in graduation level and shape, legal and social restrictions, changes in employee's perception and expectations, improvements in medical science and such reasons. Current conjuncture offers multi-faceted development opportunities to healthcare organizations with advancing everyday of marketing mentality. In this study, actual methods; which have definition and application history about 40 years, have been developed and continued to develop by suppliers in marketing activity of health services will be covered.

**Keywords:** Marketing, Management, Health Care Organization, Sector, Service.

## GİRİŞ

İşletmeler genel itibariyle kârlarını maksimize etme, piyasa değerlerini arttırma, saygınlık kazanma gibi amaçlar taşımaktadırlar. Bu amaçları karşılamak adına insan kaynakları yönetimi, halkla ilişkiler, üretim, satın alma ve pazarlama fonksiyonlarını yürütürler. Pazarlama fonksiyonu işletmenin amacı ne olursa olsun işletmeler açısından hayati öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinde pazarlama fonksiyonunun kullanılmaya başlandığının kabul edildiği 1970’li yıllardan itibaren sağlık hizmetlerinin yan kollarında kendisine yer bulan pazarlama fonksiyonu, sağlık örgütlenmelerinin kendi bünyelerinde uzun bir süre kullanılmamıştır. Bu kapsamda kullanılan halkla ilişkiler, pazarlama fonksiyonunun karşılığını verememiş, 1980’li yıllara kadar sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından ana fonksiyon olarak tanınmamıştır.

1980’li yıllardan sonra oluşturulan pazarlama birimleri ile sağlık kuruluşlarında bu alanda bütçeleme ve örgütlenme faaliyetlerine başlanmıştır. Bu süreçle beraber diğer işletmelerde kullanılan pazarlama yöntem ve teknikleri sağlık kuruluşlarına ithal edilmeye başlanmış, beraberinde yeni tanımlamalar ve kavramların ortaya çıkması sağlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesi ve bu alanda gösterilen gayretlerin artmasına karşı zaman içerisinde sağlık kuruluşlarında uygulanan pazarlama yöntemlerinin etiklik boyutu nedeniyle diğer işletmelerde kullanılan yöntem, teknik ve amaçlardan farklılık gösterdiği ve kendisine has yöntemlere ihtiyaç duyduğu sonuçları ortaya çıkmıştır.

1980’li yıllardan önce sağlık kuruluşlarının pazarlama hedeflerinde doktorlar ve işverenler bulunurken bu dönemden sonra artan rekabet koşulları nedeniyle sağlık işletmeleri daha fazla hastaya ulaşmayı hedeflemeye başlamışlardır. Bu hedef kayması sonucunda gelişen pazarlama fonksiyonu sağlık kuruluşlarında da diğer işletmelerde olduğu gibi temel ve kabul görür bir statü almıştır.

1990’lı yıllara kadar reklamlarla aynı anlamı taşıdığı düşünülen pazarlamanın, sağlık kuruluşlarında müşteri motivasyonlarına yönelik olarak geliştirilmesinin

gerektiğinin anlaşılmasıyla birlikte tedarikçilerin güncel ve etkin teknikler kullanmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmalar esasında satış pazarlamanın temel niteliklerini harmanlayarak sağlık hizmetlerinde kullanılacak yeni ve etkili güncel pazarlama teknikleri kullanılmaya başlanmıştır. Dünya da gerçekleşen sağlık hizmetleri, Avrupa sağlık hizmetleri ve Türkiye de gerçekleşen ve günümüz teknoloji ve endüstriyel gelişmeler takibinde güncellenen bu hizmet alanında gelişen sağlık hizmetleri ele alınıp düzenlenmiştir.

Günümüz sağlık hizmetlerindeki en önemli unsur olan fiyatlandırma, tutundurma, fiziksel ortam ve katılımcılar ile birlikte bütünsel bir nitelik taşımaktadır. Bu bölümler güncel pazarlama anlayışları ile halkla ilişkiler birleştirilerek geniş bir çerçeve altında toplanmıştır. Sağlık hizmetleri gerek hizmet gerekse pazarlama sistemlerinden oldukça farklı kendine özgü hassasiyet gerektiren ve diğer pazarlama anlayışlarından farklı uygulama alanları olan bir hizmet pazarlamasıdır. Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışları karlılık merkezli olmadan direk olarak insan sağlığını etkilediği için hassas ve kar gütmenden hareket edilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetleri pazarlamasında hizmeti alan vatandaş sağlık hizmeti çalışanlarından daha fazla öneme sahiptir. Bu sebepler de göz önünde bulundurularak sağlık hizmetleri pazarlamasında güncel ve hassasiyet gerektiren yeni yöntemler geliştirilmelidir.

Sağlık hizmetlerindeki pazarlama anlayışı uygulamaları vazgeçilmez bir konuma geldiği için, yeni gelişen dünya ve sağlık sektöründeki bütün dinamikleri içine almıştır. Çalışmada artan maliyetler, sağlık hizmeti alan insanların beklentileri, özel sağlık hizmetlerindeki nitelik ve nicelik anlayışlarındaki farklılıklar, personel anlayışındaki kalite ve profesyonelleşme, hastalık önlemindeki çalışmalar, hasta ve doktor ilişkileri, hastane ortamındaki hasta yakınları ilişkileri ve bunun sonucunda beklenen sağlık hizmetleri konuları harmanlanarak günümüz sağlık hizmetleri pazarlama anlayışlarında güncel ve yeterlilik gerektiren bütün yönler vurgulanmaya çalışılmıştır.



Çalışmanın birinci bölümünde pazarlama konusundaki temel bilgilere değinilmiş, ikinci bölümünde sağlık kuruluşlarında pazarlama konusu işlenmiş, üçüncü bölümünde ise pazarlama tekniklerinin sağlık kuruluşlarında kullanım şekillerine değinilmiştir.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## PAZARLAMA TEORİSİ

### 1.1. Pazarlamanın Tanımı

Müşteri ilişkilerini yönetmek, tüketiciye değer oluşturmak, mevcut pazarı etkilemek, yönlendirmek, değiştirmek, tüketicileri tatmin ederek isteklerini karşılamak ve kişilerin, örgütlerin amaçlarına uygun şekilde değişimi sağlamak amacıyla üretimden önce başlayıp, satıştan sonra devam eden ve ürün geliştirme, fiyatlandırma tutundurma ve dağıtım olarak sayılabilen örgütsel planlama ve uygulama süreçlerinin bütünü pazarlama olarak tanımlanmaktadır. Açıklamalı Pazarlama Sözlüğünde ise “Mallara yer, zaman, mülkiyet ve yerine göre biçim faydası katmakla ilgili işletme faaliyetlerinin bütünüdür. Farklı noktalarda bulunan arz ve talebi uyumlu hale getirme sürecidir.” şeklinde tanımlanmıştır. Genel kabul gören bir tanımda ise pazarlama, “Müşteri talep, istek ve ihtiyaçlarını tatmin etmek için değişim yönetimini kolaylaştırmaya yönelik bir takım insan aktiviteleridir (Cooper, 1997:7)” şeklindedir.

İktisatçılar pazarlamayı zaman, yer ve mülkiyet faydası oluşturan eylemler olarak tanımlamış, pazarlamanın mal ve hizmetlerin üretimi ve tüketimi arasındaki zaman ve yer farklarını gidererek denge kurma aracı olarak ifade etmişlerdir. Pazarlamanın bu yönlü tanımlanmasının amacı ise mal ve hizmetlerin el değiştirmesiyle oluşturulacak mülkiyet faydasıdır (Yükselen, 2000:17). Şimşek pazarlamayı “Örgütsel amaçlara ulaşmak için hedef pazarlarda mübadeleyi sağlamaya yönelik analizlerin yapılması, programların hızlanması, uygulanması ve denetlenmesidir” şeklinde ifade etmiştir (Şimşek, 1990:5).

İşletmeler amaçlarına ulaşmak için, tüketici ihtiyaç ve isteklerini karşılayarak üretim, pazarlama, finansman, insan kaynakları yönetimi, halkla ilişkiler gibi faaliyetlerde bulunurlar. Bu faaliyet grupları işletme fonksiyonları olarak adlandırılmaktadır. Pazarlama faaliyetleri modern işletmelerin en temel aktivitelerinden biri olarak işletmelerin başarılı olmasındaki başlıca fonksiyondur.

Pazarlama uzun bir yolun ilk ve son adımıdır. İşletmelerin tüm faaliyetlerinin hedef kitlelere ifade edilmesidir. Bu ifadenin derecesi ilk adım / fonksiyonla son adım / fonksiyon arasındaki döngünün ve mevcut sürecin hızını belirlemektedir. Bu süreçte pazarlama kilit rol oynar, titizlikle ve dikkatlice yapılması gereken bir oluşumdur. Bu da pazarlama kavramına bilimsel bir anlam ve değer katmaktadır. Berkowiz ve Hillested'in "Pazarlama bir parça bilim, bir parça sanattır" (2004:244) sözü pazarlamanın bu yönünü güçlü bir şekilde ifade etmektedir.

Pazarlama kavramına ilk bakıldığında sadece mal ve hizmetlerle ilgili görünse de sürekli gelişen ve değişik anlayışlar kazanan günümüz dünyasında yaşamın her alanında kendisini ifade edecek farklı düşünceler ve alanlar bulunmaktadır. Bu anlamda fikirlerin, düşüncelerin, ideolojilerin ve algıların pazarlanması gibi değişik boyutlarda ifade edilmekte, bu ifadeler ise temelde aynı olmakla birlikte farklı isimlerde adlandırılabilir. Bu değişik ifade ve kullanım alanları pazarlama kavramının ne kadar önemli olduğu anlayışını kuvvetlendirmektedir. Ayrıca farklı kullanım alanları pazarlama tanımının anlam, bilim ve sanatsal değerlerine de katkılar sağlamıştır.

Pazarlama ne şekilde tanımlanırsa tanımlansın esas olan müşteri odaklı olmasıdır. Konu ve tanımla ilgili diğer tüm kavramlar bu esasın etkilerini ve sonuçlarını teşkil etmektedir.

### **1.1.1. Pazarlamanın Amaçları**

İşletmelerin pazarlama faaliyetleri iç ve dış çevre arasındaki bağı oluşturmakta, sonuçları ile diğer tüm işletme fonksiyonlarını etkilemektedir. İşletmeler ayakta kalabilmek için buldukları pazarı iyi tanımalı, analiz etmeli, optimum düzeyde kaynak çekmeli, bu kaynakları ürün, hizmet ve fikirlere dönüştürerek değişik tüketici kitlelerine ürünlerini etkin olarak dağıtmaları gerekmektedir (Mucuk, 1997:2). İşte burada bahsettiğimiz bu geniş süreci bir araya toplamak, tedarik ve dağıtım sürecine kadar uzatarak müşteriye ulaştırmak, daha sonra da müşteri memnuniyetini en üst düzeye çıkararak işletmelerin devamlılığını sağlamak pazarlamanın temel amaçlarıdır.

Pazarlama işletmelerin diğer fonksiyonlarının girdilerini müşteri beklentileri doğrusunda şekillendirerek üretimin nerede ve nasıl yapacağını saptamak, bu

doğrultuda mal ve hizmet üretmek, fiyatlandırmak, tüm koşullar altında risk ve avantajları tespit etmek, müşteriye ulaştırmak, sonrasında geri bildirimleri alarak işletmelere ham veriler ve girdiler sağlama yeteneği kazandırır. Bu süreç tamamen karmaşık bir yapıya sahip olup analiz edilmesi ve her aşamada kontrol edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle pazarlamanın en önemli koşulu iletişim ve etkileşimdir.

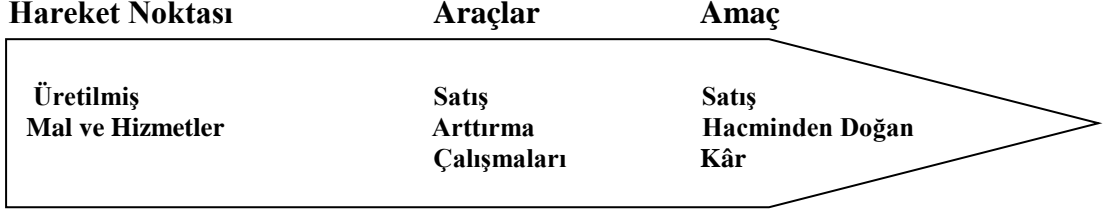
### **1.1.2. Pazarlama Tanımının Tarihsel Gelişimi**

Pazarlama kavramının önemi 1940'ların ikinci yarısı ile 1960'ların sonlarına doğru anlaşılmaya başlanmıştır. Bu başlangıcı etkileyen en önemli yardımcı kavramlar ise globalleşme ve rekabet anlayışlarıdır. Teknolojiye paralel olarak artan endüstrileşme ve sanayileşme, aynı pazar içerisinde faaliyet gösteren işletmelerin sayılarının artmasına, doğru orantılı olarak ürün çeşitliliğine, kalite kavramının çeşitlenmesine ve önem kazanmasına etki etmiş ulaşım ve ürün erişimlerinin kolaylaşması nedeniyle pazarların etki alanlarının büyüyerek rekabet koşullarının yeniden şekillenmesi pazarlama kavramının oluşmasına neden olmuştur. Sanayi ve endüstrideki gelişim ivmesi daha yüksek olan Amerika Birleşik Devletlerindeki işletmeler, pazarlama fonksiyonunun önemini anlayan ve bu alanda ilk çalışmaları başlatan işletmelerdir. Bu kapsamda ilk pazarlama birimi General Elektrik'te kurulmuştur. Bunu bazı diğer Amerikan işletmeleri takip etmiştir. Pazarlamanın bu ilk uygulamalarından günümüz pazarlama anlayışının oluşmasına kadar geçen süre içerisinde anlam ve kapsam bakımından pek çok değişimler olmuştur. Başlangıcında sadece kâr artırma amaçlı olan pazarlama fonksiyonu zamanla tüketicinin tatmin edilerek devamlığı olan kâr amaçlı yaklaşımı sağlama haline gelmiştir. Bu boyut nedeni ile geleneksel pazarlama ve çağdaş pazarlama anlayışı olarak ayrı ayrı nitelendirilebilmektedir (Mucuk, 2001:58).

#### **1.1.2.1. Geleneksel Pazarlama Anlayışı**

Geleneksel pazarlama anlayışında genel anlamda işletmeler kârlarını arttırmak maksadıyla her şeyi mubah görerek amaçlarına ulaşmak için aldatıcı ve yanıltıcı yollara başvurabiliyorlardı. Bu olumsuz düşünce kısa vadede amacı karşılarsa da uzun vadede işletmelere devamlılık sağlamamıştır. Bu etki ise tüketicilerin ihtiyaçlarını belirleme, istek ve arzuları doğrultusunda üretim yapma, müşteri memnuniyeti odaklı pazarlama stratejileri geliştirme odaklı işletmelerin

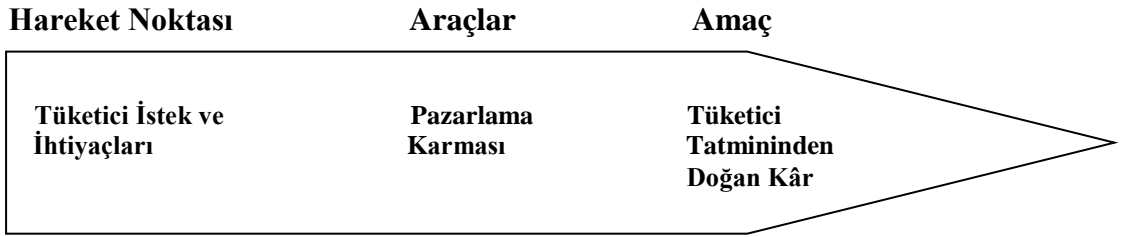
ortaya çıkmasına neden olmuştur. Buradaki en önemli faktör işletme ile müşteri arasındaki satış sonrası etkileşimdir. Şekil 1.1’de geleneksel pazarlama anlayış süreci verilmiştir (Can, Tuncer ve Ayhan, 2003:305);



**Şekil 1.1. Geleneksel Pazarlama Anlayışı**

### **1.1.2.2. Çağdaş Pazarlama Anlayışı**

Günümüzde de geçerliliğini koruyan çağdaş pazarlama anlayışı 1950’li yıllardan beri süregelen süreçte pazarlamanın temel amacının müşteri memnuniyeti olduğunu göstermektedir.



(**Kaynak:** Can, Tuncer, Ayhan, 2003:305)

**Şekil 1.2. Çağdaş Pazarlama Anlayışı**

Çağdaş pazarlama anlayışındaki müşteri odaklılığı anlayışı daha sonraları “Pazarlama Karması” kavramını ortaya çıkarmıştır. Pazarlama karması sunulan ürün ve hizmetleri tek boyutlu ele almayıp çok yönlü oldukları düşüncesiyle ortaya çıkmıştır. Mc Carty pazarlama karmasını tanımların İngilizce karşılıklarının baş harflerinin birleştirilmesiyle 4P olarak adlandırılan karma elemanları olarak ifade etmiştir (Tablo 1.1);

**Tablo 1.1. Pazarlama Karması Elemanları**

<p><b>MAMUL (PRODUCT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>•Kalite</li><li>•Çeşitler</li><li>•Marka</li><li>•Stil</li><li>•Ambalaj</li><li>•Garanti</li><li>•Sağlanan Hizmetler</li><li>•Diğer Özellikler</li></ul>	<p><b>FİYAT (PRICE)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>•Fiyat Düzeyi</li><li>•İndirimler ve Krediler</li><li>•Ödeme Şartları</li><li>•Fiyat Değişikler v.b</li></ul>
<p><b>TUTUNDURMA (PLACE)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>•Reklam</li><li>•Kişisel Satış</li><li>•Satış Geliştirme</li><li>•Halkla İlişkiler</li></ul>	<p><b>DAĞITIM (PROMOTION)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>•Dağıtım Kanalları</li><li>•Dağıtım Kapsamı</li><li>•Çıkış Noktası</li><li>•Satış Noktaları</li><li>•Satış Bölgeleri</li><li>•Stoklar</li><li>•Taşıyıcılar vb.</li></ul>

(Kaynak: Tengilimoğlu, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Sayısal Yayınları, İstanbul, 2014:26)

Üretim işletmeleri için geliştirilen ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurma kavramları hizmet pazarlaması için yeterli görülmemiş, bu alanda pazarlama bilimcileri yeni karma elemanları üretmişlerdir. Liberman ve M. Rolarius ise sağlık hizmetleri pazarlamasında pazarlama karmalarına “Partnerler” olarak sınıflandırdığı diğer hastaneler, diğer sağlık kuruluşları, sigorta şirketleri ve çalışanları da eklemişlerdir. Hizmet sektörü içinde pazarlama karma sayısı ise yedi olarak kabul edilmiştir. Bu kapsamı arttırılmış “7P”, hizmet işletmelerinin müşteri tercihlerini etkileyebilmeleri için ihtiyaçları olan araçları ifade etmektedir.

**Tablo 1.2. Hizmet ve Ürün Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları**

<b>Ürün Pazarlaması (4P)</b>	<b>Hizmet Pazarlaması (7P)</b>
<b>Ürün</b> (Product) <b>Fiyat</b> (Pricing) <b>Dağıtım</b> (Place) <b>Tutundurma</b> (Promotion)	<b>Ürün</b> (Product) <b>Fiyat</b> (Pricing) <b>Dağıtım</b> (Place) <b>Tutundurma</b> (Promotion) <b>Fiziksel Deliller veya Ortam</b> (Physical Evidence) <b>Katılımcılar veya İnsanlar</b> (People) <b>Süreç Yönetimi</b> (Process Management)

(Kaynak: Tengilimoğlu, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Sayısal Yayınları, İstanbul, 2014:27)

Bunun yanı sıra, müşteri yönünden bakıldığında her pazarlama karması elemanından müşteri bir yarar sağlamalıdır. Bu yararların belirli bir değer oluşturması için satıcının 7P'si ile müşterinin 7 C'si örtüşmeli ya da aynı sırada olmalıdır (Tengilimoğlu, 2014:27). Şekil 1.3'de bu örtüşmenin nasıl olması gerektiği ifade edilmiştir. Burada müşteri beklentilerinin hizmet sağlayıcındaki karşılıkları eşleştirilerek müşteri beklentisine göre kâr elde etmenin kuralları belirtmiştir.



7 P		7 C
Ürün/Mal ya da Hizmet	↔	Müşteri İhtiyaç ve İstekleri
Fiyat	↔	Maliyet
Yer	↔	Uygunluk ve Seçenekler
Promosyon	↔	İletişim
İnsanlar	↔	Yeterlilik ve Nezaket
Fiziksel Çevre	↔	Konfor ve Temizlik
Süreçler	↔	Koordinasyon ve Bütünlük

(Kaynak: Tengilimoğlu, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Sayısal Yayınları, İstanbul, 2014:28)

Şekil 1.3. Müşteriler Açısından Pazarlama Karması Elemanları

## 1.2. Hizmet Kavramı

Hizmet kavramı 1700’lü yıllardan başlayarak değişik şekil ve anlayışlarla birlikte değişim göstererek günümüzdeki halini almıştır. “Hizmet genel anlamda depolanamayan, saklanamayan ve soyut olan ürünleri ifade etmektedir. Hizmet insan ve makineler tarafından insan gayretiyle üretilen ve tüketicilere doğrudan fayda sağlayan, fiziksel olamayan ürünlerdir” (Skinner, 1990:631). Tüketicinin tatmin duygusuna hitap eden ve kalitesi de bu özelliğiyle belirlenen ürünlerdir bunlar. Hizmetin somut boyutu olmaması hizmet sunucusunun kapasite ve yetenekleri, standartlaşma, ölçülemez, satın alınmadan önce kontrol edilme, geri iade, hizmeti üreten ile hizmetin birbirinden ayıramaması, sayılamama gibi özellikler kazanmasına sebep olmaktadır. Otellerde doldurulamayan boş kapasite, hasta tedavi etmeye hazır olduğu halde yeteri kadar hasta alamayan hastaneler, zamanında satılamayan maç biletleri gibi ürünler hizmet ürünlerine birer örnek teşkil etmektedir. “Belirli süre içerisinde gerçekleşecek olaylarda durdurma ya da depolama şansı

yoktur. Bu da hizmetin anlık ve soyut bir kavram olduğunun çok güzel bir örneğidir” (Ferman, 1988:27).

Tablo 1.3’de tarihsel süreçte hizmet tanımında meydana gelen değişim ifade edilmiştir.

**Tablo 1.3. Hizmet Tanımlarının Tarihsel Gelişimi**

<b>İfade Eden Düşünce veya Kişi</b>	<b>Tanımlama</b>
Fizyokratlar (1750)	Tarımsal üretim dışındaki faaliyetler.
Adam Smith (1723-1790)	Somut (dokunabilir) bir ürün sonuçlanmayan tüm faaliyetler.
J.B.Say (1767-1832)	Ürünlere fayda ekleyen, tüm imalat dışı faaliyetler.
Alfred Marshall (1842-1924)	Üretildiği anda varlık bulan mallar (hizmetler).
Batı Ülkeleri (1925-1960)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş Düşünürler	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet

(Kaynak: Cowel 1984:21, Tengilimoğlu, 2014:43)

Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) hizmeti “Satışa sunulan ya da malların satışıyla birlikte sağlanan eylemler, yararlar ya da doyumluklardır” şeklinde tanımlamaktadır. Yapılan bu tanım bir dönem kabul görse de zamanla mal ve hizmet yönlerinden bakıldığında bu iki kavramın uygun biçimde ayrılmadığı düşünceleri ortaya çıkmıştır. “Bunun üzerine AMA hizmet tanımını “Bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doygunluğunu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir” şeklinde güncelleyerek yeni tanımı ortaya koymuştur” (Öztürk, 2003:4).

Hizmetin genel anlamda bir tanım ya da bir kalıp içerisinde sıkıştırılması mümkün değildir. Günümüzde gelişen teknoloji ve değişen sosyo-ekonomik etmenler hizmet tanımını sürekli olarak zenginleştirmektedir. Bankacılık hizmetleri

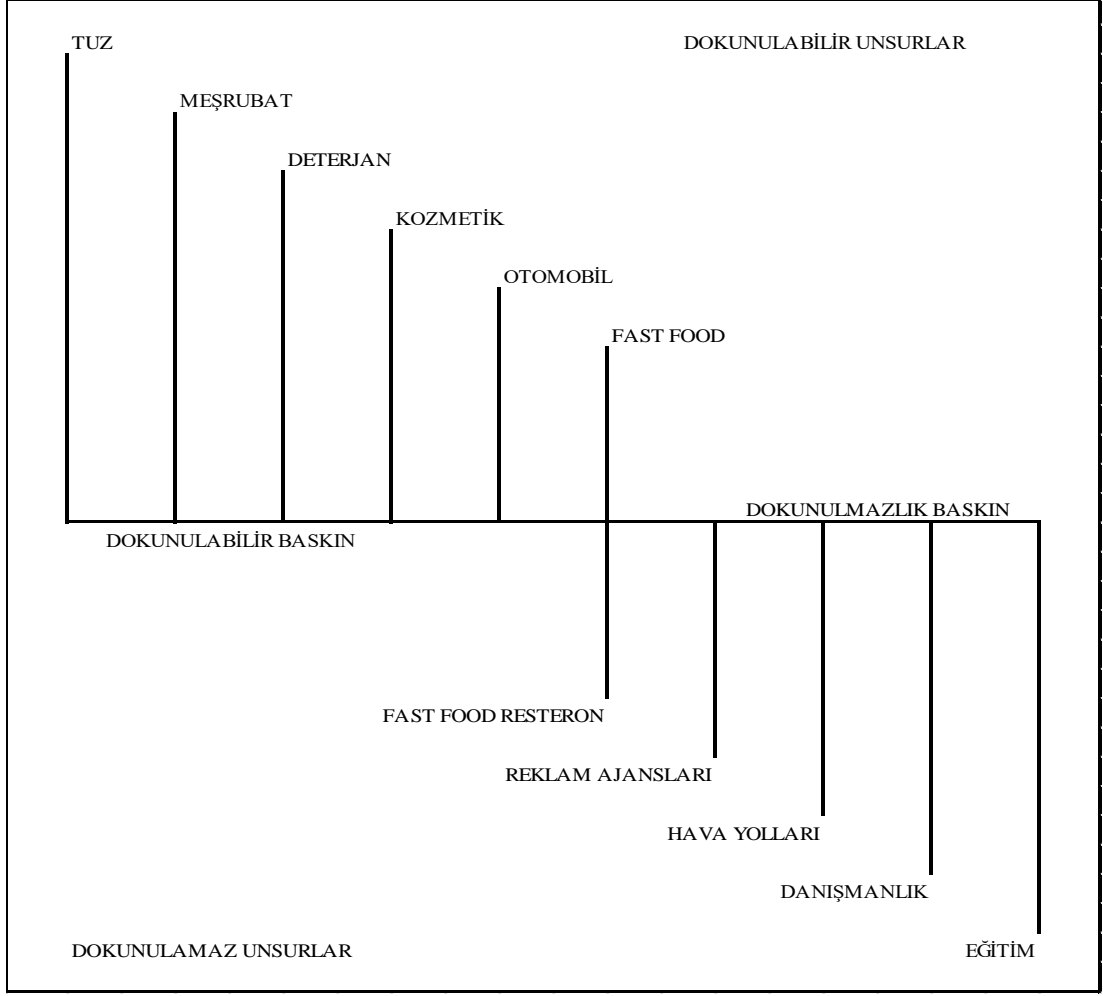
buna güzel bir örnek teşkil etmektedir. “Her geçen gün gelişen teknoloji ile beraber bankalardan alınan hizmetin yelpazesi de genişlemekte ve çeşitliliği artmaktadır” (Karahana, 2006:28).

Hizmetler insanların günlük yaşantılarının önemli bir parçası olup, hiçbir zaman vazgeçemeyecek doyumları ifade etmektedir. İnsanın varoluşundan beri ilkel ve değişik boyutlarda da olsa hizmet ihtiyacı da var olmuştur. Hizmet kavramının gelişmesi ise gelişmişlik ve refah düzeyiyle doğru orantılı olmuştur.

Hizmetler insanların günlük yaşantılarında önemli bir yer tutan ve hiçbir zaman vazgeçemeyecekleri doyumlardır. İnsanoğlunun yaratılışından itibaren hizmet bir şekilde var olmuştur. Hizmetlerin maddesel karşılık olarak düşünmek ya da onu maddesel bir oluşum halinde uygulamamız imkânsızdır. Hizmet daha çok manevi duyguları içerisine alan ve insanları manevi doygunluğa ulaştıran bir süreçtir. Bu da hizmetlerin dokunulabilir ve dokunulamaz şeklinde ayrılmasına sebep olur. Şekil 4.’de dokunulmazlık boyutun en fazla olduğu hizmet alanlarının eğitim ve danışmanlık olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerini de bu grubun içine dâhil edilebilir. Çünkü muayene, teşhis, tedavi gibi hizmetler soyut olmakla birlikte tedavi sürecinde tıbbî malzeme, protez, stent vb. gibi somut mallar da kullanılmaktadır.

Şekil 1.4’de ifade edilen ürünler şu şekilde sınıflandırılabilir:

1. Tam mallar; Fırın, el kremi, yemek vb.
2. Hizmetlerin eşlik ettiği mallar; Bilgisayar vb.
3. Malların eşlik ettiği hizmetler; Sinema, uçak yolculuğu vb.
4. Tam hizmetler; Çocuk bakıcılığı, tiyatro vb.



(Kaynak: G.Lynn Shostack 1977:77, Tengilimoğlu, 2014:42)

#### Şekil 1.4. Çeşitli Ürünlerin Dokunulabilir - Dokunulmazlık Özelliğine Göre Sıralanışı

Gelecekte gelişen teknolojinin ve endüstrileşmenin her geçen gün düşen tatmin düzeyi ve artan beklentiler nedeniyle yeni hizmet alanlarını oluşması muhtemeldir. Bu durum hizmet sektöründe bazı dinamikleri de değiştirecek, daha önceleri emek yoğun hizmet anlayışı yaygınken, zamanla sermaye yoğun hizmet anlayışına geçiş olacaktır. Bu ise hizmet sunucularını aynı yönlü tetikleyerek döngünün tamamlanmasına neden olacaktır. Bununla beraber ekonomik alanlarda meydana gelen gelişmeler hizmet ekonomisinin önemini ve payını da arttıracaktır. Öyle ki bu artış endüstrideki artışı geçebilecek potansiyeldedir. Tablo 1.4’de bazı ülkelerdeki hizmet sektörünün GSMH içerisindeki payı verilmiştir. Bu oran Türkiye’de 2000’li yıllarda % 38 iken 2010 yılında bu oran %65’lere yükselmiştir (Tengilimoğlu, 2014:44).

**Tablo 1.4. Ülkelere Göre Sağlık Harcamalarının 2010 Yılı GSMH'e Göre Sektör Payları**

ÜLKE	TARIM SEKTÖRÜ (%)	ENDÜSTRİ SEKTÖRÜ (%)	HİZMET SEKTÖRÜ (%)
ABD	1.2	22.2	76.7
ALMANYA	0.8	27.9	71.3
ÇİN	9.6	46.8	43.6
FRANSA	1.8	19.2	79
İNGİLTERE	0.9	22.1	77.1
İRAN	1.1	45.9	43.1
İSPANYA	2.9	25.5	71.6
İTALYA	1.8	24.9	73.3
JAPONYA	1.1	23	75.9
RUSYA	4.2	33.8	62
TÜRKİYE	8.8	25.7	65.5
YUNANİSTAN	4	17.6	78.5
<b>DÜNYA GENELİ</b>	<b>5.8</b>	<b>30.8</b>	<b>63.4</b>

(Kaynak: www.cia.gov, www.worldbak.org, www.dpt.gov.tr)

Hizmet sektörünün istihdamdaki payının da gelişmiş ülkelerde yüksek olduğu görülmektedir. Tablo 1.5’de bu durum ifade edilmiştir.

