

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE REKABET
STRATEJİLERİ: HASTANELER ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA**

DOKTORA TEZİ

Mahmut AKBOLAT

**Enstitü Anabilim Dalı : İşletme
Enstitü Bilim Dalı : Yönetim ve Organizasyon**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Recai COŞKUN

27 OCAK 2009

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE REKABET
STRATEJİLERİ: HASTANELER ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA

DOKTORA TEZİ

Mahmut AKBOLAT

Enstitü Anabilim Dalı : İşletme
Enstitü Bilim Dalı : Yönetim ve Organizasyon

Bu tez 27/01/ 2009 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Gültekin YILDIZ Jüri Başkanı Jüri Üyesi	Prof. Dr. Yılmaz ÖZKAN Jüri Üyesi	Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
<input type="checkbox"/> Kabul	<input type="checkbox"/> Kabul	<input type="checkbox"/> Kabul
<input type="checkbox"/> Red	<input type="checkbox"/> Red	<input type="checkbox"/> Red
<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Düzeltme

Prof. Dr. Recai COŞKUN
Jüri Üyesi
 Kabul
 Red
 Düzeltme

Doç. Dr. Yusuf ÇELİK
Jüri Üyesi
 Kabul
 Red
 Düzeltme

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlâk kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Mahmut AKBOLAT

27.01.2009

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinin vatandaşlara ulaştırılması sosyal devletin görevleri arasında kabul edilmektedir. Ancak, kıtlık olan yerde her zaman rekabet vardır. Sağlık hizmetlerinde de her zaman kıtlık olmuştur. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde, özellikle de tedavi edici hizmetlerde rekabet her zaman olagelmıştır.

Sağlık harcamalarındaki hızlı artışın önüne geçmek ve tedavi hizmetlerini özel sektörle beraber sürdürmek için 1980'lerin başından beri çalışmalar sürdürülmektedir. Bunun sonucu olarak ülkemizde özel sektör hastaneciliği hızla gelişmektedir. Ayrıca kamu hastanelerinin özertleştirilerek kendi kendine yeter sağlık işletmeleri haline getirilmesi genel kabul görmüş bir vakıa olarak karşımızda durmaktadır. Bu durum sağlık sektöründe, özellikle de hastanecilik alanında rekabet olgusunu karşımıza çıkarmaktadır. Bu çalışma, sağlık sektöründe giderek önem kazanan rekabet kavramı, bu kavramın kamu ve özel hastaneler için ne ifade ettiği ve kamu ve özel hastaneler arasında farklı rekabet davranışları olup olmadığını incelemek amacı ile seçilmiştir.

Tüm doktora eğitimim süresince bana rehberlik eden, hiçbir zaman yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Gültekin YILDIZ, tez danışmanım Prof. Dr. Recai COŞKUN ve Prof. Dr. Yılmaz ÖZKAN'a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım. Ayrıca, çalışmalarım esnasında katkı sağlamak için her zaman yanımda olan değerli meslektaşım Öğr. Gör. Oğuz IŞIK ve doktora ders döneminin büyük bir bölümünü geçirdiğim Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü'nde görev yapan değerli hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Özellikle de beni her zaman destekleyen ve çalışma boyunca bana olan inancı ve manevi desteği ile her zaman yanımda olan değerli eşim Nilgün, çocuklarım Mehmet Çağatay, Sevde Banu ve Bilge Rana'ya ve bu günlere ulaşmamda benden emeklerini ve desteklerini esirgemeyen merhum babam ve değerli anneme şükran ve minnetlerimi sunarım.

Mahmut AKBOLAT

27.01.2009

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLolar LİSTESİ	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	ix
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK KURUMLARININ TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI	10
1.1. Sağlık Hizmetleri	10
1.2. Sağlık Kurumlarının Tanımı ve Sınıflandırılması.....	13
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	13
1.2.2. Tedavi Hizmetleri.....	14
1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	17
1.2.4. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri	18
1.3. Hastanelerin Tanımı, Özellikleri, İşlevleri ve Sınıflandırılması	18
1.3.1. Hastanelerin Tanımı.....	18
1.3.2. Hastanelerin Özellikleri	22
1.3.3. Hastanelerin İşlevleri.....	24
1.3.4. Hastanelerin Sınıflandırılması.....	25
1.4. Türk Sağlık Sistemi İçerisinde Hastanelerin Gelişimi	35
1.4.1. Cumhuriyet'in Kuruluşundan 1980'li Yıllara Kadar Sağlık Hizmetlerinin Gelişim Süreci.....	35
1.4.2. 1980'li Yıllarda Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	37
1.4.2. 1990'lı Yıllar ve Hastaneler Üzerinde Yapılan Reform Çalışmaları.....	39
1.4.3. 2000'li Yıllar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	41
1.4.4. 1980 Sonrası Yapılan Reform Çalışmaları Kapsamında Kamu ve Özel Sektör Hastanelerinin Karşılaştırılması.....	44
1.5. Kamuya Ait Hastanelerin Özerkleştirilmesi ve Özelleştirilmesi Çalışmaları.....	47

BÖLÜM 2: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE REKABET STRATEJİLERİ:

KAVRAMLAR VE TİPOLOJİLER.....	52
2.1. Rekabet, Rekabet Stratejisi ve Rekabet Gücü.....	54
2.1.1. Rekabet.....	54
2.1.2. Rekabet Stratejisi.....	55
2.1.3. Rekabet Gücü.....	57
2.1.4. Rekabet Öncelikleri.....	61
2.2. Hastanelerde Stratejik Alternatiflerin Geliştirilmesi ve Stratejik Alternatifler	
Hiyerarşisi.....	63
2.2.1. Yönelim Stratejileri (Directional Strategies).....	65
2.2.2. Uyum Stratejileri (Adaptive Strategies).....	65
2.2.3. Pazara Giriş Stratejileri (Market Entry Strategies).....	72
2.3. Hastanelerde Rekabet Stratejileri.....	75
2.3.1. Rekabet Stratejileri.....	81
2.3.1.2. Jenerik Stratejiler.....	95
2.3.2. Büyüme Stratejileri.....	126
BÖLÜM 3: TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE REKABET	
STRATEJİLERİ: HASTANELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA. 146	
3.1. Araştırmanın Yöntemi.....	147
3.1.1. Veri Toplama Yöntemi.....	147
3.1.2. Evren ve Örneklem.....	150
3.1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	152
3.2. Araştırmada Kullanılan Analizler.....	155
3.3. Bulgular ve Değerlendirme.....	156
3.3.1. Çalışma Yapılan Hastanelerin Nitelikleri.....	156
3.3.2. Çalışma Yapılan Hastanelerin Değerlendirilmesi.....	158
3.3.3. Hastanelerin Performanslarına İlişkin Bulgular.....	165
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	199
KAYNAKLAR.....	211
EKLER.....	223
ÖZGEÇMİŞ.....	247

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
DB	: Dünya Bankası
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
JACHO	: The Commission on Accreditation of Health Care Organizations
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSİAD	: Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği
YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
2007 YTKİY	: 2007 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Genel Bütçenin Sağlık Bakanlığı ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçeleri ile Karşılaştırılması (1997–2007)	28
Tablo 2: Hastane ve Yatak Dağılımı İle 10.000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısının Bölgelere Göre Dağılımı (2007)	31
Tablo 3: DPT'nin İllerin Gelişmişlik Derecelerine Göre Türkiye'deki Hastanelerin Bölge Sınıflandırılması ve 10.000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı (2007).....	34
Tablo 4: Türkiye’de Kamu ve Özel Hastaneler ile Yatak Sayılarının Gelişimi (1967-2007).....	45
Tablo 5: Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı (2007).....	46
Tablo 6: Türkiye’de Hizmet Veren Kamu ve Özel Hastanelerin Verdikleri Hizmetler ve Hizmet Verimliliklerine Göre Dağılımı	47
Tablo 7: Strateji Tiplerinin Rol ve Faaliyet Alanları.....	66
Tablo 8: Savunmacıların Karakteristikleri	85
Tablo 9: Atılğanların (Prospectors) Karakteristikleri.....	87
Tablo 10: Analizcilerin Karakteristikleri.....	89
Tablo 11: Adaptif Döngü ve Stratejik Tip Karakteristiklerinin Boyutları	91
Tablo 12: Jenerik Stratejilerin Önemli Değişkenleri.....	97
Tablo 13: Genel Rekabet Stratejileri	100
Tablo 14: Porter’ın Jenerik Stratejilerinin Hastaneler İçin Uygulanması	101
Tablo 15: Çalışma Yapılan Hastanelerin Genel Özellikleri	156
Tablo 16: Jenerik Stratejiler ile Stratejik Duruşları Arasındaki İlişki.....	157
Tablo 17: Jenerik Stratejiler ile Büyüme Stratejileri Arasındaki İlişki	158
Tablo 18: Hastanelerin Sektöre Giriş Engellerine İlişkin Değerlendirmeleri	159
Tablo 19: Hastane Yöneticilerinin Stratejik Karar Alırken Çevreyi ve Rakipleri Dikkate Almalarına İlişkin Değerlendirmeleri.....	159
Tablo 20: Jenerik Stratejilere İlişkin Değerlendirmeler	161
Tablo 21: Miles ve Snow’un Stratejik Tipolojisine Göre Yapılan Değerlendirmeler	163
Tablo 22: Büyüme Stratejilerine Göre Yapılan Değerlendirmeler.....	165
Tablo 23: Bir Rekabet Stratejisi Olup Olmamasına Göre Hastanelerin Performans Değerlerinin Karşılaştırılması	169

Tablo 24: Porter’ın Jenerik Stratejilerini Uygulayan Hastanelerin Performanslarının Değerlendirilmesi	173
Tablo 25: Miles ve Snow’un Stratejik Tipolojisine Göre Hastanelerin Performanslarının Değerlendirilmesi	177
Tablo 26: Büyüme Stratejilerine Göre Hastanelerin Performanslarının Değerlendirilmesi	182
Tablo 27: Hastanelerin Mülkiyet Biçimleri ile Geliştirdikleri Stratejik Tipler Arasındaki İlişki	186
Tablo 28: Hastanelerin Mülkiyet Biçimleri ile Uyguladıkları Jenerik Stratejiler Arasındaki İlişki	187
Tablo 29: Hastanelerin Mülkiyet Biçimleri ile Uyguladıkları Büyüme Stratejileri Arasındaki İlişki	187
Tablo 30: Hastanelerin Eğitim Verme Statüleri ile Geliştirdikleri Stratejik Tipler Arasındaki İlişki	188
Tablo 31: Hastanelerin Eğitim Statüleri ile Uyguladıkları Jenerik Stratejiler Arasındaki İlişki	188
Tablo 32: Hastanelerin Eğitim Statüleri ile Uyguladıkları Büyüme Stratejileri Arasındaki İlişki	189
Tablo 33: Hastanelerin Hizmet Sunum Biçimi ile Geliştirdikleri Stratejik Tipler Arasındaki İlişki	189
Tablo 34: Hastanelerin Hizmet Sunum Biçimi ile Uyguladıkları Jenerik Stratejiler Arasındaki İlişki	190
Tablo 35: Hastanelerin Hizmet Sunum Biçimleri ile Uyguladıkları Büyüme Stratejiler Arasındaki İlişki	190
Tablo 36: Hastanelerin Kuruluş Yılları ile Geliştirdikleri Stratejik Tipler Arasındaki İlişki	191
Tablo 37: Hastanelerin Kuruluş Yılları ile Uyguladıkları Jenerik Stratejiler Arasındaki İlişki	191
Tablo 38: Hastanelerin Kuruluş Yılları ile Uyguladıkları Büyüme Stratejiler Arasındaki İlişki	192
Tablo 39: Hastanelerin Yatak Kapasiteleri ile Geliştirdikleri Stratejik Tipler Arasındaki İlişki	192

Tablo 40: Hastanelerin Yatak Kapasiteleri ile Uyguladıkları Jenerik Stratejiler Arasındaki İlişki.....	193
Tablo 41: Hastanelerin Yatak Kapasiteleri ile Uyguladıkları Büyüme Stratejiler Arasındaki İlişki.....	194
Tablo 42: Hastanelerin Hekim Sayıları ile Geliştirdikleri Stratejik Tipler Arasındaki İlişki.....	194
Tablo 43: Hastanelerin Hekim Sayıları ile Uyguladıkları Jenerik Stratejiler Arasındaki İlişki.....	195
Tablo 44: Hastanelerin Hekim Sayıları ile Uyguladıkları Büyüme Stratejiler Arasındaki İlişki.....	196
Tablo 45: Hastanelerin Hekim Dışı Personel Sayıları ile Geliştirdikleri Stratejik Duruş Arasındaki İlişki.....	196
Tablo 46: Hastanelerin Hekim Dışı Personel Sayıları ile Uyguladıkları Jenerik Stratejiler Arasındaki İlişki.....	197
Tablo 47: Hastanelerin Hekim Dışı Personel Sayıları ile Uyguladıkları Büyüme Stratejileri Arasındaki İlişki.....	197

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar	11
Şekil 2: Açık Bir Sistem Olarak Hastane	21
Şekil 3: Bir Endüstride Rekabeti Etkileyen Güçler	57
Şekil 4: Rekabet Avantajının Kaynağı	60
Şekil 5: Stratejik Kararlar ve Alternatifler Hiyerarşisi	64
Şekil 6: Uyum Stratejileri Alternatiflerinin Stratejik Düşünce Planı	67
Şekil 7: Rekabet ve Endüstri İlişisine Göre Jenerik Stratejiler	98
Şekil 8: Jenerik Stratejilerin Avantaj ve Dezavantajları	102
Şekil 9: Bir Temel Hizmet Sunucusu Tarafından Gerçekleştirilen İlişkili ve İlişkisiz Çeşitlendirme	129
Şekil 10: Hastane Hizmetlerinin Dikey Bütünleşmesi	134
Şekil 11: Dikey ve Yatay Bütünleşme Stratejilerinin Kombinasyonu	139
Şekil 12: Araştırma Modeli	145
Şekil 13: Hastanelerin Bir Rekabet Stratejisi Olup Olmamasına Göre Performans Farklılıkları	171

Tezin Başlığı: Türkiye Sağlık Sektöründe Rekabet Stratejileri: Hastaneler Üzerine Bir Araştırma	
Tezin Yazarı: Mahmut AKBOLAT	Danışman: Prof. Dr. Recai COŞKUN
Kabul Tarihi: 27 Ocak 2009	Sayfa Sayısı: 13 (ön kısım)+222 (tez)+25 (ekler)
Anablim Dalı: İşletme	Bilim Dalı: Yönetim ve Organizasyon
<p>Sağlık hizmetleri sunumunda rekabet kavramı 1980’li yıllarla birlikte uluslararası literatürde, özellikle ABD’de ilgi görmesine karşılık, ülkemizde bu alana yeterli ilgi gösterilmemiştir. Ancak Türkiye 1980’lerin ABD’sindeki benzer bir sürece girmiştir ve bu bakımdan sağlık sektöründe, özellikle de hastanelerde rekabet önem kazanmıştır.</p> <p>Çalışmanın ana amacı, Türkiye’de hastanelerin hangi stratejileri uyguladıklarının belirlenmesi ve uyguladıkları stratejilere göre hastaneler arasında bir performans farkının olup olmadığını ortaya koymaktır. Bu bağlamda çalışmanın amaçlarını şu şekilde ifade etmek mümkündür:</p> <ul style="list-style-type: none">- Özel ve kamu hastanelerinin rekabet stratejilerini algılama ve uygulama yeteneklerini ölçmek ve bu bağlamda hastanelerin rekabet gücünü etkileyen faktörleri belirlemek,- Özel ve kamu hastanelerin hangi stratejileri uyguladıklarını belirlemek,- Farklı rekabet stratejilerini uygulayan hastanelerin uyguladıkları stratejiye göre varsa performans farklılıklarını ortaya koymaktır. <p>Çalışmada literatür çalışmasından sonra bu literatürden yararlanılarak bir anket oluşturulmuştur. Ankette hastanelerin genel özelliklerinin yanı sıra, sağlık yöneticilerinin sağlık sektörüne giriş engelleri, hastanelerin stratejik kararlar alırken rakipleri ve çevrelerini ne oranda dikkate aldıkları, Porter’ın jenerik stratejileri, Miles ve Snow’un stratejik tipolojisi ve büyüme stratejilerinden çeşitlendirme, dikey bütünleşme ve yatay bütünleşme faktörlerini nasıl değerlendirildiklerine ilişkin sorular sorulmuştur.</p> <p>Anketin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlardan sonra tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra soruların arasındaki farkların ve hipotezlerin test edilmesinde iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü, tek yönlü varyans analizi ve Ki-Kare testleri kullanılmıştır. Ayrıca hastanelerin uyguladıkları stratejiler esas alınarak performans farklılıkları karşılaştırılmıştır.</p> <p>Elde edilen bulgulara göre; özel hastaneler daha önde olmak üzere hastaneler daha çok farklılaştırma ve çeşitlendirme stratejisi uygulamakta ve atılgan ve analizci strateji tipini benimsemektedirler. Buna karşılık kamu hastaneleri arasında toplam maliyet liderliği ve dikey bütünleşme stratejileri uygulayan ve savunmacı tip geliştiren hastaneler özel hastanelerden daha fazladır. Özel hastaneler yatay bütünleşmeye daha eğilimli bulunmuştur. Farklılaştırma, çeşitlendirme ve dikey bütünleşme gibi daha agresif strateji izleyen hastanelerin kapasite kullanım oranları pozitif yönde gelişmektedir. Buna karşılık toplam maliyet liderliği ve yatay bütünleşme stratejisi gibi agresif olmayan stratejiler izleyen hastanelerin hizmet hacimlerinde büyüme meydana gelmektedir. Savunmacı tipte olan ve odaklanma stratejisi izleyen hastaneler bazı alanlarda başarılı olmakla birlikte, hiçbir zaman öne çıkamamaktadırlar. Hiçbir strateji uygulamadığını bildiren hastaneler ve tepkici tipteki hastanelerin performansı tüm hastanelerden daha düşüktür.</p> <p>Hastanelerin kendi nitelikleri ve çevresel değişkenleri dikkate alarak strateji seçmeleri ve sektörde meydana gelen değişime uyum sağlamak için esnek bir yapı geliştirmeleri önerilmektedir.</p>	
Anahtar Kelimeler: Rekabet, Rekabet stratejileri, pozisyon stratejileri, büyüme stratejileri, hastaneler	

Title of the Thesis: Competition Strategies in Turkey Health Sector: A Study on Hospitals	
Author: Mahmut AKBOLAT	Supervisor: Prof. Dr. Recai COŞKUN
Date: 27 January 2009	Nu. of Pages: 13 (pre text)+222 main body+25 appendices
Department: Business	Subfield: Management and Organization
<p>With the 1980's concept of competition on health care supply in international literature, especially in USA was drawn attention, but it wasn't in Turkey sufficiently. However, Turkey entered a process that like USA in 1980's, and competition began important in health sector, and hospitals.</p> <p>The main aim of this study is to determine which strategies have been put into practice hospitals in in Turkey, and to expose differences of performance. With reference to aims of study can explain in this way:</p> <ul style="list-style-type: none"> - To Measure perception and application of competition strategies by state hospitals and private hospital, and to determine factors that force of competition of hospitals, - To determine which strategies have been put into practice by state hospitals and private hospitals, - To expose differences, if there are differentiations with hospitals that have been put into practice different strategies. <p>After act of writing literature, a questionnaire was formed benefit from this literature. The questionnaire comprise to questions relating to general characteristics of hospitals, and barriers of entering health sector, and effect of environment and competitors on strategic decisions, and Generic strategies of Porter, and strategic typology of Miles and Snow, and diversification, and horizontal integration, and vertical integration</p> <p>Validity and reliability analysis of questionnaire was accomplished. After that, data was analyzed under cover of descriptive statistics, Independent Samples T Test, and One way ANOVA, and Chi Square. In addition differences of performance of hospitals confronted with strategies that hospitals were put into practice.</p> <p>According to findings, hospitals have been put into practice differentiation and diversification strategies, and improve to prospector analyzer strategy types that private hospitals are further than state hospitals. Total cost leadership and vertical integration and defender strategy type are more widespread among state hospital than private hospitals. Private hospitals are having a tendency to horizontal integration. Hospitals that follow aggressive strategies like differentiation, diversification and vertical integration have higher level of capacity use. On the other hand hospitals that follow nonaggressive strategies like total cost leadership and horizontal integration strategies have larger capacity of services. Hospitals that follow niching strategy and improve defenders structure are successful some areas, but they aren't leaders in sector. Hospitals that don't follow a strategy and improve reactor structure have lowest performance.</p> <p>Hospitals performances are effected by their characteristics. Therefore, hospitals have to choose strategies to take into consideration environmental factors and their characteristics, and improve a flexible structure that can orientate oneself changing in sector.</p>	
Key Words: Competition, Competition Strategies, Generic Strategies, Expansion Strategies, Hospitals	

GİRİŞ

Değişimin büyük ivme kazandığı günümüzde, iş hayatındaki uzun vadeli belirsizlikler, hastanelerin geleceklerini şekillendiren hayati kararların alınmasını güçleştirmektedir. Bunun yanında sürekli ve hızlı değişim gösteren çevre koşulları da hastanelere bu değişimlere ayak uydurma zorunluluğunu getirmektedir. Hastaneler böyle bir ortamda hem çevre değişimlerini tahmin etmek, hem belirsizliğin sebep olduğu karmaşıklığı çözmek, hem de rekabet ortamında üstünlük sağlamak zorundadırlar.

Günümüzde hastanelerin, sayılan bütün bu olumsuz faktörlerden farklı ölçülerde etkilendiği görülmektedir. Hastaneler ayakta kalabilmek için gelişen teknoloji, politika ve ekonomik ortama uygun davranış sergilemek zorundadırlar. Başka bir ifade ile hastanelerin ayakta kalabilmeleri için temel şart çevrelerinde meydana gelen değişimlere ayak uydurabilmeleridir. Bu ancak hastanelerin iyi bir performans göstermesi ve bu performansı rekabet unsuru olarak kullanabilmesine bağlıdır. Bu bağlamda bakıldığında, her gün milyonlarca insanın doğumunda, hastalığında ve hatta ölümünde kullanmak zorunda olduğu hayati öneme sahip bir hizmet olan sağlık hizmetleri hızla teknolojik, politik ve ekonomik bakımdan değişime uğramaktadır. Son yıllarda teknoloji, ilaç ve know-how sağlık hizmetlerinin sunumu ve iyileşme beklentilerinde çok hızlı gelişmelere neden olmuştur. Öyle ki, tedavisi zor olan pek çok hastalık artık sıradan tedavi edilebilir hale gelmiş, hastaların yatarak tedavi olma süreleri kısalmış ve buna bağlı olarak hastanelerin yatak kapasite kullanım oranları olumsuz etkilenmiştir. Bu durum, tedavi hizmetlerinin özel ve kamu sağlık kuruluşları tarafından birlikte verilmesi, kamu hastanelerinin özel sağlık işletmesi bakış açısı ile yönetilmesi ve kamu hastaneleri ile özel hastanelerin kendi aralarında rekabet etmeleri sonucunu doğurmuştur.

Sağlık hizmetlerindeki hızlı değişim ve hizmetlere ulaşımın kolaylaştırılması, maliyetlerde büyük artışlar meydana getirdi ve bu artışlar sosyal güvenlik kurumları ve devlet bütçesi üzerinde önemli baskılara neden olmaya başladı. Bütçe ve sosyal güvenlik kurumlarının finansman sıkıntılarının giderilmesi amacıyla yönelik olarak çıkarılan bir yasa ile hizmet sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki kesildi. Hizmeti finanse edenler hizmet sunumundan ayrılarak üniversite hastaneleri dışındaki tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplandı.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile farklı sosyal güvenlik kurumu bünyesinde bulunan ve farklı sağlık hizmeti alan kişiler tek bir sağlık hizmeti sunum paketinden yararlanacak hale getirildi. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı reforme edilerek hizmet sunucusu bir kurum olmaktan çıkarılıp denetleyici ve koordine edici bir kurum haline getirilmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda hastanelerin Sağlık Bakanlığı'nın direkt kontrolünden çıkarılarak kendi kendine yeter özerk sağlık işletmeleri haline getirilmesine yönelik çalışmalar devam etmektedir. Halen mecliste bulunan Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile kamu hastaneleri özerk birliklere dönüştürülerek Sağlık Bakanlığı'nın bir nevi ilgili kuruluşu haline getirilmesi amaçlanmaktadır. Bu yolla Devletin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin doğrudan sunum ve finansmanından çekileceği; hizmet sunumunun özel ve özerk hastaneler aracılığı ile, finansmanın ise vatandaşların ödeyecekleri sağlık primlerinin karşılığı olarak genel sağlık sigortası (GSS), özel sigorta kuruluşları ve cepten ödemelerle karşılanması öngörülmektedir.

Yukarıda özetlenmeye çalışılan faaliyetler kamu hastanelerinin özel sağlık işletmesi mantığı ile yönetilmesini ve kamu hastaneleri ile özel hastanelerin kendi aralarında rekabet etmelerini zorunlu kılmaktadır. Bu durum Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile de vurgulanmakta ve Yasanın Meclisten bu hali ile geçmesi durumunda birlik genel sekreteri ve yöneticilerinin kamu görevlisi olması zorunluluğu ortadan kaldırılmaktadır. O halde hastaneler özel ya da kamu kuruluşu olmasına bakılmaksızın zorlu rekabet şartları altında ayakta kalabilmek için kendilerine rekabet avantajı sağlayacak politikalar, yöntemler ve süreçler geliştirmek zorundadırlar.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile getirilen sözleşmeye bağlı hizmet sunumu anlayışı, kamu ya da özel ayırımına bakılmaksızın hastanelerin sözleşmeye bağlı olarak hizmet sunmasını gerekli kılmaktadır. Bu durumda hastaneler farklı fiyat veya başka avantajlar sunmak suretiyle üçüncü parti ödeyiciler olarak adlandırılan sosyal güvenlik kurumuyla sözleşme yapacaklardır. Ayrıca genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalan uygulamalar için özel sigorta şirketlerinin de benzer ölçütler koyması kaçınılmaz görülmektedir. Bu durumda hastaneler fiyat ve hizmet sunumu konusunda baskı altına alınacağından, dış çevreden gelen ve değiştirmeleri çok zor görülen

bu gelişmelere iç çevrelerini düzenlemek suretiyle karşılık vermek zorunda kalacaklardır. Bu durum da sağlık işletmelerinin stratejik bir bakış açısıyla yönetilmesini zorunlu kılmakta ve Porter'in Rekabetçi Güçler Yaklaşımında ifadesini bulan, rakipleri aşmak için daima savunabilecek ve korunabilecek bir fark yaratmaya zorlamaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumu açısından bakıldığı zaman, rekabette ayakta kalabilmek için hastanelerin sağlık hizmetleri sunumunda oluşturulabilecekleri temel farklılıklar, benzer hizmetlerdeki maliyet ve hizmet sunumundaki farklılıklardır. Bu farkların yaratılabilmesi için hastaneler hizmetin tasarımından müşteriye ulaşmasına kadar yüzlerce aktiviteyi planlamak, uygulamak ve entegre etmek durumundadır. Ayrıca hastaneler sözleşmeye dayalı hizmet sunum modeliyle fiyat esnekliklerini kaybedeceklerinden maliyet üzerine daha fazla odaklanacakları ve fiyat esnekliğinden kaybettiği kârlılığını maliyet kontrolü ile sağlamaya çalışacakları düşünülmektedir. Bunun yanı sıra rakiplerden öne çıkmak için daha fazla hasta çekilmesi gerekmektedir. Bunu sağlamanın yolu cazip hizmet farklılıklarını ortaya koymaktır. Düşük maliyet ya da farklılık meydana getirme anlayışı içerisinde hareket eden hastaneler, dikey ya da yatay bütünleşmeler sağlayarak entegre hizmetler sunabildikleri gibi çeşitlendirilmiş hizmetlerle rekabet risklerini azaltmaya çalışabilirler veya savunulabilir bir hizmet hattı oluşturarak ve bu hatta odaklanmak suretiyle rakipleri ile yarışmaya devam edebilirler. Hastanecilik sektörü daha yarışmacı ve daha düzensiz bir çevre içerisinde hizmet sunmak zorunda kalacağı bir döneme girmiştir ve hastaneler savunmacı, atılğan ya da analizci bir duruş geliştirerek sektördeki rakipleri ile yarışmak zorundadırlar. Bütün bunları yapmak istemeyen hastaneler Porter'in "arada sıkışıp kalma" ifadesinde kendini bulan tepkici bir yaklaşım içerisinde hareket etmek zorunda kalırlar ki, bu durum da zaten savunulacak bir stratejinin olmadığını göstermektedir.

Hastanelerde rekabet olgusunun nasıl anlaşıldığı ve gelişen yeni şartlarda kamu ve özel hastaneler arasında görünür bir farklılık olup olmadığını analiz etmek amacı ile bu çalışmaya ihtiyaç duyulmuş ve hastanelerde bu konuya yönelik bir çalışma yapılması planlanmıştır.

Bu bölümde planlanan çalışmanın amacı, önemi, kapsamı, kısıtları ve yöntemi açıklanmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, Türkiye’de hastanelerin hangi stratejileri uyguladıklarının belirlenmesi ve uygulanan stratejilerin performansa bir katkısının olup olmadığını tespit etmektir. Türk sağlık sistemi ve mevcut çevre koşulları dikkate alındığı zaman özel ve kamu hastanelerinde rekabet stratejilerinin uygulanabilirliği ve bu uygulama sonucunda sağlanan özel ve kamusal yararların tespiti önemlidir. Böyle bir tespit mevcut hastaneler kadar, gelecekte faaliyette bulunacak hastanelerin hedeflerinin belirlenmesine de bir temel oluşturacaktır. Bu amaçla çalışmada Miles ve Snow’un stratejik tipolojisi, Porter’in jenerik stratejileri ve büyüme stratejilerinden çeşitlendirme, dikey bütünleşme ve yatay bütünleşme stratejileri kullanılarak hastanelerin rekabetçi davranışları ve operasyonel performansları arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmaktadır.

Çalışmanın amacı araştırma kapsamında ele alınan;

- Özel ve kamu hastanelerinin rekabet stratejilerini algılama ve uygulama yeteneklerini ölçmek ve bu bağlamda hastanelerin rekabet gücünü etkileyen faktörleri belirlemek;
- Özel ve kamu hastanelerin hangi stratejileri uyguladıklarını belirlemek,
- Farklı rekabet stratejilerini uygulayan hastanelerin uyguladıkları stratejiye göre varsa performans farklılıklarını ortaya koymaktır.

Çalışmada uygulama alanı olarak hastanelerin seçilmesinin sebepleri;

- Gerek dünyada gerekse ülkemizde sağlık harcamaları içerisinde tedavi edici hizmetlerin payı gittikçe artmakta ve hastane harcamalarının düşürülmesi ve hizmet kullanıcılarının hastane giderlerine katkı sağlaması için çalışmalar yapılmaktadır. Bu ortamda rekabet stratejilerinin hastanelerin uygulaması gereken önemli yönetim enstrümanlar olarak değerlendirilmesi,
- Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel amaçlarından biri ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin özerk kamu hastaneleri ya da özel hastaneler aracılığı ile verilmesidir. Bu durumun sağlık kuruluşlarının rekabetçi bir bakış açısı ile yönetilmesine sebep olacağını düşünülmesi,

- Çalışmanın Türk sağlık sektörüne, özellikle de hastane yöneticiliğine katkı sağlayacağını değerlendirilmesidir.

Araştırmanın Önemi

Hastaneler tarafından sunulan tedavi edici sağlık hizmetlerinin özel ve kamu hastaneleri tarafından ortaklaşa sunulması ve kamu hastanelerinin de özel hastaneler gibi yönetilerek kamu üzerinden tedavi edici sağlık hizmetleri yükünün kaldırılması olgusu genel olarak kabul edilmiş durumdadır. Bu yaklaşıma uygun olarak son yıllarda özel sektör sağlık işletmeciliği teşvik edilmektedir. Ayrıca ülkemizde kamu sağlık kuruluşlarının özertleştirilerek Sağlık Bakanlığı'nın yükümlülüğü dışına çıkarılması için yapılan çalışmalar devam etmektedir. Bu bağlamda hükümet tarafından hazırlanan Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile kamu hastanelerinin birlikler altında toplanması, bu birliklerin özerk statüde, kamu tüzel kişiliği şeklinde örgütlenmesi ve birlik gelirleri ile birlik giderlerinin karşılanması esas alınmaktadır. Bu tasarının uygulanması halinde hastaneler devlet katkısı alamayacak ve devlet katkısı ancak olağan dışı durumlarda yardım olarak sağlanabilecektir. Sağlıkta Dönüşüm Programının tam olarak uygulanması ile birlikte özerk hale getirilen sağlık kuruluşları özel sektör kuruluşları gibi yönetilebilecek ve kamu sağlık kuruluşları özertleştirilebilecektir.

Bu çalışma hastanelerin bir rekabet stratejisi olması gerektiği üzerine kurgulanmıştır. Yani kamu ya da özel sektöre ait olmasına bakılmaksızın hastaneler bir stratejik bakış açısıyla yönetilmelidir. Çalışmada ikinci bölümde sunulan rekabet stratejileri kullanarak hastanelerin ne tür rekabet üstünlükleri elde ettikleri, elde ettikleri üstünlükleri korumada ne kadar başarılı oldukları ve kamu hastanelerinin de özel sektör hastaneleri gibi rekabet edip edemediği incelenmektedir. Böylece bu çalışma ile sağlık sektöründe rekabet stratejileri konusundaki boşluklara dikkate çekmenin yanı sıra, bu boşlukların doldurulması için neler yapılması gerektiği konusunda önerilerde bulunulması planlanmıştır.

Bu çalışmadan önce Türkiye'de rekabet stratejileri konusunda gerçekleştirilmiş teorik ya da ampirik bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Stratejik yönetim konusunda yapılan çalışmalar ise oldukça sınırlıdır. Halbuki işletmecilik bakış açısı ile kâr etmek, en azından kamu yardımı

almadan yaşamını sürdürmek zorunda olan hastaneler rekabet etmek zorundadırlar. Dolayısı ile bu alanda çok sayıda çalışma yapılması ve bu çalışmaların birbirleri ile ilişkilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Dolayısı ile çalışmanın ilk olması ve daha sonra bu alanda çalışma yapmak isteyen araştırmacılara öncülük etmesi bakımından da önemi bulunmaktadır.

Araştırmanın Kapsamı

Sağlık hizmetleri alanında yönetim stratejileri, uyum stratejileri, pazara giriş stratejileri, pozisyon stratejileri ve operasyonel stratejilerin tamamı uygulanabilir. Ancak yapılan çalışmalarda daha çok pozisyon stratejileri (Porter tarafından geliştirilen jenerik stratejiler ve Miles ve Snow'un stratejik tipolojisi-stratejik duruş) üzerinde durulduğu görülmektedir. Ayrıca literatürde büyüme stratejilerinden çeşitlendirme, yatay ve dikey bütünleşme stratejilerine de rastlanmaktadır.

Hastanelerde rekabet stratejileri ile ilgili olarak 1980'li yılların başından itibaren çalışmalar yoğunlaşmaya başlamıştır. Özellikle ABD'de de Medicare uygulamalarının başlaması ile birlikte bu alanda bir yoğunlaşma olduğu gözlenmektedir. Ayrıca ABD sağlık sistemi liberal ekonomik koşullara göre düzenlendiğinden rekabet konusu diğer ülkelere oranla burada daha hızlı gelişmiştir. Sağlık harcamalarındaki hızlı artışla birlikte diğer ülkelerde de bu alanda çalışmalar başlamıştır.

Ülkemiz sağlık sisteminde de liberal gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetlerinde rekabet olgusu kendisini hissettirmeye başlamıştır. Özellikle son yıllarda özel sektörün sağlık yatırımlarının desteklenmesi ve kamu sağlık kuruluşlarının özertleştirilmesi ve özelleştirilmesinin yolunun açılmasına yönelik çalışmalar bu konunun ivme kazanmasına neden olmuştur. Ancak, bu alanda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları arasında rekabeti algılama ve rekabet etme bakımından bir farklılık olup olmadığını ve rekabet ilişkilerini incelemeye yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışma temelde dört bölümden meydana gelmektedir. İlk bölümde Türk sağlık sistemi ve bu sistem içerisinde hastanelerde meydana gelen değişim anlatılmaktadır. Bu bölümde öncelikle sağlık hizmetleri ve sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar tanımlanarak sınıflandırılmaktadır. Bu tanımlama ve sınıflandırmada çalışmanın asıl

konusunu oluşturan hastaneler üzerinde daha ayrıntılı bir şekilde durulmaktadır. Ayrıca özel ve kamu hastaneleri hizmet sundukları alanlara göre karşılaştırılmakta, hastanelerin özerkleştirilmesi ve özelleştirilmesi çalışmaları üzerinde durulmaktadır. Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişim, özellikle 1980 sonrası dönemde hastanelerin özerkleştirilmesi ve özelleştirilmesi çalışmaları rekabet stratejileri de dikkate alınarak incelenmektedir. Kamu hastanelerinin özerkleştirilerek rekabet ortamına sokulması ve özel hastanelerin desteklenerek tedavi hizmetlerinin özerk kamu hastaneleri ve özel hastaneler tarafından verimlilik ilkesine dayalı ve rekabetçi bir ortamda sunulması konusunda yapılan çalışmalar üzerinde durulmaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde rekabet stratejileri konusunda literatür incelemesi yapılmıştır. Rekabet, rekabet stratejisi ve rekabet gücü kavramları incelenmekte ve sağlık hizmetlerinde rekabet öncelikleri üzerinde durulmaktadır. Hastanelerde stratejik alternatiflerin geliştirilmesi ve stratejik alternatifler hiyerarşisi rekabetçi bakış açısı ile incelendikten sonra, rekabet stratejileri konusunda hastanelerde gerçekleştirilen teorik ve ampirik çalışmalar incelenmektedir. Bu bağlamda rekabet stratejilerini oluşturan stratejik duruş (savunmacı, analizci, atılgan ve tepkici) ve jenerik stratejileri (toplam maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma) ile büyüme stratejilerinden çeşitlendirme, dikey ve yatay bütünleşme stratejileri ayrıntılı olarak incelenmektedir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ikinci bölümde gerçekleştirilen literatür incelemesi esas alınarak gerçekleştirilen alan incelemesi yer almaktadır. Alan incelemesinden elde edilen bilgiler hastanelerin özellikleri de dikkate alınarak istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

Son bölümde ise üçüncü bölümde elde edilen bulgulardan yararlanılarak çalışmanın sonuçları ortaya konulmakta ve gerek alana, gerekse daha sonra bu alanda çalışma yapacak araştırmacılara yönelik önerilerde bulunmaktadır.

Bu kapsamda Türkiye’de faaliyette bulunan hastaneler incelenekte ve temelde iki konunun açıklanması hedeflenmektedir. İlk konu, Porter tarafından ortaya konulan jenerik stratejiler, Miles ve Snow’un geliştirdiği stratejik tipoloji ve büyüme stratejilerinden çeşitlendirme ile yatay ve dikey bütünleşme stratejilerinden hangilerini hastanelerin uyguladıklarının ortaya konulmasıdır. İkinci konu ise yukarıda belirtilen

stratejileri uygulayan hastanelerin uyguladıkları strateji ile performansları arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesidir. Başka bir ifade ile ikinci temel konu hastanelerin uyguladıkları stratejinin performansında pozitif bir etki oluşturup oluşturmadığını ortaya koymaktır. Bu bağlamda araştırmanın soruları şu şekilde düzenlenmiştir:

- a. Türkiye’de hastaneler hangi stratejileri uygulamaktadır?
- b. Farklı stratejileri uygulayan hastaneler arasında performans farklılıkları var mıdır, performans farklılıkları varsa sebepleri nelerdir?
- c. Bu sebeplerden hareketle Türkiye’de faaliyette bulunan hastaneler için “uygun strateji” önerisinde bulunulabilir mi?

Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın kısıtlarına yer vermek, hem araştırmanın sonuçlarının anlamının gerçekçi bir şekilde yorumlanabilmesi hem de araştırma ahlâkı açısından gereklidir (Altunışık ve diğ., 2005: 278). Çalışmanın evreni belirlenirken çeşitli kaynaklardan (TÜİK, DPT, Özel Hastaneler Derneği, vb.) yararlanılmıştır. Ancak asıl hareket noktası Sağlık Bakanlığı verileri, özellikle de 2007 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığıdır. Bununla birlikte saha araştırması yapılırken Bakanlık istatistiklerinde henüz yer almayan sağlık kuruluşlarına da rastlandı. Çalışma yapılırken tespit edilebilen bu kuruluşlara da anket gönderildi ve ikincil verileri toplanmaya çalışıldı.

Çalışmada Türkiye’de faaliyet gösteren tüm kamu ve özel hastanelere ulaşılması hedeflenmiştir. Bu amaçla tüm hastanelere anket formu gönderilmiştir. Ancak, anketlere daha çok hastanelerin büyük yoğunluğunun bulunduğu Marmara Bölgesinden cevap alınabilmiştir. Ayrıca hastane gruplarının çok sayıda hastanesi olmasına karşılık, bazı gruplardan bir, bazılarında da birkaç tane anket alınabilmiştir.

Çalışmada hastanelerin rakipleri ile yarışmada rekabet stratejilerini oluşturup uygulama konusunda başarılı olup olmadıkları incelenmiştir. Bu amaçla mali ve operasyonel performansları incelenmek istenilmiştir. Ancak, mali performansa ilişkin bilgilerin sağlanamaması nedeniyle yalnızca operasyonel faaliyetlerden elde edilen performans bilgilerinden yararlanılmıştır.

Ayrıca sağlık kuruluğu yöneticilerine mülakat yapılmak istenilmiş, ancak olumlu cevaplar alınamamıştır. Dolayısı ile birincil veri kaynağı olarak yalnızca anketler kullanılabilmiştir. Anketler sağlık kuruluğları yöneticilerine e-mail, posta ve faks yolu ile gönderilmiş, ancak ulaşılması mümkün olan sağlık kuruluğu yöneticileri ile yüz yüze anket gerçekleştirilebilmiştir. Yüz yüze gerçekleştirilemeyen anketlerde kimi soruların yanlış anlaşılması ihtimali de kısıtlılıklara sebep olabilir. Bu tür hataların önlenmesi amacı ile anket formuna kritik tanımlama ve açıklamalar eklenmiştir.

Araştırmanın Varsayımları

Varsayımlar, bir araştırmada önceden belirlenen, varsayılan önermeler ve koşullardır. Bir durumun hangi koşullar altında ve hangi n kabullere göre düzenlendiğini belirten altyapı elemanları ve koşullardır (zdamar, 2003:7).

Araştırma kapsamında anket dolduran bazı hastaneler küçük illerde ya da ilçelerde faaliyette bulunmaktadır. Bu il ve ilçelerde faaliyette bulunan sağlık kuruluğlarının İstanbul, Ankara ve Kocaeli gibi büyük illere oranla rekabet yoğunluğu, ilk bakışta daha az gibi görünmektedir. Ancak, Türkiye'nin büyük illerine diğer illerden hasta akımı olduğundan bu illerdeki hastanelerin de gerçek rekabetten etkilendikleri varsayılmaktadır. Özellikle 25 Mayıs 2007 tarih ve 26532 sayılı Resmi Gazetenin mükerrer sayısında yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluğlarına sevk zorunluluğu kaldırıldığından, hastalara niversite hastaneleri dahil tüm hastaneler için bu yol açılmıştır. Bu durumun küçük il ya da ilçelerdeki hastaların büyük illerdeki hastanelere başvurmasına sebep olacağı düşüncesi ile çalışmada küçük il ya da ilçelerdeki hastanelerin de rekabet ortamına sokulduğu varsayılmıştır ve bu illerden elde edilen veriler de kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki sağlık kuruluğu yöneticilerinin anket sorularına verdikleri cevaplar ve bu kuruluğlarla ilgili elde edilen bilgilerin gerçek durumu yansıttığı varsayılmıştır. Ayrıca anket elde edilen verilerin çalışma yapılan hastaneleri temsil edeceği kabul edilmiştir.

BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK

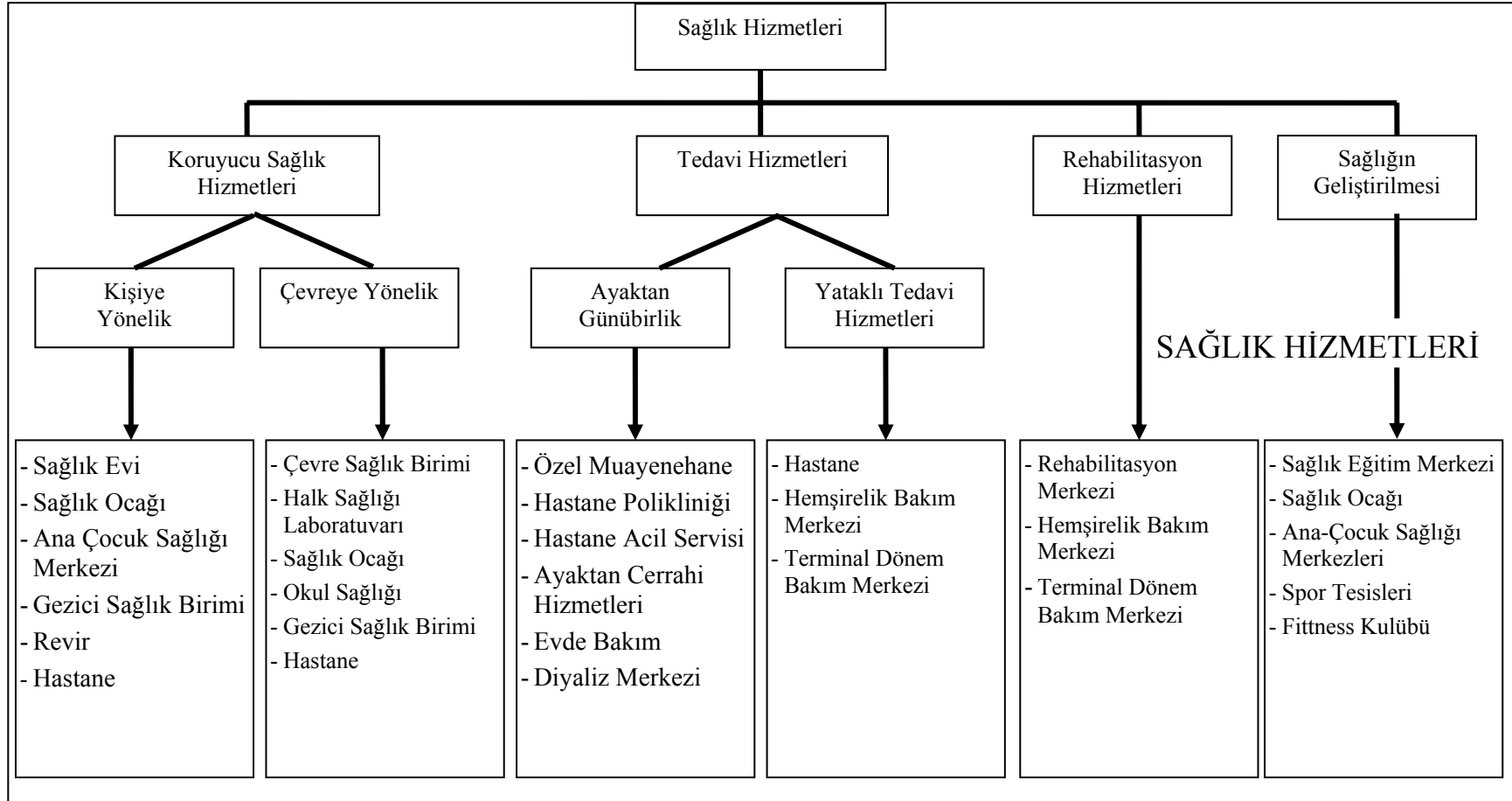
KURUMLARININ TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

Bu bölümde öncelikle sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri sunan kurumlar tanımlanarak ve sınıflandırılmaktadır. Çalışmanın amacı gereği hastanelerin tanımı, özellikleri ve sınıflandırılması daha ayrıntılı olarak verilmekte ve hastaneler ön planda tutularak Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetlerinin gelişimi açıklanmaktadır. 1980 sonrası sağlık hizmetlerinin özertleştirilmesi ve özelleştirilmesi çalışmaları rekabet stratejileri de dikkate alınarak incelenmektedir. Özellikle kamu hastanelerinin özertleştirilerek rekabet ortamına sokulması ve özel hastanelerin desteklenerek tedavi hizmetlerinin özert kamu hastaneleri ve özel hastaneler tarafından verimlilik ilkesine dayalı ve rekabetçi bir ortamda sunulması konusunda yapılan çalışmalar üzerinde durulmaktadır.

1.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık sistemi, bir ülkede sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tıbbi bakım hizmetleri için var olan tüm kaynaklar, örgütler ve bunların aralarındaki ilişkilerden oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır. Sağlık kurumları, ürettikleri temel sağlık hizmetleri ölçüt alınarak sınıflandırılabilir. Sağlık hizmetlerinin ve sağlık kurumlarının sınıflandırılması Şekil 1'de verilmiştir. Şekilde görüldüğü gibi sağlık kurumları, ürettikleri sağlık hizmetinin türüne göre farklılaşmaktadır. Bununla birlikte sağlık kurumlarının büyük bölümünün dört grupta toplanan sağlık hizmetini değişik düzeylerde ürettikleri gözlenmektedir. Örneğin bir sağlık ocağının temel işlevi koruyucu sağlık hizmeti sağlamak olmasına rağmen teşhis ve tedavi hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesiyle ilişkili hizmetleri de sağlamaktadır. Hastaneler için de aynı durum geçerli olduğu söylenebilir. Hastaneler, temel işlevi olan yataklı tedavi hizmetlerinin sunumu yanında, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de sağlamaktadırlar (Kavuncubaşı, 2001:34).

Şekil 1. Bütüncül sağlık hizmeti sunan kurumlar



Kaynak: Kavuncubaşı (2000:34)

Sağlık hizmetlerinin ana ilkesi halkın sağlık seviyesini yükseltmektir. Bu amaçla koruyucu hekimlik hizmetlerine öncelik verilir. Tedavi edici hekimliğe koruyucu sağlık hizmetlerini tamamlayan bir unsur olarak bakılır. Bu yolla topluma pahalı yataklı tedavi hizmetlerine ihtiyaç kalmadan daha ucuz hizmetlerin sunulması hedeflenmektedir. Bu amaçla 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, sağlık hizmetlerinin tabandan tavana doğru örgütlenmesini öngörmüştür. Buna göre sağlık hizmetleri teşkilatı sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, hastaneler, çeşitli koruyucu hekimlik kuruluşları, sağlık müdürlükleri, bölge hastaneleri, bölge laboratuvarları, sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve bakanlıkla işbirliği yaparak çalışmak üzere kurulan çeşitli kuruluşlardan oluşmaktadır (Madde:9). Bu yasa ile temel sağlık hizmet sunum birimi olarak sağlık ocakları benimsenmiştir ve hastanelerin ancak sağlık ocaklarından sevk edilen hastalar tarafından kullanılması öngörülmüştür.

Sağlık hizmetlerinde temel ilkeler verimlilik, eşitlik, bilimsel kalite, yeterlilik ve insancılıktır. Etkinlik, kullanılan girdilerle elde edilen hizmetin yeterliliğidir. Etkilik, hizmetlerin istenilen etkiyi yapabilmesidir. Eşitlik ise üretilen hizmetlerin toplumun ve bireylerin ihtiyacına göre herkese eşit olarak dağıtılmasının, temel insan hakkı olarak sağlanmasıdır. Yeterlilik, hizmetlerin insan ve toplum ihtiyaçlarının karşılanması için gereken düzeyde ve miktarda verilmesidir. İnsancılık ise toplum hayatının, insan olmanın, yaşam hakkı ve kişi hukukunun gerektirdiği gereksinimdir (Kısaer, 2003: 110). Sağlık hizmetleri sunumunda vaz geçilmez nitelikte olan bu ilkeler, rekabet koşullarına bakılmaksızın her zaman dikkate alınmak zorundadır.

Yukarıdaki temel ilkelerin sağlanması için Türk sağlık sistemi içerisinde kaynakların etkili kullanılması bir zorunluluktur. Kaynakların daha etkili kullanılması için sağlık kuruluşlarının rekabete açık hale getirilmesi gerekmektedir. Ancak yapılan birçok çalışma, Türkiye’de sağlık sisteminde kaynakların verimsiz kullanıldığını ortaya koyarak, kaynakların ussal kullanılması gerektiğini vurgulamıştır. Sağlık sisteminin bir parçası olan hastanelerde de kaynakların etkin ve verimli kullanılması önemli bir sorundur (Özgülbaş, 2003:70-71).

1.2. Sağlık Kurumlarının Tanımı ve Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sunan kurumlar koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini sunan kurumlar şeklinde sınıflandırılabilir. Çalışma hastaneler üzerinde yani tedavi hizmetleri sunan kurumlar üzerinde yapılmakla birlikte konunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlamak için diğer kurumlar hakkında da kısaca bilgi verilecektir.

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler koruyucu sağlık hizmetleri sınıfına girer. Sağlığı koruyucu önlemler, primer, sekonder ve tersiyer koruma olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır (Hayran, 1998:17):

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır. Çevreye yönelik hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizyolojik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini önleyerek çevreye olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere çevre sağlığı (environmental health) hizmetleri denilmektedir (Fişek, 1983:5). Kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, yıkımsız veya en az yıkımla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri altında toplanır (Akdur, 1998:13).

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık evleri, sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, laboratuvarlar ve çevre sağlığı birimleri tarafından sunulmaktadır.

Türkiye’de asli görevi koruyucu sağlık hizmetleri üretmek olan sağlık kurumlarının işlevleri şu şekilde sıralanmaktadır:

1.2.1.1. Sağlık Evi

Kırsal bölgelerde coğrafya ve yol durumu göz önüne alınarak iki-üç bin nüfus için bir sağlık evi yaptırılması öngörülmüştür. Sağlık evleri, sağlık ocağına bağlı olarak çok yönlü hizmet gören kuruluşlardır. Sağlık evlerinde en önemli görev ana çocuk sağlığı hizmetleri ile toplumsal ve kişisel temizlik, uygun ve ekonomik beslenme, kadınların

analık ve ev kadınlığı konularında eğitilmeleri, aşı uygulamaları, ölüm, doğum ve göçlerin saptanması ve izlenmesidir (Eren, 1985:138-140).

1.2.1.2. Sağlık Ocağı

Sağlık ocağı 5 ile 10 bin (ortalama 7 bin) kişilik toplumun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal kurumdur. Sağlık ocağı sağlık evlerine oranla daha geniş kapsamda hizmet vermektedir.

1.2.1.3. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri (AÇSAP)

1997 tarih ve 22900 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliğine göre AÇSAP merkezleri sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç bakımından toplumun en öncelikli kesimini oluşturan kadın, anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetleri bütünü içerisinde ailelere, aile planlaması hizmetlerini ve diğer sağlık kuruluşlarıyla iş birliği içinde diğer ana çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumunu, koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirmek üzere kurulan sağlık kurumlarıdır (AÇSAP Yönetmeliği, Madde:1).

1.2.2. Tedavi Hizmetleri

Tedavi hizmetleri sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak hekim sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla gerçekleştirilir (Kısa, 2002:31). Tedavi edici hizmetler, poliklinik, müdahale ve yatan hastalarla dışarıdan gelen hastaların klinik müdahale hizmetleri de dahil olmak üzere, hastalara muayenehaneler ve sağlık kuruluşlarında verilen tüm tedavi edici hizmetler ve bu tedaviye bağlı olarak hastanın satın aldığı tüm ilaç ve sağlık gereçlerini kapsamaktadır (Kurtulmuş, 1998:84).

Tedavi edici sağlık hizmetlerini iki ana grupta toplamak mümkündür. Bunlar gününbirlik tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleridir. Ayaktan tedavi ve günü birlik tedavi hizmetleri, hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen

hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetleri içermektedir. Ayaktan bakım hizmetleri çeşitli sağlık kurumları tarafından sağlanmaktadır (Kavuncubaşı, 2001:39).

Tedavi hizmetleri, hizmet sunumuna göre üç aşamada ele alınmaktadır (Hayran,1998:18, Akdur,1998:13).

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde sağlık ocakları, muayenehaneler, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri birinci basamak hizmet veren kuruluşlar için örnek olarak verilebilir.

İkinci basamak tedavi hizmetleri: Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmetleri vermektedirler.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen, yoğun bilgi ve teknolojiyi içeren sağlık hizmetleridir (Kısa, 2002; 32). Ülkemizde özel dal hastaneleri, eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri bu tür kurumlara örnek olarak verilebilir.

1.2.2.1. Özel Muayenehaneler

Hekim ve diş hekimleri tarafından kurulan ve tanı ve tedavi hizmetleri üreten kurumlardır. Hekim ve diş hekimlerinin tek başlarına açıp hizmet verdikleri solo uygulama modelinin yanı sıra birden fazla hekim veya diş hekiminin bir araya gelerek grup uygulaması şeklinde hizmet vermeleri de mümkündür. Grup uygulaması, tek uzmanlık dalıyla ilgili hekimlerin bir araya gelmesiyle oluşturulabileceği gibi farklı uzmanlık dalları bir araya getirilerek de oluşturulabilmektedir (Kavuncubaşı, 2001:40-41).

1.2.2.2. Günübirlik (Ayaktan) Cerrahi Merkezleri

Ayaktan cerrahi bakım merkezleri (outpatient surgery centers) ve acil merkezleri (emergency centers) günübirlik cerrahi hizmetler sağlayan kurumlardır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde yapılan son değişikliklerle günü birlik bakım merkezleri gün hastaneleri adıyla literatürümüze girmiştir. Buna göre birden fazla branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi 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 kurumları gün hastaneleri olarak adlandırılmıştır.

1.2.2.3. Evde Bakım

Evde bakımın üniversal ve kesin bir tanımı olmamakla birlikte; evde bakım hizmetleri, farklı meslek üyelerinin işbirliği ve eşgüdümü ile koruyucu ve tedavi edici hizmetleri hasta ve ailesine kendi ev ortamında sunan bir hizmet modelidir (Akdemir, 2001:927). Bununla birlikte evde bakım (home care), sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara, ev ortamında sağlık hizmeti ve hizmet donanımının sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Hastane yatak kapasitelerinin azaltılması sonucunda evde bakım hizmetleri popüler olmaya başlamış ve bütüncül sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesi haline gelmiştir. (Kavuncubaşı, 2000:41). Evde bakım, teşhis ve tedavi sonrası bakım süreci, kronik bir hastalığın takibi ve herhangi bir sağlık problemi olmaksızın koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi süreçlerinde, ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık bakımı hizmetlerinin sunulmasını sağlamaktadır. Amaç günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek, en yüksek tedavi düzeyine ulaşmak yolu ile hastalığın veya yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir.