**Tablo 1.5. Ülkelerin Nüfuslarına Göre İstihdam Oranları**

ÜLKE	TARIM SEKTÖRÜ (%)	ENDÜSTRİ SEKTÖRÜ (%)	HİZMET SEKTÖRÜ (%)
ABD*	0.7	20.3	79
ALMANYA***	2.4	29.7	67.8
ÇİN**	39.5	27.2	33.2
FRANSA***	3.8	24.3	71.8
İNGİLTERE**	1.4	18.2	80.4
İRAN**	25	31	45
İSPANYA**	4.2	24	71.7
İTALYA***	4.2	30.7	65.1
JAPONYA**	3.9	26.2	69.8
RUSYA**	10	31.9	58.1
TÜRKİYE**	<b>29.5</b>	<b>24.7</b>	<b>45.8</b>
YUNANİSTAN***	12.4	22.4	65.1
<b>DÜNYA GENELİ</b>	<b>37.3</b>	<b>21.7</b>	<b>41</b>
(*)2010Yılı Verileri (**)2009 Yılı Verileri (***) 2008 Yılı Verileri			

(Kaynak: www.cia.gov, www.worldbak.org, www.dpt.gov.tr)

### 1.2.1. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmetler iki türde sınıflandırılmaktadır. Birincisi ürünler tarafından desteklenen hizmetlerdir. Makinelerin bakımı, bilgisayar ve elektronik eşyaların satışı, bunların yanında sunulan danışmanlık hizmetleri, dağıtım ve ulaştırma

hizmetlerini gibi. İkinci ise herhangi bir fiziksel ürün ile ilişkisi olmayan, pazarlanabilen saf ürünlerdir. Bankacılık, muhasebe, ilaç mümessilliği, tur hizmetleri gibi.

Hizmetlerin sınıflandırılması konusunda yaptığı çalışmalar nedeniyle ödül sahibi olan Chirtopher H.Lovelock, 1983 yılında kaleme aldığı makalesinde hizmet sınıflandırmasını altı kritere göre yapmıştır (Fisk, Grove ve John, 2005:10). Bunlar;

1. Hizmetin alıcısının niteliği,
2. Hizmet türü,
3. Hizmet veren elemanların esneklik ve inisiyatif derecesi,
4. Hizmetin talebinin dalgalanma derecesi,
5. Hizmetin müşteriye ulaştırılma biçimi,
6. Müşteri ile ilişki sıklığı.

Lovelock bu çalışmasında hizmet sunucularının nitelik ve özelliklerine de yer vermiştir. Hizmet sunucusunun personel esnekliği ve inisiyatif derecesine örnek sağlık hizmetleridir. Bunun nedeni çok alanda yaygın ve her alanda uzmanlık gerektiren hizmetlerin ve ihtiyaçların sağlık sektöründe daha fazla olmasıdır. Hizmetin talebinin dalgalanma derecesinde hizmete olan ihtiyacın dönemsel ve genel düzeyde seyri ifade edilmektedir. Buna en güzel örnek turizm sektöründedir. Hizmetin müşteriye ulaştırma biçiminde önemli olan etkileşim metodu, yardımcı kaynaklara yakınlık (termal kaplıcalar gibi), hizmetin sunumunda kullanılacak iletişim yöntemi ifade edilmektedir. Müşteri ilişki sıklığı hizmet alıcılarının sunulan hizmete olan ihtiyacının süre boyutunda şiddetini ifade etmektedir. Kuaför hizmetleri vb. gibi.

İkinci aşamada ise 6 kritere göre hizmeti dokunulabilir veya dokunulmazlık özelliklerine göre sınıflandırmıştır (Tengilimoğlu, 2014:50).

Tablo 1.6. Lovelock'un Hizmet Sınıflandırması

Hizmetin Doğası	Hizmetten direkt olarak faydalanan kişi ya da nesne kim?	
	İnsan	Nesne
<b>Dokunabilir Eylemler</b>	<b>İnsanların Vücuduna Yönelik Hizmetler:</b> Sağlık Lokanta Saç kesimi Yolcu taşıma	<b>Fiziksel Nesnelere Yöneltilen Hizmetler:</b> Araba tamiri Toptancılık Bahçe bakımı Mal taşıma
<b>Dokunulamaz Eylemler</b>	<b>İnsanların Zihinlerine Yöneltilen Hizmetler:</b> Reklam ve halkla ilişkiler Tiyatro Müze Yayımcılık	<b>Dokunulamayan Aktiflere Yöneltilen Hizmetler:</b> Bankacılık Sigortacılık Araştırma

(Kaynak: Lovelock ve Chiristopher 1983:9-20, Lovelock ve Wright 2001:34)

### 1.2.2. Hizmetlerin Özellikleri

Hizmetin genel kabul görmüş özelliklerini şunlardır:

1. Hizmetler dokunulamazdır. Maddi boyutları yoktur. Hizmetler tamamen soyuttur (Berry, 1984:302). Kısacası hizmetler fiziksel hisler yararlanılarak değerlendirilemezler.
2. Üretim ve tüketim eş zamanlıdır. Üretilen maddi ticari mallar belirli bir nokta da üretilerek müşterilerin ulaşabileceği yerlere kadar götürülerek müşteriye sürekli erişim imkânı sağlanmaktadır (Palmer, 1998:12). Yani bu ürünler önce üretilir, sonra satılır ve en son tüketilir (Berry, 1984:303). Hizmet ürünlerinde ise hizmet sunucusu hizmeti üretirken hizmet alıcısı üretilen hizmeti tüketmektedir. Bu esnada üretim ve tüketim gerçekleştirirken her iki taraf da fiziksel olarak orada bulunmaları gerekmektedir (Berry, 1984:303).
3. Hizmetler değişkendir. Bu değişkenlik hizmeti üreten kişinin veya işletmenin eğitim, kişilik özellikleri, müşteri ve kalite anlayışları vs.



sebepler nedeniyle kaynaklanmaktadır. Kurumsal anlayışın dışında tek kişi tarafından üretilen hizmetler bile bazen değişiklik gösterebilmektedir. Bu özellik hizmetlerin standartlaştırılmayacağını da ifade etmektedir. Ayrıca hizmeti sadece tüketirken denemek mümkündür. Bunun için belirli bir kalıba ya da sisteme oturtmak oldukça zordur (Berry, 1984:303).

4. Hizmetler stoklanamazlar. Hizmetin üretimi ve tüketimi aynı anda olduğu için stoklama gibi bir durum söz konusu değildir. Maddi mallar önce üretilir, satılır ve sonra tüketilir. Buna karşılık hizmetler genellikle öncelikle satın alınır, sonra üretilir ve sonra tüketilir (Wright, 1998:147-153).
5. Hizmetler konusunda sahiplik yoktur. Hizmetin bu özelliği alınan hizmetin mülk edinilemeyeceği anlamına gelmektedir. Hizmet üretilir, kullanılır ve sonlandırılır. Hizmet ile malın arasındaki temel fark aslında budur. Elle tutulamaması, dayanıksız oluşu hizmeti o an alan kişinin kullanması hizmetin sahipliğinin olmamasının temel unsurlarıdır. Bir otel odasını kiralamak buna en güzel örnektir (Öztürk, 2003:12).

### **1.2.3. Hizmet Pazarlaması**

Hizmet sektöründe faaliyet gösteren kişi ve kuruluşların sundukları satış ve satış sonrası hizmetler ve pazarlama faaliyetlerinin bütününe hizmet pazarlaması denilmektedir (Gülmez ve Dörtyol, 2013:136). Başka bir yaklaşım ise “Müşteri istek ve ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanmasını sağlamak için hizmeti veren ve hizmeti alan arasındaki alışveriş süreçlerini iyi gözlemlemeli, analiz etmeli, plan ve yöntemini tanımlamalıdır. Hizmeti alan kişi ya da kurumun ihtiyaçları tespit etmek ve ihtiyaçlar için yeni yöntemlerle hizmet kalitesini artırma çalışmaları yapılabilir. Hizmeti doğru yerde, doğru zamanda hizmeti alan ile doğru iletişimle yapılan kâr gibi kazanımlar ve bu süreç dâhilinde yapılan eylemlerdir” (Clow ve Stevens, 2009:76).

Hizmet pazarlamasının başlangıcı 1970’li yıllara kadar uzanmaktadır. Bu yıllar sanayileşmiş ülke vatandaşlarının hayatlarını daha kolay sürdürme eğilimlerinin arttığı yıllardır. Bu etken özellikle 1980’li yıllarda hizmet pazarlaması üzerinde yapılan araştırmaları arttırmıştır. Bu araştırmalar hizmet kavramına “başka

kişiler için onların yapmak istemediği işleri yapmak, kişi gereksinimlerine karşı sunulan maddi olmayan faydalar, herhangi bir kişi veya oluşumdan alınan ve sahiplik gerektirmeyen fayda veya faaliyetler” anlamlarını kazandırmıştır. Bu ifadelerdeki ortak özellik hizmetin sadece mal üretimi ve satılması ile değil salt olarak da sunulabileceğidir. Hizmetin bu yönü onu ticari mallardan daha farklı bir boyuta taşımaktadır. Ancak hizmet pazarlama ve değerlemesi yapıldığı takdirde ticari mallardan ayrılarak maddi bir değer haline gelebilmektedir. Bu koşul mallarla beraber sunulan hizmetlerin ayrı olarak statü oluşturulması ve pazarlama konusu yapılmasını gerektirmektedir.

Hizmet pazarlaması pazarlama biliminin bir alt disiplini olarak görülmektedir. Dünya ekonomisinin bu kadar hızlı ve teknik bakımından zengin ilerleyişi hizmet pazarlamasının aynı ivmede gelişmesinin başlıca sebebidir. Bu gelişmelerin yanı sıra bu alanda yaşanan problemlerin mal esasına dayalı klasik mamul pazarlaması disiplini ile çözülememesi hizmet pazarlaması disiplinin gelişimini daha da arttıran faktörlerden olmuştur. 1980’li yıllardan itibaren hizmet pazarlamasının literatüründe ciddi gelişmeler olduğu görülmektedir (Ferman, 1998:25).

Hizmet pazarlamasında temel hedeflerden biri tüketici istek ve beklentilerini tahmin etmek ve bunu karşılamaktır. Burada hizmeti sunan ve hizmeti alanlar arasındaki ilişkiler ile iletişimin nasıl sağlanacağına dikkat edilmelidir. Hizmet, alıcısına hitap edecek ve onu tatmin edecek düzeyde sunulmaz ise sonuç memnuniyetsizlik ve tekrar tercih edilmeme yönünde olabilmektedir. Buradaki memnuniyet derecesi doğrudan hizmetin kalite düzeyini belirler. Beklenen düzeyde sağlanmayan performanstaki hizmet kalitesiz olarak algılanır ve hizmet hizmetin sürümü oluşturulamaz. Bunun için hizmet beklenti ve memnuniyet düzeyi ölçülebilmeli ve nasıl arttırılabileceğinin hesabı yapılabilmelidir (Hamer, 2006:219). Hizmet arzı sonrası yapılan memnuniyet anketleri bu maksatla uygulanan yöntemlerden bir tanesidir. Bu yöntemde müşteri istekleri, beklentileri, şikâyetleri, önerileri ve memnuniyet durumları hizmet sunucularına sunum süreç ve koşullarının yeniden değerlendirilmesi konularında ham veri sağlar. Bu ise hizmet işletmelerine yeni pazarlama ve ürün sunma stratejileri kazandırır. Ancak geri bildirimlerin istenilen düzeyde alınmaması hizmetin kaliteli olduğu anlamına da gelmez,

Memnuniyetsiz ama sessiz müşteriler de göz önüne alınmalıdır. Bunun içindir çapraz ve çok yönlü gözlem ve veri temin yolları oluşturulmalıdır.

Hizmet pazarlaması ile ilgili yapılan bazı araştırmalar sonucunda hizmet pazarlaması son yirmi yılda hızlı bir gelişme göstermiş, bu pazarlama alanının mamullere göre farklılık gösterdiği ve bunun da araştırılması gereken konulardan olduğu sonucuna varılmıştır. Bu alandaki çalışmaların ilkinin Berry yapmıştır. Bunu Loverlock, Grönos ve Carson gibi yazarlarda takip ederek kendi düşünceleri doğrultusunda hizmet pazarlaması konusunda farklı yaklaşımlar kazandırmıştır (Özer ve diğer, 2016:5). Hizmet pazarlaması konusunda yapılan bu tip araştırmalar bu alandaki geleneksel pazarlama kavramlarının ortaya çıkmasına ve gelişmesine imkân sağlamıştır.

Hizmet pazarlamasında en önemli kavram ise Mc Carthy tarafından ileri sürülen ve “4P” diye adlandırılan pazarlama karması düşüncesidir. Bu düşüncede ürün, fiyat, dağıtım, tutundurma sınıflandırması kavramları ön plana çıkmaktadır. Mc Carthy’nin “4P”si sürekli gelişen anlayışla beraber eklenen İnsan (People), Süreç (Process) Ve Fiziksel Kanıt (Physical Evidence) faktörleri eklenerek Tablo 1.7’de verilen ve “7P” şeklinde adlandırılan pazarlama karması oluşmuştur (Özer ve diğ., 2016:5);

**Tablo 1.7. Hizmet Pazarlama 7P’si**

<b>Hizmet Pazarlaması Karması (7P)</b>
<b>Ürün</b> (Product)
<b>Fiyat</b> (Pricing)
<b>Dağıtım</b> (Place)
<b>Tutundurma</b> (Promotion)
<b>Fiziksel Deliller veya Ortam</b> (Physical Evidence)
<b>Katılımcılar veya İnsanlar</b> (People)
<b>Süreç Yönetimi</b> (Process Management)

Gelişen yeni küresel düzen ile beraber gelişen teknoloji, internet üzerinden pazarlama gibi yeni pazarlama şekillerini ortaya çıkarmıştır. Bu yeni kavramlar ise “4S” modeli olarak adlandırılan Saha (Scope), Site (Site), Sinerji (Synergy) Ve Sistem (System) karmasının ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Wang vd., 2005:661). Bu kavramlar ile hizmet pazarlaması daha geniş şekilde anlaşılmıştır.

Hizmet pazarlaması, sadece hizmet üretim sürecinin sonuçlarını ve perakende hizmetin pazarlamasını kapsamamaktadır. Hizmet, üretim potansiyeline biçim vermenin, hizmet üretim planlaması ise hizmet pazarlamasının incelediği konulardandır. Bu nedenle hizmet işletmelerinde üretim pazarlamanın dolaysız bir parçası haline gelmiştir (Yüksel ve Mermod, 2004:18). Hizmet sektöründe faaliyet gösteren hemen hemen bütün kuruluşlar pazarlamanın önemini ve uygulama alanlarını belirlemeye çalışırken sigortacılık, bankacılık, komisyonculuk, mimarlık, mühendislik ve ilaç firmaları gibi kuruluşlar hizmet pazarlamasında daha da başarılı olmuşlardır. Kamuoyu araştırma firmaları ve reklam ajansları kendi hizmetlerini pazarlama ilkelerini uygulamaya yönelmişlerdir (Karahan, 2000:12).

Hizmet pazarlamasında mamul pazarlamasından farklı olan başlıca fark, üretimin satış noktasında gerçekleştirilmesidir. Hizmetler ancak sahada pazarlanabilir. Hizmetlerin satılıp satılmaması kalitesi ve iyi veya kötü olmasından ziyade, pazarlama birimlerinin işletmede çalışan bütün bireyleri hizmetin pazarlamasına dâhil edip mevcut eksiklikleri gidermesi yoluyla müşteri tatmin oranının artırılması ile bağlantılıdır. Pazarlama birimlerinin görevi iyi pazarlama stratejileri geliştirmek, diğer tüm birimlerin görevi ise bu stratejik hedefler ve yollar üzerinde çalışmaktır. Yani hizmet pazarlaması tam bir ekip çalışması şeklinde yürütülmelidir. Bu duruma göre pazara maddî bir ürün sunan işletmelerin pazarlama fonksiyonu ayrı bir birim tarafından yerine getirilir. Ancak hizmet işletmelerinde pazarlama fonksiyonları, işletme yönetiminin sorumlulukları arasındadır (Fitzgerald, 1998:27-28).

Hizmet pazarlamasında hizmetlerin soyutluk özelliği, pazarlama stratejileri belirlenirken ek yaklaşımlar gerektirir. Bu yaklaşımlar, müşteri geri dönüşlerinin zorluğundan ve hata payının azlığından kaynaklanmaktadır. Hizmet pazarlamasında müşteri ile hizmet sunucuları arasında etkin, etkili ve optimum düzeyde bir etkileşim zorunluluğu bulunmaktadır. Verimli bir etkileşim ise personel becerisine ve onun

ardındaki üretim ve destek süreçlerine bağlıdır (Kotler ve Armstrong, 1996:260). Örneğin, kredi kullanmak için bankaya gelen bir müşteri, burada başka hizmetleri alan diğer müşterileri de görmektedir. Müşteri bunun yanında fiziki ortamı, kullanılan teknolojiyi, hizmet işleyiş hızı vs. gibi olayları da görür. Görünür olmayan ise görünen hizmet işini destekleyen bütün arka oda üretim süreci ve organizasyon sistemidir. Bu nedenle hizmet çıktısı birçok değişik unsurdan oluşur ve etkilenir (Kotler, 1994:469). Mamul pazarlamasında ise ürünler stoklanabildiği için pazarlama konusunda daha fazla esneklik bulunmakta, hata tolerans payı da fazla olmaktadır. Ancak maliyet daha yüksektir. Dengeleyici unsur müşterinin üretim aşamalarını görmemesidir.

Hizmet pazarlamasında sadece bir takım fonksiyonları yerine getirmek yeterli değildir. Pazarlama bir felsefe olarak ele alınmalıdır. Bu felsefe, hizmeti kullanan müşteriden başlayarak şekillenen bir üretim ve sunum sürecini, sonrasında ise geri dönüşlerden sağlanan yeni verilerle güncellenen sarmal ilişkileri incelemelidir. Bunu sağlayamayan işletmeler hep standart düzeyde üretim yapar ve gelişen pazarlarda varlıklarını fazla sürdüremezler.

Mamul mal üreten işletmecilerde ürün benzerliği sıkıntısı markalaşma ile giderilebilmektedir. Ancak hizmet işletmelerinde markalaşma ancak kalite ile sağlanabilir. Bu kalite oluşturulurken, ürünle beraber satılan memnuniyet seviyesi son derece önemlidir. İşte bu algı ürünü de farklılaştırmaktadır. Mamul ürünlerde farklılaştırma, alışlagelmişin dışında bir gösterim veya imaj ile başarılı biçimde ilişkilendirenlerdir. Bu ilişkilendirmeyi gerçekleştirmek hizmete oranla çok daha kolaydır. Çünkü mallar objektif biçimde ölçülebilirken hizmetler ölçülemezler (Fitzgerald, 1988:28-29).

Başarılı hizmet pazarlamalarında işletme hem çalışanlarına hem de müşterilerine odaklanmaktadır. Bu tip işletmelerde kârlılık müşteri ve çalışanın memnuniyeti üzerine kurulmuştur. Bu memnuniyet aslında işletme tarafından benimsenen “Hizmet-Kâr Zinciri” karmasını etkin uygulamasından kaynaklanır. Bu zincir beş halkadan meydana gelmektedir (Kotler ve Armstrong, 1996:260).

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

Hizmet sektörü pazarlama stratejilerinde insan odaklı kârlılık konusuna değinilmiş olsa da pazarlama ilkelerinin en önemli unsurlarından biri de hizmet kalitesidir. Kalite, belirli bir mal veya hizmetin sahip olduğu özelliklerin, beklenen tüketici temel alınarak ölçülmesidir (Gülmez ve Dörtyol, 2013:165). Kalite hizmet pazarlaması içinde çok önemli bir yere sahiptir. Günümüzde, pazarlama yöntemlerinde müşteri odaklılık ön plandadır. Bu özellik nedeniyle tüketicilerin istek ve beklentileri de hizmetin kalitesini değerlendirmede önemli bir role sahiptir (Argan ve Argan, 2004:47). Kaliteli hizmet sunmak için tüketici beklentileri iyi analiz edilmelidir. Kalite iş hacminde artışa, fiyat yönlü rekabette avantaja dönüşerek hataları telafi etmek için harcanan emek ve masrafı da azaltabilecek güce sahiptir (Çakır, 2002:34). Yüksek kaliteli hizmet sadece hizmet pazarlaması için değil mamul mal pazarlaması için de uzun vade de kârlılığın bir belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Üstün bir hizmet kalitesi, artan kârlılığın anahtarı olup iş yapmanın bir maliyeti değildir (Ghobadian, Speller ve Jones, 1994:43).

Hizmet kalitesi üzerinde yapılan birçok araştırma hizmetin kalitesinin işletmenin performansı, müşteri tatmini ve satın alma amacıyla ilişkili olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Hizmeti sağlayanların başarısı ve başarısızlıkları da yapılan birçok araştırmada ortaya konmuştur (Zerenler ve Öğüt, 2007:502).

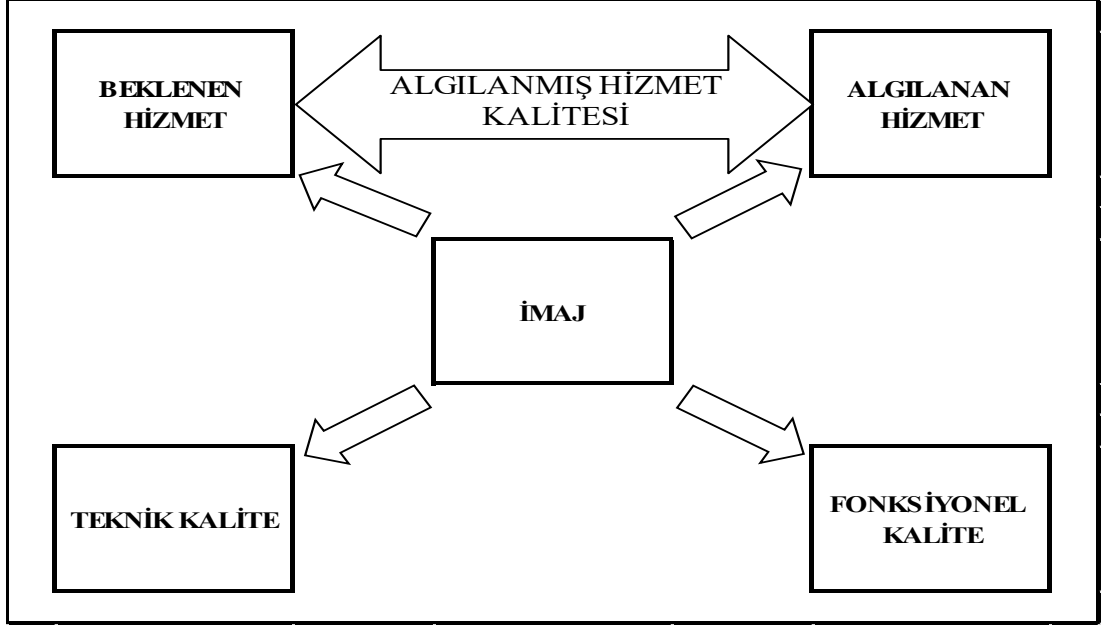
Tüketiciler tarafından algılanan hizmet kalitesinin belirleyici ölçütleri Tablo 1.8'de verilmiştir (Parasuraman, 1985:41-50).

**Tablo 1.8. Parasuraman'a Göre Hizmet Kalitesi Boyutları**

<b>Boyutlar</b>	<b>Açıklama</b>
<b>Fiziksel Özellikler</b>	Hizmet sunumu sırasında kullanılan bina, araç gereç, teçhizat ve personelin fiziksel görünümü, hizmetin fizikî simgeleri, hizmet alan ya da bekleyen diğer müşteriler.
<b>Güvenilirlik</b>	Hizmeti ilk seferde doğru olarak sunma yetisi, hizmetle ilgili kayıtların doğru ve tam tutulması, hizmeti söz verilen zamanda yerine getirebilme.
<b>İsteklilik</b>	Personelin hizmet sunumundaki istekliliği, müşterilere hızlı hizmet verme ve yardım konusunda gönüllülük, ödeme veya duyuruların zamanında postalanması, arayan müşterilere hızlı cevap verme, randevuların hızlı ayarlanması.
<b>Yeterlilik</b>	Hizmetleri gerçekleştirebilmek için gerekli bilgi ve deneyime sahip olma.
<b>Nezaket</b>	Müşterilerle doğrudan iletişim kuran personelin saygılı ve içten olması.
<b>İnanılrlık</b>	Hizmet sunum sürecinde müşterilerin çıkarlarının korunduğunun hissettirilip güvenlerinin kazanılması.
<b>Güvenlik</b>	Verilen hizmetler konusunda tehlike, risk ve kuşku ortadan kaldırılması.
<b>Ulaşılabilirlik</b>	Hizmete ulaşmak için gerekli fiziki koşulların sağlanması ve iletişim araçlarıyla hizmete kolay erişimin desteklenmesi.
<b>Anlayış</b>	Müşteri beklentilerini anlamak için çaba göstermesi, düzenli hizmet alan müşterilerinin tanınması, müşterilerin kişiye özel taleplerinin giderilmesi.
<b>İletişim</b>	Müşteriler arasında kültür ve eğitim farklılıklarının dikkate alınması suretiyle müşterileri bilgilendirme, sorunlarının dinlenip çözümlenmesine sağlanması.

(Kaynak: Parasuraman,1985:41-50)

Parasuraman, hizmet kalitesini on değişik ölçüte ayırmış ve bu ölçütlere göre hizmet pazarlamasının bileşenlerinin oluşturulmasına yol göstermiştir. Bunun gibi bir çalışma Grönroos tarafından da yapılmıştır (Grönroos, 1984'den alan Karaca, 2015:59). Grönroos'un çalışmasında hizmet kalitesi tekniksel kalite, fonksiyonel kalite ve imaj olarak üç temel öğeye ayrılmıştır. Teknik kalite müşterinin hizmet sonuçlarından aldığı duyumdur. Fonksiyonel kalite, müşterinin hizmeti alırken izlenen süreçtir. İmaj ise hizmet kalitesi için çok önemli olup, teknik ve fonksiyonel kalite dışında kalan bütün unsurları kapsamaktadır. Bu unsurları işletmeye yönelik dış görünüşler, fiyatlar, halkla ilişkiler ve örgüt gelenekleri şeklinde sıralayabiliriz. Grönroos'un hizmet kalite modeli (Grönroos, 1984'den alan Karaca, 2015:59);



**Şekil 1.5. Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli**

Hizmet pazarlaması ile ilgili verilen tablolar ve bilgiler, hizmet pazarlamasının bütün yönleriyle ele alınmasını ve bütünleştirilerek değerlendirilmesini sağlamaktadır. Hizmet pazarlamasındaki insan gücü, ürünler ve bunların etrafında şekillenen diğer pazarlama karmaları elimize güçlü ve güvenilir genel kurallar vermektedir.

### **1.3. Sağlık Hizmeti**

Sağlık hizmeti, belirli sağlık kuruluşunda, değişik alanlardaki sağlık personelinin yararlanılarak, toplumun ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda amaçları gerçekleştirerek, birey ya da toplumun sağlık bakımını, koruyucu sağlık hizmetlerini ve tedavi etkinliklerini sağlamak üzere ülke genelinde örgütlenmiş bir sistem oluşturmaktır (Fişek, 1985:1-32). Bir başka tanımda ise; kişilerin ve toplumların sağlıklarını koruyarak, hastalanan bireylerin tedavilerini yapmak, iyileşemeyen ya da sakat kalan hastaların başka insanlara muhtaç olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan düzenli ve planlı çalışmaların hepsini kapsamaktadır (Sezer, 1999:10).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı “Bedensel, ruhsal ve toplumsal tam bir iyilik hâli” olarak tanımlamakta, sağlığın her insanın temel bir hakkı olduğunu



vurgulamaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin ticari boyuta taşınması “Sağlık” kavramının yeniden tanımlanmasına sebep olmuştur. Çünkü ticarî boyut sağlık hizmeti kavramını temel hak olmaktan çıkartıp, insanların ancak paralarının yettiği ölçüde satın alabilecekleri bir faydaya dönüştürerek sadece bedelini karşılamaya gücü yetenler için sunum sağlanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle WHO, hükümetleri insanların sağlığından sorumlu tutarak ülkelerarasındaki düzey farkının bütün ülkeler için tehlike oluşturacağını belirtmiştir.

Önceleri temel sağlık hizmetlerinin temel söylemleri olan “Herkesin Sağlık”, “Toplum Katılımı”, “Sağlığın Sosyal, Ekonomik ve Siyasal Belirleyicileri” gibi kavramlar sadece politik söylemler olarak kabul edilmekteydi. Temel sağlık hizmetlerinin gerçekleşebilmesi için gelir ve olanak eşitliği, adil vergilendirme, kamusal sağlık hizmeti, konut, sağlıklı çevre gibi temel sağlık girdilerinin sağlanması gerekiyordu (Dünya Sağlık Örgütü, 2012). WHO tarafından 1978 yılında Alma Ata’da düzenlenen uluslararası konferansta, tüm dünya ülkeleri için geçerli olan sağlık politikası olarak “Temel Sağlık Hizmetleri” yaklaşımı kabul edilmiştir. Buradaki temel sağlık hizmetleri kavramı, sağlık hizmetleri boyutundan ziyade beslenme, konut, gelir, çevre ve iş gibi temel koşulları ifade etmekte, sağlık hizmetleri içinde de önceliği hastanelere değil, ilk basamak ve koruyucu hizmetlere vermektedir.

Bir toplumdaki sağlık düzeyi, özellikle insan mutluluğun kaynağını teşkil eden sağlıklı olma halini yansıtan temel göstergedir. Bu yönü ile bireylerin sağlıklarını korumak ve toplumların sağlık statülerini geliştirmek önemli bir devlet görevi olarak hükümetleri ilgilendirdiği gibi, fertlerin sağlık hizmetlerine olan taleplerinin giderek artması tüm dünyada sağlık piyasalarının gelişmesine katkıda bulunmuştur (Kurtulmuş, 1998: 13-14).

Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Soysal ve diğ., 1993: 71):

- Kaliteli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerinin en düşük maliyetle üretilmesini sağlamak ve gereksinim duyanlara sunmak.
- Makro düzeyde istihdam politikasını, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve

araştırma metotlarının kullanılması, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirler almak.

- Ulusal gelir ve hastalardan sağladıkları geliri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok hastaya bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunmak.

Sağlık hizmetlerinde hastaya en kısa sürede, en uygun bir maliyette, en alternatifli ve güzel şekilde, tıbbî etik çerçevesinde ve bilgilendirerek en iyi hizmeti sunmak amaçlanmalıdır (Özgin ve Taş, 1996:34).

### **1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi**

Sağlık hizmetlerinin genel anlamda 1980'li yıllarda başladığını kabul edilse de ilk uygulamalar 1950'li yıllara uzanmaktadır. Bu yıllarda sağlık sektöründe ilaç endüstrisi aktif rol oynamaya başlamıştır. Bu işletmeler hekimlere yönelik çalışmalar yürütmüşlerdir. Bununla beraber yeni çıkan sigorta şirketleri sağlık pazarlamasının hızlanmasını sağlamıştır.