Sağlık hizmetlerinin daha ucuza sunulmasını ve hastanede bakım gerektirmeyen hastaların ev ortamında bakımını sağlamak açısından büyük öneme sahip olan bu kuruluşlar özellikle dikey bütünleşme açısından bir strateji olarak geliştirilip değerlendirilebilir. Ayrıca hastaneler bu yolla daha ucuza hizmet üretecekleri için maliyet liderliği stratejisi için bir araç olarak da kullanılması mümkündür. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik bu iki işlevi de sağlayacak şekilde hazırlanarak 2005 yılında yürürlüğe sokulmuştur. Bu yönetmeliğe göre evde bakım merkezleri bağımsız olarak kurulabileceği gibi tıp merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde de açılabilir (Madde,7-8).

1.2.2.4. Terminal Dönem Bakım Merkezleri

Terminal dönem hasta bakım kurumları palyatif bakım kurumları olarak da bilinir ve yaşama şansı olmayan ve genellikle altı aydan daha az ömrü kalan hastaların bakımıyla

ilgilenen kurumlardır (Kavuncubaşı, 2000:43). Palyatif bakımın amacı, ölümcül bir hastalığı olan kişilere mümkün olan en kaliteli yaşamı sürdürmelerinde yardımcı olmaktır. Palyatif bakım kapsamında kişiye bakım sağlayan aile bireyelerine destek ve acının üstesinden gelmeye yönelik danışmanlık hizmetleri de sunulmaktadır. Palyatif bakım, hastanın evinde, hastanede veya özel bakımevlerinde sağlanmaktadır. Terminal dönem hasta bakım kurumları hastalığın tedavisinden çok, hastalığın verdiği ağrıların giderilmesi yoluyla hastanın rahatlamasını sağlamaktadırlar.

1.2.2.5. Hemşirelik Bakım Merkezleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde oldukça yaygın olan hemşirelik bakım merkezleri (nursing homes), tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri içinde büyük bir yere sahiptir. Hemşirelik bakım merkezleri bağımsız kurum olarak çalışabildikleri gibi bir hastanenin bölümü veya bir emeklilik merkezine bağlı olarak da çalışabilmektedirler. Hemşirelik bakım merkezlerinde verilen hizmetler oldukça çeşitlilik göstermektedir. Hizmet kapsamı içinde günlük yaşama etkinliklerinde bireylere yardımcı olmaktan, bilinç ve zihinsel özü olan kişilerin bakımına ve gelişmiş teknoloji gerektiren solunum ve yapay beslenmeye kadar pek çok değişik hizmet türü bulunmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:39). Hemşirelik bakım merkezlerinin sakinlerine, sağlık çıktılarında bir azalmaya neden olmaksızın ölçülebilir şekilde yaşamın daha kaliteli hale getirilmesi, sosyal bağlılık ve daha iyi bir duygusal yaşam sağlanması beklenilmektedir (Rabig ve diğ., 2006:535).

1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon merkezleri, organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurumlar ve servisler şeklinde tanımlanmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 5. maddesinde rehabilitasyon merkezleri, özel dal hastaneleri kapsamı içerisinde tanımlanmıştır.

Rehabilitasyon hizmetleri, hastaneler dışında hemşirelik bakım merkezleri ve evde bakım merkezleri tarafından da sağlanabilecek hizmetlerdir.

1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk bireylere aittir. Sağlığın geliştirilmesi; bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000:46).

1.3. Hastanelerin Tanımı, Özellikleri, İşlevleri ve Sınıflandırılması

1.3.1. Hastanelerin Tanımı

Hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar olarak tanımlanmaktadır (YTKİY, Madde 4). Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri, müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetlerini sunan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır (SB, 1992:193).

Hastanelerin yukarıdaki tanımları işlevsel tanımlardır. Yani yalnızca hastanelerin tanı, tedavi ve hasta bakımına yönelik işlevlerini dikkate almaktadır. Halbuki hastaneleri, sistem yaklaşımı içerisinde de ele alıp tanımlamak mümkündür. Buna göre hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanelerin girdileri, insan gücü, hasta, malzeme, teknoloji, bilgi ve sermayedir. Çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimi, araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır. Dönüştürme süreçleri ise planlama, örgütleme, yürütme, kontrol ve yeniden düzenleme faaliyetlerini içermektedir (Seçim, 1991: 6).

05.05.2005 tarih ve 25806 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’le (Madde 3) yapılan değişikle hastaneler işlevlerine göre beş gruba ayrılmıştır:

İlçe / Belde Hastaneleri: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi 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 sevkini sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

Gün hastaneleri: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi 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 tutulanların 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.

Bu ayırımın hastanelerin özerkleştirilmesi ile kendi kaynaklarını yaratmaları gerekeceğinden küçük hastanelerin kaynak sorunu yaşayacağı dikkate alınarak yapıldığı düşünülmektedir. Özellikle ilçe hastanelerinin daha basit ve rutin vakalarla ilgilenmesi öngörülmektedir. İleri uzmanlık ve teknoloji gerektiren hasta gruplarının stabilize edilerek diğer hastanelere sevkini öngörülmektedir. Gün hastaneleri için de benzer işlevler düşünülmüştür. Özerkleştirme çalışmaları tamamlanınca bu hastaneler daha çok ayakta hasta bakımı ve tedavisiyle ilgilenmek zorunda kalacaklardır. Özerkleştirme çalışmalarının tamamlanmasıyla bu türden hastanelerle diğer hastane grupları arasında bütünleşme faaliyetlerinin ortaya çıkması kaçınılmaz görülmektedir. Bu yolla yatarak hasta bakımı ve ileri teknoloji ve uzmanlık gerektiren hizmetler daha büyük hastanelerde sunulacaktır. Küçük hastaneler tedavi edemedikleri hastaları büyük hastanelere sevk ederek hastaların hizmetlere ulaşmasını kolaylaştırabilir. Buna

karşılık, büyük hastaneler tarafından tedavisi tamamlanan hastaların taburcu sonrası bakımlarının sürdürülmesi de yerel küçük hastaneler tarafından gerçekleştirilebilir.

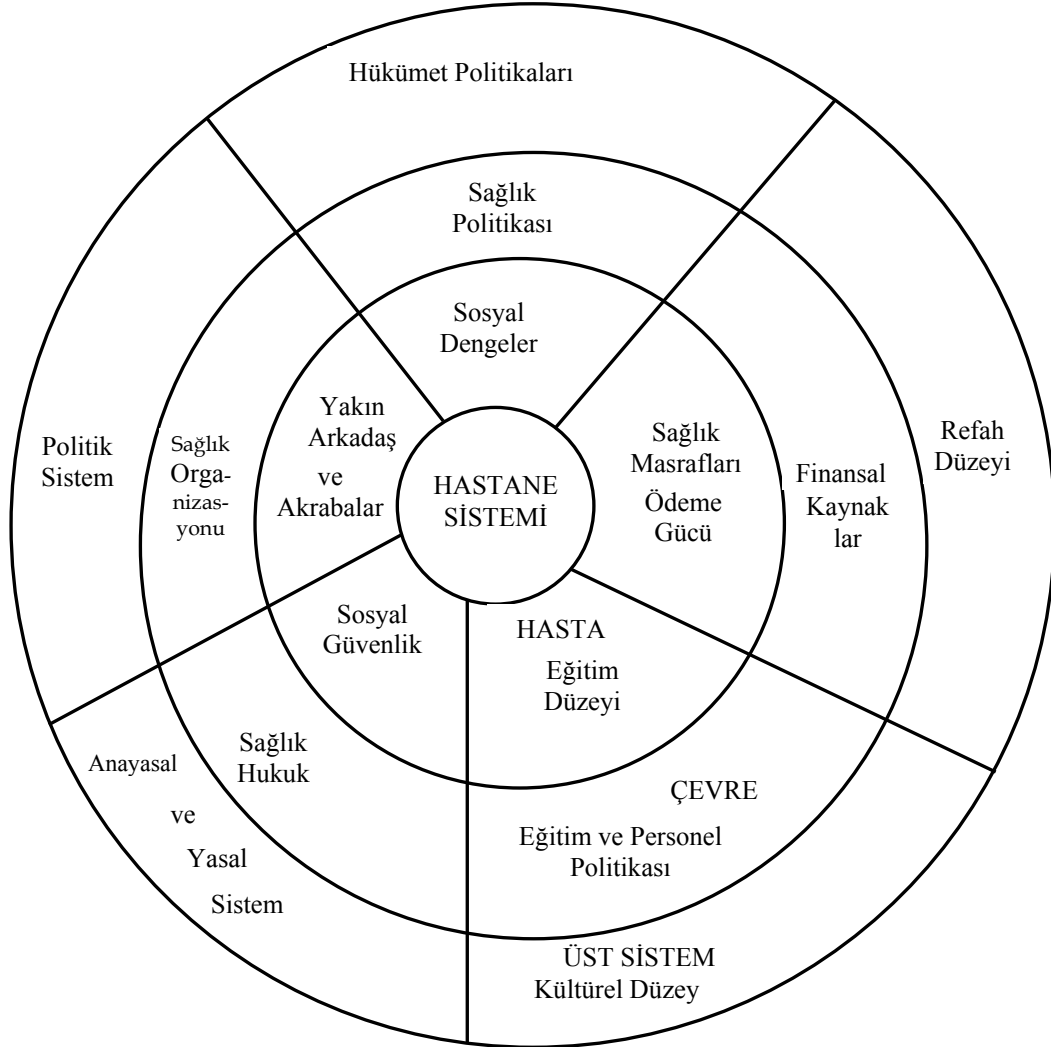
Şekil 2'den de anlaşılacağı gibi hastaneler çok geniş bir dış çevre ve diğer sistemlerle etkileşim halindedir. Bu etkileşim ve ilişkilerin en önemlileri ana başlıklar halinde şu şekilde sıralanabilir:

- Hasta-Hastane İlişkileri: Ana hedefi hastaların ihtiyaçlarına cevap vermek olan hastaneler hasta ve yakın çevresinin tutum ve davranışları, sağlık alışkanlıkları, toplumun değer yargıları, hastanın bilinç ve eğitim düzeyi, sosyal güvenlik sistemi ve bireylerin harcama güçlerinin etkileri altındadırlar (Menderes ve Ersoy, 1995:62).
- Dış Çevre: Hastane hizmetlerine olan talep büyük ölçüde hasta davranışları ile ilgili olmakla birlikte, dış çevredeki sistemle de etkileşim halindedir. Hastanenin hizmet verdiği toplumdaki sistemler hem hasta davranışını, hem de direkt olarak hastane sistemini etkilemektedir. Bu bağlamda eğitim ve istihdam politikaları sağlık insan gücü arzını etkilerken; sağlık politikası, sağlıkla ilgili hukuki düzenlemeler ve sosyal güvenlik sistemi, sağlık hizmetlerine olan talebi ve hastane hizmetlerini bir çok açıdan etkilemektedir (Kurtulmuş, 1998:232-233).
- Hastane-Üst Sistem İlişkileri: Genel devlet politikaları, yönetim biçimi, ekonomik ve kültürel gelişmişlik seviyesi, anayasal ve yasal düzenlemeler sağlık sistemini etkilemektedir. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası örgütlerin kararları da hastane sistemleri üzerinde etkili olmaktadır (Menderes ve Ersoy, 1995:63).

Tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak hastaneler hızla değişmiş, önemleri giderek artmış ve ülkelerin sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyo-ekonomik kurumlar haline gelmişlerdir (Menderes, 1995:311). Hastanelerin ekonomik kurumlar haline gelmesi ve ülke kaynaklarının büyük bir bölümünü tüketmeye başlaması, hastanecilik sektörüne özel sektörün girmesini sağlamıştır. Kamu hastanelerinin yanı sıra özel hastanelerin de hizmet vermeye başlaması rekabetçi bir bakış ve stratejik düşünmeyi zorunlu hale getirmiştir. Ancak bu durum sağlık hizmetlerinin kamu malı olma niteliğini değiştirmemiştir. Sağlık

hizmetlerini üreten kim olursa olsun yeterli kalite, kantite ve bedelle sunuma hazır bulundurulmasından ve ihtiyacı olanlar tarafından en uygun şartlarla ve ihtiyacı olduğu kadar elde edebilmesinden devlet sorumludur. Devlet, sağlık hizmetlerinin üretimini ne şekilde sağlarsa sağlasın, sağlık hizmetlerini her zaman ulaşılabilir ve yararlanılabilir kılmak zorundadır.

Şekil 2. Açık bir sistem olarak hastane



Kaynak: Menderes ve Ersoy (1995:62)

Ayrıca devlet, düzenleme ve kontrol etme yetkisini kullanmak suretiyle sağlık hizmetleri pazarında her zaman etkili olabilme yeteneğine sahiptir. Pazara giriş engellerinden, pazarda fiyatların düzenlenmesine kadar pek çok konuda kamu yetkisi kullanılmaktadır. Örneğin yeni açılan bir özel hastane tamamen Sağlık Bakanlığı'nın kontrolü altında hizmet sunmaktadır. Hastanenin açılacağı binanın iç ve dış özellikleri,

çalıştıracığı personel, kullanacağı araç, gereç ve teçhizat, vs. Sağlık Bakanlığı tarafından uygun bulunup ruhsatlandırıldıktan sonra hastane çalıştırılmaya başlanmaktadır. Faaliyetini sürdürürken de hastaneler Sağlık Bakanlığı tarafından kontrol edilmektedir. Ayrıca Türk Tabipler Birliği gibi meslek örgütleri de sağlık hizmetleri sunumunda taban fiyat uygulamalarıyla fiyat aracılığıyla maliyeti sınırlamaktadır. Bu durumda hastaneler, ister kamu olsun ister özel olsun belirli sınırlılıklar ile karşı karşıyadır. Başka bir ifade ile hastaneler daha sınırlı bir çevrede rekabet etmek zorundadırlar.

1.3.2. Hastanelerin Özellikleri

Esas itibarı ile sağlık hizmetleri sunmak dolayısı ile tıbbi bir kuruluş özelliği taşıyan hastaneler, farklı özellikleri bünyesinde barındıran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçlarını gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlardır. Hastanenin özel, kamu veya kâr amacı gütmeyen üçüncü sektöre ait olması veya araştırmaya dayalı üniversite ya da ihtisas hastanesi olması, hastanenin hizmet sunma stratejilerinde önceliklerini değiştirse bile yönetimde etkinlik sağlanması tüm hastaneler için ortak bir hedef niteliği taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin niteliğinden kaynaklanan deontolojik kuralları göz ardı etmeksizin, hastane yönetimlerinin ekonomik ilkeleri de göz önünde bulundurmak zorunluluğu vardır. Bu hastanelerin esasen bir hizmet işletmesi olmasından kaynaklanmaktadır. Dolayısı ile yönetim biliminin yöntemleri hastane işletmeciliği için de geçerlidir. Özellikle kâr amacı ile kurulup işletilen sağlık kurumları olan özel hastanelerin piyasada varlıklarını sürdürebilmeleri büyük ölçüde kârlılıklarına bağlıdır. Sağlık piyasasında kâr elde edebilmek ise doğru yerde, istenilen nitelik ve türde, beklenen kalitede sağlık hizmetini sunabilmesine bağlıdır (Kurtulmuş, 1998:232-233).

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

- Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
- Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.

- Yapılan işler hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.
- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
- Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kuruluşlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır. Bu durum eşgüdümleme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.
- Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem vermektedir.
- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde etkililiği yüksek olan yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulamamıştır.

Hastanelere gelen her hasta farklı teşhis ve tedavi özellikleri göstermektedir. Temel amacı tedavi hizmeti üretmek olan hastaneler bu nedenle verdiği hizmetin tümünü önceden belirleme ve değerlendirme imkanına sahip değildir. Yani hastaneler önceden kendisine olan talebi tam olarak belirleyemez ve sınırlandıramaz. Bu durum belli başlıları aşağıda sayılan hastane özelliklerinden kaynaklanmaktadır (Kurtulmuş, 1998:236-237; Ak,1990:88):

- Hastane hizmetlerine olan talep büyük ölçüde hekimler tarafından belirlenmektedir ve hastanelerin sunduğu hizmetlerde talep esnekliği sıfıra yakındır.
- Her an, her türlü hizmete hazır bulunulması zorunluluğu, başka işletmelerde görülmeyen, kapasite üstü istihdamı zorunlu kılmakta, zarar eden bir ünitenin bu gerekçeyle kapatılması söz konusu olamamaktadır.
- Hastaneler talep değişikliklerine kısa dönemde ayak uyduramamakta ve buna bağlı olarak kapasite artırma veya azaltma uygulamalarına gidememektedirler.
- Sağlık hizmetleri üretimi stoklanamaz. Üretildiği anda tüketilmesi zorunludur. Ancak hizmetlerin üretilebileceği mutlaka tüketileceği anlamına gelmez. Bir sağlık işletmesinin hizmet sunabilme yeteneği, sahip olduğu araç, gereç ve personelle sınırlıdır. Ancak diğer işletmelerden farklı olarak, sağlık işletmelerinin üretimde bulunabilmesi devletin sağladığı imkanlar başta olmak üzere işletme dışı başka faktörlere de bağlıdır.

- Hizmet işletmelerinin çoğu emek yoğun işletmeler olmakla birlikte, sağlık kurumları sermaye ve teknoloji yoğun işletmelerdir. Tıp bilimi ve tıp teknolojisindeki gelişmeler ve sağlık talebini karşılayabilmek için belli düzeyde tutulmak zorunda kalınan kapasite büyük yatırımlar gerektirmektedir.
- Tıp bilimindeki aşırı iş bölümü ve uzmanlaşmanın giderek gelişmesi hastanelere de yansımış ve böylece hem nitelikli personel sayısı artmış, hem de hizmet birimlerinin çeşitlenerek artmasına neden olmuştur. Bu da işgücü giderlerinin, dolayısı ile de hizmet maliyetlerinin artmasına yol açmıştır.
- Her hastanın kişisel özelliklerinin farklı olması nedeniyle farklı teşhis ve tedavi özellikleri göstermesi ve bunun sonucu olarak sunulan hizmetlerden yararlanmalarının da farklı olması nedeniyle hizmetin tanımlanması zorlaşmakta, bu yüzden de sağlık işletmeleri için standart çıktı birimi bulmak güçleşmektedir.

R. E. Brown (aktaran Alpugan ve Haftacı, 1995:273) hastaneleri, bünyesinde farklı özellikleri bulunduran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçlarını gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlar şeklinde tanımlamaktadır. Buna göre hastaneler,

1. Tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için bir tıbbi kuruluş,
2. Yönetimlerde ekonomik ilkeleri de göz önünde bulundurmak zorunda oldukları için bir işletme,
3. Doktorlar ve diğer sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeni ile eğitim kurumları,
4. Tıbbi araştırmalarındaki katkıları nedeni ile araştırma kurumu,
5. Ödeme gücüne sahip olmayanlara da hizmet sunulması dolayısı ile sosyal bir kurum,
6. Belirli bir coğrafi bölgeye hizmet edilmesi nedeni ile toplumsal bir girişim,
7. Devletin hastaneler üzerindeki denetimleri dolayısı ile bir kamu kuruluşu,
8. Kısmen veya tamamen toplumun yardımları ile varlıklarını sürdürmelerine göre de bir hayır kurumudur.

1.3.3. Hastanelerin İşlevleri

Hastanelerin dört temel işlevi bulunmaktadır (Ak, 1990:74-76; Akar ve Özalp, 1999:58; Seçim, 1991:9-19):

- Tedavi Hizmetleri
- Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri
- Eğitim
- Araştırma

Tedavi hizmetleri hastanelerin en eski ve en temel işlevidir. Hastaneler hasta ve yararlılara ayakta veya yatırarak tanı ve tedavi hizmetleri sağlayan sağlık kurumlardır.

Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavisi yanında koruyucu sağlık hizmetleri de sunmaktadır. Hastaneler ayrıca alkol, sigara, uyυřturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı mϋcadelede etkin rol oynamaktadırlar ve bu yolla toplum sağlığının geliştirilmesine katkı sağlamaktadırlar.

Hastaneler aynı zamanda birer eğitim kurumlarıdır. Hastanelerde verilen eğitim ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri hasta ve yaralıların eğitimi, öğrencilerin eğitimi, hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir.

Hastanelerin diğer bir işlevi de araştırmadır. Hastaneler tıp bilimleri alanında araştırmaların yapıldığı merkezler olmanın yanında, bu tϋr araştırmalara sponsorluklar da yapmaktadır.

1.3.4. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler mϋlkiyet, eğitim statϋsϋ, bϋyϋklϋk, dikey bϋtϋnleřme, topluma açık olup olmaması, akreditasyon durumu, hizmet tϋrϋ ve hastaların yatış sϋresi gibi çeşitli ölçϋlere gϋre sınıflandırılabilir (Wolper ve Peğa, 2004:646-649; Kavuncubaşı, 2000:77; Ak, 1990: 82-84; Seçiim, 1991: 7-9).

Eğitim verme statϋsϋ bakımından hastaneler, eğitim amaçlı olmayan hastaneler ve eğitim hastaneleri olmak ϋzere ikiye ayrılmaktadır. Eğitim hastaneleri tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra sağlık profesyonellerinin eğitimine yϋnelik hizmetleri de sunmaktadır. Organizasyon açısından ϋnemli bir sınıflandırma da; hastanelerin bϋyϋklϋklerine gϋre sınıflandırılmasıdır. Hastaneler bϋyϋdϋkçe yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi, bazı birimler yeterli bϋyϋklϋđe ulaştıklarında organizasyonlarında değişiklikler olacak; bϋylece hastane içindeki idari kademelerin

ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir. Büyüklüğüne göre hastaneler yatak sayıları dikkate alınarak da gruplandırılmaktadır. Bu sınıflandırma, kurum tipine göre ortalama maliyetlerin belirlenmesi amacı ile bölge hastanesi veya eğitim hastanesi gibi farklı sınıflandırmalarla kombine edilerek kullanılmaktadır. Örneğin, 50 yataklı bir genel hastanenin yatak başı maliyeti ile 400 yataklı bir eğitim hastanesinin yatak başına maliyetleri birbirinden farklı olabilmektedir. Dikey bütünleşme dikkate alınarak hastaneler verdikleri hizmetin kapsamı esas alınarak birinci basamak (primary) hastaneler, ikinci basamak (secondary) hastaneler ve üçüncü basamak (tertiary) hastaneler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Topluma açık hastaneler, kurumların hastane ya da sağlık birimleri dışında kalan ve imkan ve hizmetleri kamu tarafından elde edilebilen kısa dönemli bakım veren tüm genel ve özel hastaneleri kapsamaktadır. Topluma açık olmayan hastaneler ise uzun dönemli bakım veren psikiyatri, tüberküloz ve diğer solunum yolu hastalıkları hastanelerini; kronik hastalıklar hastaneleri, zeka geriliği olanlar için kurulan kurumlar ve alkol ve kimyasal bağımlılığı olanların tedavi edildiği hastaneleri kapsamaktadır. Hastanelerin akreditasyon durumuna göre, akredite edilen ve edilmeyen hastaneler olmak üzere sınıflandırma yapmak mümkündür. Türkiye’de hastaneler daha çok, ABD merkezli Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (The Commission on Accreditation of Health Care Organizations-JACHO) tarafından geliştirilen standartlara göre akredite edilmektedir. Hizmet türü esas alınarak genel hastaneler ve özel dal hastaneleri şeklinde ayırım yapılmaktadır. Hastaların hastanede kalış süreleri esas alınarak yapılan sınıflandırmada hastaneler kısa ve uzun süreli kalınan hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli kalınan hastaneler, hastaların ortalama kalış sürelerinin 30 günden daha az olan hastanelerdir. Türkiye'deki tüm genel devlet hastaneleri ve doğumevleri bu gruba örnek olarak gösterilebilir. Uzun süreli kalınan hastaneler ise hastalarının ortalama kalış süreleri 30 günden daha fazladır.

Çalışmada ayrıntılı olarak hastanelerin mülkiyet esasına göre sınıflandırılması üzerinde durulacaktır. Diğer sınıflandırma türlerinin ayrıntısına daha fazla girilemeyecektir.

Hastaneler mülkiyeti dikkate alınarak devlete bağlı hastaneler, özel hastaneler ve kâr amacı gütmeyen özel hastaneler şeklinde bir ayırma tabi tutulabilir. Bu sınıflandırmada hastanelerin politika ve faaliyetlerini kontrol edenler veya hastanelerin mülkiyeti

dikkate alınmaktadır (Wolper ve Peña, 2004:647). Duruma Türkiye açısından bakınca devlet hastaneleri, Mili Savunma Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve belediye hastaneleri kamu hastaneleri olarak değerlendirilmektedir. Buna karşılık, özel ya da kuruluşlara ait hastanelerin yanı sıra, azınlıklar, dernek ve vakıflar ve yabancılara ait hastaneler özel hastane kapsamında değerlendirilmektedir.

1.3.4.1. Devlete Bağlı Hastaneler

Devlete bağlı hastaneler temelde tedavi hizmeti sunan kamu sağlık kuruluşları olmakla birlikte, üniversitelerin araştırma hastaneleri ve hekimlere uzmanlık eğitimi veren eğitim hastaneleriyle de araştırma faaliyetlerini sürdürmektedirler. Kâr amacı gütmeyen bu hastaneler genellikle nüfusa orantılı olarak kurulup işletilmektedirler. Halbuki özel hastaneler daha çok nüfusun yoğun ve gelir düzeyinin yüksek olduğu bölgelerde faaliyette bulunmaktadır. Dolayısıyla devlete ait hastanelerin sunduğu hizmetler çeşitli düzeylerde devlet bütçesinden sübvansede edilmesi bir zorunluluktur.

Üniversite hastanelerinin temel amacı tıp eğitimi vermek ve ileri düzeyde tıp araştırmaları yapmaktır. Hastane hizmeti olarak birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen hastalara hizmet vermesi gerekmektedir. Ancak günümüzde sevk zincirine tam olarak uyulmaması nedeniyle bu hastaneler kompleks vakalar yerine diğer hastanelerde de tedavi edilebilecek hastalıklar için poliklinik ve klinik hizmeti vermektedirler (DPT, 2001: 34). Uluslararası deneyim, maliyet ve kalite açısından bunun çok verimli bir strateji olmadığını göstermektedir (Berman ve Tatar, 2004: xv). Çünkü birinci basamakta tedavi edilebilecek hastaların üçüncü basamağa gitmesiyle buralardaki hasta yükü artmakta ve üniversite ya da eğitim hastaneleri asıl işlevi olan eğitim ve araştırmadan uzaklaşmaktadır. Aynı zamanda hastalar da daha pahalıya tedavi edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı hastaneleri genel bütçe ve döner sermaye bütçelerinden finanse edilmektedir. Döner sermaye katkısına rağmen, Sağlık Bakanlığı bütçesinin önemli bir bölümü yataklı tedavi hizmetleri için kullanılmaktadır (Tablo 1). Tedavi hizmetlerinin bu büyük bütçe payı oranına karşılık, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin Sağlık Bakanlığı aracılığı ile genel bütçeden aldığı kaynakların yaklaşık % 80'ini personel için harcandığı tahmin edilmektedir. Yani hastanelerin cari giderleri çoğunlukla döner

sermayelerden elde edilen kaynaklarla karşılanmaktadır. Döner sermayelerin temel kaynağı, hastaneler tarafından verilen hizmetler karşılığında ilgili sosyal güvenlik kurumu/programı tarafından aktarılan kaynaklar ve cepten yapılan ödemelerdir (Berman ve Tatar, 2004:9).

Sağlık Bakanlığı'nın bütçe dışı kaynaklara yönelmesi, ağırlıklı olarak devlet hastanelerinde belirginleşmiştir. Döner sermaye gelirlerinin, toplam tedavi hizmetleri genel müdürlüğü bütçesi içindeki payı 1989'da % 45'iken ve 1990-94 yılları arasında % 30 ile % 42 arasında seyretmişken, 1994 krizi ile birlikte bir anda % 100 civarına ulaşmıştır. Bunun anlamı, devlet hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'nın kendilerine aktardıkları para kadar, ek para kazandıklarıdır. Daha doğrusu, Sağlık Bakanlığı'nın hastane personelinin maaşını ödeme dışında hastanelere çok az kaynak ayırdığı, onun dışında hastanelerin kendi ihtiyaçlarını önemli ölçüde döner sermayeden kazandığıdır (Soyer, <http://www.ttb.org.tr>).

Tablo 1. Genel bütçenin sağlık bakanlığı ve tedavi hizmetleri genel müdürlüğü bütçeleri ile karşılaştırılması (1997–2007)

Yıllar	Genel Bütçe	Sağlık Bakanlığı Bütçesi*		Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi*	
	Milyar TL.	Milyar TL.	Genel Bütçeye Oranı %	Milyar TL.	SB Bütçesine Oranı %
1997	6.344.685,5	204.499,2	3,2	80.157,3	39,2
1998	14.749.475,0	390.961,7	2,6	160.056,8	40,9
1999	27.186.600,0	683.123,5	2,5	274.057,2	40,1
2000	46.702.436,0	1.059.855,0	2,3	427.068,4	40,3
2001	48.219.490,0	1.280.660,0	2,3	499.212,5	39,0
2002	97.831.000,0	2.345.447,8	2,4	944.980,1	40,3
2003	146.805.170,0	3.570.054,0	2,4	1.355.420,0	38,0
2004	149.858.129,0	4.787.751,0	3,2	2.728.670,8	57,0
2005	153.928.793,0	5.462.975,0	3,5	3.245.298,1	59,4
2006	170.156.782,0	7.477.471,0	4,3	4.991.153,5	66,7
2007	200.902.066,4	6.581.455,0	3,3	3.940.005,0	59,9

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları 2007 Yılı İstatistik Yıllığı

* Başlangıç ödenekleri dikkate alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı hastaneleri toplam gelirlerinin sadece % 34,7'sini, üniversite hastaneleri ise % 14,3'ünü genel bütçeden almaktadır. Hastaneler finansal anlamda özerk olmalarına karşın bu gerçeği performanslarını geliştirmede kullanabilecek yetki ya da kapasiteye sahip değildirler (Berman ve Tatar, 2004:xv). Hastaneler döner sermaye kanalıyla elde ettikleri gelirlerini büyük oranda kendi istekleri doğrultusunda kullanabilmektedirler. Bu durum kamuya ait hastaneleri daha fazla döner sermaye geliri elde etmeye odaklandırmakta ve buradan elde edilen kaynaklarla yapılan yatırımlarla hastaneler hem kamu, hem de özel hastanelerle rekabet eder hale gelmeye başlamaktadırlar. Özellikle halen Sağlık Bakanlığı tarafından sürdürülen özerkleştirme çalışmalarının olumlu sonuçlanması halinde kamu hastaneleri birer özel hastane gibi düşünmek ve rakipleriyle pazar payı için rekabet etmek zorunda kalacaklardır.

Devletle ilişkisi, neredeyse sadece çalıştırdığı personelin maaşını alma düzeyine indirgenen devlet hastaneleri, gelirlerini, kamu çalışanları, sosyal güvenlik kurumu üyeleri ve yeşil kart sahiplerine hizmet satarak sağlamaya çalışan birer işletmeye dönüşmüşlerdir (Soyer ve diğ., 2003: 8). Özellikle son yıllarda açıktan atanan personel maaşlarının da döner sermayelerden ödenmeye başlanması ile birlikte devlete bağlı hastanelerle özel hastaneler arasındaki fark gittikçe kapanmaktadır. Bu sonuç devlet hastanelerinin özel hastaneler gibi davranmaya zorlamaktadır. Devlet hastaneleri daha hızlı gelir toplama çabası içerisine düşmüşlerdir. Çünkü personel dışı giderlerin yanı sıra artık yeni atanan personel maaşlarını da kendi kaynaklarından ödemeye başlamışlardır. Ayrıca döner sermaye gelirlerinden personele ek ödeme verilmesi personelin döner sermaye gelirlerini artırmaya daha fazla motive etmektedir. Bu durum devlet hastanelerinin gerek kendi aralarında, gerekse özel hastanelerle rekabet etmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla yalnızca özel hastaneler değil, kamu hastaneleri de daha kaliteli, daha ucuz, daha kolay ulaşılabilir ve daha verimli hizmet üretmek ve devletin sağladığı serbestiyi de dikkate alarak pazardaki payını ve gelirini artırmanın yollarını aramak zorundadırlar.

Ülkemizdeki sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak bir sosyal devlet anlayışı içinde yerine getirilmekte ve bu hizmetlerin önemli bir kısmı da kamu hastanelerince sunulmaktadır. Sosyal devlet anlayışının esas olması sebebiyle, söz konusu hastanelerde fiyatlar maliyete göre değil, SGK tarafından belirlenen tarifeye göre oluşturulmaktadır.

Nitekim bu husus yedinci beş yıllık kalkınma planında açıkça belirtilmiştir. Söz konusu planda maliyet muhasebesi tekniklerinin kullanılmamasından dolayı, maliyet unsurlarının tamamının hesaba katılmadığı, sunulan hizmetin fiyatlandırılmasında gerçek maliyetlerin yeterince dikkate alınmadığı ve verilen hizmet bedelinin ancak bir kısmının hastalardan alınabildiği ifade edilmektedir. Halbuki kamu hastanelerinin amacının kâr olmaması, sunulacak hizmet maliyetinin ve bundan sağlanacak yararın bilinmesine engel değildir. Aksine güdülen sosyal amacın yaygınlaştırılabilmesi için dahi maliyet bilgilerinin etkin bir şekilde kullanılması gerekir. Kamu hastaneleri dışındaki özel hastanelerde de sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Özel hastanelerin esas amacının kâr elde etmek olduğu dikkate alındığında, bu amacın gerçekleştirilebilmesinin temel şartının maliyet bilgileri olduğu söylenebilir. Zira maliyet bilgileri olmadan etkin bir planlama, yürütme ve kontrol faaliyeti gerçekleştirmek pek mümkün değildir (Özkan, 2003:114). Ancak bütün bunlara karşılık ülkemizde hastanelerin mali bilgilerine tam ve doğru olarak ulaşmada büyük güçlükler bulunmaktadır.

Hastanelerin ülke düzeyinde dağılımı dengesiz, toplam yatak sayısı ve yatak işgal oranları ihtiyacın gerisindedir (Tablo 2). Ulaşım ve refakatçilerin barınma sorunu olan yerlere kurulmuş olan hastaneler ya tam kapasite ile kullanılamamakta ya da hastalara maddi külfet oluşturmaktadır (DPT,2001:45). Bölgelere göre 10.000 nüfusa düşen yatak sayısına bakıldığında Karadeniz bölgelerinde 32,4 ve İç Anadolu Bölgesi'nde 31,5 olan yatak sayısının Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 16,0'a düştüğü görülmektedir.

Tablo 2. Hastane ve yatak dağılımı ile 10.000 nüfusa düşen yatak sayısının bölgelere göre dağılımı (2007)

Bölge		Akdeniz	Doğu Anadolu	Ege	Güneydoğu Anadolu	İç Anadolu	Karadeniz	Marmara	TOPLAM
Kurum									
Sağlık Bakanlığı	Kurum	83	102	112	72	157	163	160	849
	Yatak	16392	10608	18801	8795	23851	21351	35442	135240
Üniversite	Kurum	8	4	8	3	17	6	10	56
	Yatak	3041	3207	4397	1633	8959	2074	6389	29700
Özel	Kurum	43	13	41	21	55	15	177	365
	Yatak	1832	483	1742	1059	2668	772	9439	17995
Diğer	Kurum	0	0	1	0	3	0	2	6
	Yatak	0	0	400	0	260	0	1388	2048
TOPLAM	Kurum	134	119	162	96	232	184	349	1276
	Yatak	21265	14298	25340	11487	35738	24197	52658	184983
Nüfus		8906427	5694582	9299322	7170849	11327675	7462451	20724950	70586256
10.000 Nüfusa düşen yatak		23,9	25,1	27,2	16	31,5	32,4	25,4	26,2
10.000 Nüfusa düşen özel hastane yatağı		2,1	0,8	1,9	1,5	2,4	1,0	4,6	2,5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları 2007 Yılı İstatistik Yıllığı'ndan Yararlanılarak Hazırlanmıştır

Yataklı Tedavi Kurumları 2007 Yılı İstatistik Yıllığı verileri incelendiği zaman 365 özel hastanenin 177'sinin (%48,5) Marmara Bölgesi'nde yer aldığı görülmektedir. Yatak sayılarına göre bakıldığı zaman da benzer bir tablo ile karşılaşılacaktır. Özel hastaneler bazında toplam 17995 yatağın 9439'u (%52,5) bu bölgede bulunmaktadır. Bu bölge dışında özel hastaneler İç Anadolu (kurumların %15,1'i ve yatakların 14,8'i), Akdeniz (kurumların %11,8'i ve yatakların 10,2'si) ve Ege (kurumların %11,2'si ve yatakların %9,7'si) bölgelerinde daha fazla görülmektedir. Diğer bölgelerimizde (Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde kurumların %5,8'i ve yatakların %5,9'u, Karadeniz Bölgesi'nde kurumların %4,1'i ve yatakların %4,3'ü ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde kurumların %3,6'sı ve yatakların %2,7'si ve) kurum ve yatak sayıları oldukça düşüktür. İl bazında bakıldığı zaman da özel hastanelerin daha çok İstanbul (139), Ankara (21), İzmir (17), Antalya (17), Kayseri (12), Konya (10) ve Kocaeli (10) illerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bu sonuca göre özel hastanelerin %61,9'u ve yatakların %61,6'sı yedi büyük ilde toplanmıştır. Buna karşılık, 23 ilde özel hastane bulunmamaktadır. Bu illerin dağılımına bakıldığı zaman 8 ilin Doğu Anadolu, 7 ilin

Karadeniz, 4 ilin Güneydoğu Anadolu, 2 ilin İç Anadolu ve birer ilin Ege ve Marmara Bölgelerinde bulunduğu tespit edilmiştir. 10.000 nüfusa düşen özel hastane yatak sayılarına bakıldığında da 4,6 ile Marmara Bölgesi'nin özel hastane işletmeciliğinin başını çektiği görülmektedir. Bu rakamın en düşük olduğu bölgeler, Doğu Anadolu (0,8) ve Karadeniz (1,0) bölgeleridir (2007/YTKİY).

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) illeri gelişmişlik düzeyine göre altı bölgeye ayırmıştır. Bu ayırma göre inceleme yapıldığı zaman bölgeler arasında büyük farklılıklar görülmektedir* (Tablo 3). DPT'nin birinci bölgeye aldığı Adana, Ankara, Bursa, Gaziantep, Mersin, İstanbul, İzmir ve Kocaeli illeri Türkiye'nin en gelişmiş illeri olup bu illerin oluşturduğu bölgede sağlık kuruluşları hem çeşitlilik bakımından oldukça fazladır, hem de bu bölgenin 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı 27,2'dir. Buna karşılık altıncı bölge Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde bulunan Adıyaman, Ağrı, Bingöl, Bitlis, Hakkari, Kars, Mardin, Muş, Siirt, Tunceli, Ardahan, Iğdır, Batman, Şırnak, Gümüşhane, Bayburt ve Van illerinden oluşmaktadır. Bu bölgede 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı ise 13,9'dur. Bu rakam, altıncı bölgede yer alan Ağrı, Hakkari, Mardin ve Şırnak illerinde 10'un da altındadır. Öte yandan aynı bölgede yer alan iller arasında da büyük farklılıklar vardır. Farklı bölgelerde yer alan Ankara, İzmir, Zonguldak, Eskişehir, Afyonkarahisar, Giresun Rize, Samsun, Trabzon, Karabük, Kırıkkale, Çankırı, Çorum, Kastamonu ve Malatya illerinde 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı 30'un; Edirne, Bolu, Isparta, Artvin, Elazığ, Erzurum ve Sivas illerinde ise 40'ın üzerindedir. Buna karşılık bölgenin merkezi konumunda olmayan bazı illerde yatak işgal oranlarının Türkiye ortalamasının (%69,1), [Artvin (%39,4), Çorum (%51,5), Bolu (%57,7), Çankırı (%58,2) ve Isparta (%58,3)] çok daha altında olduğu görülmektedir. Bu durum yatakların belirli bir plan dahilinde dağıtılmadığı için boş kaldığını göstermektedir. Benzer durum devir aralıkları bakımından da söz konusudur. 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı 30 ve üzerinde olan bazı illerde devir aralıkları Türkiye ortalamasının (2,0) [(Artvin (8,2), Çorum (4,6), Bolu (4,5) ve Isparta (4,3), Afyonkarahisar (3,5), Kırıkkale (3,4) ve Kastamonu (3,3)] çok üzerindedir. Bu durum yatakların uzun süre boş kaldığını göstermektedir. Örneğin Artvin'de bir hasta yatağı boşaldığı zaman ortalama 8,2 gün boş kalmaktadır.

* Ayrıntılı bir şekilde Ek-1'de verilmiştir.

1.3.4.2. Özel Sağlık Hizmeti Sunucuları

Türkiye’de özel sağlık sektörü iki kademede örgütlenmektedir. Birinci kademede küçük ve orta büyüklükte sağlık evleri ve klinikler yer almakta, bu kurumlardan genellikle orta ve düşük gelir grupları sağlık hizmeti talep etmektedir. Sağlık merkezleri acil vakalar, ateşli hastalıklar gibi küçük müdahalelerle, fiilen görev yapan uzmanların branşları ile ilgili hastalıkların kabul ve tedavi edildiği ilk kademe sağlık kurumlarıdır (Ünlü,1986:28). İkinci kademede hastaneler veya en az 3-4 hastaneden oluşan hastane grupları yer almaktadır. Bunlar iyi bir teknoloji ile donatılmış olup, kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmakta, genellikle orta ve yüksek gelir grubundaki aileleri hedef almaktadır (Rountree,1993:82). Bunların dışında özel muayene hekimliği kanalıyla da Türkiye’de özel sağlık hizmeti sunulmaktadır. Ayrıca birkaç hekimin bir araya gelerek oluşturdukları poliklinik ve bunlarla entegre veya anlaşmalı olarak çalışan laboratuvarlar da ayardan tedavi hizmeti sunmaktadır.

Türkiye’de özel sağlık hizmeti sunucuları şu şekilde sınıflandırılabilir (Berman ve Tatar, 2004:11):

1. Özel hekim, diş hekimii muayenehaneleri ve diğerleri: Bunlar bağımsız çalışan birimlerdir ve ana finansman kaynakları cepten yapılan harcamalardır.
2. Yarım gün çalışan hekimler/diş hekimleri: Bu grup hem kamu hem de özel sektörde çalışan hekimlerden oluşmaktadır.
3. Kamu birimlerinde sunulan özel hizmetler: Bunlar resmi çalışma saatleri dışında kamu kurumlarında özel statüde sunulan hizmetlerdir. Örnek olarak üniversite hastanelerinde bu kapsamda verilen hizmetler gösterilebilir.
4. Özel poliklinikler/merkezler: Bunlar grup çalışmanın esas olduğu özel birimlerdir.
5. Özel teşhis ve laboratuvar hizmetleri ve diyaliz merkezleri: Bunlar teşhis, laboratuvar hizmetleri ve diyaliz tedavisi sunan bağımsız birimlerdir.
6. Özel hastaneler

Özel hastaneler, müteşebbislerin kâr amacı ile kurup işlettikleri hastanelerdir. Piyasada varlıklarını sürdürebilmeleri kâr etmelerine bağlıdır. Bu sebeple, sağlık sektörü içerisinde varlıklarını sürdürebilmek için rakip özel hastanelerin yanı sıra devlet hastaneleri ile de rekabet etmek zorundadırlar. Dolayısıyla kamuya ait sağlık

kuruluşları asgari olarak toplumun temel ihtiyaçlarını karşılayacak klinik ve tedavi ünitelerini bünyesine katmaya özen gösterirken, özel hastaneler daha popüler, topluma daha çekici gelen klinik ve ünitelerle hizmet vermeye çaba göstermektedirler (Özkan, 2003:114). Bu yönüyle bakıldığı zaman özel hastaneler kamu hastanelerine oranla daha fazla farklılaştırma stratejisi takip ederek hem hastaları kendilerine çekme, hem de hastalardan aldıkları fiyat farkı için hastaları razı etmenin yollarını aramaktadırlar.

Tablo 3. DPT'nin illerin gelişmişlik derecelerine göre türkiye'deki hastanelerin bölge sınıflandırılması ve 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı (2007)

Gelişmişlik Derecesine Göre Bölgeler		I. Bölge	II. Bölge	III. Bölge	IV. Bölge	V. Bölge	VI. Bölge	Toplam
Sağlık Bakanlığı	Kurum	182	193	160	111	101	102	849
	Yatak	51.814	29088	22554	10538	13641	7605	135240
Üniversite	Kurum	26	13	8	1	7	1	56
	Yatak	15.261	6056	2818	101	4962	502	29700
Özel	Kurum	212	87	23	12	19	12	365
	Yatak	12.040	3317	933	492	747	466	17995
Diğer	Kurum	6	0	0	0	0	0	6
	Yatak	2.048	0	0	0	0	0	2048
Toplam	Kurum	426	293	191	124	127	115	1276
	Yatak	81163	38461	26305	11131	19350	8573	184983
Nüfus	2007	29820358	15317079	7973803	4269661	7056585	6148770	70586256
10.000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı		27,2	25,1	33,0	26,1	27,4	13,9	26,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2006 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılığ

Not: MSB 'na ait 42 kurum 15.900 yatak tabloya dahil edilmemiştir. Bu sayıların dahil edilmesi halinde kurum 1.318, yatak 200.883, 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı ise 28,5 'dir.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda (2001:58) Özel Sağlık Kuruluşları Yasasının güncelleştirilmesi, ileri teknolojili tanı merkezleri ve özel tedavi kuruluşlarının kurulmasının ulusal nitelikteki kısıtlı kaynakların adaletli kullanılması ilkesi doğrultusunda, belirli ölçüt ve standartlara bağlanması, sağlık sektörü için uygun olmayan ticari tutum ve motivasyonların tanımlanması ve önlenmesi önerilmektedir. Ayrıca özel sağlık kuruluşları kendi hizmet fiyatlarını kendileri doğrudan

belirleyememekte, her yıl sağlık uygulama talimatları ile belirlenen fiyatlar ve şartlar dahilinde hizmet sunmaktadır. Bu yönüyle bakıldığı zaman özel hastanelerin kendi pazarlarında serbestçe rekabet eden işletmeler olmadığı, sınırlı rekabet pazarında kamu hastaneleri ile birlikte çalışmak zorunda kalan sağlık işletmeleri oldukları söylenebilir.

Bütün dünyada kapsam itibarı ile özel hastaneler kavramı, yalnızca kâr amacı güden müteşebbisler tarafından kurulan ve işletilen hastaneleri değil, aynı zamanda kâr amacı gütmeyen vakıf, dini kurumlar ve dernekler (üçüncü sektör) tarafından kurulan ve yönetilen hayır amaçlı kurumları da kapsamaktadır (Kurtulmuş, 1998:248). Bu kapsamda Türkiye’de Diyanet Vakfı, Kızılay ve Vakıf Üniversiteleri tarafından kurulup işletilen hastaneler özel hastane kapsamında değerlendirilmektedir.

1.4. Türk Sağlık Sistemi İçerisinde Hastanelerin Gelişimi

1.4.1. Cumhuriyet’in Kuruluşundan 1980’li Yıllara Kadar Sağlık Hizmetlerinin Gelişim Süreci

I. Dünya savaşı sonrası 20 Nisan 1920’de ilk defa toplanan TBMM’nin kabul ettiği 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığı (SB) kurulmuştur. Toplumun sağlık statüsünü iyileştirme sorumluluğunu üstlenen SB, sağlık hizmeti sunma ve politika üretmekle sorumlu temel kurumdur.

1923 verileri incelendiğinde Türkiye’de 6.437 hastane yatağı ve 86 hastane bulunduğu görülmektedir. Bu hastanelerin sadece üçü merkezi yönetimin mülkiyetinde olup diğer hastanelerin mülkiyeti ve işletilmesi yerel yönetimler, özel sektör, yabancılar ve azınlıklara aitti. Sağlık Bakanlığının kurulması ile birlikte devlet, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili temel görevleri çerçevesinde gerek yeni birimler kurarak gerekse mevcut birimleri yerel yönetimlerden ve kâr amaçsız vakıflardan alarak büyümeye başlamıştır. Bu dönem süresince sağlık politikalarının özellikle kentsel alanlarda yeni hastanelerin inşa edilmesi ve sıtma ve verem gibi hastalıklarla mücadele için oluşturulan dikey programlarla karakterize olduğu söylenebilir (Berman ve Tatar, 2004: 7).

Bu dönemde dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta, koruyucu sağlık hizmetlerine ve bulaşıcı hastalıklarla savaşa büyük önem verilmiş, hasta tedavi hizmetleri

öncelikli/asli hükümet görevi olarak kabul edilmemiş, bu konuda daha çok yerel (belediye) yönetimlere görev verilmiştir. Fakat merkezi hükümet bu çalışmalarda yol gösterici olmak üzere Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Numune hastaneleri kurmuştur (Fişek, 1983:114).

1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. Bu kurumun, 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlaması ile ülkede sağlık hizmeti sunumu ve sağlık personeli istihdamının sadece SB'nin yerine getirmesi gerektiği anlayışının dışına çıkmıştır (Fişek, 1983:161-162).

1950'li yıllarda Batı tipi demokrasiye geçişle birlikte, diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi ulusal sağlık politika ve stratejilerinde de değişiklikler olmuştur. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri vermeyi de üstlenmiş, belediye hastanelerinin tamamına yakını kamulaştırılarak Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Yeni devlet hastaneleri de açılarak kırsal kesimlerde görev yapan sağlık çalışanları kent hastanelerinde görevlendirilmiştir. 1960 ihtilalinden sonra sektörler arası bir yapı olan DPT kurulmuştur. DPT'nin koordinasyonu ile sağlık da dahil olmak üzere tüm sektörler yeniden düzenlenmiş ve planlı kalkınma dönemine geçilmiştir (Ergör ve Öztekin, 2000:195).

Özel idare hastaneleri 1953 yılında Sağlık Bakanlığına bağlanarak, tüm hastane hizmetleri bir merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Bunun bir sonucu olarak, il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, tedavi edici hizmetlerin yurt sathına yayılmasında önemli mesafeler kaydedilmiştir (Akdur,1998:26). Emekli Sandığı'nın kurulması ve sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara da bu dönemde başlanmıştır. İl Özel İdareleri ve yerel yetkililer tarafından sağlanan hastane hizmetleri SB'na devredilmiştir. Bölge bazlı kurumsal örgütlenmeler de yine bu dönemde gerçekleştirilmiştir. Bölgesel Numune Hastaneleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri de yine bu dönemde kurulmuştur. Bunların yanı sıra, sağlık ocaklarının sayısı da hızla artmıştır.

1962 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa kabul edilmiştir. Bu yasaya göre sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet bütçesinden karşılanması ve hastaların bakım için ücret ödememesi esas alınmıştır. Temel örgüt,

sağlık ocakları ve hastanelerden oluşmaktadır. Sağlık ocaklarında görevli doktor, hemşire ve ebelerin evde ve ayakta tedavi ile tüm koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmeleri ve hastanelerin sağlık ocaklarından sevk edilen hastalara hizmet sunmaları öngörülmektedir.

1970–1980 arası sağlık politikalarında önemli bir değişim yaşanmamıştır. Bu dönemde sağlık hizmetleri mevcut sistemin doğal ivmesiyle gelişmiştir. 1983 sonrası yıllar ise sağlık alanında iddialı değişim söylemlerinin gündeme geldiği bir dönemdir. Bu dönemde, toplumun sağlık durumu ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yine öncelikli amaçtır. Ancak sağlık hizmeti sunan sistemin sorunlu olduğu tespitine dayanarak, sağlık sisteminin iyileştirilmesi gerekliliği öne çıkmıştır. Bu sorunun yeni bir sağlık reformu ile çözülmesi önerilmiştir (Özdemir, 2001:282)

1.4.2. 1980’li Yıllarda Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

1982 Anayasası Madde 56’da “Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini geliştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” hükmünü koyduktan sonra devletin bu görevini kamu ve özel kesim elindeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getireceğini ifade etmektedir. Burada dikkate değer bir husus, Anayasa’nın özel sektörün de sağlık alanına girmesini ve dolayısı ile vatandaşların sağlık hizmetleri sunumuna katkı sağlamasını öngörmesidir.

Devlet adına Anayasa’da belirtilen bu görev 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Buna göre Türkiye’de özel veya kamu kesiminden herhangi bir kurum sağlıkla ilgili işlev göreceksa Sağlık Bakanlığı’nın kontrolü altına girmektedir (Sur, 1998:229).

1982 Anayasası ile Cumhuriyet tarihinde ilk defa sağlık alanında özel sektörden söz edilmiştir. 1983 hükümet programında da sağlık alanındaki en önemli hedef olarak özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi ve sağlık alanında genel olarak rekabetin sağlanması gösterilmiştir (Ateş ve diğ., 2002:275).

13 Aralık 1983 tarihinde kurulan birinci ANAP Hükümeti programında iddialı reform ifadeleri yer almaktadır. Sağlık alanı ile ilgili olarak kanun tasarıları tekrar ele alınmıştır. 1984 yılında SB tarafından Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile ilgili bir tasarı hazırlanmış, ancak hükümete sunulamamıştır. 1987 yılında tüm ilgili kesimlerin şiddetli muhalefetine rağmen 3359 sayılı “Temel Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmış, ancak bu kanunun bazı maddeleri Anayasa Mahkemesince iptal edilmiş, Kanunun tamamı uygulanamamıştır. Bu kanun, sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları, hükümetin siyasi ve ekonomik yönetimlerine göre yeniden düzenlemektedir. En dikkat çeken hususlar “Kanun kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının, Bakanlar Kurulu Kararı ile kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmeleri haline dönüştürülebileceği” hükmü ile “bütün sosyal güvenlik kuruluşlarının tahsil ettikleri primleri, bu kuruluşlardan birinde veya yeni bir kuruluşta toplamaya Bakanlar Kurulunu yetkili kılması” hükmünün getirilmesi idi. Benzer konularda halen çalışmalar yürütülmektedir. Sosyal güvenlik kuruluşları birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında toplanmıştır. Ayrıca sağlık sigortasının diğer sigorta sistemlerinden ayrılarak genel sağlık sigortasının kurulması işlemi gerçekleştirilmiştir.

Sosyalleştirilen sağlık hizmetleri zaman içinde ciddi anlamda finansal kaynak sıkıntısı yaşamıştır. Tüm ülke 1984 yılında sosyalleştirme kapsamına alınmasına rağmen, önerilen sistemin hedeflediği amaçlara, yani hizmet noktasında neredeyse ücretsiz olan, temelde vergilerle finanse edilen eşitlikçi bir sağlık sistemi amacına ulaşıldığını söylemek mümkün değildir. Yasa ile getirilen model halen geçerlidir ve bu çerçevede oluşturulan birimler Sağlık Bakanlığının birinci basamak sağlık hizmetlerinin bel kemiğini oluşturmaktadır (Berman ve Tatar, 2004:6).

Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimiyle birlikte sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynak kullanımı ve hizmet sunumunda verimsizlik, sağlık sistemine yönelik şikayetlerin sürekli olarak artmasına neden olmuştur. Soruna kalıcı çözümler bulabilmek için 1988 yılında Dünya Bankası (DB) uzmanları ile birlikte sağlık sektörünün finansman yapısı incelenmiş; 1990 yılında DPT tarafından “Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü” yaptırılarak sağlık reformları için ana stratejiler belirlenmiştir (Özdemir, 2001:282-285).

Sonuç olarak 1980'den sonra dünyanın hemen her yerinde sağlık sektöründe reform yönelimlerinin temel unsurlarından birisi olan sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve sağlık hizmetlerinde özel kuruluşlara yer verilmesi gündeme sık gelmeye başlamıştır. Batılı gelişmiş ülkelerden üçüncü dünya ülkelerine kadar uzanan bu rüzgarın bir takım etkileri ve sonuçları görülmüştür. Dolayısıyla sağlık alanında özelleştirme uygulamaları dünya çapında bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (Ateş ve diğ., 2002:274). Bu sonuca göre Devlet, sağlık hizmetlerinin sunumunu, sübvansiyonunu ve düzenlemesini içeren mekanizmalar yoluyla; daha iyi rekabet koşullarının sağlanması, finansal ve idari performansın geliştirilmesi için özelleştirmeden faydalanabilir. Sözleşmeler yoluyla riskler özel sektörle paylaşılırken kamunun kontrolü devam edebilir (TÜSİAD, 2004:133).

1.4.2. 1990'lı Yıllar ve Hastaneler Üzerinde Yapılan Reform Çalışmaları

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de 1990 sonrası sağlık reform çalışmalarının önemli bir kısmını hastane reformu oluşturmuştur. Ancak sağlık reformlarının diğer alanlarında olduğu gibi hastane hizmetleri ve yönetimi konularında da istenilen sonuçlara ulaşılamamıştır (Top ve Gider, 2003: 162).

1990'lı yılların başlarında Türkiye hükümeti sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma konusunda önemli girişimlerde bulunmuştur. İlgili tarafların büyük bir bölümünün katılımıyla yaşanan bir sürecin ardından, sağlıkta reform önerilerini içeren Ulusal Sağlık Politikası dokümanı yayınlanmıştır. Dokümandaki önerilerin o dönem itibarıyla dünya genelinde geçerli sağlık politikası reform girişimlerine paralel olduğu söylenebilir. Sağlıkta reform politikalarının temel önerileri şu şekilde sıralanabilir (Berman ve Tatar, 2004: 7):

- Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan nüfusun genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
- Birinci basamak hizmetler için kentsel alanlarda kişi başına ödeme ilkesini benimseyen aile hekimliği,
- Mevcut hastanelerin, büyük ölçüde finansal özerklik ile birlikte özerk bir yapıya kavuşması,

- Hizmeti sunanlarla satın alanları birbirinden ayrılması ve hizmet sunucularının aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile rekabet ettiği bir dahili piyasanın oluşturulması.

Sağlık reform çalışmalarıyla ilgili temel ilkelerden hastanelerle ilgili olanları; hastaneleri özerkleştirmek, kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını sağlamak, hastaneleri gelirleri ile giderlerini karşılayabilen ve yönetiminde merkezîyetçilikten arınmış sağlık işletmelerine dönüştürmek, dolayısıyla hizmet kontrolünde rekabeti sağlamak şeklinde özetlenebilir (Özsarı, 2001:66).

Reformlarla birlikte ülke gündemine giren hastanelerin özerkleştirilmesi ve özelleştirilmesi tartışmalarında ana eksen serbest piyasa ekonomisinin hastanelerde verimlilik, kalite ve kaynak tasarrufu gibi parametrelerle iyileşmeler sağlayacağı görüşleriyle, bu görüşlere karşı nitelikteki yapılması düşünülen reformların sağlıkta eşitsizlikler meydana getireceği düşüncesidir (Top ve Gider, 2003: 163).