1960 yıllarına gelindiğinde, sağlık işletmelerinde halkla ilişkilerinde rolü olduğu anlaşılmaya başlanmış, sağlık pazarlaması alanında gerek hastane gerekse diğer sağlık kurumlarında bu yönlü çalışmalar yapılmıştır.

1970 yıllarda hastanelerde topluma yönelik hizmetlerde artış olmuş, hasta fayda boyutları üzerine çalışmalar hızlanmıştır. Bu konu ile ilgili, sağlık hizmetleri pazarlamasındaki mevcut yasalar gevşetilerek birçok işletmeye geniş bir pazarlama sahası açılmıştır. 1970'li yıllarda tüm hastanelerde geri ödeme yönlü sıkıntılar yaşanmadığından sağlık hizmetleri de ciddi anlamda artmıştır.

1980'li yıllar, sağlık hizmetleri pazarlaması için dönüm noktası olmuştur. Bu dönemde pazarlama anlayışı ekseninde gelişen sağlık hizmetleri, sağlık sektörünün bir parçası şeklinde benimsenmeye başlamıştır. Sağlık hizmetleri, satıcı pazardan alıcı pazara doğru yön değiştirerek sağlık hizmeti pazarlamasında büyük değişikliklere yol açmasını sağlamıştır.

1990'lı yıllarda sağlık sektöründeki pazarlama aktivitelerinin fazla olması, pazarlama fonksiyonlarının sağlık hizmetleri içerisinde daha geniş yer tutmaya başlamasını sağlamıştır. Bu dönemde, uzun vadeli kararların yerini pazar yönlü

kararlar almaya başlamıştır. Bu gelişmeler, sağlık personelinin rahatlığı ve konforu için geliştirilen kuralları diğer insanlar içinde oluşturma eğilimini arttırmıştır.

2000’li yıllardan günümüze kadar olan dönemde ise sağlık hizmetleri pazarlaması büyük gelişmeler göstermiştir. Sağlık işletmeleri yöneticilerinin sağlık pazarlamasını da içine alan işletmecilik anlayışı sayesinde daha geniş ve teknolojik fonksiyonlar oluşarak sağlık hizmetlerinin kapsamı genişlemiştir. Özel hastanelerin yaygınlaşması, teknolojik gelişmeler ve yeni dünya düzeni, sağlık hizmetleri alanındaki pazarlama fonksiyonunun önemini daha da arttırmaktadır.

### **1.3.2.Sağlık Hizmetleri Çeşitleri**

Sağlık hizmetini amaçlarına göre sıralamasında Henry E. Sigerist’in sağlığın dört temel görevi tanımlaması da kullanılabilir. Amaçlar ilkesinde sağlığın geliştirilmesi iyi çalışma koşullarının sağlanması, eğitim, dinlenme ve eğitim anlamına gelen fiziksel kültürün oluşturduğu uygun yaşam koşulları ile birlikte olacağını ifade etmektedir (Terris, 1992:268). Bu kapsamda sağlık hizmetleri;

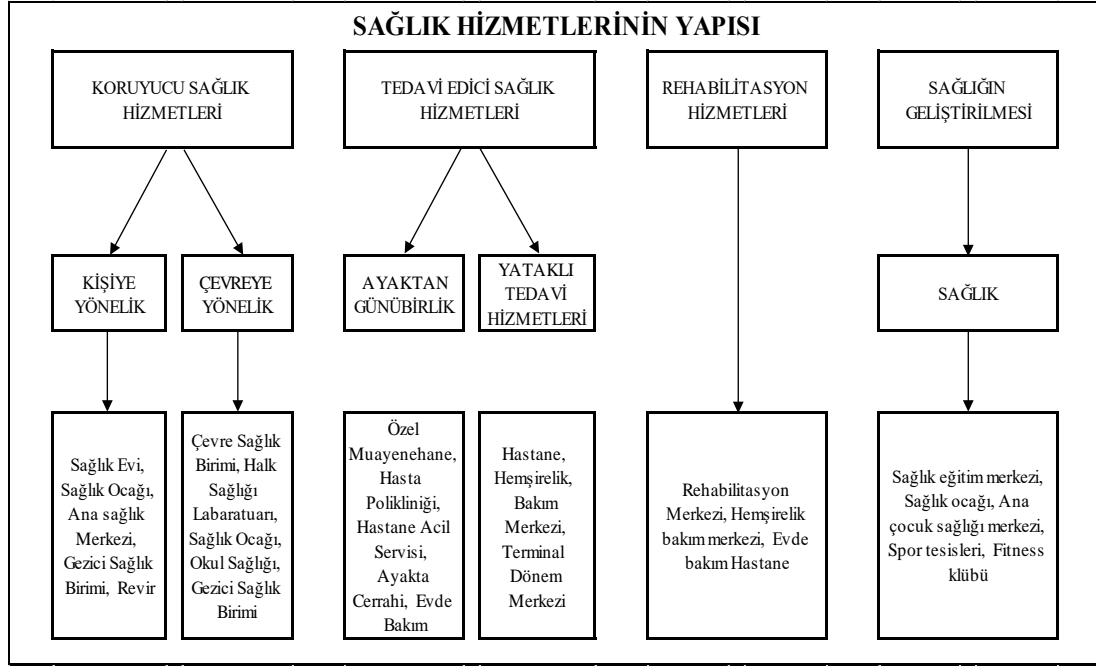
**Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla kendisine ve ailesine doğrudan yapılan hizmetlerdir. Bu hizmetlerdeki temel amaç kişinin ailesi ile birlikte tüm toplumu sağlıklı hale getirmektir.

**Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** “Bireye ve çevreye karşı yürütülen koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen sağlığın bozulması ile beraber bireyin hasta olması veya kendini sağlık kontrolünden geçirmek istemesi ile birlikte muayene, teşhis ve tedavi ile ilgili hizmetlerin bütünüdür” (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002:4). Tedavi edici sağlık hizmeti veren kurumlar hastaları ayakta ve yatarak şeklindeki tedavi seçenekleriyle iki ana başlığa ayırmaktadır. Tedavi temel olarak hekim sorumluluğunda gerçekleşirken diğer sağlık personelinin yardımıyla da gerçekleşebilir (Kavuncubaşı, 2000:39).

**Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri:** Hastalık veya kaza sonucu insanların kaybettiği bedensel veya zihinsel becerilerinin tekrar kazandırmak için yapılan hizmet ve çalışmalardır. Rehabilitasyon hizmetleri bir bütün halinde tıbbî, sosyal, eğitimsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan

insanları olabileceği en yüksek noktada işlevsel beceriye kavuşturmayı amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000:45).

Sağlık hizmetlerini amaç ve yapı bakımından ifade eden Bütüncül Sağlık Hizmeti sunan Kurumlar Şekil 1.6'da gösterilmiştir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:35);



(Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:35)

### Şekil 1.6. Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlıklı kimselere verilen ve sağlıklarının en üst düzeye yükseltmek adına yapılan çalışmalardır. Sağlığın geliştirilmesindeki sorumluluk kişinin kendisine aittir. Sağlığın geliştirilmesi ile hedeflenen amaç kişinin bedensel ve zihinsel durumunu, yaşam kalitesini ve yaşam süresini yükseltmektir. Bugün karşımıza çıkan birçok hastalığın insanların yaşam tarzı ve alışkanlıkları ile ilişkili olduğu ortaya çıkmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:49). Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri oldukça geniş kapsamlı bir konudur. Sağlık eğitimden oldukça farklıdır. Kişi ve toplulukları hedef alarak halkın sağlık konusunda bilinçlenmesi ve bilgilendirilmesine yönelik yapılan çalışmalardır. Sağlığın geliştirilmesi için yapılan çalışmalar ise kişi ve toplumun sağlık düzeyini yükselterek, çevreyi, ulus ve uluslararası boyuttaki politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi amaçlamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sadece sağlık

kuruluşlarının sorumluluğunda olmayıp, ulusal ve uluslararası kamu kurum ve kuruluşlarının da görevleridir (Kavuncubaşı, 2000:46).

### **1.3.3. Sağlık Hizmeti Sunucuları**

Sağlık hizmetlerinde çok önemli bir yeri olan ve hizmetlerin büyük bir kısmının verildiği yerler hastanelerdir. Hastaneler sağlıklı yaşamak için insanların bu yönlü ihtiyaçlarına cevap veren kuruluşlardır. Nüfus artışı, sanayileşme, şehirleşme, sosyal güvenlik sisteminin genişletilmesi gibi pek çok nedenle insanlarda oluşan bilinç düzeyi hastanelerin önem, kapsam ve ihtiyaçlarını arttırmıştır. Çünkü gelişen tıbbi teknoloji den ve laboratuvar olanaklarından yararlanarak tedavi olmak, düzenli şekilde hasta bakımının gerçekleşmesi sadece hastanelerde olmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2008:65).

Hastaneler, sağlıkla ilgili dolaylı ya da dolaysız şekilde sağlık hizmeti veya tamamlayıcı sağlık hizmeti verilen, teşhis yapan ve tedavi aşamasında birçok ek hizmeti de beraberinde yürüten kurumlardır. Geçmişte sadece düşkün, zayıf ve yaralılar için barınak olarak görülen hastaneler günümüzde son teknoloji imkânları, tedavi ve tetkiklerle sağlık sorunlarını çözen önemli organizasyonlar haline gelmişlerdir (Özdemir, 2001:1277).

Hastanelerin amaçlarına göre değişmekle birlikte dört temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler şunlardır (Seçim, 1991:9-19);

**1-Tedavi Hizmetleri:** Tedavi hizmetleri sağlık teşekküllerinin en eski ve en temel görevidir. Günümüzde bu hizmeti yerine getiren hastaneler, hasta ve yaralıların ayakta veya yatış yoluyla tanı ve tedavilerini gerçekleştirirler (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002:41). Hastanelerin temel görevi sağlık hizmeti üretmektir. Hastaneye başvuran hasta veya hastalık şüphesi taşıyan her kişinin teşhis ve tedavisi ile ilgili verilen hizmetler sağlık hizmetleridir. Bu amaçla değişik branş ve görevde doktor ve yardımcı sağlık personeli çalışmaktadır (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002:41).

**2-Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri:** Hastaneler, tedavi edici sağlık hizmetleri dışında koruyucu sağlık hizmetleri de vermekle yükümlüdür. Alkol, sigara ve madde bağımlılığı ile mücadele, anne ve çocuk sağlığı, aşılama gibi hizmetlerle de toplum sağlığına önemli katkıları bulunmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009:137). Bu

hususlar genel itibariyle yan sağlık birimleri tarafından yerine getirilip ihtiyaç dâhilinde daha kapsamlı sağlık kuruluşları tarafından desteklenmektedir.

**3-Eğitim:** Hastaneler ayrıca birer eğitim kurumudur. Hastanelerde verilen eğitimler ya da hastaneden beklenen eğitim hizmetleri, hasta yakınları ve sağlık çalışan ve ğrencilerinin eğitimi, hizmet içi eğitim, sağlık kuruluşlarının kamuoyuna yönelik verdiği eğitimler olarak sıralanabilir (Seçim, 1991:15, Kavuncubaşı, 200:76).

**4-Araştırma:** Hastanelerin bir diğer işlevi ise araştırmadır. Hastaneler tıp bilimleri alanında araştırmalar yapmalarının yanı sıra bu araştırmalara hasta yönlü sponsorluk da yapmaktadırlar (Kavuncubaşı, 2000:77). Özellikle niversite hastaneleri birer araştırma merkezleridir. Bu hastaneler yaptıkları araştırmaların yanı sıra mesleki yenilikleri takip eder, kendi araştırmalarını yayınlar, birçok sağlık kuruluşu ile birlikte hareket ederek hastalıkların teşhis, tanı ve tedavilerinde birlikte çalışırlar. Bulaşıcı hastalıkların tespiti, bulaşma alanları ve alınacak tedbirler gibi birçok alanda hizmet verirler (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002:42).

Hastaneler sağlık hizmetini verirken de çeşitli ölülere göre sıralanırlar, bu ltlerin başında şunlar gelir:

**Mülkiyet:** Mülkiyet durumuna göre hastaneler, mülkiyetin hangi kurum veya kuruluşlara ait olduğuna göre sınıflandırılır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2008:68). Günümüz Türkiye'sinde hastaneler yalnız kamu ve özel mülkiyette bulunmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile kamu alanındaki çok başlılık ve çeşitlilik tek çatı altına alınarak sağlık hizmeti sunumu standart ve eşit düzeye getirilmiştir.

**Eğitim Statüsü:** Hastaneler, statülerine göre eğitim veren ve eğitim vermeyen olarak iki gruba ayrılırlar. Eğitim hastaneleri tedavi ve tanı hizmetinin yanı sıra doktor ve sağlık yardımcısı yetiştirmek ve eğitmek adına hizmetler verir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:116). Eğitim amacı olmayan hastaneler ise teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra staj gibi sınırlı lde eğitim veren kuruluşlardır. "Eğitim hastaneleri, diğer hastanelere nazaran daha ileri teknolojik donanım, ileri düzey laboratuvar ortamına sahiptirler" (Kavuncubaşı ve Kısa, 2008:68). Türkiye de özel dal hastanelerin büyük kısmı da aynı zamanda eğitim amaçlı hastanelerdir (Kavuncubaşı ve Kısa 2008:68).

**Hizmet Türü:** Hastaneler verdikleri sağlık hizmetine göre de ayrılırlar, bunlar yaş ve cinsiyet, hastalık türü, organ türü gibi özel hizmetlerin verildiği kuruluşlardır. Verdikleri hizmetlere göre adlandırılırlar.

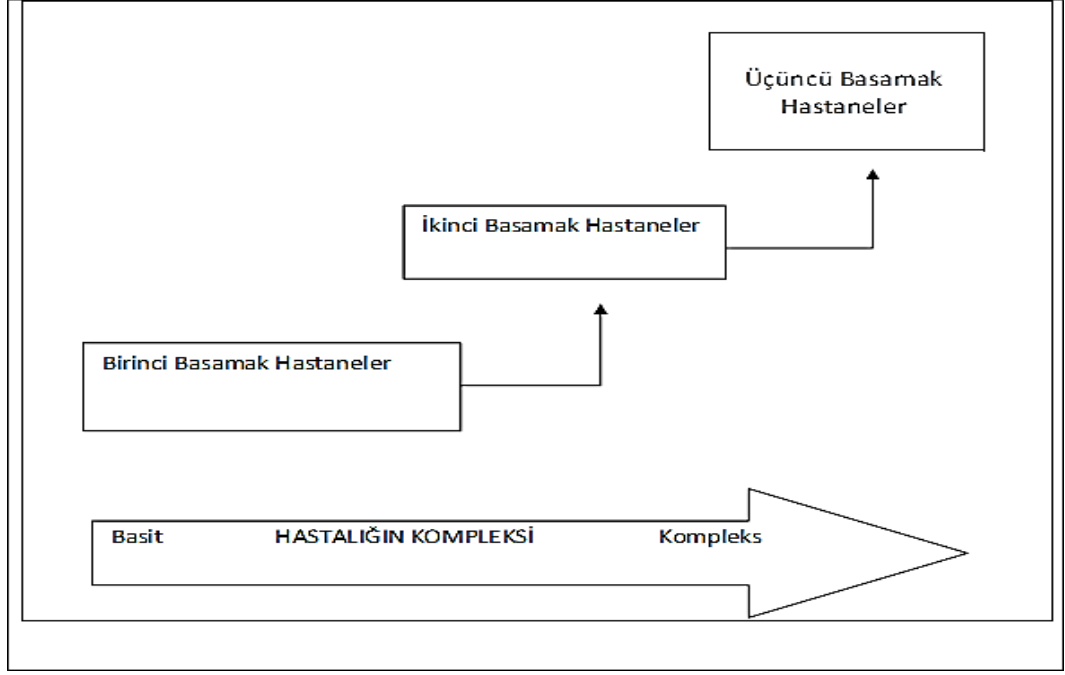
**Büyüklik:** Hastaneler büyüklüklerine göre de sıralanmaktadır. Bu sıralama da en önemli ölçüt yatak sayısıdır. Yatak sayısına göre hastaneler 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılırlar. “Küçük ölçekli hastaneler 50-100, orta büyüklükte hastaneler 200-400, büyük ölçekli hastaneler ise 600 ve üzeri yatak kapasiteli hastanelerdir” (Kavuncubaşı ve Kısa,2008:69).

**Hasta Yatış Süresi:** Yatış süresine bağlı hastaneler kısa süreli kalınan hastaneler ve uzun süreli kalınan hastaneler olarak iki gruba ayrılır. Kısa süreli hastaneler 30 günden az kalınan ve akut rahatsızlıkların tedavi edildiği hastanelerdir. “Uzun süreli hastaneler ise Psikiyatrik, Zührevi ve Geriatrik Hastalıkların tedavi edildiği hastaneler bu tip hastanelere örnektir” (Tengilimoğlu vd. 2009:140).

**Kuruluş Yeri:** Hastanelerin bir diğer sınıflandırması ise faaliyet gösterdikleri yerleşim yerlerine göre veren hastanelerdir (Kavuncubaşı ve Kısa 2008:69).

**Akreditasyon Durumu:** Hastanelerin sınıflandırmasında bir diğer kriter ise akreditasyondur. Bu uygulama özellikle yabancı ülkelerde uygulanan ve sigorta şirketlerinin teminat esasına göre verdikleri sağlık hizmetleridir (Tengilimoğlu vd., 2009:141). Ülkemizde yaygınlaştırılmaya çalışılan bir uygulamadır.

**Hizmet Basamağı:** Hastaneler hizmet basamaklarına göre de sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmada hastaneler birinci, ikinci ve üçüncü basamaklara ayrılmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşları tedavilerin kısa sürdüğü ileri teknolojik donanımlara ve teşhis yöntemlerine gerek duyulmayan hastanelerdir. İkinci basamak sağlık kuruluşları ise birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre daha kapsamlı tedavi ve tanı yapılabilen ve daha çok kent merkezlerinde konuşlandırılmış teşekküllerdir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları ise ikinci basamak sağlık kuruluşlarında teşhis ve tanı konulamayan, daha ileri teknolojik donanımlara sahip tanı ve tedavi programlarının uygulandığı hastanelerdir. Bu tip hastanelere üniversite hastaneleri örnek teşkil etmektedir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2008:70);



(Kaynak: Kavuncubaşı ve Kısa 2008:70)

#### Şekil 1.7. Hizmet Basamaklarına Göre Hastaneler

Mevzuat: Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmenliğine göre Türkiye ‘de Sağlık Bakanlığı hastaneleri şu gruplara ayrılmaktadır:

- **İlçe ve Belde Hastaneleri:** Bünyesinde 112 hizmetleri, acil servis, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbî müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.
- **Gün Hastaneleri:** Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbî bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.
- **Genel Hastaneler:** Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.



- **Özel Dal Hastaneleri:** Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa yakalananların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır
- **Eğitim ve Araştırma Hastaneleri:** Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

Son yıllarda yapılan araştırmalara göre gelişmiş ülkelerdeki özel sağlık kuruluşlarının bütün sağlık kuruluşları arasındaki payı % 17'ye yükselmiştir. Sürekli artan ve gelişen özel sağlık sektörü bütün ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir yer edinmeye başlamıştır. Bunda özel hastanelerdeki hizmete ulaşım kolaylığı, genel sağlık hizmetlerinden daha konforlu ve sunulan yüksek tatminli bireysel hizmet oldukça etkili olmuştur. 2002-2015 yılları arasındaki yataklı sağlık kuruluşu sayıları (Web\_1, 2017);

**Tablo 1.9. 2002-2015 Yılları Arası Yataklı Sağlık Kuruluşları Sayıları**

<b>YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARI SAYILARI (2002-2015)</b>						
<b>Yıllar</b>	<b>GENEL TOPLAM <sup>(1)</sup></b>	<b>Toplam</b>	<b>Sağlık Bakanlığı'na Bağlı</b>	<b>Üniversite</b>	<b>Özel</b>	<b>Diğer <sup>(2)</sup></b>
<b>2002</b>	<b>9 685</b>	<b>1 156</b>	774	50	271	61
<b>2003</b>	<b>9 183</b>	<b>1 174</b>	789	50	274	61
<b>2004</b>	<b>9 038</b>	<b>1 217</b>	829	52	278	58
<b>2005</b>	<b>8 870</b>	<b>1 196</b>	793	53	293	57
<b>2006</b>	<b>9 831</b>	<b>1 203</b>	767	56	331	49
<b>2007</b>	<b>11 839</b>	<b>1 317</b>	848	56	365	48
<b>2008</b>	<b>13 818</b>	<b>1 350</b>	847	57	400	46
<b>2009</b>	<b>15 205</b>	<b>1 389</b>	834	59	450	46
<b>2010</b>	<b>26 993</b>	<b>1 439</b>	843	62	489	45
<b>2011</b>	<b>27 997</b>	<b>1 453</b>	840	65	503	45
<b>2012</b>	<b>29 960</b>	<b>1 483</b>	832	65	541	45
<b>2013</b>	<b>30 116</b>	<b>1 517</b>	854	69	550	44
<b>2014</b>	<b>30 176</b>	<b>1 528</b>	866	69	556	37
<b>2015</b>	<b>30 449</b>	<b>1 533</b>	865	70	562	36

(1) Toplam hanesi sadece yataklı sağlık kuruluşlarını, Genel toplam hanesi ise Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği Birimi, Verem Savaş Dispanseri, AÇSAP Merkezi, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi sayılarını da ihtiva etmektedir. Değerler geriye dönük güncellenmiştir.

(2) "Diğer" grubu altında Belediyelere ait yataklı sağlık kurumları kapsamıştır. Ayrıca, 2002 yılı ve sonrasında Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastanelerde bu gruba dahil edilmiştir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

Sağlık hizmeti pazarlaması, hedef kitlenin ruhsal ve fiziksel sağlığı ile ilgili yararların ne şekilde sağlanabileceğini anlatarak, söz konusu kitlenin davranışlarını etkilemek amacıyla faaliyet gösteren pazarlama çabalarıdır (Gülmez vd., 2013:286-287). Sağlık hizmetlerinin pazarlanması, doktorlar ve farklı büyüklükteki sağlık işletmelerinin finansal başarısı için önemlidir. Geçmişte sağlık hizmetleri sunanlar tarafından reklam vermekle bir tutulan pazarlama kavramı, reklam yapmaktan, hasta ihtiyaçlarına anlayışlı bir yaklaşım düşüncesine 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).

Sağlık işletmesi için pazarlama anlayışına ulaşmak, hastane içine yönelik bir uygulamadan, hastaların istek ve ihtiyaçlarına yönelen bir politikaya geçmek anlamına gelmektedir (Karafakioğlu, 1982:2). Pazarlamanın amacı, hastalarla hizmeti sağlayan kurumların en kaliteli seviye de bakımın sağlayacağı biçimde bir araya getirmektir. Ürün, fiyat ve yer konuları dikkatli planlama faaliyetleri ile çözülmeli, hastalar tercihleri hakkında bilgilendirilmeli ve hastaların davranışlarını etkilemek için çaba sarf edilmelidir (Griffith, 1995:278-301).

Sağlık hizmetlerinde karşımıza birçok pazarlama uygulamaları çıkmaktadır. Bunlar; hizmetler, hastalar, sosyal nedenler, personel morali gibi sıralanabilmektedir (Winston, 1989:5). Günümüzde sağlık kuruluşları genellikle tıbbi bakım kalitesine, inceliğe ve teknolojiye odaklanmakta, hasta tatminsizliği ve rahatsızlığı göz ardı etmektedirler. Hâlbuki 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 oluşturmasında ‘‘Sosyal Pazarlama’’ yaklaşımının önemli bir rol oynamasını gerekli kılmaktadır (Tengilimoğlu, 1997: 25).

Pazarlama, sağlık hizmetleri sektörü için önemli, fakat nispeten yeni bir kavramdır. Bu zamana kadar yapılan araştırmalar sonucunda sağlık hizmetlerinin pazarlanması için yerine getirilmesi gereken görevler 8 başlık altında toplanabilir (Fisk,Grove ve John 2005:417). Bunlar;

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 pazarlık etmek
7. Müşteriler ve potansiyel müşterilerle iletişim kurmak ve sürdürmek
8. Ürün ve hizmetlerin dağıtımı için diğer organizasyonlarla ilişkileri geliştirmek

Sağlık kuruluşlarında pazarlama hizmetleri pazarı tespit ve analiz ile başlamaktadır. İlk olarak sağlık hizmetinden yararlanacak bireyler tespit edilir. Mevcut gelişmeler ışığında potansiyel ve gelişmesi olası konular ele alınır. Pazar türdeş özelliklere göre ayrılır. Ayrılan bu pazarlar potansiyeline ve fırsatlar açısından değerlendirilir. Belirlenen pazarlarda çalışmalar yapılır. Hedef pazarlama diye tabir edilen bu uygulama ile beklentiler sağlanır ve yararlanmalarda en yükseğe çıkılır. Pazarın analizi, pazarı oluşturan bireylerin sosyo-psikolojik özelliklerinin bilinmesi ile tanımlanır. Sağlık hizmetlerinde bu pazarlama stratejisi ile analizlerin iyi

yapılması ve satın alma sürecinde programların sağlıklı bir zemine oturturulması sağlanır (Odabaşı ve Oyman, 2008:44).

Sağlık hizmetlerindeki bu gelişmeler ile birlikte hastane yöneticileri de sağlık pazarlaması ile ilgili Devitt'in dört evre halinde sunduğu pazarlama yönetimini benimsemişlerdir. Bu evrelerde gerçekleşen olaylar için belirli bir zamana gerek olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Birinci ve ikinci aşamadaki hastane yöneticileri hastane ihtiyaçlarını ön planda tutarak hastane için en iyi olan hastalar içinde en iyisidir düşüncesi ile hareket etmişlerdir. Hastane yöneticileri "Hastane için neyin iyi olduğuna biz karar veririz" tarzında bir düşüncüyü benimsemişlerdir. Bu aşamada pazarlama, halkla ilişkiler ve promosyonla eş anlamlı değerlendirilmektedir. Üçüncü ve dördüncü aşamada ise hastane yöneticileri hasta odaklı hareket ederek, hastayı ön planda tutan ve onun üzerine çalışmalar yapan bir faaliyet yönetimini belirlemişlerdir. Hastane pazarlama yönetimi (Tengilimoğlu ve Akdoğan, 1997:23);

**Tablo 2.1. Hastane Pazarlama Yöntemi**

	Üretim Uyumu		Pazar Uyumu	
	1.AŞAMA	2.AŞAMA	3.AŞAMA	4.AŞAMA
<b>Açıklama</b>	İçeride Dönük Pazarlama İhtiyacının farkında olmama ; yalnız içeride dönük değerlendirilmelerle belirlenen dış çevre ile ilişki	Tanıtsal Pazarlama vresine tanıtımda kullanılan halkla ilişkiler Tanıtıma olan ihtiyacın farkında olma; hastaneyi kendi ifadeleriyle evresine tanıtımda kullanılan halkla ilişkiler □	Pazarlamanın potansiyelinin sınırlı olarak farkında olma; Stratejik kısıtlamalarla sınırlandırılmış taktik pazarlama karnası faaliyetleri yolu ile kısıtlı müşteri tatmini	Pazarlamanın potansiyelinin tam farkında olma; tam bütünleştirilmiş stratejik taktik pazarlama çabaları yolu ile azami müşteri tatmini
<b>Pazarlama Araştırması</b>	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
<b>Pazarlama Karar Vericileri</b>	Üst düzey yönetici üst düzey finans yöneticisi	Halkla ilişkiler yöneticisi, üst düzey yönetici, üst düzey finans yöneticisi	Üst düzey pazarlama yöneticisi üst düzey yönetici, üst düzey finans yöneticisi	Üst düzey pazarlama yöneticisi
<b>Pazarlama Sorumluluğunun Doğası</b>	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, Akdoğan, 1997:24)

Sağlık hizmetleri pazarlaması alanında yapılan araştırmalarda, mamul mal üreten işletmeler ile sağlık işletmeleri arasındaki pazarlama gelişimleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalarda Tablo 2.2’de gösterilen karşılaştırma yapılarak sağlık hizmetleri pazarlamasındaki gelişimin ticari işletmelerdekine paralellik gösterdiğini belirtmiş olduğu sonucuna varılmıştır (Berkowitz, 1996:11-14);

**Tablo 2.2. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Gelişimi**

	<b>Üretim İşletmesi</b>	<b>Sağlık İşletmesi</b>
<b>Üretim Aşaması</b>	Üretim Maliyetlerinin düşürülmesi	Klinik Kalitenin Yükseltilmesi
<b>Satış Aşaması</b>	Satış Hacminin Arttırılması	Yatak Doluluk Oranının Arttırılması
<b>Modern Pazarlama</b>	Tüketici Tatmininin Arttırılması	Hasta memnuniyetinin Arttırılması

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

Sağlık hizmetinin pazarlanmasındaki zorluk, sağlık hizmetinin çok nadiren arzulanır bir ürün olmasından kaynaklanmaktadır. Hastaneye karşı alınan ön yargılar vardır ve bu nedenden dolayı hastane sağlık hizmetlerini pazarlamak oldukça güçtür. Sağlık hizmeti pazarlamacılarının odak noktaları hastalık değil, sundukları hizmetin hastanın yararına olması ve bundan fayda sağlamasıdır. Sağlık hizmetleri işletmeleri, hastanın ya da o hizmeti alan kişinin kısa süreli değil uzun süreli elde ettiği kazanımlar ve faydaları göz önünde bulundurmalıdır. Sağlık hizmetinin tüketicinin hayatında yaptığı uzun vadeli değişiklikler hakkında bilgi sahibi olunabilmesi için tedavi sonrası hasta izlenmeli ve birkaç aylık verilerle takip edilmelidir. Hastane hizmeti alan kişilere sunulan sağlık hizmetinin faydalarının anlatılması, sadece ilerdeki viziteler için yardımcı olmakla kalmaz, ayrıca hasta ve yakınları ile 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 hizmetleri alanında pazarlama kavramının gelişmesiyle, tüketicileri tatmine yönelik faaliyetlerle sağlık hizmetleri kaynakları geliştirilmeye çalışılacaktır. Bu durumda her bir sağlık kuruluşu söz konusu kaynaklar konusunda da rekabete girecek ve bu konuda pazarlama faaliyetlerinden yararlanacaklardır. Her bir sağlık kuruluşunun fiyatlandırma, tutundurma, dağıtım ve mamul geliştirme gibi birtakım pazarlamaya ait fonksiyonları zaten gerçekleştirdikleri göz önüne alınırsa pazarlama bu kararların bilimsel temele dayandırılarak alınmasını sağlayacak ve bu sayede verimlilik artacaktır (Harcar, 1991:40).

Sağlık hizmetleri endüstrisinin dinamik yapısı nedeniyle, sağlık hizmetleri uygulama ve özellikle yönetim sınıfının başarısı ancak sürekli bir eğitim ve beceri gelişimine ihtiyaç duymaktadır. 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 bunlarla sınırlı da değildir. Sağlık hizmetleri işletmelerinin çoğunun kullanmakta olduğu yaklaşımların, benzer diğer rekabetçi endüstrilerdeki işletmelerin yaklaşımlarından geri kaldığı oldukça açıktır. Diğer endüstrilerde bulunan organizasyonel açıklar sağlık hizmetleri sektöründe de bulunmasına rağmen birkaç sebep bu durumu daha da hassas hale getirmektedir. Bunlar;

- Birleşik Devletlerde sağlık hizmetleri gelirleri 1,2 katrilyon dolar olarak en büyük sektörler arasındadır. Yıkımı ve etkileri global seviyelerde sonuçlar ortaya çıkartabilecek potansiyeldedir.
- Sağlık hizmetleri sektörü, diğer sektörlerle göre çok daha büyük çevresel zorluklarla karşı karşıyadır. Hem teknolojik hem de yasal değişiklikler, bu sektör üzerinde genellikle radikal değişimler gerektiren etkilere sahiptir.
- Sağlık hizmetleri sektörünün yönetim sınıfı, yaşam kalitesi gibi konuları alt sınır kârları 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 vd., 1988:255). Pazarlama becerilerinin sağlık hizmetleri alanındaki liderler için ana araçlardan biri olmaya devam edeceğini ifade etmişlerdir (Kenneth vd., 2005: 414-416).