Politika dokümanının yayınlanmasından sonra yasal düzenlemeler için çalışmalar yapılmış, ancak yasal düzenlemelerin yapılması başarılamamıştır.

1992 yılında ilgili kurumlar, üniversiteler ve meslek kuruluşlarının katılımıyla Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplanmıştır. Bu kongredeki tartışmalar sonucu hazırlanan Sağlık Reformları Yasa Tasarı Taslakları, 1993 yılında toplanan İkinci Ulusal Sağlık Kongresi'ne sunulmuştur. İkinci Ulusal Sağlık Kongresi sonrasında Yapısal Uyum Programı ile sağlık reformları bağlantılandırılmıştır. Bu kapsamda Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Yasa Tasarısı ve Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Yasa Tasarısı Bakanlar Kuruluna; Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Yasa Tasarı Taslağı da Başbakanlığa sunulmuştur. Sağlık Reformları Yedinci ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Temel Yapısal Projeleri içerisinde de yer almıştır.

11 Ocak 1995 tarihinde 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa dayanılarak Sağlık İşletmeleri Yönetmeliği çıkarılmıştır. Bu yönetmeliğin amacı kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastanelerin Bakanlıkça teklif edilenlerinin sağlık işletmesine geçişinin usul ve esaslarını belirlemektir. Burada temel felsefe, mali ve idari açıdan özerk bir işletme oluşturmaktır. Hastane bünyesinde kurulan bir yönetim kurulu vasıtasıyla işletmeyi yönetmektir. Bu yönetmeliğe dayanarak Sağlık Bakanlığı Ankara

Yüksek İhtisas Hastanesi'nin sağlık işletmesine dönüşümünü yapmıştır (Özcan, 2001: 870). Halen sağlık işletmesi olarak hizmet sunan bu hastanede gerekli diğer düzenlemeler yapılmadığı için yönetim sorunlarıyla karşılaşmaktadır.

Toplumun kıt kaynaklarının önemli bir bölümünün tüketildiği hastanelerde temel amaç sağlık hizmetlerini en yüksek kalitede ve en düşük maliyette sunabilmektir. Bu amaca ulaşmada hastanelerin en önemli sorumluluğu, kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermayesi olan 289 hastanede yapılan çalışmada, 1996 yılında hastanelerin %73.70'inin, 1997 yılında %67.82'sinin ve 1998 yılında %76.12'sinin etkin olmadığı belirlenmiştir (Özgülbaş,2003:85).

1995-2000 yıllarında tedavi hizmetleri alanında özel sektörün bir atağını görmekteyiz. Özellikle büyük kentlerde kredi destekli modern teknoloji ile desteklenmiş, hizmet sunumu anlayışı farklı özel hastanelerin sayısı artmıştır. Bu durum üniversite, özel ve devlet hastaneleri arasında rekabet anlayışını getirmektedir (Özcan, 2001:871).

Aile hekimliği ve birinci kademe sağlık hizmetleri reformu içerisinde, birinci kademe sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılması öngörülmektedir. Amaç, birinci kademe sağlık hizmetleri içinde aile hekimliği sistemini kurmak, hizmet sunumunda kaliteyi ve verimliliği artırmaktadır. Ayrıca kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci kademe tedavi hizmetleri, aile hekimleri tarafından yerine getirilecektir. Bu sistem etkin bir sevk zincirine göre işlemektedir. Hastalar ilk önce aile hekimlerine başvurmakta, aile hekimleri hastalarını gerek görürlerse uzmanlara veya hastanelere sevk etmektedir. Pilot uygulaması tamamlanan çalışmanın ülke çapında uygulanması için çalışmalar devam etmektedir. Aile hekimliği uygulamasının tüm ülkede uygulanması ile birlikte hasta sevkleri kontrol altına alınacağından hastanelerin poliklinik hastalarında bir azalma olacağı düşünülmektedir. Bu durumda hastanelerin daha çok yatan hasta bakımı, ileri derece teknoloji ve uzmanlık gerektiren alanlara yönelmesi kaçınılmazdır. Hastaneler hizmet farklılaşması ve aile hekimleriyle özel ilişkiler geliştirerek daha fazla pazar payı elde etme yarışına girişebileceklerdir.

1.4.3. 2000'li Yıllar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda (2001:7-8) sağlık sisteminin yapılanmasında devlet ve özel

sektör arasındaki görev paylaşımının belli esaslara bağlanması vurgulanmakta ve bu bağlamda aşağıdaki politikalar önerilmektedir:

- Sosyal güvenlik kuruluşlarının aynı çatı altında toplanmaları ve tek bir teminat paketi içinde hizmet sunmaları gerekmektedir,
- Devlet, sağlık sisteminin denetimine, araştırma geliştirme faaliyetlerine ve eğitime ağırlık vermelidir,
- Planlama, koordinasyon ve denetim görevlerini üstlenmiş kuvvetli bir Sağlık Bakanlığı oluşturulmalıdır. Daha pahalı bir yatırım gerektiren hastanecilik işletmeciliğini özel sektör ve vakıflar üstlenmelidir.

Burada da dikkat edilirse hastane işletmeciliği, yapılan reform çalışmalarının bir sonucu olarak özel sektöre devredilmek istenilmektedir. Ayrıca raporun başka bir bölümünde de yapılan reformlar çerçevesinde hastanelerin özzerkleşmesi konusunun ele alınması önerilmektedir (DPT, 2001: 11). Ancak SB çalışmalarının anlatıldığı Sağlık 2005 raporunda tedavi edici hizmetlerle ilgili çalışmalardaki temel amacın, halka kaliteli sağlık hizmeti sunmak olduğu belirtildikten sonra bu amaçla sağlık sisteminin bir bütün olarak yeni bir anlayışla organize edilmeye çalışıldığı ifade edilmektedir. Ayrıca Aralık 2004'de 91.296.000 olan poliklinik sayısının 2005 yılında yaklaşık 175 milyona ulaştığı vurgulanmaktadır (Demirel ve diğ., 2005:48). Yani halen ana hizmet sunucu olarak SB çalışmalarını sürdürmektedir.

Sağlık reformları konusundaki son çalışmalar 2002 yılı genel seçimlerinden sonra kurulan hükümetin "Acil Eylem Planı" çerçevesi içerisinde hazırlamıştır. Bu plan, tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvenlik sisteminin kurulacağını ve devletin tüm vatandaşlarına temel sağlık hizmetlerini sunmakla sorumlu olduğunu açık bir şekilde ifade etmektedir. Acil Eylem Planı'nın uygulanmasının bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) başlatılmıştır. Acil Eylem Planı'nın ve SDP'nin temel prensipleri şu şekilde belirtilmiştir (SB, 2003:24-36):

- Türkiye'deki Hasta Hakları Kanunu'nun uluslararası standartlara uygun olarak yeniden düzenlenmesi,
- Sağlık bilgi sistemlerinde bilgisayara dayalı ulusal bir izleme sistemine imkan verecek dönüşümün sağlanması,

- Tüm vatandaşları kapsayacak bir genel sağlık sigortası sistemi kurulması,
- Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur dahil olmak üzere, kamu ve sosyal güvenlik sigorta programlarının aktüeryal yapılarının ve mali durumlarının güçlendirilmesi,
- Özel sağlık ve hayat sigortası şirketleri için teşvikler sağlanması,
- Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemi için merkezi planlayıcı ve düzenleyici rolünü üstlenmesi, sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sunucular tarafından sunulması,
- Mevcut sosyal güvenlik programları içinde emeklilik ve sağlık sigortalarının ayrıştırılması,
- Sağlık sigortasının kapsamını ve sağlık hizmetlerinin kullanımını izlemekte yararlanılacak, tüm vatandaşlara tek bir kimlik numarasının verildiği bir bilgi sisteminin oluşturulması,
- En iyi uygulamaları sağlamak üzere sağlık çıktılarının ve göstergelerinin ölçümüne yönelik sistemlerin oluşturulması için ulusal bir kalite ve akreditasyon kurumunun kurulması,
- İlaçlara yönelik ruhsatlandırma, üretim ve pazarlama ile araştırma geliştirme faaliyetlerini kolaylaştıracak ve destekleyecek bağımsız bir "Ulusal İlaç Kurumu"nun kurulması,
- Benzer şekilde bağımsız bir "Ulusal Tıbbi Gereç Kurumu"nun kurulması.

SDP ile gerçekleştirilen son çalışmalar ile SB'nin hizmet sunumundan tamamen çekilmesi öngörülmektedir. Hizmetin özel sektör ve özertleştirilmiş kamu hastaneleri tarafından verilmesi ve SB'nin hizmetin uygun koşullarda verilip verilmediğinin kontrolünü yapması ana amaçtır. Ayrıca sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulamalarıyla bütünleştirilmektedir. Aile hekimlerini sevki olmaksızın diğer hastanelere başvuran hastalar ilave ücret ödemek zorunda kalmaktadırlar. Yani birinci basamaktan tedavi hizmetlerine hasta sevki, aile hekimlerinin kontrolüne terk edilmektedir.

Hastanelerin finansmanı hizmet sözleşmesi ile GSS kaynaklarından karşılanmaktadır. GSS kapsamı dışındaki hizmetlerin finansmanının özel sigorta kuruluşları tarafından sağlanması öngörülmüştür. Bu durum topluma yeni finansman yükleri getirebilir.

Ayrıca kurulması öngörülen ulusal akreditasyon kurumuyla sağlık çıktılarının ve göstergelerinin ölçülmesine yönelik bir sistemin kurulması öngörülmektedir.

1.4.4. 1980 Sonrası Yapılan Reform Çalışmaları Kapsamında Kamu ve Özel Sektör Hastanelerinin Karşılaştırılması

Ülkemizde 1980'den itibaren sağlık sektöründe yeniden yapılanma ya da reform adı altında pek çok değişiklik yapılmıştır. Bu reformların tamamında hastanelerinde etkinlik, etkililik, verimlilik, ulaşılabilirlik ve kaliteyi artırmak amaçlanmıştır. Nihai amaç olan hastanelerin özelleştirilmesi kamu hastanelerine özerklik verilerek veya sağlık işletmeleri haline dönüştürülerek gerçekleştirilmek istenilmiştir. Reform çalışmalarında kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülerek idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi, rekabetçi bir bakış açısı ile verimlilik ve etkinlik ilkelerine göre çalıştırılması ve harcamalarını kendi gelirleriyle karşılaması amaçlanmıştır.

Reformların hızlandığı dönemler izlendiği zaman bir takım bulgularla karşılaşılmaktadır. Bunlardan ilki özellikle de özel sağlık kuruluşlarındaki artışın ilgi çekici boyutlara ulaşmasıdır. Tablo 4'de Türkiye'deki hastane ve yatak sayılarının gelişimi yıllar itibarıyla verilmiştir. Hastanelerin özerkleştirilmesi ve özel hastanelerin teşvik edilmeye başlandığı yıllardan 1992 yılında 928 olan toplam hastane sayısının 2007 yılında 1318'e; 785 olan kamu hastane sayısının 953'e ve 143 olan özel hastane sayısının 365'ye ulaştığı görülmektedir. 1992 yılı hastane sayıları 100 kabul edilirse 2007 yılı toplam hastane sayısı 142,0'a, kamu hastane sayısı 121,4'e ve özel hastane sayısı 255,2'ye yükselmiştir. Aynı durum yatak sayıları bakımından da incelenebilir. 1992 yılında 126.611 olan toplam yatak sayısı 200.883'e, 119.475 olan kamu yatak sayısı 182.888'e ve 7.136 olan özel yatak sayısı 17.995'e yükselmiştir. Yatak sayıları dikkate alınarak 1992 yılı rakamları 100 kabul edilirse 2007 yılında toplam hastane yatak sayısı 158,7'ye, kamu hastanesi yatak sayısı 153,1'e ve özel hastane yatak sayısı 252,2'ye yükselmiştir. Görüldüğü üzere özel sektör hastane ve yatak sayılarının gelişimi kamu sektöründen daha ileri düzeydedir. Yani sektöre sürekli olarak rekabet etmek zorunda olan sağlık işletmeleri girmektedir ve oransal olarak kamu hastane ve yatak sayıları azalmaktadır.

Tablo 4. Türkiye’de kamu ve özel hastaneler ile yatak sayılarının gelişimi (1967-2007)

Yıl	Toplam		Kamu				Özel			
			Hastane		Yatak		Hastane		Yatak	
	Hastane	Yatak	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1967	664	59.173	588	88,6	55.521	93,8	76	11,4	3.652	6,2
1972	778	77.372	690	88,7	72.718	94,0	88	11,3	4.654	6,0
1977	772	83.036	691	89,5	79.899	96,2	81	10,5	3.137	3,8
1982	648	96.138	547	84,4	92.068	95,8	101	15,6	4.070	4,2
1987	756	111.135	640	84,7	105.928	95,3	116	15,3	5.207	4,7
1992	928	126.611	785	84,6	119.475	94,4	143	15,4	7.136	5,6
1997	1.078	144.984	868	80,5	133.729	92,2	210	19,5	11.255	7,8
1998	1.138	148.987	901	79,2	136.309	91,5	237	20,8	12.678	8,5
1999	1.171	153.465	911	77,8	139.388	90,8	260	22,2	14.077	9,2
2000	1.184	156.549	923	78,0	142.292	90,9	261	22,0	14.257	9,1
2001	1.198	159.290	931	77,7	144.608	90,8	267	22,3	14.682	9,2
2002	1.114	162.235	844	75,8	147.506	90,9	270	24,2	14.729	9,1
2003	1.126	164.897	854	75,8	150.197	91,1	272	24,2	14.700	8,9
2004	1.175	160.114	922	78,5	157.330	98,3	253	21,5	11.774	7,4
2005	1.198	192.685	905	75,5	177.874	92,3	293	24,5	14.861	7,7
2006	1.205	196.667	873	72,4	179.959	91,5	332	27,6	16.708	8,5
2007	1.318	200.883	953	72,3	182.888	91,0	365	27,7	17995	9,0

Kaynak: TÜİK ve SB verilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Özel sektörün teşvik edilmesi, özel sektörün hastane ve yatak sayılarındaki artışlara rağmen kamu hastaneleri, sektörün ana hizmet sunucusu konumunu halen korumaktadır. 2007 yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı verilerine göre Türkiye’de toplam 953 kamu ve 365 özel olmak üzere 1318 hastane; 182.888 kamu ve 17.995 özel olmak üzere toplam 200.883 hastane yatağı bulunmaktadır. Bu verilere göre Türkiye’deki toplam hastanelerin %27,7’si ve yatak sayılarının %9,0’u özel sektöre aittir (Tablo 5).

Tablo 5. Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarının kuruluşlara göre dağılımı (2007)

Kuruluşun Adı	Hastane		Yatak	
	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	849	64,4	135.240	67,3
Üniversite Hastaneleri	56	4,2	29.700	14,8
Belediye Hastaneleri	5	0,4	1.138	0,6
Kamu Vakfı Hastaneleri	1	0,1	910	0,5
Milli Savunma Bakanlığı Hastaneleri	42	3,2	15.900	7,9
Toplam	953	72,3	182.888	91,0
Özel Şirket ve Şahıs Hastaneleri	331	25,1	15.340	7,6
Özel Dernek ve Vakıf Hastaneleri	27	2,0	1.928	1,0
Özel Azınlık Hastaneleri	5	0,4	545	0,3
Yabancılara ait Özel Hastaneler	2	0,2	182	0,1
Toplam	365	27,7	17.995	9,0
Genel Toplam	1.318	100	200.883	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları 2007 Yılı İstatistik Yıllığı

2007 yılı verilerine göre, yatılan gün sayılarının %7,4’ü, polikliniklerin %9,3’ü toplam ameliyatların %18,5’i ve doğumların %20,1’i özel hastaneler tarafından gerçekleştirilmiştir. Buna karşılık Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu hastaneleri halen toplam polikliniklerin %90,7’sini, toplam ameliyatların %81,5’sini ve doğumların %79,9’unu gerçekleştirmiştir.

Kamu hastanelerinin kapasite kullanma oranı ve bir hastanın ortalama kalış gün sayısı ölçütleri özel hastanelerden daha iyi durumdadır. Buna karşılık özel hastanelerin hasta yatırma oranları, devir aralıkları ve kaba ölüm hızı oranları kamu hastanelerinden daha iyi görünmektedir. Yatan hasta oranlarının yüksek olmasında birinci kademeye uğramadan doğrudan kamu hastanelerine müracaat eden hastaların etkili olduğu düşünülmektedir. Kaba ölüm oranlarının yüksek olması eğitim hastanelerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde kaba ölüm oranı 2,1 ve tıp fakültelerinin hastanelerinde ise 2,9 değerleri ile en üst düzeyde bulunmaktadır. Bu sonuçta özel hastanelere oranla kamu eğitim hastanelerinde daha komplike vakaların tedavi edilmesi katkı sağlamaktadır. Komplike vakaların artması

ölüm vakalarını da artırmaktadır. Benzer sonuç yabancı ve azınlıklara ait hastanelerde de görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Türkiye'de hizmet veren kamu ve özel hastanelerin verdikleri hizmetler ve hizmet verimliliklerine göre dağılımı

Kurum	Kamu		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%		
Hastane sayısı	911	71,4	365	28,6	1.276	
Hasta yatağı sayısı	137230	90,2	14929	9,8	152.159	
Poliklinik sayısı	226.060.445	90,7	23.080.654	9,3	249.141.099	
Yatan hasta sayısı	6.883.904	81,8	1.530.611	18,2	8.414.515	
Çıkan hasta sayısı	Taburcu	6.777.912	81,7	1.522.341	18,3	8.300.253
	Ölen	105.992	92,8	8.270	7,2	114.262
	Toplam	6.883.904	81,8	1.530.611	18,2	8.414.515
Yatılan gün sayısı	35.537.125	92,6	2.829.629	7,4	38.366.754	
Ameliyat sayısı	Büyük	1.765.682	78,2	490.806	21,8	2.256.488
	Orta	1.034.667	79,1	273.830	20,9	1.308.497
	Küçük	1.399.472	88,3	186.019	11,7	1.585.491
	Toplam	4.199.821	81,5	950.655	18,5	5.150.476
Doğum sayısı	814.489	79,9	205.390	20,1	1.019.879	
Kapasite kullanma oranı (%)	70,9		51,9		69,1	
Bir hastanın ortalama kalış günü	5,2		1,8		4,6	
Yatak devir hızı (Hasta)	50,2		102,5		55,3	
Devir aralığı (gün)	2,1		1,7		2,0	
Yatan hasta oranı (%)	3,0		6,6		3,4	
Kaba ölüm oranı (%)	1,5		0,5		1,4	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları 2007 Yılı İstatistik Yıllığı'ndan Yararlanılarak Hazırlanmıştır. (MSB verilerini kapsamamaktadır.)

1.5. Kamuya Ait Hastanelerin Özerkleştirilmesi ve Özelleştirilmesi Çalışmaları

Cumhuriyet Dönemi ile birlikte tüm hükümetler tarafından vatandaşlara ulaştırılması her zaman büyük önem arz eden sağlık hizmetleri sunumunda, 1980'li yıllarla birlikte özel sektörle birlikte hizmet sunum modellerinin geliştirilmesi yönünde bir eğilim

ortaya çıkmıştır. 1982 Anayasası ve daha sonra gelen tüm hükümetler tarafından yapılan düzenlemelerle özellikle hastanelerin özertleştirilmesi konusunda çalışmalar yapmıştır.. Özertleştirmeden amaç hastanelerin kendi kaynaklarını kendilerinin üretmeleri ve rekabet ortamında daha kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını sağlamaktır. Özellikle son yıllarda sosyal güvenlik sistemi kapsamındaki nüfusun, kamu hastanelerinde verilip verilmediğine bakılmaksızın özel hastanelerden hizmet almasının yolunun açılmasıyla özel hastane yatırımlarına verilen destek zirve noktasına ulaşmıştır. Ayrıca GSS uygulamasıyla sözleşmeye bağlı olarak sosyal güvenlik kurumunun hizmet almasıyla da özel hastaneler kamu hastaneleriyle birlikte hizmet pazarından pay almaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri pazarında özel hastaneler lehine gelişen bir pazar yapısı ortaya çıkmıştır. Bu pazar yapısı içerisinde hem kamu hastaneleri hem de özel hastaneler birbirleriyle rekabet etmek zorunda kalmaktadırlar.