## 2.1. Dünyada Sağlık Hizmetleri Pazarlaması

Pazarlama sağlık sektörüne 1970’li yılların ortasında giriş yapmasına karşın sağlık kuruluşlarında etkin şekilde rol almaya başlaması 1980’li yılların sonuna denk gelmektedir (Tengilimoğlu, Akdoğan, 1997:23). 1980 yıllardan önce genel anlam da üretim de yarım tekel sistemi oluşmuş olmasından, bitmek bilmeyen sınırsız hasta anlayışı ile sağlık hizmeti kendini pazarlaması gibi bir kaygısı olmamıştır. Ancak, bu durum 1980’lerin başında değişmeye başlamış ve sağlık sektöründe diğer önemli değişikliklerle birlikte ilk kez rekabet görülmeye başlamıştır. İlk başlarda pazarlama sadece doktorları çekmek amacıyla yapılmıştır. Bunun nedeni ise hastanelerin can damarı olarak sadece doktorların olduğu, hastaların gelmesini sağlayacak temel unsurun da doktorlar olduğu düşünülüyordu. Hatta doktorları bazı işletmeciler hastanın hastaneye gelmesine veya hastaneden kaçmasına neden olan çok önemli kapı bekçileri olarak görmüştür (Andersen ve Kotler, 1987:34). Günümüzde ise hastanede çalışan doktorların tek başına o kadar da etkili olmadığı anlaşılmış, gelişen teknoloji ile ileri teknolojiyi barındıran laboratuvar malzemeleri, tıbbi malzemeler, hasta ve hasta yakını memnuniyeti gibi birçok faktör önem taşımıştır (Karaca, 2015:65).

Sağlık Hizmeti Pazarlamasınının 1980’lerde sunucuları tarafından benimsenip bir fonksiyon olarak tanınması sağlık hizmetleri için çok önemli bir adım olmuştur. Sağlık hizmetinin biçimsel olarak benimsenmesi, sağlık hizmetleri alanında birçok yeni gelişmeyi de beraberinde getirmiş, yeni pozisyonlar, yeni kavramlar ve çok sayıda yeni tanımlar ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Bugün sağlık hizmetleri pazarlamacıları, pazarı ve müşterileri çok daha iyi anlamakta ve bunun için yeni ve karmaşık pazar araştırma teknikleri kullanılmaktadır (AÖF Yay., 2017:3)

### 2.1.1. Günümüz Dünyasında Sağlık Hizmetleri Anlayışı

İyi bir sağlık hizmeti, hitap ettiği topluma istedikleri zamanda ve istedikleri yerlerde kaliteli hizmet sunmalıdır. Hizmetlerin kalitesi ülkeden ülkeye değişmekle birlikte her koşulda sağlam bir finans kaynağına ihtiyaç duyulmaktadır. Eğitimli ve güçlü bir iş gücünün yanı sıra kararları ve politikaları belirlemek için sağlam bilgi kaynaklarına, kaliteli ilaç ve teknolojik imkânları sağlamak için hazırlanmış tesis ve sağlık kuruluşlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Dünyadaki sağlık hizmetleri anlayışı WHO tanımında belirtildiği gibi gelişmekte veya geliştirilmeye çalışılmaktadır. Dünya sağlık örgütü 13 Aralık 2017 tarihinde yayınladığı yeni bir raporda dünya nüfusunun en az yarısının sağlık hizmetlerinden yararlanmadığı, bunun yanında her yıl çok sayıda hane halkının da sağlık hizmetlerini cebinden karşılayarak daha fazla yoksulluğa itildiği ifade edilmiştir. Araştırmaya göre günümüzde 800 milyon kişi bütçelerinin en az % 10 nu kendileri için ya da aile fertlerinin sağlıkları için harcadıkları, yaklaşık 100 milyon insanın ise günde 1,90 dolar gelir ile hayatta kalmaya ve sağlık hizmetlerini bu ücretle karşılamaya çalıştıkları ifade edilmiştir.

Dünya Sağlık Grubu Başkanı Dr. Jim Yong Kim en son yayınlanan sağlık hizmetleri raporunda insanların sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanabilmesi için acilen yoksulluğun giderilmesi gerektiğini, bunun yanında evrensel sağlık hizmetleri kapsamında acil olarak yeni sağlık yatırımları ve insan iş gücü yatırımlarının yapılması gerektiğini ifade etmiştir.

Aynı zaman WHO, 21'inci yüzyılda aile planlaması ve önemli bazı bağışıklık sistemi hastalıkları konusunda insanların sağlık hizmetlerinden yararlanabilme oranının arttığını, HIV virüsü taşıyan hastaların yatarak tedavi hizmeti alma imkânlarına daha kolay ulaşabildiklerini belirtmektedir.

Afrika ve Güney Asya'da ki sağlık hizmetleri sunumlarında ise geniş boşluklar bulunmaktadır. Gerek insanların gelir seviyeleri, gerek sağlık hizmetlerini kendi bütçelerinden karşılama durumları özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanamamasına ve bebek ölümleri gibi olayların artmasına neden olmaktadır. Latin Amerika'da, Doğu Asya'da ve Avrupa'da giderek artan sağlık hizmetleri maliyetleri, insanların yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu insanlar sağlık harcamalarının en az %



10'unu kendi bütçelerinden karşılayarak bu hizmetlerden yararlanabilmektedirler. Sağlık hizmetlerindeki bu durum sadece ülkeler arasında değil bölgeler arasında bile sağlık hizmetleri alımı konusunda ciddi farklılıklara neden olmaktadır.

Geçmişten günümüze yapılan birçok araştırmada en azından insanları maddi zorluklara sürükleyecek bazı sağlık harcamalarının finansmanı için ulusal ve bölgesel tedbirler alınması gerektiği sonucu elde edilmiştir. Ayrıca insanların sağlık hizmetlerinden yararlanırken kullandığı tüm sağlık tesisleri, doktorlar ve bütün iş gücünün de geliştirilmesi gerektiği de ifade edilmiştir.

Günümüzde sağlık hizmetleri kapsam bakımından çok geniş bir alanı ifade etmektedir. Aile planlaması, bebek doğum ve bakımı, temel hastane erişimi, sağlık çalışanlarının yoğunluğu, temel ilaçlara erişim, bağımlılık yapan madde kontrolü gibi birçok alan sağlık hizmetleri kapsamına girmektedir. Bu nedenle bu sektörde çalışan personel sayısı da önemlidir. Yapılan son araştırmalara göre Dünya da her 1000 kişiye 4,45 sağlık çalışanı düşmektedir. Dünya üzerinde 2030 yılında 2,6 milyonu doktor, 9 milyonu ebe ve hemşire olmak üzere 17,4 milyon sağlık çalışanına daha ihtiyaç bulunacağı tahmin edilmektedir. Güney Doğu Asya ve Afrika ihtiyacın en çok olacağı değerlendirilen bölgelerdir.

2015 yılında yapılan sağlık hizmetleri konusunda yapılan araştırmada 2010-2015 yılları arasında, sağlık çalışanlarında %30'luk bir artış olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu araştırmaya göre % 40'lık bir kesime düşen uzman hekim oranı 1/1000, ebe ve hemşire oranı ise 3/1000'dir. Bu oranlar dünya üzerinde halen yeterli düzeyde sağlık hizmeti verilmediğinin göstergesidir (Web\_2).

### **2.1.2 Dünya Sağlık Hizmeti Harcamaları**

Dünya genelinde sağlık hizmetleri harcamalarının her gün artmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerle gelişmemiş ülkeler arasındaki fark ta aynı oranda artmaktadır.

Dünyada sağlık alanında çok ciddi yatırım ve harcamalar yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı son araştırmaya göre dünya genelinde kişi başına yapılan yıllık sağlık harcaması tutarı ortalama 948 Amerikan Dolarıdır. Bu birim harcama, ülkeler düzeyinde değişiklik göstermekte, en yüksek harcama 8.362

Amerikan Doları ile ABD’de, en az harcama ise 12 Amerikan Doları ile Eritre’de yapılmaktadır. Sağlık hizmetleri alanındaki yatırımlarda ise ilk sırada 6.906 Amerikan Doları ile Lüksemburg, son sırada 2 Amerikan Doları ile Myanmar bulunmaktadır. OECD ülkelerinde bu tutar kişi başına 4.280 Amerikan Doları’dır. OECD ülkeleri, insan nüfusunun % 18’ine sahiptir ve dünya sağlık hizmetleri harcamalarının % 84’ü bu ülkelerde yapılmaktadır.

Sağlık hizmetleri ve korunma hizmetleri için öncelikli unsurun ekonomi olduğu söylenebilmektedir. Ekonomi, bir ülke ve insanları için sağlığa ulaşma ve sağlık hizmetlerini edinme konusunda çok önemli bir unsurdur.

Bazı ülkelerin sağlık hizmetleri harcamaları ve GSYİH oranları (Web\_3, 2016:1);

**Tablo 2.3. Ülkelere Göre GSYİH İçerisinde Sağlık Harcamaları**

ÜLKE	TOPLAM NÜFUS TEMMUZ 2015	NÜFUSUN YAŞ DAĞILIMI			TOPLAM HARCANAN SAĞLIK HİZMETİ (MİLYAR USD)	2014 YILI SAĞLIK BAKIMI HARCAMA VERİLERİ		KİŞİ BAŞI HARCANAN SAĞLIK HİZMETİ ORANI (USD)	GSYİH GÖRE SAĞLIK HİZMETİ HARCAMA SI ORANI	KİŞİ BAŞI SAĞLIK HİZMET ARTIŞ ORANI
		0-14	15-64	65+		DEVLET	ÖZEL			
DÜNYA	7.256.490.011	26%	66%	8%	7.669	60%	40%	1061	10%	%60 +
ARJANTİN	43.431.886	25%	64%	11%	26	55%	45%	605	4,80%	%1 -
BELÇİKA	11.323.973	17%	65%	18%	55	78%	22%	4884	10,60%	%51 +
ÇİN	1.367.485.388	17%	73%	10%	574	56%	44%	420	5,50%	%492 +
AVRUPA	513.949.445	16%	65%	19%	1.856	78%	22%	3613	10%	%45 +
ALMANYA	80.854.408	13%	66%	21%	437	77%	23%	5411	11,30%	%53 +
HİNDİSTAN	1.251.695.584	28%	66%	6%	93	30%	70%	75	4,70%	%178 +
İRAN	81.824.270	24%	71%	5%	29	41%	59%	351	6,90%	%142 +
KENYA	45.925.301	42%	55%	3%	4	61%	39%	78	5,70%	%290 +
RUSYA	142.423.773	17%	69%	14%	127	52%	48%	893	7,10%	%319 +
İNGİLTERE	64.088.222	17%	65%	18%	252	83%	17%	3935	9,10%	%33 +
VİETNAM	94.348.835	23%	70%	7%	13	54%	46%	142	7,10%	%373 +
ABD	321.368.864	19%	66%	15%	3.021	48%	52%	9403	%17.1	%48 +
TÜRKİYE	79.414.269	25%	68%	7%	45	77%	23%	568	5,40%	%82 +

Dünya sağlık hizmeti harcamalarının 2040 yılında 18,28 trilyon Amerikan Dolarına çıkması beklenmektedir. Bunun yanı sıra birçok ülkenin de sağlık hizmeti ve yatırımı konusunda geride kalarak standart sağlık hizmetlerini halkına ulaştıramayacağı öngörülmektedir. Ayrıca Güney Afrika gibi sağlık hizmetleri gelişiminde geri kalmış bazı bölgelerde sağlık harcamalarının büyük bölümünün hane halkına karşılatacağı öngörülmektedir. Afrika dışındaki bölgelerde ise sağlık harcamalarının % 50’sinin devletlerce finanse edeceği değerlendirilmektedir.

## 2.2. Avrupa Birliğinde Sağlık Hizmeti Pazarlaması

Avrupa Birliği hukuk sistemi, Avrupa ülkelerindeki sağlık hizmetleri sunumu üzerinde önemli bir etkiye sahiptirler. Sağlık politikalarında ülkelerin kendi kararlarını alması ve uygulaması birliği zayıf gösterse de son yıllarda özellikle Avrupa adalet divanının aldığı birçok karar, sağlık alanında rollerin netleşmesine ve derinleşmesine önemli katkılarda bulunmuştur (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:106).

Avrupa Birliği sağlık politika ve uygulamalarında Avrupa hukuku içerisinde yer alan anlaşmalar ve ülkelerin kendi içinde uyguladıkları sağlık sistemleri nedeniyle sunum ve finansman konularında ciddi sorunlar yaşatmaktadır. Personel ve hastalar, ilaçlar, eczacılık, tıbbi malzeme gibi hususlar ile sağlık hizmetleri sunumu gibi konular başlıca sorun sahalarını teşkil etmektedir. Serbest dolaşım hakkı ile gerçekleştirilmeye çalışılan tek pazar anlayışının, sistemlerin uyumlu hale getirilme çabası destekleyerek sağlık sistemlerindeki sorunları ve karmaşayı aşmaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Mossialos'dan alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:106). Bunun yanında Avrupa Birliği sağlık hizmetlerinin çok fazla netleşmemesinde önemli bir husus da kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun Brüksel'den ziyade yerel ve ulusal bazda daha iyi organize olup daha iyi sağlık hizmetleri vermesinden dolayıdır (Richards ve Smith'dan alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:111).

Avrupa Birliği sağlık sisteminde sağlık hizmetinden yararlanmak için başka üye ülkeye giden insanların izin alma prosedürleriyle karşı karşıya kalma durumu bulunmaktadır. Aynı sağlık hizmetini kendi ülkesinde alabiliyorken üye başka bir ülkeden bu sağlık hizmetini almasına ülkeler isteksiz ve soğuk bakmaktadırlar. Bu konu ile yapılan bir araştırma da 2000 yılında İngiltere de sadece 600 kişi başka bir ülkede sağlık hizmeti alabilme formu düzenlenmiştir (Mc Kee vd'den alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:277).

Hastaların, sağlık hizmetlerinden faydalanmak için diğer ülkeleri tercih etmemesinde sadece finansör kuruluşun isteksiz duruşu rol oynamamaktadır. Hastaların mesafe, sağlık sigortalarında ki anlaşmalar, dil problemi gibi birçok unsur da üye ülkeler arasında sağlık hizmetlerinde yaygın olarak uygulanmamasına neden gösterilebilir (Mc Kee vd.'den alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:277). Bunun yanı sıra

hastalar hasta sunucuları ile hasta fonlarının arasında anlaşma ve uyumlu çalışmalar ile birlikte sınır ötesi tedavi için daha çok teşvik edilmeye de çalışılmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:278).

Her ne kadar sınır ötesi sağlık hizmetleri ile ilgili bilgiler yeterli olmasa da sınır ötesi hasta akışındaki yükseliş geçmişte yapılan bir istatistikle gözler önüne serilmiştir. 1989 yılında sınır ötesi hasta akışının sağlık harcamaları içindeki yeri % 0,17 iken 1997 yılına gelindiğinde bu oran % 0,5 e çıkmıştır. Aynı yıl yapılan bir araştırmada sağlık hizmetlerinin % 80'ini Fransa almıştır. Aynı zaman diliminde en çok sağlık harcaması yapan ülke ise İtalya olmuştur (Belcher'den alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:279).

Hastaların serbest dolaşım hakkı olduğu gibi sağlık personelinin de diğer ülkelerde çalışma hakkı bulunmaktadır. Bu durum Roma Anlaşmasının 49, 57 ve 66 maddelerinde düzenlemiştir. Bu anlaşmaya göre hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler ve ebeler başka bir ülkenin yetkili makamlarına başvuru yaparak çalışma izni alabilmektedir. Sağlık çalışanlarına bu izin ile başka ülkelerde iş yeri açmadan doğrudan hizmet verme imkânı da verilmiştir. Ancak bu tip bazı uygulamalarda bir hastaneye belirli bir uzaklıkta olma zorunluluğu da bulunmaktadır (Belcher'den alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:284).

### **2.2.1. Avrupa Birliğinde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi**

Avrupa Birliği sağlık hizmetlerindeki ilk girişim, 1952 yılında Fransız Halk Sağlığı Bakanı Paul Ribeyre tarafından sunulan ve Beyaz Havuz (Pool Blanc) adı verilen “Avrupa Sağlık Hizmetleri Topluluğu (European Community of Health Care)” girişimidir. Bu topluluk, 16 ülkeden oluşan, kapsamlı ve detaylı çalışmaların yapıldığı bir uluslararası konferans şeklinde toplanmış ve sağlık hizmetleri ile ilgili tartışmaların yapıldığı bir konsey halini almıştır (Hoffmeyer ve Mc Charty'den alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:115)

Yapılan bu projede acil yardım, eğitim, ilaç gibi bütün sağlık hizmetlerini içerisine alan oldukça güçlü bir sistem kurmak amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen kaynakları bir havuzda toplamayı amaçlayan sistemin yüksek otorite adı verilen bir mekanizma ile yönetilmesi esas alınmıştır (Hoffmeyer ve Mc Charty'den alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:115). Ancak bu ilk birleşme ve beraber hareket etme

teşebbüsü bütün tarafların sıcak bakmaması nedeniyle kâğıt üzerinde bir proje olarak kalmış, başarılı olmamıştır (Hoffmeyer ve Mc Charty'den alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:115).

Bu ilk başarısız girişimin ardından AB, sağlık hizmetleri alanında direkt belirleyici hükümlerin yer aldığı antlaşmalara imza atamamış, bunun yerine daha spesifik, dar kapsamlı anlaşmaların içerisinde sağlık ile alakalı görüşmeler olmuştur. Bunun ilk örneği de kömür ve çelik endüstrisinde çalışan insanların sağlık ve güvenliğini araştırmak, bir işbirliği platformu oluşturmak için yapılan Paris Antlaşmasıdır (Mossialos ve Permanad'den alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:116). Bu antlaşmanın ardından birkaç anlaşma daha yapılmış ancak doğrudan sağlık hizmetlerini karşılayan veya sağlık alanında düzenlemelerin yapıldığı bir yapı oluşmamıştır. 1987 yılında imzalanan Roma Antlaşmasında yine direkt olarak sağlık hizmetleri vurgulanmamış ancak serbest dolaşım hakkı ile bir nevi sağlık hizmetlerinden faydalanma imkânı da sağlanmış olarak kabul edilmiştir (Cucic'den alan Yıldırım ve Yıldırım 2011:117).

AB ülkeleri, genel anlamda sağlık hizmetleri ve politikalarını sadece iş yeri güvenliği ve sağlık kapsamında düşünüp geliştirseler de Roma Antlaşmasınının 3'üncü maddesi doğrultusunda 1987 yılında "Kansere Karşı Avrupa" programı adı altında nitelikli bir çalışmaya imza atılmıştır. Bu çalışma kapsamında tütün mamulleri, beslenme ve sağlık taramaları kapsamında bir dizi önleme çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Ardından 1991 yılında AIDS ve madde bağımlılığına karşı da bir dizi çalışmalar daha yapılmıştır (Belcher'dan alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:120)

Bu çalışmaların aktif olarak uygulanmaları esnasında sürekli sorunlarla karşılaşmış, 01 Kasım 1993 tarihinde yürürlüğe giren Maastrich Antlaşması ile Avrupa Topluluğuna halk sağlığı alanında ilk defa doğrudan yetki verilmiştir. Bu anlaşmada sağlık hizmetleri ile ilgili bir dizi programlar olmasına rağmen, metinler içerisinde herhangi bir bilgi yer almamıştır (Mossialos ve Permanand'dan alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:122).

1997 yılında yaşanan ve ülkemizde de deli dana hastalığı olarak bilinen BSE salgını sonucunda AB üye ülkeleri tarafından Amsterdam Antlaşması imzalanmıştır. Bu anlaşmada yine sağlık hizmetleri alanında kesin hükümlere yer verilmemiştir.

Ancak ‘‘Tüketicinin Korunması ve Sağlık Genel Müdürlüğü ‘‘ kurulmuş, bazı sağlık konularını içeren hükümler düzenlenerek sağlık komisyonu hakkında genel yapılanmalara neden olmuştur (Hübel’den alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:127).

AB üye ülkeleri 2000 yılında Lizbon’da ‘‘Dünyadaki en dinamik ve rekabetçi bilgi kaynaklı ekonomi’’ adı altında bir dizi reform programları başlattı. Bu çalışmalarının sonunda 2002 yılında Barcelona’da sağlık bakım sistemlerine ilişkin sağlık hizmetleri alanında üç temel prensip belirlendi. Bunlar; herkes için sağlıkta erişilebilirlik, yüksek kalitede bakım ve uzun dönemde malî sürdürülebilirliktir. Bu çalışmalar kapsamında 2004 yılında konsey tarafından sağlık ve uzun dönemli bakım konularında koordinasyon metodu ile ilgili bir bildiri yayınlamış ve yapılan reformlarla çalışmalara destek olunmuştur.

AB tarafından sağlık hizmetleri alanında birçok çalışma yapılarak sağlık programları dâhilinde sürekli gelişim sağlanmıştır. İlki 2003-2007 tarihleri arasında gerçekleştirilen sağlık programının başarısı nedeniyle 2008-2013 tarihleri arasında ikinci sağlık programı çalışmalarına başlanmıştır. Bu çalışmalarda bilinçli bir sağlık politikası oluşturmak ve gelecekte yapılacak araştırmalara alt yapı sağlamak düşünceleri bulunmaktadır. Halk sağlığı ve kamu sağlığı alanında, en iyi uygulama metot ve araçlarını tespit edilmesi, vatandaşların sağlık hizmetlerinden direkt yararlanması, kanser alanında ulusal eylem planı geliştirilmesi, hasta bakımının sağlanması gibi temel unsurlar üzerinde çalışmalar yapılmıştır.

2014-2020 yıllarını kapsayan üçüncü sağlık programında ise AB vatandaşlarına güvenilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak, sağlıklı yaşam biçimlerine katkıda bulunmak ve sınır ötesi sağlık tehditlerine karşı önlemler almak gibi temel sağlık hizmetleri üzerinde çalışmalar yapılmaktadır.

Avrupa Birliği, halk sağlığını geliştirmek, sağlık hizmetlerini kusursuz sunmak, fiziksel ve zihinsel tehlikeleri ortadan kaldırmak için bu sağlık politikalarını uygulamaktadır. Temel amaç, sağlık hizmetlerinde verimli ve kaliteli büyüme, adalet ve temel haklarda eşitlik, dijital piyasaya (e-sağlık) geçiş politikaları ve güvenlidir.

Avrupa Birliği tarafından direkt ve dolaylı olarak uygulanan sağlık politikaları Tablo 2.4’de gösterilmiştir (EHMA, 2005:18).

**Tablo 2.4. AB Sağlık Hizmetleri Politikaları**

AB KOMİSYONU GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	POLİTİKA KONUSU	GİRİŞİM VEYA YASAL DÜZENLEME	SAĞLIK ÜZERİNDEKİ POTANSİYEL ETKİSİ
İSTİHDAM VE SOSYAL KONULAR	SOSYAL GÜVENLİK	DAHİLİ SINIRLARDA HAREKET EDEN İŞÇİ VE TURİSTLER İÇİN SOSYAL GÜVENLİK FAALİYETLERİNİN KOORDİNE EDİLMESİ	ALINAN SAĞLIK HİZMETİNİN YAPISINA BAĞLI OLARAK DİĞER BİR ÜYE ÜLKEDE ALINMIŞ OLAN SAĞLIK HİZMETLERİNE İŞKİN ÖDEME SUNULMASI.
İSTİHDAM VE SOSYAL KONULAR	İŞ HUKUKU ÇALIŞMA ORGANİZASYONU	ÇALIŞMA SAATLERİNİN ORGANİZASYONUNA İLİŞKİN 2003/88 SAYILI DİREKTİF	HER BİR ÇALIŞMA HAFTASI BAŞINA EN FAZLA 48 SAAT OLMAK ÜZERE HASTANE PERSONELİ ZAMAN ÇİZELGELERİNİN ORGANİZASYONA GEREKLİ DEĞİŞİKLİKLERE İHTİYAÇ DUYULMASI
İÇ PAZAR	SERBEST DOLAŞIMA DAHİL İŞÇİLER	PROFESYONEL NİTELİKLERİN TANINMASINA İLİŞKİN GENEL BİR SİSTEM HAKKINDAKİ 2001/19/EC SAYILI DİREKTİF	EĞİTİM VE ÖĞRETİM İÇİN MİNİMUM STANDARTLARIN BELİRLENMESİ SINIR ÖTESİ İSTİHDAMIN GELİŞTİRİLMESİ TERCİH EDİLEN ÇALIŞANLAR ARASINDAKİ POTANSİYEL REKABETİN GELİŞMESİ
İÇ PAZAR VE HİZMETLER	HİZMET SUNMA VE HİZMETLERDEN FAYDALANMA ÖZGÜRLÜĞÜ	HİZMETLERE İLİŞKİN TASLAK DİREKTİF	HALEN TARTIŞILMAKTA OLAN İÇ PİYASA KURALLARINA SAĞLIĞIN DA DAHİL EDİLMESİ
GİRİŞİM VE ENDÜSTRİ	FARMASÖTİKLER VE TIBBİ CİHAZLAR	DİREKTİFLER	İYİ KLİNİK UYGULAMALARININ GELİŞTİRİLMESİ, KLİNİK DENEYLER, PAZARLAMA VE REKALM, ÜRETİM, TIBBİ ÜRÜNLERİN KORUNMASI
BİLGİ TOPLUMU	İŞİTSEL VE GÖRSEL POLİTİKA	SINIR AŞAN TELEVİZYON YAYINLARI	TÜTÜN REKLAMLARININ KONTROL EDİLMESİ.
BİLGİ TOPLUMU	E-SAĞLIK	E-SAĞLIK KONUSUNA İLİŞKİN E-AVRUPA FAALİYET PLANI	ORTAK STANDARTLARIN GELİŞTİRİLMESİ, AVRUPA ELEKTRONİK SAĞLIK KAYITLARINA DOĞRU İLERLEME KAYDEDİLMESİ
ÇEVRE	ÇEVRE POLİTİKASI	2004-2010 YILLARI ARASI SÖNEME İLİŞKİN AVRUPA ÇEVRE VE SAĞLIK FAALİYET PLANI	TIBBİ VERİLERİN PAYLAŞIMI DAHİL OLMAK ÜZERE VERİ PAYLAŞIMININ KOLAYLAŞTIRILMASINA YÖNELİK OLARAK VERİ GİZLİLİĞİNİ SAĞLAYACAK STANDARTLARIN GELİŞTİRİLMESİ.

(Kaynak: Web\_4, 2005:18)

### 2.2.2. Avrupa Birliği Sağlık Hizmeti Harcamaları

AB üye ülkelerinin her birinin kendisine mahsus sağlık finansman sistemleri bulunmasına rağmen bu tarihsel gelişim ve amaçlar yönünden benzerlikler bulunmaktadır. Bütün sağlık sistemlerinin finansman kaynakları ortak olmasına rağmen sağlık fonlarının ağırlığı kamu tarafından doğrudan veya dolaylı olarak kontrol edilmektedir. Sadece çok küçük bir oran hizmet başı ödemelerden elde edilmektedir.

AB sağlık hizmetleri finansmanı ağırlıklı olarak iki temel anlayış üzerine kurulmuştur. Bunlar; vergiler yoluyla sağlanan kamu finansmanı (Beveridge Modeli) ve zorunlu sosyal sigortalara dayalı kamu finansmanı (Bismarck Modeli)'dir. Gönüllü sağlık sigortası sistemi çok az kullanılmasına rağmen sosyal sigortalar sistemleri için tamamlayıcı bir fonksiyon görevi üstlenmektedir. AB üye ülkelerinde

sağlık finansman ve kaynakları (Jakubowski ve Busse, 1998'den alan Yıldırım ve Yıldırım, 2011:399);

**Tablo 2.5. AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Finansalları**

ÜLKELER	GENEL MODEL	FİNANSMAN
Belçika	Bütün büyük riskler için zorunlu sağlık sigortası	Zorunlu sağlık sigortası, Önemli ölçüde devlet tarafından sübvansede edilmektedir.
Danimarka	Temelde genel vergilerden finanse edilen ulusal sağlık hizmeti	%85'i genel vergilerden, kalanı ortak ödemelerden
Almanya	Çeşitli sigorta fonları ve önemli ölçüde özel sektör	Kaynakların bir karışımı, Sadece %21 genel vergilerden
Yunanistan	Zorunlu sağlık sigortası, ulusal sağlık hizmeti ve önemli ölçüde özel sektör	Özel sektör ağırlıkta, Resmi olmayan ek ödemeler
İspanya	Ulusal sağlık hizmeti, genel vergi ve zorunlu sigorta karışımı	Genel vergiler ağırlıkta, ancak bazı zorunlu sigortalar
Fransa	Hemen hemen tüm nüfusu kapsayan zorunlu sağlık sigortası	Ağırlıklı olarak yasal hastalık fonları, bazı doğrudan ödemeler
İtalya	Zorunlu sağlık sigortasına dayalı ulusal sağlık sigortası	Genel vergilerin ve zorunlu katkıların karışımı
Hollanda	Kamu ve özel karışımı sigorta sistemi fakat ulusal programa doğru bir değişim var	Zorunlu sigorta programları ağırlıkta, gönüllü veya özel katkılar da söz konusu
Avusturya	Zorunlu kapsayıcı sağlık sigortası	Sağlık sigortası programı ağırlıkta, ancak tamamlayıcı nitelikte özel sigorta ödemeleri
Portekiz	Zorunlu sağlık sigortasına dayalı ulusal sağlık sigortası	Ağırlıklı olarak ulusal sigorta programı, az miktarda da özel sektör
Finlandiya	Karar vermenin desantralize olduğu ulusal sağlık sigortası	Devlet ve yerel vergiler, bazı ulusal sigorta ve özel ödemeler

### 2.2.3. Avrupa Birliği Sağlık Harcamaları İstatistiği

AB üye ülkelerindeki sağlık hizmetleri harcama ve finansman şekilleri farklı alanlarda gelişmesine rağmen nitelikli sağlık hizmetlerinin hem birey hem de toplum



bazında uygun maliyetlerle sağlanması kriteri göz önünde bulundurulmaktadır. Bu durum birlik genelinde ortak değer olarak da kabul edilmektedir.

AB üye ülkelerinden olan Almanya, 2014 yılında 321 milyon Avroluk sağlık yatırımı yaparak birlik içerisinde bu alanda en fazla yatırım yapan ülke olmuştur. Almanya GSYİH'nın % 11'ini sağlık hizmetlerine ayırmıştır. Almanya'dan sonra 237 milyon Avro ile Fransa, 223 milyon Avro ile İngiltere gelmektedir. GSYİH bazında ise en yüksek oran % 11,4 ile İsviçre'dedir. Polonya, Litvanya, Estonya ve Letonya'nın sağlık yatırımı GSYİH'nın % 6,5'undan azdır. Romanya, % 5,1 oran ile az sağlık yatırımı yapan ülkedir.

2014 verilerine göre Avrupa Birliği ülkelerinden Finlandiya, Fransa, Belçika, Avusturya, Almanya, Hollanda ve Danimarka kişi başına 4000 Avro düzeyinde yatırım yaparken sadece dokuz ülke 1000 Avronun altında sağlık harcaması yapmaktadır. Birlik içerisinde en az sağlık harcaması yapan ülke 388 Avro ile Romanya'dır. Romanya ile Lüksemburg nüfus ve genel sağlık harcamaları bazında 1/14,3 gibi yüksek oranda bir fark olduğu görülmektedir. Tablo 2.6'da Avrupa Birliği üye ülkelerinin sağlık harcamaları verilmiştir.

Tablo 2.6. Avrupa Birliği Ülkeleri Sağlık Harcamaları

AB Ülkeleri Sağlık Harcamaları				
	Milyon EURO	Kişi Başi Düşen	GSYİH Nüfus Başına	% GSYİH
Belçika	41711	3722	3352	10,4
Bulgaristan	3640	504	1174	8,5
Çek Cumhuriyeti	11841	1125	1894	7,6
Danimarka	27517	4876	3494	10,4
Almanya	321720	3973	3922	11,0
Estonya	1223	931	1313	6,1
İrlanda	19148	4147	3316	9,9
Yunanistan	14712	1351	1652	8,3
İspanya	94534	2034	2199	9,1
Fransa	236948	3582	3339	11,1
Hırvatistan	2885	681	1089	6,7
İtalya	145938	2401	2339	9,0
Kıbrıs Rum	1184	1389	1531	6,8
Letonya	1297	650	991	5,5
Litvanya	2265	772	1342	6,2
Lüksemburg	3091	5556	4111	6,3
Macaristan	7473	757	1424	7,2
Malta	-	-	-	-
Hollanda	72475	4297	3813	10,9
Avusturya	33795	3957	3617	10,3
Polonya	25987	684	1299	6,3
Portekiz	15583	1498	1880	9,0
Romanya	7727	388	809	5,1
Slovenya	3189	1546	1906	8,5
Slovakya	5256	970	1531	7,0
Finlandiya	19523	3575	2885	9,5
İsveç	48154	4966	3656	11,1
İngiltere	222609	3448	2831	9,9
İzlanda	1138	3476	2871	8,8
Liechtenstein	294	7906	-	-
Norveç	35132	6839	4331	9,4
İsviçre	60276	7361	4710	11,4

(Kaynak: Web\_5)

## **2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**

### **2.3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi**

Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin modern anlamda geçmişi 1920’li yıllara uzanmaktadır. Türkiye’de ki sağlık hizmetleri yapılan düzenlemeler ve reformlar doğrultusunda 5 döneme ayrılmaktadır. Bunlar;

#### **2.3.1.1. 1920-1938 Dönemi**

Sağlık Bakanlığının kurulması için 20 Nisan 1920 tarihinde ilk çalışmalar başlatılmış, 02 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile resmen kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı, halkın sağlık statüsünü geliştirmek ve iyileştirmek, bu konu ile ilgili politikalar üretmek ve bunları uygulamaktan sorumlu temel kurum olmuştur.

İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar’dır. Bu dönemde mevcut herhangi bir sağlık politikası ve sağlık hizmeti sistemi bulunmadığından il iş sağlık hizmetlerinin alt yapı çalışmaları ve geçerli bir yasal sistemin oluşturulması yönünde olmuştur. Bu nedenle ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin başlangıcı olarak bu dönem kabul edilmektedir (Akdur, 1998:24).

Sağlık Bakanlığı tarafından 1920-1938 yılları arasında önemli çalışmalara imza atılmıştır. Bu çalışmalarda (Özbay ve diğ., 2007:98-99);

- Savaş sonrası sorunların giderilmesi
- Nitelik ve nicelik açısından sağlık çalışanlarının desteklenmesi
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır

1923 yılı verilerine göre Türkiye de 86 hastane ve 6437 hastane yatağı bulunmaktaydı. Bu hastanelerin sadece üç tanesi merkezî yönetimin, diğerleri ise yerel yönetimler, azınlıklar, vakıflar ve dernekler gibi kurumların elinde bulunmaktaydı. Sağlık Bakanlığının kurulması ile temel sağlık hizmetlerinin sunumu ve görevleri yeniden nitelendirilmiş, bu kurumlar birleştirilerek temel sağlık hizmetin yaygınlaştırılması amacıyla büyütülmüştür. Özellikle şehir merkezlerine yeni hastaneler, sıtma ve verem savaş merkezleri kurularak dikey programlı sürekli büyümeye gidilmiştir (Berman ve Tatar, 2004:7)

Sağlık Bakanlığı bu çalışmaların yanı sıra yeni kanun ve mevzuatlar da çıkararak sağlık hizmetlerinin sağlanmasında önemli ilklere imza atmıştır. Bu konu da en önemli çalışma, 1925 yılında Dr. Refik Saydam tarafından, sağlık sorunlarına çözümler üretmek adına hazırlanan çalışma olmuştur. Bu çalışmadaki problem sahaları ve çözümleri (Metintaş ve Elçioğlu, 2007:164-165);

- 1. İdarî ve Hukukî Mevzuat:** Planlama yapmak, devlet sağlık örgütünü esnek ve yaygın hale getirmek, sağlıkla ilgili yasalar yapmak.
- 2. Kurumsallaşma:** Bakanlık merkezini organize etmek, numune hastaneleri sağlık merkezleri, sağlık istasyonları, doğum ve çocuk bakım evleri açmak, sağlık hizmetlerini köylere yaymak, Hıfzıssıhha Okulu ve hıfzıssıhha enstitüleri kurmak.
- 3. Personel Temini:** Bakanlık merkez kadrosunu oluşturmak, hekim, sağlık memuru, ebe yetiştirmek, sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele ekipleri yetiştirmek şeklinde tespit edilmiştir.

Bu dönemde nüfusun % 90'ı kırsal alanlarda yaşadığı için buralara hükümet tabipleri atanmıştır. Hükümet tabiplerinin başlıca görevleri (Metintaş ve Elçioğlu, 2007:166);

- Koruyucu hekimlik
- İyileştirici hekimlik
- Adli hekimlik
- Sağlık yöneticiliğidir

1924 yılında Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas'ta Numune Hastaneleri kurulmuştur. 1936 yılında ise bütün uzmanlık alanlarını içerisinde bulunduran İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. Numune Hastanelerinin kurulma amacı, yatakta veya ayakta tedavi hizmeti sunarak, uzmanlık alanlarında gelişmiş modern hastaneler oluşturmaktır.

1925 yılında Ankara, Konya, Balıkesir, Adana, Çorum, Malatya, Erzurum ve Kars doğum ve çocuk bakım hastaneleri kurulmuştur. Bunun yanı sıra 150 ilçede ücretsiz sağlık hizmeti veren dispanserler hizmete açılmıştır.

1932 yılında hastane sayısı 177'ye, yatak sayısı 10.646'ya, dispanser sayısı ise 339'a ulaşmıştır (Metintaş ve Elçioğlu, 2007:166).

Bu dönemde bulaşıcı hastalıklar arasından en çok trahom, sıtma ve frengi hastalığı görülüyordu. Dr. Refik Saydam başkanlığında, 02 Eylül 1925 tarihinde toplanan 1'inci Millî Türk Tıp Kongresinde sıtma hastalığı üzerinde ilk çalışmalar başlatılmış, Adana'da bu dalda uzman hekim yetiştirecek sıtma enstitüsü kurulmuştur. Bu çalışmalar sonucunda ülke genelinde 11 sıtma dispanseri açılmış ve çalışmalar yapmıştır (Metintaş ve Elçioğlu 2007:169).

1923 yılında dünyada yaklaşık 3 milyon insan Trahom hastalığına yakalanmış, hastaların % 3,5'i bu hastalık nedeniyle kör olmuştur. Bu kapsamda 1925 yılında Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Trahom ile mücadele etkin bir şekilde başlanmış, Adıyaman ve Malatya da birer Trahom hastanesi açılmıştır. Açılan bu hastaneleri Şanlıurfa, Kahramanmaraş, Siverek, Gaziantep, Kilis ve Besni'de kurulan gezici Trahom hastaneleri takip etmiştir. Ayrıca 1924 yılında Heybeliada da bir verem sanatoryumu, Ankara, Bursa ve İstanbul'da verem dispanserleri açılmıştır (Metintaş ve Elçioğlu 2007:169).

### **2.3.1.2. 1938-1960 Dönemi**

Bu dönemdeki en önemli gelişme, 1946 yılında yapılan 9'uncu Millî Tıp Kongresinde kabul edilen "Birinci On Yıllık Sağlık Planı" dır. Behçet Uz Planı diye anılan bu projeye göre ülke yedi sağlık bölgesine ayrılarak her kırk köye on yataklı, iki doktor, bir ebe, bir sağlık memuru ve ziyaretçi hemşire bulunan ve tedavi hizmetleri ile birlikte koruyucu sağlık hizmetleri de sunacak birer sağlık merkezi kurulması planlanmıştır. Bu sistem ile koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri bütünleştirilerek yurt genelinde uygulanmaya çalışılmıştır (Akdur, 1998:30).

Bu döneme denk gelen ikinci dünya savaşının olumsuz etkileri nedeniyle yaygınlaşan ve kontrolünde güçlük çekilen sıtma, suçiçeği, sifilis ve cüzzam gibi hastalıklarla mücadele için "Olağandışı Sıtma Kontrol Yasası" çıkartılmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumunun temellerini atan İş Güvenliği Yasası da bu dönemde çıkartılmıştır (Özbay ve diğ., 2007:99)

1950’li yıllarda batı tipi demokrasiye geçişin etkisi ile sağlık hizmetlerinin tamamını Sağlık Bakanlığı üstlenmiş, belediyelere bağlı sağlık kurumları kamulaştırılarak Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Kent merkezlerindeki hastane sayıları artırılarak kırsal kesimde görev yapan birçok sağlık çalışanı bu yeni hastanelere toplanmıştır. 1960 yılında yapılan askerî müdahale sonrasında kurulan Devlet Planlama Teşkilatı sağlık dahil bir çok alanda yenilikler ve değişimler yapılmasını sağlamıştır. Bu dönem ile birlikte düzenli ve planlı kalkınma sistemine geçiş sağlanmıştır (Ergör ve Öztekin, 2005:195).

1938-1960 dönemi önemli olaylarından biri de “Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü” kurulmasıdır. Bu dönem içinde yapılan bir çok faydalı çalışmanın yanı sıra özellikle hekim dışı sağlık personeli yetiştirme konusuna önem verilmemiş ve oldukça geri kalmıştır (Tengilimoğlu ve diğ., 2012:134).

### **2.3.1.3. 1960-1980 Dönemi**

1960 yılından itibaren geçilen planlı dönemde hazırlanan birinci beş yıllık planla halkın sağlık hizmetleri düzeyini arttırmak için çalışmalar yapılmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetleri alanında da çalışmalar yapılarak sadece belirli bir zümrenin faydalandığı, pahalı sağlık hizmetleri bir kenara bırakılarak bütün halkın yararlanabileceği genel bir sistem oluşturulmaya çalışılmıştır. Bunun için sağlık hizmetleri birimleri yeniden örgütlenmiş ve 05 Ocak 1961 tarihinde “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunu” çıkartılmıştır. 1963 yılında başlayan bu proje ile 1977 yılına kadar sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. 1982 yılına gelindiğinde ise her 5000 kişiye bir sağlık ocağı kurulması öngörülmüştür (Akdur, 1998:31).

224 Sayılı Kanun ile sosyalizasyona kademeli olarak geçmek hedeflenmiş ve sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır. Bu çalışmaya 1963 yılında Muş ilinde başlanmış ancak istenilen sonuç alınamamıştır. Bu başarısızlık Sağlık Bakanlığını yeni önlemlere almaya itmiş ve 1978 yılında 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu” çıkarmıştır. Bu kanun ile ülke 16 bölgeye ayrılarak sağlık çalışanlarının ülkenin geri kalmış bölgelerinde görev alması için özendirici bir takım haklar tanınmıştır. Ancak bu yasa 1980 yılında kaldırılmıştır (Tengilimoğlu ve diğ., 2012:135).

Sonraki yıllarda genel sağlık sigortası kavramı epeyce tartışılmış, 1967 ve 1974 yıllarında mecliste görüşülmüş ancak herhangi bir sonuca bağlanamamıştır (Tengilimoğlu ve diğ., 2012:135).

1970 ve 1980’li yıllarda ise sağlık alanında önemli herhangi bir gelişme yaşanmamıştır. Mevcut sistem kendi ivmesi ile hareket etmiş ve ilerleyen dönemlerde iddialı söylemler gündeme gelmiştir. Bu iddialı söylemlere karşı sağlık hizmetleri alanında beklenen reform ve çalışmalara imza atılamamıştır (Özdemir, 2001:282).

#### **2.3.1.4. 1980 ve Sonrası Dönem**

Bu dönemde bir takım kanunlar çıkarılmış ve Sağlık Bakanlığının işlev ve kontrol mekanizmasının hızlanması için çalışmalar yapılmıştır.1983 yılında çıkarılan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye’de özel veya kamu tarafından sağlıkla ilgili herhangi bir işlev gerçekleştirileceğinde Sağlık Bakanlığı denetimi hükmüne bağlanmıştır (Sur, 1998:229).

1982 yılında ilk defa özel sağlık hizmetlerinden bahsedilmiş, özel sağlık kuruluşlarının kurulması için teşvik sağlanmaya çalışılmıştır. Bu teşvik ile beraber sağlık alanında rekabet ortamı sağlanmaya çalışılmıştır (Ateş ve diğ., 2002:275).

Sağlık hizmetinin tek merkezli yönetimi nedeniyle sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların ve hizmet sunumunun verimsizliğine bu da sağlık hizmetleri konusunda gittikçe büyüyen şikâyetlere neden olmuştur. Bu şikâyet ve sorunlara çözüm bulabilmek amacıyla 1988 yılında Dünya Bankası uzmanları ile birlikte sağlık sektörünün finansal yapısı incelenmiş ve bu konu hakkında çalışmalar yapılmıştır.1990 Yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından “Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü” yapılarak sağlık reformları için ana hedefler belirlenmiştir (Özdemir, 2001:282-285).

1990’lı yıllarda sağlık hizmetleri ile ilgili önemli reformlar yapılmaya çalışılmıştır. Bu amaçla o dönemdeki dünya sağlık standartları ile eşdeğer reformları kapsayan Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı yayınlanmıştır. Bu sağlık reformları şu temel önerileri içerisinde barındırmaktaydı (Berman ve Tatar, 2004:7);

- Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olamayan nüfusun genel sağlık sigortası kapsamına alınması
- Birinci basamak hizmetler için kentsel alanlarda kişi başına ödeme ilkesi benimseyen aile hekimliği
- Mevcut hastanelerin büyük ölçüde finansal özerklik ile birlikte özerk bir yapıya kavuşması
- Hizmeti sunanlarla satın alanlar birbirinden ayrılması ve hizmet sunucularının aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile rekabet ettiği dhili piyasanın oluşturulması

Bu dönemde Devlet Planlama Teşkilatı ile koordineli olarak ayrıntılı planlar oluşturulmuş, 1992 ve 1993 yıllarında sağlık kongreleri yapılmıştır. Bu kongreler sonucunda hazırlanan ve tüm sağlık kuruluşlarını kapsayan temel yasa tasarısı ile Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Yasa Tasarısı Bakanlar Kuruluna, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile Aile Hekimliği yasa tasarısı başbakanlığa sunulmuştur. Bu çalışmalardan sonra genel sağlık sigortası kapsamında olmayan ve düşkün durumda olan vatandaşlara yeşil kart uygulamasına başlanmıştır. 1990 sonrasında yapılan reformlar ile bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de hastane reformları gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Ancak yapılan bu reformlar, diğer sağlık hizmetleri alanlarında yapılan reformlar hastane hizmeti ve yönetimi konularında olduğu gibi başarısız olmuştur (Top ve Gider, 2003:162).

### **2.3.1.5. 2000’li Yıllardan Günümüze**

16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan ‘‘Herkes İçin Sağlık’’ acil eylem planı politikası bu dönemin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Bu eylem planı ile Sağlık Bakanlığının idari ve fonksiyonel alanlarda yeniden yapılandırılma çalışmaları başlatılmıştır. Bu dönemde tüm vatandaşların sağlık sigortası kapsamına alınması, sağlık kuruluşlarının hepsinin tek çatı altında toplanması, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, anne ve ocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, özel sektörün sağlık alanına yatırım için teşvik edilmesi, kalkınmada öncelikli bölgelerdeki sağlık çalışanı eksikliğinin giderilmesi ve sağlıkta e-dönüşüm faaliyetlerine hız verilmesi gibi çok önemli kararlar alınmıştır. Bu alışmaları izleyen sosyalizasyon çalışmaları



kapsamında geçmiş dönemler elde edilen bilgi birikimi ve dünyada aktif ve başarılı bir şekilde sürdürülen sağlık hizmetleri politikaları ışığında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” hazırlanmıştır. Bu programın 8 ana tema etrafında şekillendirilmesi amaçlanmıştır. Bunlar (Web\_6, 2015:1);

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi;
  - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
  - b) Etkili ve kademeli sevk zinciri
  - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim “Sağlık Bilgi İstemi” dir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulamaya konduğu birkaç yılda ülkemiz, sağlık politikalarındaki değişikliklerin kamuoyunda sıkça tartışıldığı, yeni uygulamaların hizmet sunanlar kadar hizmet alanlar tarafından da belirgin bir şekilde hissedildiği bir dönem olmuştur. Sağlık hizmetlerindeki şikâyet konuları ortadan kaldırılarak olumsuzluklardan ziyade hasta memnuniyeti, sağlık hizmetine erişimden ziyade hasta güvenliği, imkânsızlıklar nedeniyle rehin kalan hastalar yerine, sosyal güvenliğin kapsamı ve Genel Sağlık Sigortası, acil hasta nakli sorunları yerine yeterli sayı ve nitelikte yoğun bakım yatağı talepleri, aşılama oranlarındaki düşüklükler yerine aşı takvimine yeni aşılardan eklenmesi konuşulan konular olmuştur. Sağlık personeli dün gelirlerinin azlığının sancısını çekerken, bugün gelirlerinin sürekliliğinin takipçisi durumuna gelmiştir. 2007 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programına, edinilen 5 yıllık tecrübe ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda 3 yeni başlık daha ilave edilmiştir. Bunlar (Web\_7, 2015:1);

1. Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,

2. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
3. Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

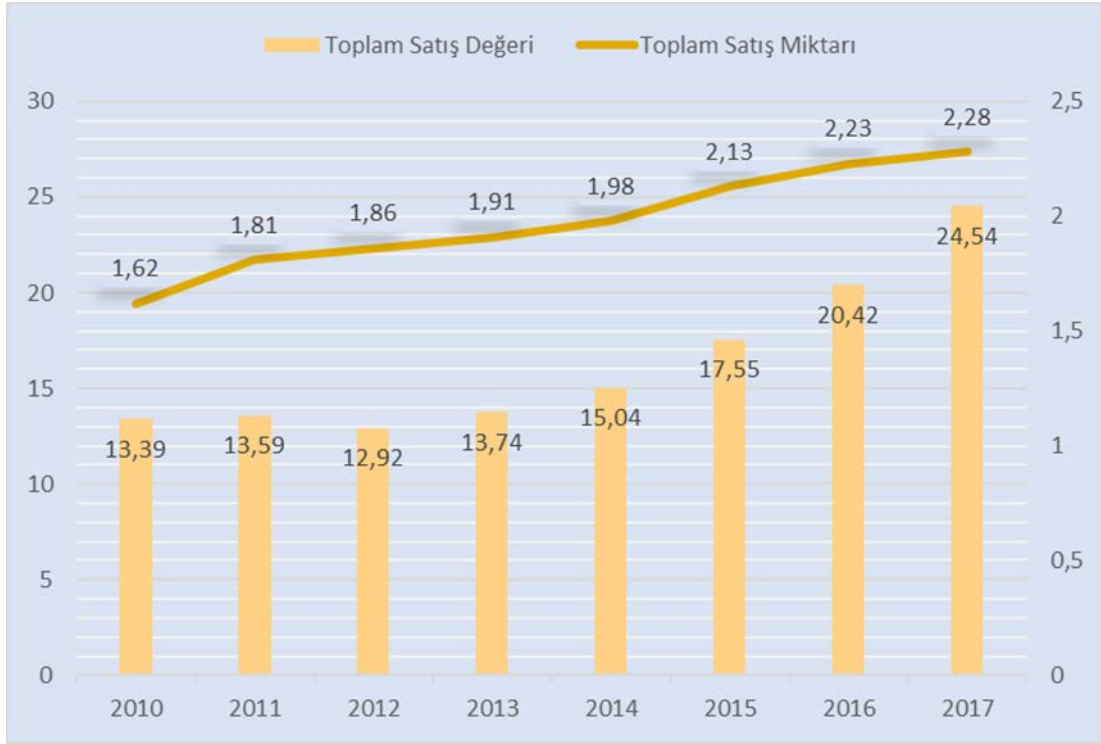
### **2.3.2. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı**

Türkiye’de sağlık sistemi harcamaları konusunda iki farklı metot uygulanmaktadır. Bismark Modeli, belirli bir kesim için sağlık sigortacılığı şeklinde uygulanırken Beveridge modeli kamu yardımı şeklinde uygulanmaktadır. Son yıllarda Bu iki temel sistemin yanı sıra özel sağlık hizmet harcamaları da giderek artan ve önem kazanan bir model halini almaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri; “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olanlar” ve “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olmayanlar” ayrımı üzerinden, özel ve kamu sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlar tarafından verilmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanı merkezi idare genel bütçe gelirleri, vatandaşların katılım payları özel sağlık harcamalarından sağlanmaktadır. Genel sağlık sigortası kapsamında olanlar ve sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanan kişilerin gelirlerinden kesilen genel sağlık sigorta primi bu kişilerin sağlık giderlerinin karşılanması için kullanılmakta, genel sağlık sigortası kapsamında olmayanlar ise sağlık harcamalarını kendileri karşılamaktadır. Ayrıca sosyal devlet ilkesi gereği ödeme gücü olmayan, çalışamayan, özürlü vs. kişilerin sağlık harcamaları da yine devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigortalı çalışanların faydalanmış oldukları sağlık hizmetleri karşılığında ödemiş oldukları katkı payları Türk sağlık finansman sistemini bir nebze de olsa karmaşık hale getirmektedir (Mutlu ve Işık, 2002:298).

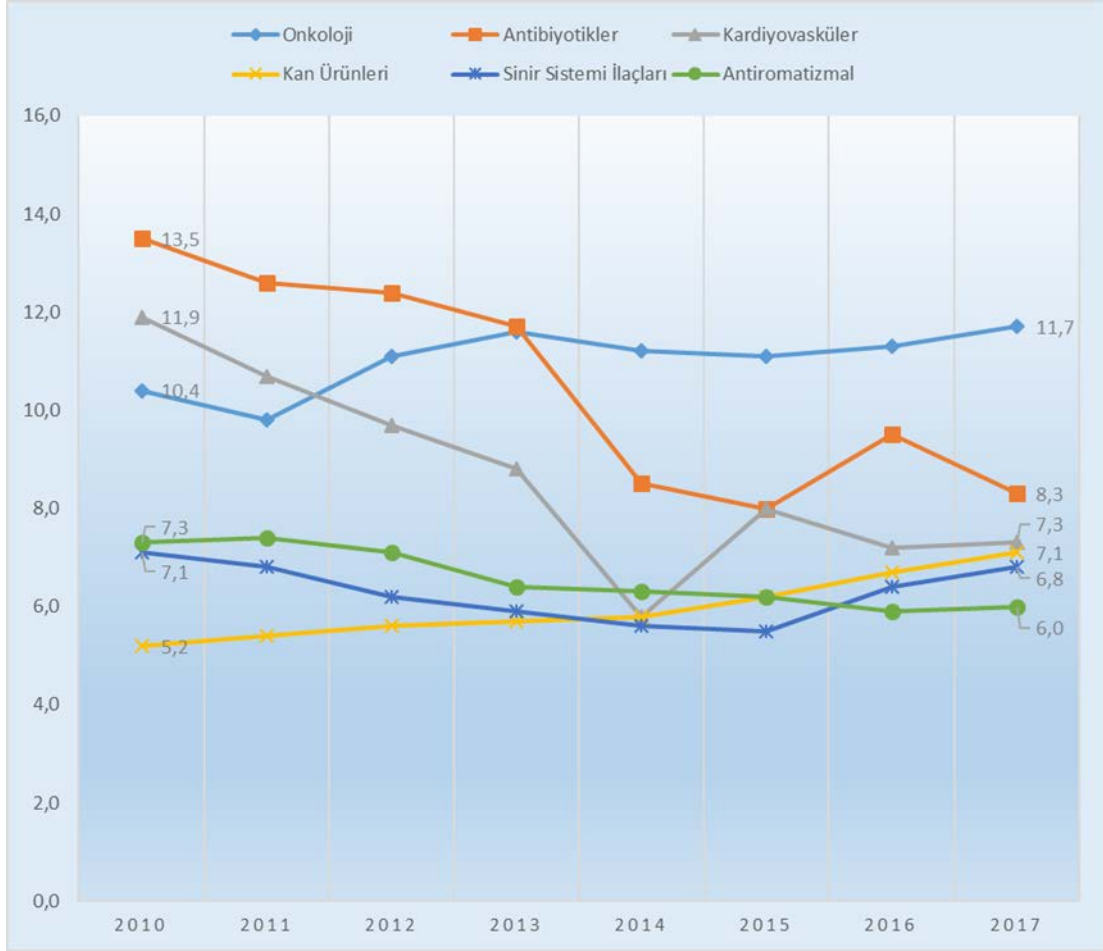
Türkiye sağlık sektörü, merkezi yönetim uygulamaları sonucunda son on yılda yaklaşık dört kat büyüyerek önemli bir piyasa oluşturulmuştur. Bu büyümede SGK’nın sağlık harcamalarındaki büyük artışı ve kamu bütçesinden sağlık alanına aktarılan paydaki yükselmeler de etkili olmuştur. Bu büyüme özel sağlık sektörünün de hızla büyümesini sağlamıştır.

Yayınlanan son raporlara göre Türkiye'nin sağlık giderlerinin son 10 yılda OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) üyesi 34 ülke artış ortalamasından 2 kat fazla arttığı ifade edilmektedir. Bu artışın sebebinin ise gereksiz tedavi ve ilaç kullanımını olduğu belirtilmiştir. Şekil 2.1'de ilaç harcamalarındaki artış gösterilmiştir (Web\_8, 2018:1).



Şekil 2.1. Türkiye İlaç Pazarı

Gereksiz ilaç kullanımı, sağlık hizmetleri harcamaları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmalar neticesinde antibiyotik kullanımının oldukça yüksek olduğu tespit edilerek düşürülmesi yönünde çalışmalar başlatılmıştır. Bunu yanı sıra onkoloji ve kan ürünlerinden elde edilen ilaç harcamalarının ise her geçen gün ciddi anlamda arttığı tespit edilmiştir. Tedavi gruplarına göre ilaç harcamaları (Web\_8, 2018:1);



Şekil 2.2. Tedavi Gruplarına Göre Tutar Ölçeğinde İlaç Tüketimi

2016 yılı verilerine göre Türkiye'deki sağlık hizmeti harcamaları yıllık 119,716 milyon TL'dir. Bu harcamaların 94,012 milyon TL'lik kısmını devlet tarafından karşılamaktadır. Geri kalan 25,744 milyon TL'lik kısmı ise özel sektör tarafından finanse edilmektedir. 2016 yılında yapılan sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki oranı ise % 4,6, genel devlet sağlık harcaması oranı ise % 3,6'dır. Bu harcamaların % 16,3 lük bölümü hane halkından karşılanmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 1.524 TL olarak gerçekleşmiştir (Web\_9, 2018:1). Şekil 2.3'de 2002-2016 yılları arasındaki sağlık harcama ve yatırım oranları verilmiştir.



(Kaynak: Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2016 Dönemi Sağlık Bakanlığı Yayın No:983)

Şekil 2.3. Sağlık Bakanlığı Harcamaları (2002-2016)

Sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payları ise Tablo 2.7’de gösterilmiştir;

**Tablo 2.7. Türkiye Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre GSYİH İçerisindeki Oranları**

Yıllar	Sağlık Harcamaları	Sağlık Harcamalarındaki Artış Oranları	Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)
2002	18774	1,51	5,2
2003	24279	1,29	5,2
2004	30021	1,23	5,2
2005	35359	1,17	5,2
2006	44069	1,24	5,6
2007	50904	1,15	5,8
2008	57740	1,13	5,8
2009	57911	1,0	5,8
2010	61678	1,06	5,3
2011	68607	1,11	4,9
2012	74189	1,08	4,7
2013	84390	1,13	4,7
2014	94750	1,12	4,6
2015	104568	1,10	4,5
2016	119756	1,14	4,6

(Kaynak: TÜİK:2018)

#### 2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Pazarlaması

Türkiye’de 1980’li yıllarda özel hastaneciliğin artması ile birlikte sağlık sektörü pazarlaması gelişmeye başlamıştır. Bu bağlamda birçok hastanede pazarlama organizasyon yapıları oluşturulmuş ve profesyonel şekilde bu fonksiyon işletilmeye başlanmıştır. Fakat genel anlamda pazarlama faaliyetleri yöneticiler tarafından bir tutundurma faaliyeti şeklinde uygulanmaktadır (Ünal, 2001:32).

Günümüzde internet kullanımının hızla artması sağlık hizmetleri pazarlamasında yepyeni anlayışlarla yeni süreçlerin başlamasına neden olmuştur. Türkiye ‘de 2012 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Turizm Rehberi” bu duruma anlayışlara güzel bir örnek teşkil etmektedir. Yapılan bu çalışma ile Sağlık Bakanlığı; hedef sağlık hizmetleri pazarlarına yönelmeyi, yalnız ülke sınırları içerisindeki hastalara değil yurt dışından gelen hastalara da sağlık hizmeti vermeyi

amaçlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yayınlanan genelge ve yönetmenliklerle konaklama tesisleri içerisinde sağlık tesislerinin açılmasına imkân sağlanmıştır. Sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketleri çeşitli alanlarda devlet desteğinden yararlanarak yeni hizmet alanları oluşturmuşlardır (Erkol, 2013:175).

Yaşlı ve engelli hastalar için termal ve SPA gibi alternatif sağlık hizmetleri ayrı bir önem arz etmektedir. Türkiye’de bulunan doğal termal kaynaklar, zengin, alternatifli ve geliştirilebilir sağlık turizm potansiyeli taşımaktadır. Hizmet verilecek tesislerin artırılması, sunulan hizmetlerin kalite ve standartlarının yükseltilmesi yaşlı ve engelli hastalar için sağlık turizminin büyüyen gelişen bir dalı olarak hem ülke içi hem yurt dışı sağlık hizmet pazarlaması açısından önemli bir yere sahiptir (Brüksel Ticaret Müşavirliği, 2013).

Yapılan yeni düzenlemelerle olanak sağlanan sağlık turizmi için özel teşebbüslerin rolü oldukça önemlidir. Özel sektör tarafından uygulanan pazarlama stratejileri sağlık pazarlaması açısından yeni görüşler ve yeni anlayışlar oluşturmaktadır. Son yıllarda özel hastanelerin özellikle doğum paketleri adı altında sundukları sağlık hizmeti güzel bir örnek teşkil etmektedir. Bu paketlerle hastalara doğum öncesi ve doğum sonrası kapsayan bir hizmet sunmaktadır. Gebelik takibi, doğum, bebeğin ilk aşmaları, ilk muayene, topuk kanı alımı gibi hizmetler doğum paketlerinin içeriklerinin bir kısmını ifade etmektedir. Bu hizmet kapsamında hastalara doğum sonrası oluşan kilo problemlerine yardımcı olmak adına diyetisyen desteği, yeni doğan bebek bakım eğitimleri, psikolojik ve pedagojik danışmanlık hizmetleri, ambulans hizmetleri, doktor danışma hattı, oda süsleme, fotoğrafçılık, kuaför hizmetleri, ilk lohusa şerbeti ikramı gibi hizmetler de yer alabilmektedir (Web\_10, 2016:1).

Yapılan son araştırmalara göre Türkiye’de yılda 10 milyon MR çekilmekte ve 2 milyar kutu ilaç tüketilmektedir. Bu durum sadece bu iki dalda bile pazar payının ne kadar büyük olduğunu ifade etmektedir. OECD ülkelerinde 2017 yılı içerisinde hekim başına başvuru sayısı 6,4 iken ülkemizde bu oran 8,7’dir. Bu farkın oluşmasında özel hastanelerin rolü de oldukça fazladır. 2002 yılında özel hastanelere başvuru sayısı 5.697.170 iken 2016 yılında 71.147.878 olmuştur. Oranın bu denli artmasında devlet hastanelerinde oluşturulan performans sistemi de etkili olmuştur.

Tüm bu etmenler hem hasta sayısının hem de teknik donanım, MR, tomografi gibi bilgisayarlı görüntüleme araçlarına olan ihtiyacın da artmasına sebep olmaktadır (Web\_11, 2016:1). Tüm bu durum sağlık ve ticarileşme kavramları arasındaki ince çizgiyi iyi belirleme konusundaki sesleri güçlendirmektedir.

Türkiye'deki sağlık hizmetleri pazarlamasında ve sağlık harcamalarının artmasında reklamların payı da büyüktür. Resmi mevzuat ile sağlık alanında yapılacak reklamlar belirli kural ve kaidelere bağlanmıştır. Ancak sosyal medya üzerinden yapılan yayınlar, gazetelerde yer alan sağlık köşeleri, halka açık alanlarda yapılan sağlık seminerleri, reklam panoları sağlık hizmetleri pazarlamasında önemli rol oynamaktadır. Bütün bu faaliyetlerin sonucunda sürekli artan hekime başvuru sayısı, tetkik ve tahlillere rağmen sağlık hizmeti ve sağlık harcamaların GSYH içerisindeki oranı oldukça düşük seviyelerde kalmaktadır. Bunun nedeni ise sağlık hizmetlerinin nispeten daha ucuza sunulması gösterilebilir. Türkiye'de verilen sağlık hizmetlerinin diğer ülkelere nazaran daha ucuz olması sağlık sektörü açısından ciddi fırsatlar doğurmaktadır. Ülke olarak sağlık hizmetlerinin bu denli uygun verilmesini avantaja çevirerek çok ciddi sağlık turizm yatırımları yapılabilir. Tarihi, dinî ve kültürel bağlar kullanarak tanıtım ve pazarlama yapılması sağlık turizmi açısından oldukça önemli bir konulardır. Özellikle Orta Doğu ve Orta Asya ülkelerinin kısırlık ve göz hastalıkları için başvuru merkezleri haline gelen ABD ve Avrupa ülkelerinde son yıllarda gerçekleşen İslâm karşıtlığı ve etnik ayrımcılık, Türkiye için alternatif sağlık hizmeti sağlayıcısı olma imkânı sağlamaktadır (Baka, 2011:182).



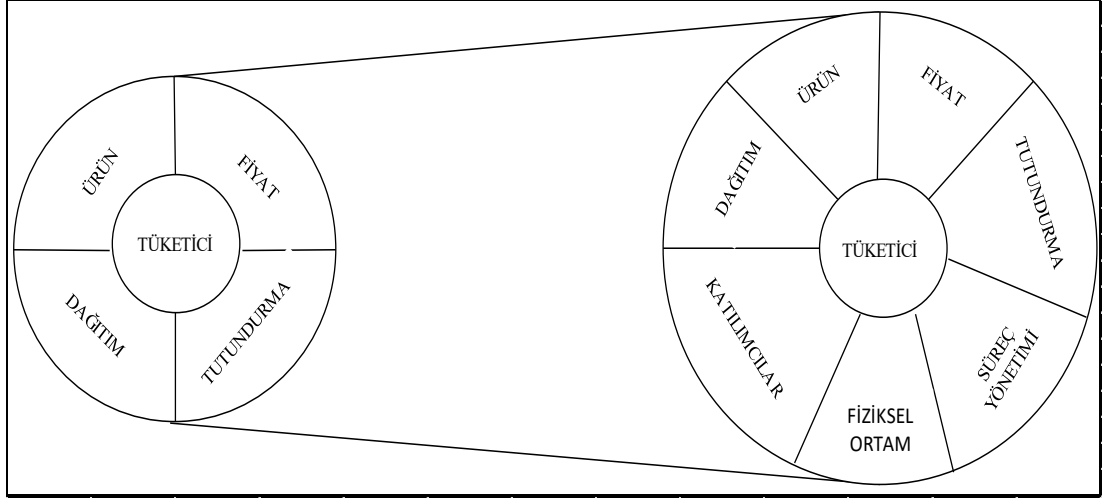
## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

#### 3.1. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması

Pazar çevresinin incelenmesi ve pazar bölümlerinin belirlenmesinden sonraki aşama pazarlama stratejilerinin belirlenmesi aşamasıdır. Sağlık hizmetlerinin pazar bileşenlerini oluşturan gelir dağılımı, yasalar, örfler ve adetler gibi değişkenleri kısa süre içerisinde değiştirmek mümkün değildir. Bu nedenle iç ve dış çevreyi en iyi şekilde anlamak, oluşan fırsatları önceden gözlemlemek ve değerlendirmek için uyum sağlama gerekliliği bulunmaktadır. İşletmeler çere koşullarına kendi pazarlama oluşumları ile uyum sağlamaktadırlar. Pazarlama oluşumları ile firma kontrolü birbirini tamamlayıcı ve birbirlerinin yerine ikame edici olarak kullanılmalıdır. Örneğin talebi arttırmak adına laboratuvar tahlil ücretlerinin düşürülmesine karşılık hizmet türlerindeki ücretlerin arttırılması gibi, hizmet türlerinin arttırılması ile tahlil sonuçlarını daha kısa sürede teslim edilmesi birbirini ikame şekilde destekleyebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde pazarlama karmaları (Karafakioğlu, 1998:55-56);

- Ürün
- Fiyat
- Dağıtım
- Tutundurma
- Katılımcılar
- Fiziksel Çevre
- Süreç Yönetiminden oluşmaktadır.



(Kaynak: Odabaşı ve Oyman, 2008:6)

**Şekil 3.1. Ürün ve Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması**

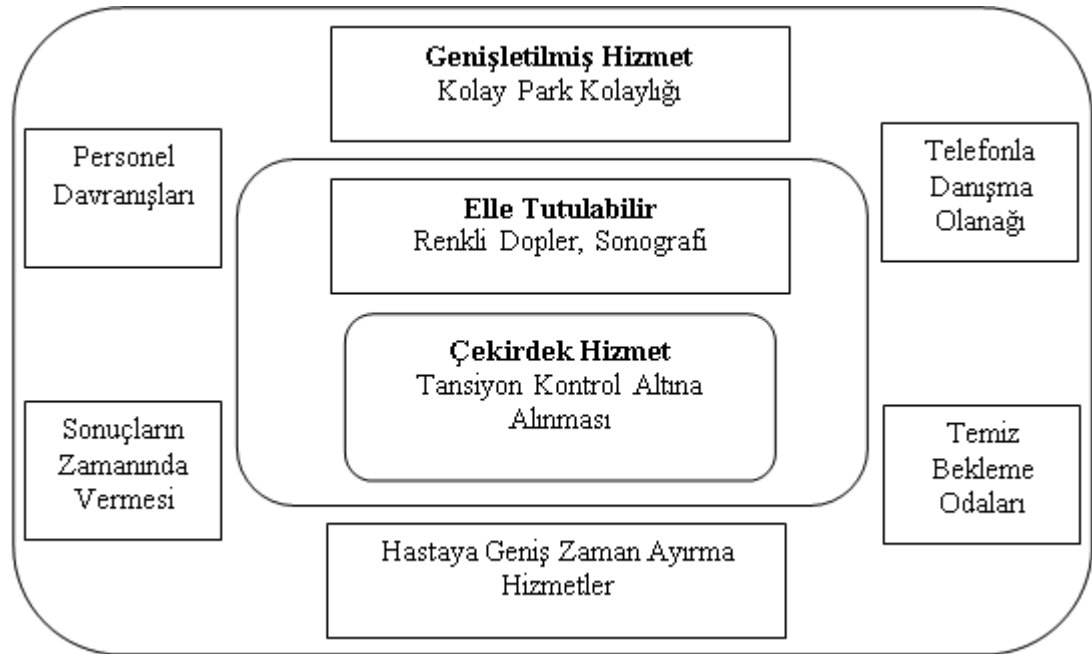
### 3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Ürün

İhtiyaç ve isteği karşılamak üzere tüketilmek amacıyla sunulan her türlü şeye ürün denilmektedir. Sağlık hizmetleri sunucuları tarafından ortaya konulan ürüne de sağlık demek doğru bir tanımlama olacaktır. Sağlık hizmetlerinin fizikî boyutunun ve belirli standartlarının olmaması sağlık ürünlerini tanımlamada sorunlar oluşmasına sebep olmaktadır. Bazı araştırmacılar sağlık kurumlarınca üretilen ve tüketici tarafından istenen asıl ürünün sağlık ve tıbbî bakım, diğer bir ifadeyle herhangi bir hastalığın veya tıbbî bozukluğun olumsuz etkilerinin önlenmesi, kontrol edilmesi veya yönetilmesi olarak kabul edilmektedir (Tokay, 2000:29).

France ve Grover “Sağlık Hizmetleri” yerine “Sağlık Ürünü” kavramını kullanmayı tercih etmiş, bu kavramla hastane ve doktorlar gibi sağlık hizmeti sunan kişi ve birimler ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra tıbbî ilaç ve malzemeleri sağlık ürünü tanımına dâhil etmemişlerdir (France ve Grover’dan aktaran İncik, 2006:15).

Sağlık hizmetlerinde ürün (hizmet), çekirdek ve genişletilmiş hizmet olarak ikiye ayrılmaktadır. Çekirdek hizmet; bir hizmetin müşteriye sağladığı faydadır. Sağlık faaliyetleri geniş çapta çekirdek hizmetleri kapsar. Bu hizmetler tüketicilerin problemlerini çözmek için sunulan soyut faaliyetleri veya süreçleri ifade etmektedir. Açık kalp ameliyatları, kanser teşhis programları ve yaşlılık hastalıkları klinikleri gibi konular sağlık işletmelerinin sunduğu çekirdek hizmetlere birer örnektir

(Berkowitz, 1996:201-202). Genişletilmiş ürün ise temel fonksiyonların daha iyi yerine getirilmesine yardımcı olan çeşitli özelliklerdir. Richard B.Dwore'a göre hasta, hekim veya hastaneye sağlıklı bir yaşamı engelleyen nedenlerin ortadan kaldırılması için başvurur. Bu amaçla sunulan klasik sağlık hizmetleri olan ameliyat ve laboratuvar hizmetleri hastanelerin sunduğu çekirdek hizmetlerdir. Müşteri hizmetleri ise yine aynı kuruluşun sunduğu çoğaltılmış hizmet kapsamına giren hizmetlerdir (Karafakioğlu, 1998:117). Örneğin; bebek sahibi olamayan çiftlerin hastaneye gelip tüp bebek vb. tedavi seçeneklerini kullanarak çocuk sahibi olmak istemeleri çekirdek faydadır. Buradaki temel amaç “çocuk sahibi olmak isteği” olduğu için çekirdek fayda olarak konumlandırılmaktadır. Ancak tedavi aşamasında kullanılan laboratuvar testleri, cerrahi müdahaleler, hatta hastaların hastaneye gelirken araçlarını otoparka rahatça bırakmaları bile hizmetin çoğaltılmış yönüdür (Karafakioğlu, 1998:118).



(Kaynak: Karafakioğlu, 1998:117)

### Şekil 3.2. Çekirdek ve Genişletilmiş Hizmet

Sağlık hizmetleri pazarlaması hizmet alanlarının genişliği ve sağlık hizmetlerinin çeşitliliği nedeniyle tek bir hizmet ya da üründen bahsetmek olanaksızdır. Hangi hizmetin kime ya da hangi insan grubuna hitap ettiği yine hizmeti alan ve kullananlara bağlı olacaktır. Sağlık sektöründe sunulan hizmetin

değerlendirilmesi tüketicinin fayda/maliyet algısı ile anlaşılmaktadır. Sağlık sektöründe soyut hizmetler kadar somut hizmetlerin de belirgin özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için somut sağlık hizmetlerini kullanmaktan kaçınmak mümkün değildir. Örneğin Bilgisayarlı Tomografi ve ultrason cihazları, teşhis hizmetini vermede kolaylık ve kesinlik gibi yararlar sağlar (Odabaşı ve Oyman, 2008:53).

Sağlık kuruluşunun hizmet verdiği alanların özellikleri, hekimlerin özellikleri ve tedavi hizmetlerinin özellikleri de ürün tespitinde genel pazarlama bilgilerini oluşturacaktır. Bunları ifade etmek gerekirse (Karahana, 2006:6-7);

#### Hastanenin Hizmet Verdiği Alanın Özellikleri:

- Yaş dağılımı
- Gelir dağılımı
- Eğitim Düzeyi
- Dini inançlar
- Kültürel ve töresel özellikler
- Tıbbî servisin türü (yatarak, ayakta tedavi, acil)
- Piyasa boyutu ve gelişim hızı
- Doğum ve ölüm istatistikleri
- Sağlık sektöründe çalışanların sayısı

#### Doktorların Özellikleri:

- Yaş
- Uzmanlık
- Pratik alanı
- Ofis yerleri
- Vizite ücretleri
- İlişki kurulan bölümler
- Hastanın kaynağı
- Diplomalara

Tedavi hizmetleri:

- Servis
- Teşhis
- Hasta kaynağı
- Danışma kaynağı
- Hasta yaşı
- Hastanın kaynağı

### **3.1.1.1. Çekirdek (Jenerik) Ürün:**

Çekirdek ürün; tüketicinin bir üründen elde etmeyi düşündüğü yarar olarak ifade edilmektedir. Bir otomobilin ulaşım kolaylığı ve konfor sağlanması, ağrı kesicilerin ise ağrıları olan bir hastaya ağrılarını kurtulması yönünde sağladığı yarar bu ürünleri almak kişileri teşvik eden faktörlerdir. Ürünler alınırken ürün özelliklerinin çoğu dikkate alınmaz veya bilinmez. Burada sadece kişiyi tatmin edici özellikler önem taşımaktadır. Yarar sağlayan ürünün mutlaka dokunulur, hissedilir bir yapıda olmasına gerek yoktur.

Çekirdek hizmet, hizmetlerin müşteriye sağladığı faydadır. Sağlıkta insanlara sunulan hizmetler, geniş anlamda çekirdek hizmetleri oluşturmaktadır. Çekirdek hizmetler, müşterilerin karşılaştıkları sorunlar karşısında sunulan soyut faaliyet ve süreçleri içerisine almaktadır. Açık kalp ameliyatları, kanser teşhisinde yapılan tahliller, ultrason, röntgen gibi hizmetler sağlık hizmetleri açısından çekirdek hizmetleri oluşturmaktadır (Berkowitz, 1996:201).

### **3.1.1.2. Gerçek (Somut) Ürün:**

Tüketicilere sunulan fiziksel mal ve hizmetlerdir. Çekirdek ürünü kapsayan biçim, kalite, marka ve ambalaj gibi etkenleri içerisine almaktadır (Arpacı vd., 1992:76). Örneğin; bir aracın fiziki özellikleri deyince akla rengi, modeli, ilave donanımları (anti patinaj sistemi, geri görüş kamerası, çelik jant vb.) akla gelmektedir. Bazı ürünlerde ise özünde ürün aynı olmasına rağmen markasındaki farklılık, tasarım, renk, boyut, ambalajlama özelliklerindeki küçük değişikliklerle bile farklı ürün oluşturulur (Tengilimoğlu, 2014:169).

### **3.1.1.3. Genişletilmiş (Zenginleştirilmiş) Ürün:**

Fizikî mallar ile birlikte sunulan, ürünün temel fonksiyonlarını eksiksiz yerine getirmesini sağlayan çeşitli özelliklerdir. Ürünün teslimatının yapılması, gerekirse eve kadar taşınması, montajı, ödeme koşulları, sunulan ürününü istendiği takdirde iade edilebilmesi veya değiştirilmesi gibi ek hizmetler üründen beklenen faydaları arttırmaktadır. Örneğin birçok hava yolu şirketi ulaştırma hizmeti sunmaktadır. Bunun yanında konfor, uçuş esnasında yapılan ikramlar, dakiklik, nezaket gibi ek hizmetler bir şirketi diğerine tercih etmede önemli rol oynamaktadır (Stanton, Etzel ve Walker, 1991:168).

Sağlık hizmetlerinde genişletilmiş hizmetler ise odalar ve temizlik, teknik hizmetler, tıbbî olmayan dolaylı hasta bakımı, diğer bakım hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri (çevre ve ambulans hizmetleri vb.) gibi hizmetlerden oluşmaktadır (Usta, 2000:7). ABD’de plastik cerrahlara pazarlama eğitimi veren Kate Altork ve Douglas Dedo isimli iki araştırmacı, hastaların doktorları bekleme salonunda beklerken, burada karşılaştıkları birçok davranıştan dolayı tedirgin oldukları ve ameliyatları iptal edip başka bir hekime gittiklerini tespit etmişlerdir. Yapılan bir araştırmada; hastaların birçoğunun daha önce ameliyat olan ve kontrol için gelen bandajlı hastaları görmeyi istemedikleri, bekleme esnasında tellere oturan kuşlar gibi, tek tek sıraya dizilmekten rahatsız oldukları ve penceresiz soğuk ortamların kendilerine itici geldiği, kendilerini kahve makinesi ve su sebili olan, aydınlık, geniş ve ferah ortamlarda rahat hissettikleri sonuçlarına varılmıştır. Bu araştırmalar sonucunda bir plastik cerrahın teknik yeteneklerinin ilave olarak hizmet pazarlayıcısı gibi düşünmesi gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Hasta ile iyi ilişkiler kurmak ve rahat bir fiziksel çevrenin kurulmasının gerekliliği görülmüştür (Lovelock ve Writz, 2004:109).

### **3.1.2. Sağlık Hizmet Bileşimi**

Sağlık işletmesinin temel başarısı hizmet bileşenine bağlıdır. Bir hastane dar bir hastane bileşenine sahip olabileceği gibi, geniş bir hizmet bileşenine de sahip olabilir ve bu şekilde hastane işletmesini gerçekteştirebilir. Hizmet bileşimi bir hizmet işletmesinin sahip olduğu bütün hizmet hatlarını ve bu hizmetleri oluşturan hizmetleri ifade etmektedir. Hizmet hattı; beraber üretilen, dağıtımı gerçekteştirilen,

tüketiminde beraber rol oynanan, talep ve maliyet açısından yakın bir ilişki kurarak bir hizmetin oluşumunu gerçekleştirmektedir.

Hizmet bileşimindeki uzunluk hizmet hatlarının sayısına bağlıdır. Sağlık kurumunda sağlık hizmetlerindeki uzunluk birbiri ile aynı sayıda olmayabilir. Örneğin; kadın ve çocuk hastalıklarında dört hizmet uzunluğu yer almaktadır. Bunlar Kadın Doğum, Jinekoloji, Çocuk Hastalıkları ve Cerrahidir. Göğüs Hastalıklarında ise hizmet uzunluğu Kalp ve Damar, Şirürji ve Kardiyoloji, Sinir ve Beyin hastalıklarında ise Nöroloji ve Nöroşirürji olarak sayılabilir. Aşağıdaki Şekil 3.3’de bu durum ifade edilmiştir.

A Hastanesi Hizmet Bileşimi			
Hizmet Bileşiminin Uzunluğu			
Hizmet Bileşiminin Genişliği	Kadın ve Çocuk Hastalıkları	Göğüs Hastalıkları	Sinir ve Beyin Hastalıkları
	Kadın Doğum	Göğüs Hastalıkları	Nöroloji
	Pediyatri	Kalp-Damar	Nöroşirürji
	Jinekoloji	Şirürji	
	Çocuk Cerrahisi	Kardiyoloji	

(Kaynak: Karafakioğlu, 1998:119-120)

Şekil 3.3. Hizmet Bileşimi

Dar hizmet politikaları uygulanan hastanelerde az sayıda hizmet bileşimi ve az sayıda hizmet sunulmaktadır. Başka bir ifadeyle hizmet bileşiminin uzunluk ve/veya genişlik ve/veya derinlik açısından fazlaca genişlemesine izi verilmez. Geniş hizmet bileşimine en güzel örnek olarak üniversite ve eğitim, araştırma hastaneleri örnek verilebilir. Dar hizmet anlayışına örnek olarak da devlet hastaneleri ve özel hastaneleri gösterilebilir (Karaca, 2015:82).

Hizmet bileşimlerini belirlerken dikkat edilecek hususlar (Karafakioğlu, 1998:119):

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

### **3.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Fiyat**

Fiyat; bir mal veya hizmetin karşılığında ödenmesi gereken ücrettir. Kısaca mal veya hizmetin birim değerinin para ile ifade edilmesidir. Bir başka ifade ise herhangi bir ürün karşılığında, ürünü satan tarafından istenen veya alıcı tarafından ödenmesi gereken parayı ifade etmektedir (Karalar, 1972:3).

Fiyatlandırma, sağlık hizmetlerinde oldukça önemli rol oynayan bir koşuldur. Ancak sağlık hizmetlerinin fiyatlandırması oldukça güçtür. Çünkü sağlık hizmetleri zorunlu bir ihtiyaçtır, keyfi alınan bir hizmet değildir (Web\_12, 2011:1),

Sağlık hizmetlerinde fiyatın tanımı tam anlamıyla yapılabilmiş değildir. Bunun ilk nedeni sağlık hizmetlerinden faydalanmak için devlet ya da sağlık sigorta şirketlerinin ya hizmet bedelinin tamamını ya da bir kısmını insanlardan talep etmesidir. İkincisi, hasta doktora başvurduğunda kendisine yapılacak hizmetleri belirleme şansının bulunmaması, bunun doktor tarafından belirlenmesi ve hastanın ödeyeceği ücretin hastaya bağlı olmaksızın değişken olmasıdır. Son olarak, belirli bir hizmetten kişilerin yaralanma ve yararlanmamasının maliyeti veya hizmetin başka bir kurum tarafından elde edilmesinin, hizmetin bedelini ödemekten daha da ileri değerlendirme süreçlerini içermesidir (Odabaşı ve Oyman, 2008:68).



Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı, uygulanma alanındaki zorluklar ve hizmet çeşitliliğinin fazla olması, fiyatlandırma alanında uygulamaların net bir şekilde ortaya çıkmasına engel olmaktadır. Ülkeler arasındaki değişkenlik, hatta aynı ülke içerisinde bile değişen sağlık politika uygulamaları, sağlık hizmetlerindeki uygulamaları üç grupta toplanmaya yöneltmiştir (Odabaşı ve Oyman, 2008:68-69).

- Devlet düzenlemelerine tabi olan uygulamalar
- Dernek ve odaların düzenlemelerine tabi olan uygulamalar
- Pazar koşullarının düzenlemelerine bağlı olan uygulamalar

Fiyatın devlet tarafından düzenlendiği sistemlerde toplumsal ve politik amaçlar ekonomik amaçların önüne geçmektedir. Bu sistemlerde fiyat, politik ve toplumsal amaçlara ulaşmak için bir araç olarak kullanılabilir hale dönüştürülmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanılırken çok az bir ödemede bulunmaktadır. Tüm genel sağlık harcamaları devletin genel bütçesinden karşılanmaktadır. Bunun dışında bazı özel sağlık kuruluşları da oluşturdukları düzenlemeler ve yapılanmalarla kendilerine uygun fiyat politikaları oluşturabilmektedir. Serbest doktorlar ve dış doktorları bu olaya örnek gösterilebilir. Burada ifade edilen durumlar pazar koşullarına, ekonomiye, tüketicilerin hizmet-fiyat kalitesine, acil durumlara ve rekabete göre düzenlenebilmektedir.

Maddi ürün satın alınmasındaki parasal ödemeye karşılık, sağlık hizmetlerinin satın alınmasında katlanılan bedelin boyutu daha değişik olmaktadır. Sağlık hizmetinden maliyeti sadece parasal düzeyde kabul etmek yetersiz olacaktır. Hastaların ve hasta yakınlarının tanı, teşhis ve tedavi aşamalarındaki endişe, huzursuzluk ve stres gibi durumlarda hizmeti sağlayan kurum ya da kişilere karşı değerlendirmeleri “Sosyopsikolojik Maliyet” olarak nitelendirilmektedir. Hasta ve yakınları hastane ve sağlık hizmetlerinden yararlanacağı kurumları seçerken fiyat ile birlikte bu tür psikolojik bedelleri de göz önünde tutmaktadır (Kavas ve Güdüm, 1994:224-225).

Birçok durumda sağlık hizmetlerinin maliyeti üçüncü dereceden kurumlar tarafından karşılanmaktadır. Hasta ile sağlık hizmeti sunan kurum arasında direkt para değişimi, genellikle özel ve teknik beceri anlamında titizlik gerektiren ameliyatlara, deneysel süreçler ve bazı sigorta planlarının maliyeti ortak karşılama

gibi özel durumlarla sınırlıdır. Sonuç olarak; sağlık sigorta kurumları üyeleri için maliyeti karşılarken, bazen de üçüncü bir şahıs gibi araya girerek müdahale de bulunabilirler (Harcar, 1991:39).

### **3.1.3.1 Fiyatlandırma Yöntemleri**

#### **Maliyete Göre Fiyatlandırma**

Fiyatlandırma sisteminde en sık kullanılan metot “Maliyetlere Göre Fiyatlandırma” dır. Bu yöntem en adil yöntem olarak kabul görmektedir (Karafakioğlu, 1998:170). Maliyete göre fiyatlandırmada kural, birim değişken maliyet başına sabit maliyetlerden düşen pay hesaplanarak eklenir ve birim başına toplam maliyet hesaplanır. Elde edilen bu rakama belirli oranda kâr eklenerek fiyat elde edilmiş olunur. Örneğin, bir sağlık kuruluşunda sabit giderler hasta sayısı artsa da azalsa da değişmez. Bu değişmeyen maliyetler personel maaşları, kiralar, ısınma, aydınlatma gibi giderleri kapsar. Bu yaklaşım kolay ve anlaşılır olmasına rağmen, karmaşık ve rekabetçi iş dünyasında verimli olmamaktadır (Tung, Capella ve Tat, 1997:53).

#### **Talebe Göre Fiyatlandırma**

Bir kuruluş tarafından fiyatlandırma yapılırken önce müşterilerin ödeyebileceği fiyatlar incelenip akabinde maliyet unsurunu dikkate alıyorsa buna talebe göre fiyatlandırma denilmektedir. Talebe göre fiyatlandırma teorik açıdan bakıldığında en doğru fiyatlandırma yöntemi olarak görülmektedir. Bu sistemin işletilebilmesi için öncelikli kural talep fonksiyonunun var olmasıdır. Bu fonksiyon ile birlikte geçmişte müşterilerin değişik mal ve hizmetleri değişik fiyatlardan ne kadar satın aldıklarına bakılıp, potansiyel müşterilerle görüşerek veya değişik yöntemler kullanarak geliştirmeler yapılabilmektedir (Karafakioğlu, 1998:177-185). Talebe göre fiyatlandırma sık sık talebin zamanlaması ve talep düzeyinin değiştirilmesinde kullanılmaktadır. Acil yardım hizmetleri için uygulanan yüksek fiyatın maliyet ile doğrudan ilgisi bulunmamaktadır. Buradaki temel amaç acil vakalar dışındaki durumlar için Acil Servislerin kullanılmasını engellemek için bir maliyet oluşturmaktır. Teorik olarak hafta sonlarında fiyatlar düşük tutulmaktadır. Böylelikle günlük değişiklikler düzenli bir hale getirilmektedir (Odabaşı ve Oyman, 2008:81).

Talebe göre fiyat sistemine verilebilecek en tipik örnek fiyat farklılaştırmasıdır. Fiyat farklılaştırması mal ve hizmetlerin, farklı müşteri tiplerine göre, farklı fiyatlardan satılması ile gerçekleşir. Bu sistemin yapılabilmesi için pazarı bölümlendirmek şarttır. Bölümlendirme yapılamaz ise bu sistem uygulanamaz. Fiyat farklılaştırması müşteri, zaman, yer ve ürün temeline göre gerçekleşmektedir. Bir sağlık kuruluşunda hizmet veren doktor zengin ve fakir hastalara iki farklı vizite ücreti uyguluyorsa bu politikaya “Müşteri Temeline Göre Fiyat Farklılaştırması” adı verilmektedir. Hastanelerde tek odada kalan hastalar koğuştaki diğer hastalardan fazla para ödemektedir. Bu duruma “Yer (Mekân) Temeline Göre Fiyat Farklılaştırma” denilir. Bazı sağlık kurumlarında ise hastalardan mesai saatleri dışında daha düşük ücret talep edilerek hastaların bu zamanlar dışında müracaatları sağlanmaya çalışılır. Bu duruma ise “Zaman Talebine Göre Fiyat Farklılaştırması” denilmektedir.

Ürün veya hizmet temeline göre yapılan fiyat farklılaştırmasında ürün veya hizmetin iki farklı tipi arasındaki fiyat farkının aralarındaki maliyet farklarından daha büyük olması gerekir. Eğer ikisi de birbirine eşitse fiyat farklılaştırmasından söz etmek mümkün değildir. Eğer bir dış doktoru müşterilerine uyguladığı fiyat politikasında malzemenin kalitesine göre değişiklik yapıyor ve farklı malzeme kullanımında farklı fiyatlar talep ediyorsa bu fiyat farklılaşması değildir (Karafakioğlu, 1998:177-185).

### **Rekabete Dayalı Fiyatlandırma**

Rekabete göre fiyatlandırmada temel esas rakiplerden değişik olmayan homojen mal veya hizmetlerde izlenen fiyat politikasıdır. Üst düzeyde rekabet olan, mal ve hizmetler arasındaki farkların minimal seviyede bulunduğu bir pazarda, hiçbir kuruluş pazar fiyatından ayrılma cesaretini gösteremez. Rekabete göre fiyatlandırma yapıldığında kuruluş için esas olan, uygulanan fiyatın maliyeti karşılayıp karşılamadığı, bu fiyattan sağlanan kârın tatmin edici olup olmadığıdır (Karafakioğlu,1998:186).

Bu fiyatlandırma sisteminde sağlık hizmeti sunan kuruluşların fiyat politikası gerçeğin bir kısmını oluşturmaktadır. Bir sağlık kuruluşunda benzer hizmeti sunan diğer kuruluşlara göre aynı hizmet için daha fazla ücret alındığı takdirde, hasta ücreti

direkt kendi ödemesi, sağlık sigortası karşılansa bile fazla ücret alan sağlık kuruluşu açısından olumsuz bir durum gerçekleşmektedir. Bunun yanında yüksek fiyatlı sağlık hizmetleri daha nitelikli bir tedavinin ve konforun belirtisi olarak kabul edilebilir ve tercih sebebi olabilir. Sonuç olarak rekabet durumuna göre ya rakiplerle aynı düzeyde ya da rakip müşterilerden daha yüksek bir fiyatlandırma politikası benimsenebilmektedir (Odabaşı ve Oyman, 2008:81).

#### **3.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtım**

Sağlık hizmetlerinde dağıtım sadece fiziki anlamda düşünülmemesi gereken bir fonksiyondur. Sağlık hizmeti veren kurumun tüm görünümü, uzmanlık düzeyi, tıbbî ve tıbbî olmayan personel davranış biçimleri, hizmetlere ulaşma aşamasında geçen süreler konu içerisine dâhil edilmelidir. Bu durumlar ışığında sağlık hizmeti veren kuruluşlar tarafından verilen hizmetin yararlı olması, konum bakımından avantajlı bulunması, hizmet ve kaynakların verimli kullanılması, danışma ve sevk sistemlerinin etkin bir şekilde kullanılması kapsam içerisine alınabilecek alt konulardır. Sağlık hizmetlerindeki temel amaç, müşteriye uygun yer ve zamanda en kolay biçimde ve rahatlıkla ulaştırılmasını sağlamaktır (Odabaşı ve Oyman, 2008:67).

Sağlık kurumlarında sunulan hizmet diğer kurumlarda olduğu gibi üretilen ayrılmamaktadır. Hizmeti üreten aynı anda hizmeti gerçekleştirip pazarlayandır. Sağlık hizmeti aynı anda üretilip pazarlandığı için doğrudan dağıtım söz konusudur. Doğrudan dağıtım sağlık hizmeti kuruluşlarının ulaşabileceği coğrafi pazarları kısıtlamaktadır. Bu durumun getirdiği zorluklara rağmen sağlık hizmetlerini çeşitli hale getirmek ve olabildiğince hastaya ulaştırmak hizmeti sunan sağlık kurumları açısından birinci önceliğe sahiptir (Odabaşı ve Oyman, 2008:67).

Sağlık hizmeti veren kurum ve doktorun mevcut pazardaki imajı, tanınmış olması ile sağlık hizmeti alan müşterilerin bekleme katlanma derecesi arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık hizmeti alan kişilerin uzun süren saatler boyunca beklemesi zaman kaybının yanında moral bozukluğuna da yol açmaktadır. Bu bekleme esnasında sağlık hizmeti alan müşteri ve yanında gelen insanların daha kolay zaman geçirebilmesi için televizyon, gazete, dergi gibi hizmetlerin faydası olacaktır (Karafakioğlu, 1998:139).

### **3.1.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtımın Oluşturduğu Faydalar**

#### **Zaman Faydası**

Sağlık hizmetlerinde önemli konulardan birisi de insanların hizmetlerden yararlanmak için harcadıkları zamandır. İnsanların boşuna harcadıkları zaman hizmetin getireceği doyumu ve buradan kazanılacak kazanımları da önemli ölçüde olumsuz etkileyecektir. Özellikle sağlık hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarında zaman konusundaki rekabetin bir hayli arttığı günümüzde bu etken önemli bir hale gelmiştir. Sağlık hizmetin hızlı bir şekilde, yeterli ve zamanında verilmesi sağlanacak yarar en üst düzeye taşınmalıdır. Zaman konusunda yöneticilerin değerlendirmeye alması gereken konular şu şekildedir (Gümüş, 2005:98):

- Hizmetin sunulduğu gün ve saatler
- Randevu için beklenen zaman
- Muayene ve tahlil için beklenen süre
- Müdahale zamanının düzeyi
- İşlemlerin yapılması için geçen süre
- Sağlık kuruluşunda kalınması gereken zamandır

Sağlık hizmetlerinde servis sayısının fazla olması nedeniyle mesai saatleri dışında da hizmet verilmesi gibi konular bir çeşit stok maliyetidir. Ancak hastaya ihtiyacı olan hizmeti gerektiğinde vermek için bunlara katlanır. Bahsedilen bütün bu konuların ana ekseninde hasta için zaman faydası olduğunun da unutulmaması gerekir (Karafakioğlu, 1998:139).

#### **Yer Faydası**

Sağlık kuruluşuna müracaat edecek bir hasta ulaşım konusunda ne kadar zorlukla karşılaşarsa mekân faydası o kadar azalıyor demektir. Hastalar sağlık kuruluşlarında mekân faydası düşük olan seçenekleri zorunlu olmadıkça dikkate almazlar. Hastaların kendilerine en yakın sağlık kuruluşu ve doktoru tercih etmesindeki temel faktör budur. Hiç kimse mecbur kalmadığı sürece kendisinden uzak bir markete, pazara, bankaya veya doktora gitmez (Karafakioğlu, 1998:140).

Yerleşim yeri, sağlık hizmetlerinin üretildiği ve sunulduğu kurumun ve bu hizmetleri yerine getiren personelin bulunduğu konumdur. Sağlık hizmetlerinin

birçoğunun hastalara götürülme şansı olmadığından, hastaların sağlık kuruluşuna gelme zorunluluğu vardır. Bu durumda karar verenlerin dikkate alması gereken konular şunlardır (Gümüş, 2005:97):

- Yerleşim yerine ulaşım kolaylığı,
- Yerleşim ve alan düzenlemelerinde göz önüne alınan faktörler,
- Gerekli düzenlemeleri yapmak için yerleşim ve alan durumunun periyodik olarak gözden geçirilmesi,
- Oto park alanlarının durumu,
- Bekleme salonlarındaki renk, donanım ve düzenlemeler,
- Özürlüler ve yaşlılar için gereken özel düzenlemeler.

### **Mülkiyet Faydası**

Mülkiyet faydası mübadelenin gerçekleşmesi için en önemli unsuru oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin elle tutulur bir boyutu olmadığı için mülkiyet devirlerinin de olması söz konusu değildir. Bunun yanı sıra hizmetlerin de bir fiyatı olduğu unutulmamalıdır. Hizmeti üreten sağlık kuruluşu bir arz olmadığı sürece hizmeti üretmez, hizmetten yararlanmasına da müsaade etmez. Ancak hizmet işletmeleri de araçlardan yararlanabilmektedirler. Örneğin, bir sağlık kuruluşu hizmetlerini bir başka sağlık kuruluşuna ya da sağlık sigorta şirketine belirli bir fiyat karşılığında satabilir. Sağlık kuruluşları doktorlara, doktorlar sağlık kuruluşlarına hastalarını bir bedel karşılığında satamazlar. Ancak iki farklı akış yönünden düşünüldüğünde ilk olarak sevk edilen hasta, ikinci olarak ise hasta sevki ile gerçekleştirilen hasta hakkındaki bilgi el değiştirebilir. Hastaya yapılan ilk müdahale doğru yapılır ve hasta tam bir dosya ile sevk edilirse, diğer doktor ve sağlık kuruluşunun işi kolaylaşır. Doktor diğer bir sağlık kuruluşunda çalışan doktora hastayı yönlendirebilir, yönlendirmeyi yapan doktor aynı durumu kendi açısından da bekleyebilir (Karafakioğlu, 1998:140-141).

Dağıtım kanalında yer alan sağlık kuruluşları birbirlerini finansal açıdan da desteklemektedirler. Verilen ücretlerden sağlık sigortası için kesinti yapıldığında, ileride karşılaşılabilecek bir sağlık sorununun bedeli peşin ödemekte yani diğer bir deyişle sağlık hizmeti sigorta kapsamında sahiplenilmektedir. Finansal açıdan bir diğer gelişme de kredi kartlarının kullanımınıdır. Kredi kart kullanımının artması ile

mülkiyet aktarımı kolaylaşmış ve bulunan mevcut pazara hareketlilik vermiştir (Enginkaya, 2000:112).

### **Biçim Faydası**

Üretim ve pazarlama aracılığı ile bakıldığında üretilen en önemli fayda biçim faydasıdır. İşe yaramayan bir ürün veya hizmetin fiyatı sıfır olsa bile satılamaz. Sağlık kuruluşlarında da hastalar ücretsiz ancak kalitesiz bir sağlık hizmeti almak yerine, ücretini ödeyerek kaliteli, kendilerine faydası olacak bir sağlık hizmeti satın almayı tercih ederler (Karafakioğlu, 1998:142).

### **3.1.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtımın Yoğunluğu**

Mal ve hizmeti üreten kişi veya kurumlar, üretilen bir mamulün belirli bir plan dâhilinde ve hangi yoğunlukta dağıtmasına karar vermek zorundadır. Bu dağıtım aşamasında kurum ve kişiler bir kanal yoğunluğu belirler ve bu şekilde hareket ederler. Kanal yoğunluğu, üretilen ürünün en son kullanıcıya ulaşana kadar nasıl bir yol izlenmesi gerektiği hakkında bilgi sunmaktadır. Genel olarak üç dağıtım yoğunluk türü vardır. Bunlar (Berkowitz, 1996:259);

### **Yoğun (Yaygın) Dağıtım**

Yoğun dağıtımdaki temel kural elde bulunan bütün satış kanallarını sonuna kadar kullanmaktır. Bu satış kanalları kullanılırken herhangi bir fark gözetilmez. Burada ki esas amaç mümkün olunan en fazla yer ve zaman faydasından yararlanmak, üretilen ürünün tüketiciye mümkün olduğunca az çaba sarf ederek ulaştırılması sağlamaktır. Dayanaksız mamul düşünüldüğünde ancak bu format ile işler yürütülür. Konu sağlık hizmetleri açısından ele alındığında temel olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet vermek isteniyorsa iyi bir örgütlenme ve yaygın bir dağıtım politikası uygulanması gerekmektedir. Çünkü birinci basamak tedavi hizmetleri seçenekleri açısından düşünüldüğünde fazla bilgi birikimi ve ihtisas gerektirmeyen sağlık hizmetleridir. Ancak belirli özelliği gerektiren ve hastanın sağlığına kavuşması için belirli beceri ve donanıma sahip olunması gereken durumlarda aynı şeylerden bahsetmek mümkün değildir. Birinci basamak tedavi merkezlerinde bu şekilde teknik ve özel beceri gerektiren operasyonlar yapılmaz. Hastanın sağlık hizmetini nasıl bir hizmet olarak algıladığı da dağıtım politikası

açısından önemli bir konudur. Eğer hasta, talep ettiği hizmeti özelliği olan bir hizmet olarak görüyorsa, hizmetin yaygın dağıtımından beklenen fayda sağlanamaz (Karafakioğlu, 1998: 145-146).

Genel anlamda bir değerlendirme yapılacak olursa sağlık hizmetini sunan kurumların birçoğu çeşitli araçların sağlayacağı yoğun dağıtımı kullanmakta ve giderek bu durumu yaygınlaştırmaktadırlar. Sağlık kuruluşlarının bu yoğun dağıtımı yapmak için büyümeye de ihtiyaç duydukları gözden kaçırılmamalıdır (Berkowitz, 1996:260).

### **Sınırlı Dağıtım**

Sınırlı dağıtım yaygın dağıtımın tam tersi olarak düşünülebilir. Kurumun bir veya çok az sayıda noktada hizmet vermeyi tercih etmesidir. Bu özellikli mal ve ürünlerin dağıtım politikasında kullanılan bir dağıtım yöntemidir. Bu dağıtım kanalının tercihi ile müşterinin ürünü almak için daha fazla mücadele etmesi gerekmektedir. Bunun yanında ürünü üreten firma için satış kanallarının kontrolü ve idare edilmesi fazlasıyla kolaylaşacaktır. Günümüzde birçok firmanın gücü olmasına rağmen az sayıda satış noktası bulundurup çok az sayıda satış kanalı oluşturduğu görülmektedir (Karafakioğlu, 1998:145).

Sağlık hizmetleri açısından düşünüldüğünde dünyada ve ülkemizde de bunun gibi dağıtım kanalları oluşturmuş kurumlar vardır. Buna dünyada genelindeki en güzel örnek Brooklyn'deki Joselin Kliniği'dir. Bu klinik Diyabet (Şeker) hastalığının tedavisinde uluslararası bir ün kazanmıştır. Diyabet tedavisi hizmetinden yararlanmak isteyen hastalar kendi çevrelerinde Joselin Kliniği olmadığında bu hizmete ulaşmak için Brooklyn'e seyahat etmek zorunda kalmaktadır (Berkowitz, 1996:261). Ülkemiz açısından bakıldığında ise birçok göz hastanesi bu duruma örnek verilebilir.

### **Seçimli Dağıtım**

Seçimli dağıtım, iki uç olan yoğun ve sınırlı dağıtım arasında yer alır (Cemalcılar,1999:152). Bu politika ile edinilmek istenen temel amaç yoğun ve sınırlı dağıtım politikalarının üstün yanlarını bir araya getirmektir. Seçimli dağıtım



politikasına göre her isteyen kurum ve kuruluşa satış yetkisi verilmez. Satış yetkisi sadece üretilen ürün veya mamulün pazarlamasında ve hizmet aşamasında gerekli gayreti gösteren kurumlara verilir. Seçimli dağıtımda müşterinin hizmet ve ürüne ulaşmak için çok daha fazla çaba sarf etmesi gerekmektedir (Karafakioğlu, 1998:145).

Sağlık hizmetlerinde seçimli dağıtım politikası giderek yaygınlaşmaktadır. Minnesota'daki Mayo Kliniği ve Louisiana'daki Ochsner Kliniği bu dağıtım sistemini uygulamaktadır. Tüketiciler, bu kliniklerin sunduğu sağlık hizmetlerini kullanmak istediklerinde, Rochester veya New Orleans'a gitmek zorunda kalmaktadır. Bununla birlikte gelişen sağlık hizmetleri ve sunulan hizmetlerin değişimi ile birlikte sağlık kurumlarının dağıtım yoğunluğu da değişmiştir. Bu nedenle Mayo Kliniği Jacksonville, Florida, Scottsdale ve Arizona'da merkezler açmıştır (Berkowitz, 1996: 261-262).

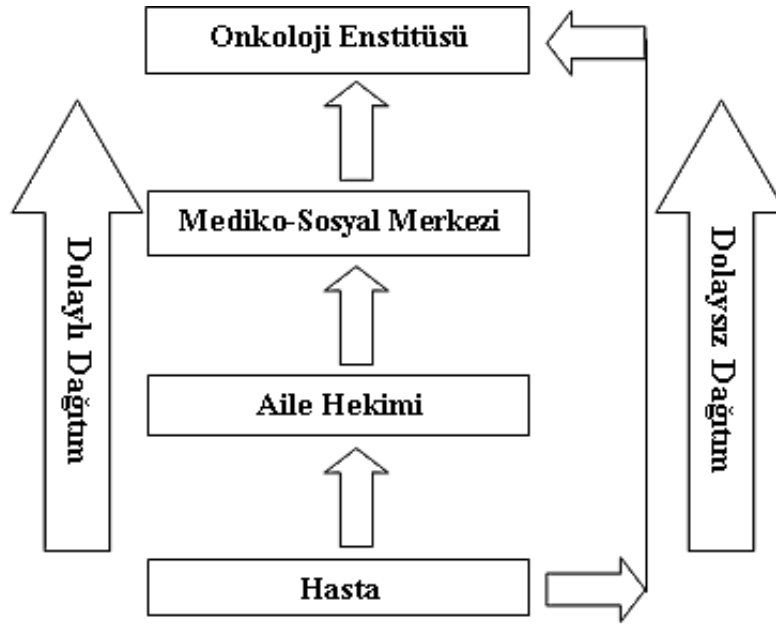
#### **3.1.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtımın Kanalları**

Dağıtım kanalları bir ürün veya mamulün üretimi gerçekleştiren kuruluştan, tüketiciye veya endüstriyel kullanıcıya ulaşıncaya kadar izlediği yoldur. Dağıtım kanalının seçimi çok daha fazla karışık dağıtım sistemlerinin içerisinde seçilir. Dağıtım kanalları çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Geleneksel olarak sınıflandırma kanal üyeleri ilişkilerinin sistematiğine göre dolaylı ve dolaysız dağıtım olarak ikiye ayrılır (Mucuk, 2000:242-243);

#### **Dolaylı Dağıtım**

Bir hizmet veya ürünün üreticiden tüketiciye ulaşana kadar, aralarında ekonomik ilişkiler kurarak gerçekleştirilmesine dolaylı dağıtım denilmektedir (Ster ve Reve, 1980:52). Dolaylı dağıtımda üretici ve müşteri arasında birçok aracı olabilmektedir. Coğrafi durum ve ulaşılabilirlikteki güçlüğüne göre bir veya birden fazla aracı kullanılarak müşteriye ulaşılmayı hedeflenmektedir. Müşteriye ulaşmak pahalı ve zor olabilir. Bu durumda araçlar arasında bir çeşit zincir kurularak gerek maliyet gerek ulaşımındaki birçok zorluklardan kurtulmak mümkün olabilir. Bu tip zorluklarda dolaylı birçok işletme dolaylı dağıtım kanallarını tercih etmektedir. Sağlık hizmetlerinde de dolaylı veya doğrudan dağıtım kanalları tercih edilebilir. Bir hastanın aile hekimine giderek muayene olması doğrudan dağıtıma örnek

gösterilebilir. Ancak bir hastanın aile hekimi tarafından bir kalp uzmanına veya kalp konusunda uzmanlaşmış bir hastaneye yönlendirmesi dolaylı dağıtım için güzel bir örnektir. Üst düzey sağlık kuruluşlarının ayakta hatta yatarak sunulan sağlık hizmetlerinden bir bölümünü kendi altındaki sağlık kuruluşları aracılığı ile sunmaları halinde bu dalda bir çeşit toptancılık, perakendecilik faaliyeti gerçekleştirilmiş olacaktır (Karafakioğlu, 1998:142-144). Şekil 3.4’de doğrudan veya dolaylı olarak ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri ifade edilmiştir.



(Kaynak: Karafakioğlu, M. 1998:143)

Şekil 3.4. Dolaysız ve Dolaylı Dağıtım

### Dolaysız Dağıtım

Genel anlamda en yalın dağıtım kanalı olarak nitelenmektedir. Üreticiden tüketiciye doğru doğrudan gerçekleşen bir kanaldır. Aracı ortadan kalksa bile bu yöntem oldukça yüksek reklam giderleri getirebilmektedir (Oluç, 1989:9).

Hizmet işletmelerinde birçok üretici hizmetlerini doğrudan dağıtmak zorundadır. Sağlık, berberlik, avukatlık gibi bir hizmet sektöründe dolaylı dağıtım imkânsıza yakındır. Doğrudan dağıtımda üretici ve hizmeti alan arasında direk temas olduğu için tüketiciyi memnun etmek hem çok kolay hem de oldukça zor olabilmektedir. Hizmet personeli ve işletmenin dağıtım kanalları elverişli olduğu durumda çok yararlı bir dağıtım kanalıdır. Dolaylı dağıtımda ise tatminsizliğin

faturasının bir kısmı işletmeye bir kısmı da aracıya çıkartılır. Hizmetlerin standartlaştırılmaması ve üretenden ayırlamaması nedeniyle doğrudan dağıtımda bazı hizmetlerde pazar payını genişletmek kolayken (kargo ve konaklama hizmetleri vb.) bazılarında pazar alanını genişletmek zordur (İslamoğlu vd., 2006:230).

Sağlık hizmetlerini ele aldığımız da ise hizmetlerin sadece doğrudan dağıtım kanalının geçerli olduğunu söyleyebiliriz. Sağlık hizmetlerinin dağıtımını oldukça hayati öneme sahiptir. Hizmeti veren sağlık personelinin sağlık hizmetinden yararlanan hastaları birbirinden ayırma gibi durumu söz konusu bile olamaz. Çünkü sağlık hizmeti doğrudan alan hasta tamamı ile kendini hizmeti veren sağlık personelinin eline kendini bırakmıştır. Bu durumda kanal doğrudan aracısız bir dağıtım şeklinde oluşmaktadır (Karahana, 2000:89).

### **3.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma**

Pazarlama, tüketici gruplarının ihtiyaçlarını doğru yerde, doğru zamanda ve doğru fiyatlarla karşılanmasından başka işlerinde yapılmasını gerektirmektedir. Pazarlamanın talep oluşturucu işlevi, mallara ve tüketime özendirilmeye yönelik uygun mesajlarla hedef kitle durumundaki tüketicileri özendirecek reklamların aktarılmasını da gerektirmektedir. Bunu saptayan pazarlama işlevi “Tutundurma”dır. Tutundurma; bir işletmenin, bir kurumun, bir kişinin kendine ya da ürettiklerine ilişkin bilgileri işletmelere, kitlelere, hedef gruplara veya bireylere, arzulanan biçimde ulaştıran birçok elemandan oluşan iletişim sürecidir (İslamoğlu, 2008:419). Gerçekte işletmenin bütünü, varlığı, görüntüsü, tutum ve davranışları onun tutundurmasını etkiler. Bir işletmenin yaptıkları kadar yapamadıkları da tutundurma konusu içerisinde yer almaktadır (Tek ve Özgül, 2007:634).

Klasik mamul pazarlamasında değişik alanlarda hizmetlerin sunulması ile birlikte eksik ve yetersiz taraflar gün yüzüne çıkmıştır. Bir uzmanlık alanı olarak kabul edilen hizmet pazarlamasının daha sağlıklı işlemesi ve daha etkin olabilmesi için iletişim fonksiyonu önemlidir. “Sağlıklı İletişim” olarak bilinen ve son 10-15 yıldır oldukça rağbet gören bu hizmet pazarlama kavramı, sağlık sektöründe de olmazsa olmaz yöntemlerden biri haline gelmiştir. Satış arttırıcılığının yanında entegre pazarlama biçimleri, interaktif pazarlama, halkla ilişkiler gibi başlıklarla da

iletişim fonksiyonu yerine getirilerek tutundurmanın daha etkili ve işlevsel hale getirilmesine çalışılmaktadır (Gümüş, 2005:103).

Tutundurma yöntemlerinin yanında değişik yöntemler kullanarak da sınıflandırma yapılabilmektedir. Her işletme kendi müşteri portföyünü elinde tutmak ve iletişim alanını geliştirmek için birden fazla tutundurma yöntemine başvurabilmektedirler. Bunun temel nedeni, tutundurma vasıtalarının müşteriden müşteriye değişkenlik göstermesi ve tıpkı tedaviyi tamamlayan iki ilaç gibi birbirini tamamlayan tutundurma yöntemlerinin müşteriler açısından birbirlerini tamamlayıcı özellikleri ile başarılı olabilmeyi sağlamasıdır (Karafakioğlu, 1998:190).

Tutundurma ya da gitgide daha sık kullanılmaya başlanan adıyla “Pazarlama İletişimi” nin başlıca metotları kişisel satış, halkla ilişkiler, reklam, satış geliştirme ve doğrudan pazarlamadır. Ekonomik gerçekliğin bir bileşeni olarak pazarlama yöntemleri de birbirinden kopuk değil bir bütün içinde birbirleri ile bağlantılı şekilde planlanıp büyümeye ve tutundurma faaliyetlerinin temel bileşimlerini ve karmalarını oluşturmaktadır. Burada bahsedilen olayın hem değişik tutundurma metotlarıyla yürütülen faaliyetlerin birleştirilmesi hem de pazarlama karmasının tutundurma dışındaki diğer üç unsurunun (Mamul, Fiyat ve Dağıtım) iletişimi etkilediği ve tutundurmayı biçimlendirdiği görülmektedir (Mucuk, 2010:175).

### **3.1.6. Sağlık Hizmetlerinde Fiziksel Ortam**

Tüketiciler bir hizmet işletmesinden hizmet satın alıp almama konusunda kararlarını verirken çok değişik faktörlerin etkisinde kalırlar. Bu önemli karar etkenlerinden biri hizmet işletmesinin fiziksel ortamıdır. Müşteriler, hizmet personeli ile olduğu kadar hizmetin üretiminde kullanılan araç ve gereçlerle de ilgilenirler. Bu nedenle beklenen hizmetin verilmesinde araç-gerecin, ortamın ve bu yerde bulunan diğer fiziksel varlıkların her birinin payı vardır. Sağlık hizmeti sunumlarında doktor ve diğer personel kadar o ortamda kullanılan malzemeler, araç-gereçler ile temiz, sağlıklı ve düzenli bir ortamın da önemi büyüktür. Hizmet işletmelerinde fiziksel ortam: hizmeti temsil eden varlıklar ve asıl fiziksel varlıklar olarak ikiye ayrılır. Bir hastanedeki hasta yatağı, masası ve dolabı, iç ve dış yerleşim düzenlemeleri asıl fiziksel varlıklardır. Diğer yandan hastaya sunulan yemekler, verilen sabunlar, şampuanlar veya buna benzer sahiplenebileceği küçük eşyalar ile hastane

yönetimince sunulan hediyeler hizmeti temsil eden nesnelerdir (Karahana, 2000:109-110). Hizmet alan kişi gözünde hizmetin bazı unsurları somutlaştırılmaktadır. Bu somut unsurlar hizmetin şekillenmesi konusunda önemli rol oynar ve hizmeti satın almadan önce sıklıkla değerlendirilebilecek boyutlarda olduğu nitelendirilebilir (Web\_13, 2011:1)

### **3.1.7. Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılar**

Bütün hizmet alanlarında olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de katılımcıların payı önemlidir. Katılımcılar hizmetin verilmesinde, etkinliğin artırılmasında ve pazarlama faaliyetlerinin yürütülmesinde oldukça önemli işler yapmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinde diğer hizmet grupları düşünüldüğünde katılımcıların rolü daha özeldir. Çünkü sağlık hizmetlerinde kendine has tedavi süreci içerisinde kullanılan aktif katılım, hasta ruh hâli gibi özellikler, hizmetin üretim sürecini çok daha fazla etkilemektedir. (Web\_14, 2011:1)

Hizmet pazarlamasında hizmeti üreten ve pazarlayanlarla birlikte tüketiciler ve hizmet alanı içerisinde bulunan tüm kişiler katılımcı olarak adlandırılır. Bu kişiler (Karahana, 2006:10):

#### **3.1.7.1. Personel (İşgören)**

Tüketicilerin satın aldıkları ürün veya hizmetten tatmin olmaları hizmet sunucusunun bilgi, beceri ve yeteneğine bağlıdır. Bazen hizmeti alan kişiler almış oldukları hizmetten memnun kalmazlar. Bu durum müşteri kaybına yol açar. Bu gibi durumlarla karşılaşılmasını için hizmet sunucusu en başta müşteri beklentisini tespit etmeli ve beklentileri belirlemelidir. Bu beklentiler doğrultusunda hazırlıklarını yapmalı, bu beklentiler karşılayamıyorsa sebebini müşteriye anlatabilmelidir. Böylece müşterinin kafasında yerine getirilemeyen veya karşılanamayan hizmet, gerçeklerin açıklanmasıyla olumlu bir şekilde müşteri tarafından daha anlaşılır bir duruma gelecektir. Hizmet sunucularının farklı beklentilere cevap verecek şekilde esnek olması ve bu esnekliği yerine getirebilecek yetkilerle ve yeteneklerle donanmış olması gerekmektedir (Karahana, 2016:102).

Personelin hizmet pazarlama bileşenlerinden birisi olmasının nedeni, hizmet üreticisi olarak hizmet alanındaki doğrudan etkisidir. Tüm bu nedenler sebebiyle

hizmet alan müşterinin memnun kalmasındaki temel faktörlerden biri personeldir (Web\_15, 2011:1).

Sağlık hizmetleri personeli hastanın aldığı hizmetten tatmin olması adına görev yapan bütün bireyleri ifade etmektedir. Yalnız doktorların kaliteli sağlık hizmeti sunması veya hastayla yakından ilgilenmesi yeterli olmamaktadır. Hastanedeki hasta kabul personelinden temizlik personeline kadar yayılan bu sistemde herhangi birinin olumsuz tavrı sağlık hizmetlerinden duyulan tatmini azaltır ve olumsuz bir hava oluşturur. Tatmin olmamış hastanın teşhis ve tedavide doktora yardımcı olması güçleşir ve hizmet kalitesi düşer (Çatı, 2002:83).

Genel anlamda hizmet kalitesi ve beklentiler, personel ile diğer müşterilerin görünüm ve davranışlarından etkilenecektir. Hizmetlerin elle tutulamaması tüketici için oldukça önemli bir risk durumunu da beraberinde getirmektedir. Bu risk, katılımcıların etkisi ile birlikte azalır ve çoğalabilmektedir. Özellikle hizmet personeli, satın alma aşamasında tüketicinin gerçek ihtiyaçlarına cevap verecek hizmeti sunarak bu konuda etkili olabilmektedir. Bunun yanı sıra hizmeti alan müşterinin beklentisini karşılayamama durumunda da müşteriye kaybetmeme adına sorunun kaynağına inerek çözüm noktaları bulma adına çalışmalar yapmak yararlı olabilmektedir. Bu yüzden hizmet personelinin işe alınması ve yetiştirilmesi ile ödenecek ücretin düzeyi çok önemli konular olarak hizmet pazarlamasında öne çıkmaktadır (Odabaşı ve Oyman, 1998:21).

### **3.1.7.2. Müşteriler**

Bir sistemin dış katmanını oluşturan en önemli gruplardan biri sistemin sunmuş olduğu hizmetlerden yaralanan müşterilerdir. Müşteriler çoğunlukla gelişmiş ve kaliteli bir hizmet sistemi istemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kaliteli ve üretme yeteneği olan iş gücü bulundurmamak kaçınılmazdır (Can, Akgün ve Kavuncubaşı, 2001:39).

Hasta, pazarlama biriminin odak noktası, sağlık işletmesinin varlık ve varlığı sürdürme nedenidir. Çünkü müşteri, ürünlerini ticarî veya kişisel amaçları için satın alan kişi veya kuruluşlardır. Teorik olarak sağlık kurumlarından hizmet alanlar da yukarıdaki tanımın içinde yer alsalar da sağlık işletmelerinden hizmet alanların “Müşteri” olarak adlandırılması etik kaygılar taşıyan tartışmalara sebep olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde sağlığı alan kişi her ne olursa olsun tatmin edilmeli ve aldığı hizmetten memnun olması gerektiği unutulmamalıdır (Web\_16, 2011:1).

Müşteriler ile hizmet arasında katılım düzeyinde kimi zaman farklılıklar görülmektedir. Genel itibariyle hizmet alan müşteri hizmetin sunulduğu noktada olması gerekirken kimi zaman hizmet sunulan noktada olamadan da hizmetten istifade edebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde ise hastanın sağlık hizmetinden faydalanabilmesi için hizmetin sunulduğu noktada bulunması ve hizmetin karşı karşıya sunulması gerekmektedir (Çatı, 2002:86).

Hastanın sağlık hizmetlerini alması kadar sağlık hizmeti almadan önce bilgilendirilmesi de oldukça önemli bir konudur. Sağlık sektöründe hastanın aynı zamanda hizmet tüketicisi olduğu unutulmamalıdır. Hastanın hizmetten memnun kalması sağlık hizmetinin etkinliği açısından oldukça önemlidir. Sağlık hizmeti tek başına sağlık personeli tarafından verilemez. Sağlık hizmetin tam ve eksiksiz verilebilmesi için hastanın katılımı da şarttır.

Sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde pazarlamasında hizmet alanlarının kendi aralarındaki ilişki ve etkileşimi de oldukça önemlidir. Özellikle sağlık sektöründe kişilerin birbirlerinden etkilenmeleri oldukça sık görülen bir durumdur. Kişiler satın alma kararı alırken kendisinden önce aynı hizmeti satın alan kişilerin tecrübesine ve bilgi birikimine oldukça önem vermektedir. Eğer elde edilen bilgiler ve kaynaklar güvenilir olarak algılanırsa hastalar grup tarafından etkilenme eğilimine girmektedirler. Aile, akraba ve komşu gibi gruplar kişileri etkilemektedir (Web\_17, 2011:1).

### **3.1.8. Sağlık Hizmetlerinde Süreç Yöntemi**

Süreç yönetimi; hizmetin tüketicinin ihtiyaç duyduğu zamanda ve yerde hazır bulundurulmasını ve tutarlı kalitede sunulmasını ifade etmektedir. Hizmetlerin stoklanamaması ve talepteki dalgalanmalar bazen tüketicilerin ihtiyaçlarının karşılanmasında sorunlar oluşturmaktadır. Bu sorunları ortadan kaldırmak için talep artışı olduğu zamanlarda personelin çalışma saatlerinin artırılması, ilave personel istihdamı, çalışanlar arasında rotasyon yapma gibi önlemler alınabilir (Odabaşı ve Oyman, 2008:21).

Sağlık hizmetlerinde süreç yönetimi hizmet pazarlamasında dikkatle planlama yapılması ve uygulanması gereken bileşenlerden biridir. Sağlık hizmetlerinde istihdam edilen personelin çok yetenekli, kaliteli ve zor eğitimlerden geçmiş, iyi ve kusursuz motive edilmiş olmaları sunulan hizmetin kalitesinin kusursuz olması için yeterli olmayabilir (Web\_18, 2011:1). Doktorların verdiği hizmeti tamamlayıcı nitelikte olan tetkikler ve laboratuvar hizmetleri ile diğer branşlar da dikkate alınarak bütüncül bir süreç olarak hareket edilmesi gerekmektedir. Bu süreçler yeterince dikkatli ve duyarlı işletilmez ise doktorların dikkatli ve titiz bir çalışmaları fayda üretmeyecektir. Dolayısıyla hastanedeki bütün personelin, fiziki ortamın ve iş akışının müşteriyi tatmin edecek şekilde organize edilmesi gerekmektedir (Çatı, 2002:91). Buradan çıkarılan anlam, birim çıktılarının en uygun zamanda ve şekilde birbirleriyle uyum içinde ortaya çıkmaları şeklinde de özetlenebilmektedir (Web\_19, 2011:1).

### **3.2. Sağlık Hizmetleri Sektöründe Tutundurma Karması**

Bir ürün veya hizmetin, bir kurumun, bir kişinin veya bir fikrin kamuya (hedef pazara) olumlu bir biçimde tanıtılıp benimsetilmesine tutundurma denir. Bunun için de hedef pazardaki müşterilerin tanıtılıp benimsetilecek ürün, hizmet, kurum, kişi, fikir hakkında bilgilendirilmeleri ve olumlu yanıt vermeye ikna edilmeleri gerekir ki bu da etkin bir iletişim sistemi gereksinimini ortaya koyar (Oluç, 1989: 3).

Tutundurma yöntemlerinin çeşitli sınıflandırma şekilleri bulunmaktadır. İşletmeler müşteri ilişkilerini geliştirmek adına kendilerine has tutundurma yöntemleri geliştirirler. Buradaki esas amaç müşteri yapısındaki değişiklikler ve daha fazla etkileşim sağlamak için etkinlik temelli anlayıştır. Tutundurma yöntemlerinin değiştirilmesinde dış ve iç çevre faktörleri de etkili olur. Her yeni ürün kendisine mahsus tutundurma yöntemi ihtiyacı oluşturabilmektedir. Bu nedenle aynı sektörde aynı tip ürün geliştiren işletmelerde bile farklı tutundurma bileşenlerinin olduğu gözlemlenmektedir. Her işletmenin dikkatli bir araştırma yaparak kendisine en uygun tutundurma bileşimini seçmesi gerekir (Karafakioğlu, 1998: 190).

Sağlık sektöründeki tutundurma, üretilen sağlık hizmetinin hitap ettiği müşteri potansiyeline ulaşmak ve elde edilecek faydanın ifade edilmesi şeklinde



oluşmaktadır. Bir bakıma ikna yöntemleri geliştirmektir. Bu aşamada çeşitli zorluklarla karşılaşılrsa bile yeni ürünün varlığı, özellikleri, erişim ve elde edilecek faydaların büyük ölçüde hedef kitleye ulaştırılması amaçlanır. Sağlık hizmetleri için farklı maliyet, etkinlik ve uygunluk düzeylerinde iletişim yöntemleri vardır. Ürün pazarlamasında önemli rol oynayan kişisel satış ve satış tutundurma çalışmalarının sağlık hizmetlerinde çok geniş uygulaması olmasa da reklam ve halkla ilişkiler oldukça önemli ve geniş uygulama alanı bulabilmektedir. Aşağıda; sağlık hizmetlerinde tutundurma karması elemanları üzerinde durulacaktır. (Odabaşı, 1994:78).

### **3.2.1. Sağlık Hizmetleri Sektöründe Reklam**

Sağlık hizmetleri sektörü, diğer hizmet sektörleri arasında en hızlı büyüyen sektördür.

Reklamcılık, sağlık sektörüne olan ilginin ve ihtiyaçların artmasıyla birlikte kar elde etme ve bu faydayı arttırma adına oldukça önemli bir hal almıştır. Sağlık kuruluşları arasındaki rekabet anlayış ve baskıları, müşteri beklentilerindeki değişiklikler, algı değişiklikleri, bilişim çağının etkileri ve kalite beklentileri ve karşılaştırmalı ürün arayışları sunulan hizmetler arasındaki farkın ayırt edilmesinde etkili olan faktörlerdir (Andaleeb, 1994:48).

Reklam, satışların arttırılması yönünde pazarlama fonksiyonlarının temelini teşkil etmektedir. İletişim bakımından ise ürünlerin ve ifade etmek istenen düşüncelerin hedef kitlelere ulaştırılmasında, yaygınlaştırılmasında ve tutundurulmasında etkilidir. Bu yönden düşünüldüğünde reklam yoluyla ürün bilgisinin yaygınlaştırılacağı ve insanların aklında yer edileceği, dolayısıyla da satışlara katkı sağlanacağı kuramlaşmıştır. Bu sayede satışların ve dolayısıyla karın arttırılması amacı ile bu amacın elde edilmesi için gerekli şartların birleştirilmesi bir bütün halinde aynı süreçte birleştirilmiş olacaktır. Şayet reklam faaliyetleri satış etkisi üzerinden doğrudan ölçülebiliyorsa bu tür varsayımlarda bulunmaya ihtiyaç yoktur.

Reklamın satış etkisini, pazarlama karmasını oluşturan diğer elemanların satış etkilerinden ayırıp, ölçmek çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bu bakımdan reklamın iletişim işlevinden satış işlevine geçiş yapılmakta ve iletişim açısından

başarılı bir reklamın satış etkisinin de olumlu olacağı varsayılmaktadır (Seçim, 1987: 34).

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

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

Sağlık hizmetlerinde reklam karşılığı oranı oldukça fazladır. Reklamın gerekliliğine taraf olan düşünceye göre ise reklam zararlı ve yanıltıcı olmadığı sürece kısıtlanmaması gereken bir faaliyettir. Bu düşünceye göre reklamın; hasta ve hasta yakınları üzerinde olumsuz etki oluşturacak ve haksız rekabet sağlayacak olumsuz etkileri bulunmamaktadır. Bu nedenle sağlık sektöründeki reklamcılık yanlış olarak algılanmaktadır. Nitekim Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre hastaların reklam karşısındaki tutumları hekimlere göre çok daha olumludur. Yine bir başka araştırmada araştırmaya katılanların %75-80'i yapılan reklamlardan etkilenmediklerini ifade etmişlerdir (Karafakioglu, 1998: 196-197).

### **3.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Satış**

Kişisel satış, tutundurma veya promosyon uygulamalarından bir tanesidir. Bu tanım satış gücü, perakendecilik ve satıcılık gibi kavramlarla da açıklanmaktadır. Ancak hepsinin temel amacı sonuçta satışın gerçekleştirilmesini sağlayacak, pazarlama iletişiminin sağlanmasıdır (Karabacak, 1996: 40). American Marketing Association, kişisel satış: "Satış yapmak maksadı ile bir veya daha çok satın alıcı ile

konusarak sözel sunuşta bulunma” şeklinde tanımlamaktadır (Oluç, 1991:11). İşletmelerin Satış elemanı istihdam oranı her geçen gün daha da artmaktadır. Bu oran özellikle hizmet sektöründe daha fazladır. Hizmetlerde standart kalitenin oluşturulamaması ve bazı pazarlama elemanlarının uygulanamaması kişisel satışa duyulan gereksinimi arttırmaktadır (Bowers, Powers ve Spencer, 1994:36).

Bir görüşe göre sağlık ürünleri, diğer mal veya hizmetlerden farklı özellik arz etse de pazarlama açısından önemsenecek bir farklılık arz etmediği yönündedir. Bu nedenle daha önce farklı bir sektörde pazarlama işi yapan herkes bu sektördeki pazarlama faaliyetlerinde de başarı sağlayabilir. Başka bir görüşe göre ise başarı daha önce sağlık sektöründe tecrübeli kişilerin kullanılması ile elde edilebilmektedir. İlaç, tıbbi malzeme imalat ve tedariki yapan firmalarda çalışan kişilerin tıp bilgileri doktorlar kadar olmasa bile herhangi bir kişiye oranla daha yüksektir (Karafakioglu, 1998: 223).

### **3.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Satış Özendirme**

Satış özendirme veya satış tutundurma, satışları özendirmek için, reklam, kişisel satış, duyurum dışındaki diğer pazarlama iletişim çabalarıdır. Bunlar aralıklı olarak satış noktalarında gösteriler, sergiler düzenleyerek, kuponlar, primler, bedava örnek ürünler, ticaret pulları vb. dağıtarak yapılır (Oluç, 1989: 10). Bu aşamada güvenilirlik önemli etki faktörlerindedir. Tüm satış özendirme çalışmaları esnasında ifade edilen kavramlarla elde edilen sonuçların çatışması müşteri üzerinde güvenilirlik yönünden etkiler bırakabilmektedir. Yapılan gerçek dışı tanıtım ve uygulamalar müşterilerin tatminini olumsuz etkilemektedir (Fabien, 1997:206).

Reklam hedef kitlelere ürün satın almaları konusunda sebepler verirken satış özendirme teşvik etkisi yapmaktadır. Satış Özendirme; numune, iskonto, para iadesi, hediye, deneme ürünleri, teşhir, garanti sergiler gibi yöntemleri içine almaktadır. Bunun yanın reklam için ticaret promosyonlarda yapılmaktadır. Ticaret Promosyonu; fiyat indirimleri, reklam ve teshir masrafları, bedava eşyalar, İş ve Satış Gücü Promosyonu ise ticari sergiler ve kongreler, satış temsilcileri için yapılan yarışmalar ve özel reklamları içerir (Kotler, 2000: 597).

### 3.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler

Halkla ilişkiler; işletmelerin çalışanları, paydaşları, hedef kitleleri, hükümet yetkilileri ve toplum düzeyinde olumlu algı oluşturmak için yaptıkları tüm faaliyetleri ifade etmektedir. Bunu sağlamak adına işletmeler halka açık ziyaretler düzenleyerek, televizyon, radyo, gazete, dergi gibi medya araçlarında kendileri ile ilgili olumlu görüşlerin oluşmasını sağlamaya çalışırlar. Bu faaliyetlerde reklam faaliyetlerinde uygulanan belirli ücretler ödemekten kurtuldukları gibi sorumluluk ta taşımazlar. Bu tür iletişim çabalarına duyurum denir (Oluç, 1989:10).

Sağlık hizmetlerini sunan işletmeler toplum nezdinde her an göz önünde bulunmaktadır. Bu işletmelerde halkla ilişkiler, tüm iç ve dış çevreyle karşılıklı ilişkilerin kurulup geliştirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu süreçte toplum üzerinde olumlu ve güvenilir etkiler bırakılması, etkiler ve düşünceler konularında geri bildirim alınması ve karşılıklı işbirliği sağlanması işlevlerinin yerine getirilmesi gerekmektedir.

Halkla ilişkiler karmasında yer alan basın sözcülüğü, lobicilik ve yönetim danışmanlığı faaliyetleri genellikle halkla ilişkiler uzmanları tarafından yürütülür. Basın sözcüleri sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden yararlanan önemli kişiler, yeni hizmetlerin açılışı ya da yapılan araştırmalar konusunda kamuoyunu bilgilendirir (Odabaşı, 1994: 84-85).

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

## SONUÇ

Sağlık sektörünün denetlenmesi ve düzenlenmesi tüm ülkelerde devlet tarafından yapılmaktadır. Diğer sektörler tarafından kârın maksimize edilmesi ve devamlılığın sağlanması adına kullanılan pazarlama fonksiyonu, sağlık sektöründe sonuçlarının insan hayatını etkileyecek neticeler ortaya çıkarması nedeniyle etik ve ahlâkî değerlere sahip olmalıdır. Bu değerler devletler tarafından şekillendirilmektedir. Sağlık kuruluşlarının daha fazla kâr elde etmek için uygulayacağı yöntemler kendileri adına bu faydayı sağlarken en büyük müşteri konumunda bulunan devlet ve sonuçlardan direkt olarak etkilenecek hastalar açısından olumsuzluklara sebep olabilecek potansiyele sahiptir. Devlet ve vatandaş yönlü bu riskler pazarlama yöntemleri ve konumlandırma yönlü devlet düzenlemelerini zorunlu kılmaktadır. Devlet tarafından yapılan bu düzenlemeler ile sağlık kuruluşları bunlara uygun ve yeni tedarik yöntemleri geliştirmeye yönlendirilmektedir. Bu konuda Martin Lindstrom'un "Bir markaya iyilik yapmak istiyorsanız, reklamlarını yasaklayın. Marka kendini anlatmak için imkânsız gerçekleştirecek bir üretkenliğe koşacaktır." sözü etkili bir ifadedir. Sağlık sektöründeki kısıtlayıcı düzenlemeler bu süreçleri hızlandıracak etki oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri; son yıllarda özellikle özel hastane ve kliniklerin artması ile birlikte çok daha spesifik bir konuma ulaşmıştır. Gerek özel sağlık kuruluşlarındaki rekabet gerekse sağlık hizmeti alan bireylerin yeni ve kaliteli hizmet beklentileri, sağlık hizmeti sunucularının daha güncel ve teknolojik hizmetleri sunma gereksinimlerini ortaya çıkartmıştır.

Sunulan hizmetler sadece hasta memnuniyetini karşılamakla kalmayıp, hastaya refakat eden kişilerin de konfor ve sunulan hizmetten yararlanma payını arttırmıştır. Bunun yanında; sağlık hizmeti alan bireylerin sağlıklı bir yaşama kavuşmasında etkili olan bütün unsurlar tam bir çatı altına alınarak sağlık hizmeti sunucularının daha kaliteli ve kendisini geliştiren bir yapıya sahip olmak adına girişimler yapmalarını sağlamaktadır.

Sağlık kurumlarında yapılan hizmetler bir bütün şeklinde alınarak pazarlama çalışmalarının içinde değerlendirilmelidir.

Sağlık işletmelerinde pazarlama süreçleri işletilirken bütün fonksiyonlar ayrı ayrı ve tüketici gözüyle ele alınmalıdır. Bu yapılırken sadece iletişim boyutu ele alınmamalı, gerçek anlamda pazarlama faaliyetleri geliştirilmelidir. Hastalara ulaşmanın değişik ve etkin yolları aranmalı, en hızlı, en faydalı ve en kalıcı tedavi yöntemlerinin kendilerine sunulacağı ve bunun en uygun maliyetle sağlanabileceği ifade edilebilmelidir.

Sağlık sektöründe uygulanan pazarlama anlayışında;

- Hasta ve çalışan odaklı
- Memnuniyet sağlanması açısından hizmet odaklı
- Hasta ve sağlık kuruluşu arasında güven oluşturma odaklı
- Hastaların tedavi süreçlerine dâhil edildiği, devamlılık arz eden süreç odaklı
- İnsan ve sağlıklı toplum odaklı
- Çalışan, hasta, devlet, yan işletmeler ve hasta yakınlarının ortak çıkarlarını karşılayacak etkinlik odaklı
- Sağlık kuruluşlarının devamlılığını, gelişmesini ve optimum fayda sağlamayı amaçlayan ve tüm süreçleri ele alan stratejik yönetim odaklı
- Kolay erişebilir ve anlaşılır olabilmek için iletişim odaklı yöntemler geliştirilmelidir

Ancak bu yöntemlerin geliştirilmesi ile sağlık sektörü ve sağlık sunucularının gelişmeleri sağlanabilir.

## KAYNAKÇA

- Akdur R., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, Halk Sağlığı Antıp Aş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınları, Ankara 1998.
- Andaleeb Syed Saad, "Hospital Advertising: The Influence of Perceptual and Demographic Factors on Consumer Dispositions", Journal of Services Marketing, 1994.
- AÖF Yayınları, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Eskişehir 2017.
- Argan M. ve Argan T., “Sanal Ortamda Ağızdan Ağıza İletişim Oluşturma Aracı: “Viral Pazarlama”, III. Bilgi Teknolojileri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi, 2004
- Ateş M., Yıldırım A., Cevahir E., Bektaş G., “Türkiye’de ki Özel Hastanelerin Değerlendirilmesi”, 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı, Eskişehir 2002.
- Belcher P., “The Role of the European Union Health Care”, Dutch Council for Health and Social Service, Zootermer 1999.
- Berkowitz E.N., “Essentials of HealthCare Marketing”, Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication 1996.
- Berman P., Tatar M., “Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000”, Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara 2004.
- Berry L.L., “Services Marketing is Different”, Marketing Management and Strategy, Pentice Hall 1984.
- Can A., Tuncer ve Ayhan, “Genel İşletmecilik Bilgileri”, Siyasal Yayınevi, Ankara 2003.
- Can Akgün, Kavuncubaşı Şahin, “Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi”, Siyasal Kitabevi, İstanbul 2001.
- Clow Kenneth E. ve Stevens Robert E., “Concise Encyclopedia of Professional Services Marketing”, Hardcover 2009.

- Cooper Phillip D., "What is Health Care Marketing? Health Care Marketing for Management Quality", Maryland 1997.
- Cucic S., "European Union 2010 Priorities of the Czech EU Presidency", www.eu2009.cz, Erişim Tarihi:23.09.2010.
- Çakır M.A., "Devlet Hastanelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) Yönteminin Uygulanabilirliği ve Bir Uygulama", Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Kütahya 2002.
- Çatı K., "Hizmet Pazarlamasında Kalite Ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Uygulama", Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Basılmamış Doktora Tezi, Sivas 2002.
- Enginkaya Ebru, "Ebru Sosyal Medya Pazarlama" Beta Yayınları, Ankara 2000.
- Ergör G. ve Öztekin Z., "The Development of National Health Policy in Turkey in: Exploring Health Policy in Europe ed: Ritsatakis A, et al.", WHO Regional Publications , European Series, 2000
- Ferman Murat, "Üretim-Pazarlama Çelişkileri Üzerimle Bir Değerlendirme", Pazarlama Dünyası, Yıl:2, Sayı: 11, 1988.
- Fışk R.P., Grove S.J., ve John J., "Journal of Services Marketing", 2005.
- Fişek Nusret, "Sağlık İdaresinde Modern Eğilimler", XX. Milli Tıp Kongresi (23-27 Eylül 1968), İstanbul, Çelikköy Matbaası, 1985.
- France R.K. ve Grover R., "What is The Health Product? Journal Of Health Care Marketing, 1992.
- Ghobadian Abby, Speller Simon ve Jones Metthew, "Service Quality: Concepts and Models", International Journal of Quality & Reliability Management, 1994.
- Griffith E., "The Well-Management Healthcare Organization", AUPHA Press, Chicago 1995.
- Grönroos Christian, "A Service Quality Model and it's Marketing Implications", European Journal of Marketing, 1984.



- Gülmez Mustafa ve Dört Yol İbrahim Taylan, "The Paths From Service Quality Dimensions To Customer Loyalty: An Application On Supermarket Customers", Management Research Review, 2013.
- Gümüş Ö. "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları", DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Hamer O.L., "A Confirmation Perspective on Perceived Service Quality", Journal of the Marketing Vol 20, Number 4, 2006.
- Harcar T., "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", Pazarlama Dünyası Dergisi, Yıl:5, Sayı:25, ss:38, 1991.
- Hoffmeyer Ullrich K. ve MC Charty Thomas R., "Financing Health Care" Boston : Kluwer Academic Publishers, 1994.
- Huber M., Hedın A., "Developing Health Impact Assessment in the European Union" Bulletin of the World Health Organization, 2003.
- İncik E., "Integrated Marketing Communications in Health Care Services", Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2006.
- İslamoğlu A. Hamdi, Candan Burcu, Hacıefendioğlu Şenol, Aydın Kenan, "Hizmet Pazarlaması", Beta Yayınları, İstanbul 2006.
- Jakubowski E., Busse R., "Health Care Systems in the EU; A Comparative Study, European Parliament, Directorate General for Research", Working Paper, Public Health and Costumer Protection Series, 1998.
- Karabacak E., "Medyanın Tüketici Davranışları Üzerindeki Etkisi ve Pazarlama Yönetimi Açısından Önemi", Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya 1996.
- Karaca A., "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dış Kaynak Kullanımı ve Sağlık İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımına Yönelik Bir Uygulama", Pamukkale

- Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Denizli 2006.
- Karafakioğlu M., “Pazarlama İlkeleri”, Literatür Yayıncılık, İstanbul 1982.
- Karafakioğlu M., “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”. İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No: 271, İstanbul 1998.
- Karahan K., “Hizmet Pazarlaması”, Beta Yayınları, İstanbul, 2006.
- Karahan T., “Hastane Hizmetlerinin Pazarlanması ve Bir Örnek Olay” <http://www.merih.com/momekar23.htm>, 2000.
- Karalar R., “İşletmelerde Fiyat Kararları ve Türkiye’den Örnekler”, İ.T.İ.Z Yayınları, Eskişehir 1972.
- Kavas ve Güdüm, “Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması”, 1’inci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir 1994.
- Kavuncubaşı Şahin ve Yıldırım Selami , “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitabevi, Ankara 2010.
- Kavuncubaşı Şahin, “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitabevi, Ankara 2008.
- Kavuncubaşı Şahin, “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitabevi, Ankara 2000.
- Kenneth S. Rogoff, Aasim Husain, “Exchange Rate Regime Durability And Performance in Developing Versus Advanced Economies”, Journal of Monetary Economics, 2005.
- Kotler P., “Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control”, Prentice Hall, 1994.
- Kotler P., “Marketing Management”, Millenium Edition Prentice-Hall, Inc. A Pearson Education Company Upper Saddle River, New Jersey 2000.
- Kotler P., Anderson A., “Strategic Marketing for Non-profit Organizations”, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1987.

- Kotler ve Armstrong, "Principles of Marketing" Prentice Hall, 1996.
- Kurtulmuş Sevgi, 1998: 13-14 . "Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi", Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul1998.
- Lovelock Christopher H. ve WRITZ Jochen, "Services Marketing", 5th ed., Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, 2004.
- Mckee M., Mossialos E., Belcher P., "The Impact Of European Law On National Health Policy, Journal Of European Social Policy, 1996.
- Metintaş M.Y. ve Elçioğlu Ö., "Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938)", Osmangazi Tıp Dergisi, Cilt 29, No. 3, 2007.
- Mossialos Elias ve Permanad, "The Europeanization of regulatory policy in the EU pharmaceutical sector In: Steffen, Monika, (ed.) Health Governance in Europe: Issues, Challenges and Theories. Routledge/ECPR studies in European political science (1st)". Routledge, London 2005.
- Mucuk İsmet, "Pazarlama İlkeleri", Türkmen Kitabevi, İstanbul 1997.
- Mucuk İsmet, "Pazarlama İlkeleri", Türkmen Kitapevi, 13.Baskı, İstanbul, 2000.
- Mutlu A.ve Işık A.K., "Sağlık Ekonomisi ve Politikaları" Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul 2002.
- Odabaşı ve Oyman, "Pazarlama İletişimi Yönetimi", Mediacat Capital Medya Hizmetleri, İstanbul 2008.
- Oluç M., "Tutundurma İletişim", Pazarlama Dergisi Yıl 3 Sayı 17, 1990.
- Oluç Mehmet, "Pazarlama Dünyası", Dağıtım IV- Toptancılık, Sayı:16, 1989.
- Özbay F., Johnson D.C., Dimoulas E., Morgan C.A., Charney D., S. Southwick S., "Social Support And Resilience To Stress", From Neurobiology to Clinical Practice, Psychiatry, 2007.
- Özdemir Y.E., "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları", Yeni Türkiye Dergisi, Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları, Sağlık Özel Sayısı, 2001.

- Özgirin K. ve TAŞ 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 1996.
- Öztürk H., “Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Markanın Önemi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Öztürk S.A., “Hizmet Pazarlaması”, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2003.
- Palmer, “Principles Of Services Marketing”, England McGraw Hill Book Company, 1998.
- Parasuman A., Zeithaml W, Berry L., "Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostics Criteavia", Journal of Retailing, 1985.
- Richards T., Smith R., “How Should European Health Policy Develop?”, A. Discussion, 1994.
- Sağlık Bakanlığı, “Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2016 Dönemi”, Sağlık Bakanlığı Yayın No:983, 2016.
- Seçim Hikmet, “Hastane Yönetimi ve Organizasyonu”, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 797, Eskişehir 1987.
- Seçim Hikmet, “Hastane Yönetimi ve Organizasyonu-Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi”, İşletme Fakültesi Yayın No:252, İstanbul 1991.
- Sezer Ahmet, “Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Stratejilerinin Müşteri Tatmini Oluşturmaya Etkileri”, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon 1999.
- Skinner Steven J., “Marketing”, Houghton Mifflin Company, Boston 1990.
- Sözen Cemil ve Özdevecioğlu Mahmut, “Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim”, ISBN, 9755910833. Baskı Sayısı, 2. Baskı, 2002.

- Stanton William J , Etzel Michael J. ve Walker Bruce J., “Fundamentals Of Marketing”, Volume 1. Front Cover, McGraw-Hill, 1991.
- Stern Louis W. ve REVE Torger, "Distribution Channels as Political Economies: A Framework for Comparative Analysis", Journal of Marketing, 1980.
- Şimşek M.Ali, ”Pazarlama Yönetimi”, Çukurova Üniversitesi Ceyhan M.Y.O., Adana 1990.
- Tek Ömer Baybars ve Özgül Engin, “Modern Pazarlama İlkeleri Uygulamalı Yönetimsel Yaklaşım”, Birleşik Matbaacılık, İzmir 2007.
- Tengilimoğlu D. ve Akdoğan M., “2000'li Yıllarda Türkiye' de Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Modern Hastane Yönetimi”, 1997.
- Tengilimoğlu D., Akbolat M., “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, 2.Basım, Nobel Yayınları, İstanbul 2009.
- Tengilimoğlu D., Işık O., ve Akbolat M., “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara 2012.
- Tengilimoğlu, D . "Kamu ve Özel Sektör Örgütlerinde Liderlik Davranışı Özelliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması", Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 4, 2014.
- Terris M., “Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory”, Journal of Public Health Policy, 1992.
- Tokay Mehpare, “Sağlık Hizmetlerinin Pazarlamasında Kalite ve Müşteri Tatmini: Eskişehir Devlet Hastanesinde Bir Araştırma”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir 2000.
- Top M., Gider Ö., “Otonominin Hastane Yönetim Politikalarına Getirdikleri”, Verimlilik Dergisi, 2003.
- Tung W., Capella Louis M. ve Tat Peter K., "Service Pricing: A Multi-Step Synthetic Approach", Journal of Services Marketing, Vol. 11, 1997.
- Usta H., “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Tutundurma Politikası: Sağlık Personeli ve Hastaların Reklama Yönelik Görüşlerine İlişkin Bir Devlet Hastanesi

Örneği”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara 2000.

Ünal F., ”İstanbul’da Bulunan Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Pazarlama Anlayışları Üzerine Uygulamalı Bir Araştırma”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul 2001.

Wang C.L., “Guanxi vs. Relationship Marketing”, Industrial Marketing Management, 2005.

Web\_1 [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095), 2017.

Web\_2 <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2017/12/13/world-bank-who-half-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>.

Web\_3 <https://www.emergogroup.com/resources/worldwide-health-expenditures>, Temmuz 2016.

Web\_4 <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> 01.09.2015.

Web\_5 [http://www.saglikpaneli.com/tartisma\\_platformu.asp?kno=44](http://www.saglikpaneli.com/tartisma_platformu.asp?kno=44).

Web\_6 <https://www.dunya.com/saglik/turkiyede-ilac-tuketimi-yilda-625-milyon-kutu-artiyor-haberi-287296> 28 Temmuz 2015.

Web\_7 Eurostat (Online data kod:hlth\_sha11\_hf).

Web\_8 <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>

Web\_9 <http://www.tuik.gov.tr>

Web\_10 [https://www.researchgate.net/publication/318653352\\_Ozel\\_Hastanelerin\\_Hizmet\\_Pazarlamasinda\\_Yeni\\_Trend\\_Dogum\\_Paketleri](https://www.researchgate.net/publication/318653352_Ozel_Hastanelerin_Hizmet_Pazarlamasinda_Yeni_Trend_Dogum_Paketleri) [accessed Feb 22 2018]

Web\_11 <https://www.medikalakademi.com.tr/2016-yilinda-hekime-mueracaat-sayisi-rekor-artisla-685-milyona-ulasti/>

Web\_12 <http://www.saglikpazarlamasi.com>, 04.03.2011.

Web\_13 “Fiziksel Unsurlar Politikası”, <http://www.saglikpazarlamasi.com>, 05.04.2011.

- Web\_14 “Katılımcı Politikası”, <http://www.saglikpazarlamasi.com>, 05.04.2011.
- Web\_15 “İşgören“, <http://www.saglikpazarlamasi.com>, 05.04.2011.
- Web\_16 “Hizmet Alanlar”, <http://www.saglikpazarlamasi.com>, 05.04.2011.
- Web\_17 “Hizmet Alanlar” <http://www.saglikpazarlamasi.com>, 05.04.2011.
- Web\_18 “Süreç Yönetimi Politikası”, <http://www.saglikpazarlamasi.com>, 10.05.2018.
- Web\_19 [www.saglikpazarlamasi.com](http://www.saglikpazarlamasi.com), 06.04.2011.
- Winston W.J., “Basic Health Care Marketing Principles, Cases & Select Reading in Health Care Marketing”, The Haworth Press, New York 1989.
- Wright Proctor, “Can Services Marketing Concepts be Applied to Health Care?”, Journal of Nursing Management, May 9Vol 6, 1998.
- Yıldırım H.H., Yıldırım T., ”European Station of the Turkish Policy: A Historical Exploritation”, Ankara 2011.
- Yükselen E., “Pazarlama İlkeleri”, Detay Yayıncılık, Ankara 2000.
- Zerenler M., ÖĞÜT A., “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, Selçuk Üniversitesi S.B.E. Dergisi Sayı 18, 2007.

## ÖZ GEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Levent ÇETİN  
Uyruğu : T.C.  
Doğum Tarihi ve Yeri : 1984 - SİVAS  
e-posta : chingoy@gmail.com

### EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Anadolu Üniversitesi	2009
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi	2018

### İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
2006-2008	Fiba Sigorta Acenteliği	Operasyon Elemanı
2010-2012	Sanovel İlaç	İlaç Mümessili
2012-2013	Bilim İlaç	İlaç Mümessili
2013-2018	Ali Raif İlaç	İlaç Mümessili

### YABANCI DİL BİLGİSİ

İngilizce KPDS ( ) ÜDS ( ) TOEFL ( ) EILTS ( )