SDP çerçevesinde 17.07.2004 tarihinde TBMM tarafından kabul edilen ancak Cumhurbaşkanlığı'nca bir daha görüşülmek üzere TBMM'ye geri iade edilen Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı'nın Geçici 1-a maddesindeki "Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine devredilmiştir." düzenlemesi ile sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı bünyesinden alınarak il özel idarelerine devredilmesi öngörülmüştür. Bu tasarının aynı maddesinin devamında "il özel idarelerine devredilen sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve dispanser gibi koruyucu sağlık hizmeti veren tesisler il özel idarelerince Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen esas ve usullere göre bina, araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli belediyelere devredilebilir." düzenlemesi ile de personel ve tesislerin belediyelere devrinin sağlanması da öngörülmüştür.

5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun'un 4. Maddesi ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimleri; bunlara ilişkin her türlü görev, hak ve yükümlülükler, taşınır, taşınmazlar ve taşıtlarla birlikte, Sosyal Sigortalar

Kurumuna ait olanlar rayiç bedeli karşılığında, diğerleri bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu düzenleme ile de diğer Sağlık Bakanlığı hastaneleriyle birlikte SSK ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastanelerin özzerleştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı bünyesi dışına çıkarılması öngörülmüştür.

5220 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un Ek 2. maddesi ile "Sağlık Bakanlığı'na tahsisli hazine mülkiyetindeki taşınmazlar ile Sağlık Bakanlığı kullanımında bulunan diğer taşınmazlardan gerekli görülenlerin, mülkiyetinin hazineye bedelsiz devrinden sonra Sağlık Bakanlığı ile mutabık kalınarak tahsislerini kaldırmaya ve 1050 sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanununun 24 üncü maddesine bağlı olmaksızın satmaya Maliye Bakanı yetkilidir." düzenlemesi yürürlüğe konulmuştur. 21 Temmuz 2004 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan bu yasa ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşları ve hastanelerin Maliye Bakanlığı'na bedelsiz olarak devredilmesi ve Maliye Bakanlığı'nın da bu kurumları satabilmesi mümkün kılınmıştır. Dolayısıyla SB'ye bağlı hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının özzerleştirilmesi önünde bir engel kalmamıştır.

Ayrıca devlete hastanelerinin özzerleştirilmesi ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayacak hale getirilmesi için yapılan çalışmalar halen yürütülmektedir. Çalışmanın ilk ayağı olarak Milli Savunma Bakanlığı ve üniversitelere ait hastaneler dışındaki kamuya ait tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı yönetimi altında toplanmıştır. İkinci aşamada bu hastaneler il özel idarelerine devredilmek ve özerk yapıya kavuşturulmak kendilerini yönetir hale gelmeleri amaçlanmıştır. Ancak düzenleme Cumhurbaşkanlığı'ndan geri dönmüştür. Bunun sonucunda özzerleştirme çalışmalarına son verilmemiş ve TBMM'de "Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı komisyonlardan geçerek genel kurulda görüşülecek seviyeye getirilmiştir. Tasarının yasallaşması halinde SB'ye bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını "kamu tüzel kişiliğine sahip", "özerk" "kamu hastane birlikleri" çatısı altında yeniden örgütlenecektir. Tasarıya göre, birliklerin bakanlıkla ilişkisi "ilgili kuruluş" statüsünde olacaktır. Birlikler birden fazla ili kapsayabileceği gibi, aynı ilde birden fazla birlik de kurulabilecektir. Ayrıca, Bakanlık, birden fazla birliği bir araya getirerek "birlikler koordinatörlüğü" de kurabilecektir. Birliklerin kuruluşu Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun kararıyla sağlanacaktır.

Tasarının, Yönetim Kurulu'nun görevlerini sayan 3. maddesinin (d) fıkrasında, Yönetim Kurulu'na "birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlettirmek" yetkisinin tanındığı görülmektedir. Aynı maddenin (ğ) fıkrasında da, Yönetim Kurulu'na, "ihtiyaç duyulması halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınmasına karar vermek" yetkisi tanınmaktadır. Tasarının 3. ve 6. maddelerindeki bu hükümler, birliğe ait olan ya da hizmet amacıyla birliğe tahsis edilmiş olan yapı ve tesislerin satışı, kiralanması ve işlettirilmesine olanak tanımaktadır. Bu hükümler, tasarıyla kamu sağlık kuruluşlarının ve bu kuruluşlara ait tesislerin özelleştirilmesinin önünün açıldığı görülmektedir.

Sağlık alanında 2005 yılında 5396 sayılı Kanunla Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen bir madde ile Kamu Özel Sektör Ortaklıklarının sağlık tesislerinin yapılmasında bir yöntem olarak kullanılması başka bir önemli gelişmedir. Anılan Kanun uyarınca öncelikle, sağlık tesislerinin yapılmasının gerekliliğine Yüksek Planlama Kurulu karar vermektedir. Kararın ardından, Maliye Bakanlığı, Hazineye ait taşınmazları gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine bedelsiz devretmekte ve sağlık tesisleri, kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kiralama karşılığı yaptırılmaktadır.

Yap-Kirala-Devret olarak adlandırılabilir Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri (Public Private Partnerships- PPP) modeli ile ilgili uygulama yönetmeliği de Temmuz 2006 da yürürlüğe girmiş olup, yakın gelecekte somut projelerin devreye girmesi beklenmektedir. Bu çerçevede uygulanacak somut projeler sağlık kentleri olarak adlandırılmaktadır. Sağlık kentleri, içerisinde farklı alanlarda uzmanlaşmış ihtisas hastanelerinin, yüksek teknolojiye sahip laboratuvarlar, araştırma merkezleri ve sağlık teknoparklarının, sosyal tesislerin, otel ve medikal otellerin, alışveriş merkezi, idari merkezler, merkezi acil ve yoğun bakım ünitelerinin, merkezi eczane ve depo yapılarının, konaklama imkanları, atık yönetimi, yeterli büyüklükte otopark peyzaj alanları ve üstün nitelikteki teknolojik, fiziksel altyapı koşulları ile bir bütün olarak tasarlanan sağlık kompleksleridir.

Sonuç olarak, özel hastane sayısının bu kadar arttığı ve devlet hastanelerinin de özerkleşmeye bağlı olarak özel hastane mantığı çerçevesinde yönetileceği dikkate alındığında, sağlık kuruluşlarının rekabetin hızla arttığı bir ortamda faaliyetlerini sürdürme zorunlulukları ortaya çıkmaktadır. GSS kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun hastanelerle sözleşme yaparak hizmet satın almaya başlaması kamu ve özel hastaneler arasında hizmet sunumundaki farklılığı ortadan kaldırmıştır. Bu nedenle sağlık kuruluşları yaşamlarını sürdürebilmek, kârlılıklarını artırmak ya da mevcut konumlarını koruyabilmek için rekabet etmek, dolayısı ile rekabet stratejilerini uygulayabilmek zorundadırlar.

BÖLÜM 2: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE REKABET STRATEJİLERİ: KAVRAMLAR VE TİPOLOJİLER

Bir işletme stratejilerini değiştireceği veya yeni uygulama yapacağı ya da strateji seçeceği zaman, öncelikle örgütün iç çevresini ve halen uyguladığı stratejileri analiz etmek zorundadır. Bu analizler sonucunda mevcut kaynaklara uygun stratejiler geliştirilmesi mümkündür. Bu süreç tamamlandıktan sonra dış çevrenin analiz edilmesi gerekmektedir. Sağlık işletmeleri bu analizlerinde dış çevreye göre güçlü ve zayıf yönlerini tespit etmek ve dış çevreden gelebilecek fırsat ve tehditleri algılamak için çalışmalar yaparlar. Sağlık işletmeleri sağlık çevresi ile ilgili devletin yaptığı düzenlemeler, sağlık pazarının durumu, sosyal güvenlik sistemi, sağlık hizmetlerinin karşılıklarının ödeme şekilleri ve rakiplerin güçleri, vs. konuları araştırmak ve örgüt amaçlarına ulaşmak için bunlardan nasıl yararlanması gerektiğine karar vermek durumundadırlar.

Stratejik düşünce çevrenin farkında olmayı; her zaman toplanan, örgütlenen ve analiz edilen entelektüel bilgiyi ve yaratıcı fikirler ve çözümler için açık olmayı gerektirmektedir. Stratejik planlama ise bilgi hakkındaki yargılara ulaşma, hareket rotası belirleme ve planı belge haline getirme ile ilgilidir. Bu sebeple stratejik planlama aslında örgütün ulaşabileceği pek çok alternatif arasından hangisinin uygulanacağına karar vermektir. Bir organizasyonun stratejisi gittikçe artan bir seri içerisinden daha spesifik olanlara karar verilmesidir. Strateji oluşturma en geniş bir biçimde talimatların birleştirilmesi ve organizasyon için temel stratejisinin ortaya konulmasıdır (Swayne ve diğ., 2006:224). Dolayısı ile hastaneler stratejik bir yaklaşım tarzı ile yönetilmek için çevreyi doğru bir şekilde anlamak, çevreden elde ettiği her türlü bilgiyi kullanmak ve yaratıcı fikirleri ortaya çıkararak elde ettiği alternatifler arasından bir kararlar seti oluşturmak ve bu setten yararlanarak rakiplerine üstünlük sağlayacak bir rekabet stratejisi geliştirmek zorundadırlar.

Strateji, rekabette değiş tokuşları göstermektedir. Stratejinin esası yapılması gereken şeyi seçmektir. Değiş tokuşlar olmaksızın seçimlere ve bu sonuçla da stratejiye ihtiyaç duyulmaz (Porter, 2002: 10). Strateji belirlemede en önemli amaçlardan biri, rekabetin ortaya çıkardığı sorunlar karşısında işletmeyi yaşatmak ve kuvvetlendirmektir (Hatiboğlu, 1995:151). Bunun için stratejik düşünme özelliği kazanmak

gerekmektedir. Stratejik düşünme, her şeyden önce, farklı bir düzeyde olgulara, sorunlara, çevresel değişikliklere bakmayı ve yanıt vermeyi gerektirir (Barca, 2002a:9).

İşletmeler yaşamlarını sürdürebilmek için hangi koşullarda olursa olsun mutlaka stratejik seçimler yapmak ve bu seçimlerini mevcut pazar koşullarında uygulayarak başarılı olmak isteyeceklerdir. Türkiye sağlık hizmetleri pazarında da özellikle 1980’li yıllardan itibaren geliştirilmeye çalışılan sağlık hizmetlerinin özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sektör eliyle ortaklaşa sunulması ve kamu hastanelerinin özerk hale getirilerek özel sektör sağlık kuruluşlarıyla benzer koşullarda çalıştırılması faaliyetleri hastanecilik sektörünü çeşitli stratejik seçimler yapmaya ve uygulamaya zorlamaktadır. Sağlık hizmetleri pazarında Porter’ın (t.y.:32) “strateji, farklı bir sonuç elde etmek için işleri farklı şekilde yapmaktır.” sözü daha iyi anlaşılmalıya başlanmıştır. Artık Türk hastanecilik sistemi, Porter’ın (t.y.:34) “stratejiniz varsa, farklı şekilde rekabet etmeyi seçmişiniz demektir. Bu da rakiplerinizden farklı aktiviteleriniz olduğu anlamına gelir.” sözlerine uygun davranış modelleri geliştirmek zorundadır.

Geleneksel ve yeni yönetim uygulamaları hastane merkezleri tarafından halen geniş bir şekilde kullanılmaktadır. Dahası stratejik analizin oluşturulması için gerekli olan hedeflere göre yönetim, stratejik maliyet yönetimi teknikleri, sonuçları ölçmek için nicel ve nitel göstergelerin kullanılması, modern yönetim bilgi sistemleri, klinik yönetimi ve ISO 9000 gibi kalite standartlarının oluşturduğu kalitenin yönetilmesi diğer pek çok modern işletme uygulamaları arasındadır (Garcia ve de Val Pardo, 2004:11).

Yukarıda sayılan modern işletme uygulamaları için her hastanenin işletme stratejisi oluşturması gerekmektedir. Hastane işletme stratejisi düşük maliyet, yüksek kalite, esneklik, çabukluk, güvenilirlik ve sunulan hizmete ulaşılabilirlik gibi işlerin yeteneklerinin geliştirilmesi için kaynakların tedarik edilmesi ve paylaşım politikası şeklinde tanımlanabilir. Politika hastane misyonu ve işletme stratejisi (business strategy) ile tutarlı olmalıdır (Butler ve Leong, 2000:227).

Bu bölümde rekabet, rekabet stratejisi ve rekabet gücü kavramları açıklanmakta, hastaneler tarafından uygulanabilen stratejiler hiyerarşisi üzerinde durulmakta ve daha sonra çalışma kapsamına alınan stratejiler ayrıntılı bir şekilde incelenmekte ve ilgili literatürden sunulan teorik bilgilerin yanı sıra ampirik çalışmalardan da örnekler verilmektedir. Bu bölümde oluşturulan literatürden yararlanarak daha sonraki bölümlerde sunulan ampirik çalışmanın alt yapısının oluşturulması hedeflenmektedir.

2.1. Rekabet, Rekabet Stratejisi ve Rekabet Gücü

2.1.1. Rekabet

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde (www.tdk.gov.tr.) aynı amacı güden kimseler arasındaki çekişme, yarışma, yarış anlamına geldiği belirtilen rekabeti temel alan liberal ekonomik felsefe, rekabet yolu ile piyasaların gelişeceğini ve toplumsal refahın artacağını öngörmektedir (DPT, 1994: 9). Mükemmel rekabet bireysel olarak satıcı veya müşterilerin pazar fiyatını etkileyemeyecek kadar, toplam pazara oranla küçük olması anlamına gelmektedir. Mükemmel rekabet koşullarında, her bir üreticinin çıktıları rakiplerinden ayırt edilemez ve pazarın her iki yanında mükemmel bir bilgi vardır (Fuchs, 1988:7).

Rekabet, en geniş anlamıyla, kıt bir şeyi paylaşmak veya bir ödül elde etmek amacıyla belli kural ve kısıtlamalar çerçevesinde temel özgürlüklerin ve insan haklarının garanti altına alındığı ve hiçbir ayrıcalığın ve ayrımcılığın olmadığı bir ortamda birden fazla oyuncu arasında oynanan bir oyun veya bir yarış olarak tanımlanabilir (Türkan, 2006).

Rekabetin amacı fiyatları düşük, kaliteyi yüksek tutarak tüketiciye yarar sağlamaktır. Rekabet, kaynakların en verimli kullanılmasını sağlayıp, girişimi teşvik ederek bir bütün olarak ekonomiye yarar sağlar (Çiçek, 2003: 116). O halde rekabet, tüketicilerin herhangi bir mal ve hizmet için ödediği fiyatların ilgili mal ve hizmetlerin ödenmesinde söz konusu olan marjinal maliyete eşdeğer olmasını sağlayarak ekonominin bütünü itibarıyla kaynakların etkin bir şekilde tahsis edilmesine yol açar (Aktan ve Vural, 2004b: 33).

Rekabet ortamlarında hedefleri gerçekleştirmek rakiplere karşı görece başarı elde edebilmek ile olanaklıdır. Dolayısıyla örgütler rakiplerine karşı karşılıklı bağımlılık

içerisinde rekabet üstünlüğü elde etmek ve bunu süreklileştirmenin yollarının ararlar (Barca, 2002a:16). Ayrıca, kıtlık olan yerde her zaman rekabet vardır. Sağlık hizmetlerinde de her zaman rekabet vardı. Bununla birlikte sağlık hizmetleri pazarlarının kendine has özellikleri, bu rekabeti diğer pazarların çoğundan farklı bir şekilde meydana getirmektedir (Morrisey, 2001:193).

2.1.2. Rekabet Stratejisi

Rekabet stratejisi nedir? Bu soruya en uygun cevabın Porter'ın (1985) sözleriyle verilmesi mümkündür: Rekabet, firmaların başarı veya başarısızlıklarının özündedir. Rekabet yenilikler, ortak kültür veya iyi uygulama gibi kendi performansına katkı sağlayan firma faaliyetlerinin uygunluğunun saptanmasıdır. Rekabet stratejisi, rekabetin meydana geldiği temel alanda bir endüstri içerisinde elverişli bir rekabet pozisyonu elde etmek için yapılan bir araştırmadır. Rekabet stratejisi, endüstri rekabetinin belirlediği güçlere karşı kârlı ve sürdürülebilir bir pozisyonun tesis edilmesine yardım eder.

Stratejik olguyu, rekabet yarışı içerisindeki örgütler arasında ortaya çıkan ve uzun vadede gözlemlenen performans farkları olarak tanımlayabiliriz (Barca, 2002a:16). Bu durumda rekabet stratejileri, bir organizasyonun pazarda nasıl rekabet edeceğine karar vermek için gerekli yönetsel kararlar ve faaliyetlerin kararlaştırılması olarak tanımlanmaktadır (Langabeer, 1996:38).

Rekabet stratejisi belirlemenin temelinde, rekabet ortamında başarılı olmak yatmaktadır. Bir işletme için uygun rekabet stratejilerinin belirlenmesi, her şeyden önce işletmenin faaliyet gösterdiği endüstrinin ve rekabet durumunun incelenmesini gerektirmektedir. Endüstrinin yapısal durumu, endüstriye ilişkin önemli özellikleri ifade etmektedir. Her endüstri başarı için farklı gereksinimlere ihtiyaç duymaktadır. Aynı zamanda endüstriler arasında yoğunlaşma, ölçek ekonomileri, ürün farklılaştırılması ve giriş engelleri gibi faktörlere de bağlı olarak çeşitli farklılıklar söz konusudur (Acar, 2005:20).

O halde, bir rekabet stratejisi geliştirmek, temelde bir şirketin nasıl rekabet edeceği, hedeflerinin neler olması gerektiğini ve bu hedefleri gerçekleştirmek için hangi politikaların gerektiği konularında genel bir formül geliştirmek demektir (Porter, 2000:

xxvi). Bir firma rekabetçi bir pazarı rekabet stratejisi geliştirmek için analiz eder. Rekabet stratejisinin amacı şirketin endüstride kendisini rekabetçi güçlere karşı en iyi şekilde savunabileceği bir yer bulmasıdır. Bu savunma yalnızca bir firma açısından Şekil 3’de gösterilen pazar ve rekabetçi güçlerin doğası incelenirse ortaya çıkarılabilir (Sparks, 1999: 6).

Endüstride rekabet etmenin yalnızca tek bir yolu varsa stratejiye ihtiyaç yoktur. Rekabetin yapılması yeterlidir. Karar vermek için bir neden yoktur. Ancak çoğu işte rekabet böyle bir şey değildir. Çoğu işte rekabet etmenin birçok yolu vardır. Yapılması gereken de şirket için benzeri olmayan bir yol seçmektir ki, rakiplerle aynı şey üzerinde rekabet ediyor olmasın (Porter, t.y.; 38).

Strateji oluşturmanın özü, rekabetin üstesinden gelmektir. Bununla beraber rekabeti dar düşünceli bir şekilde ve kötümser olarak incelemek kolaydır. Bazı yöneticilerin tam tersi yönde yakınmalarına rağmen, bir endüstrideki güçlü rekabet ne rastlantısaldır, ne de kötü şanstır. Bir endüstrideki rekabet durumu şekil 3’de gösterilen beş güce dayanmaktadır. Bu güçlerin toplamının gücü bir endüstrinin nihai kâr potansiyelini belirlemektedir (Porter, 1998: 21).

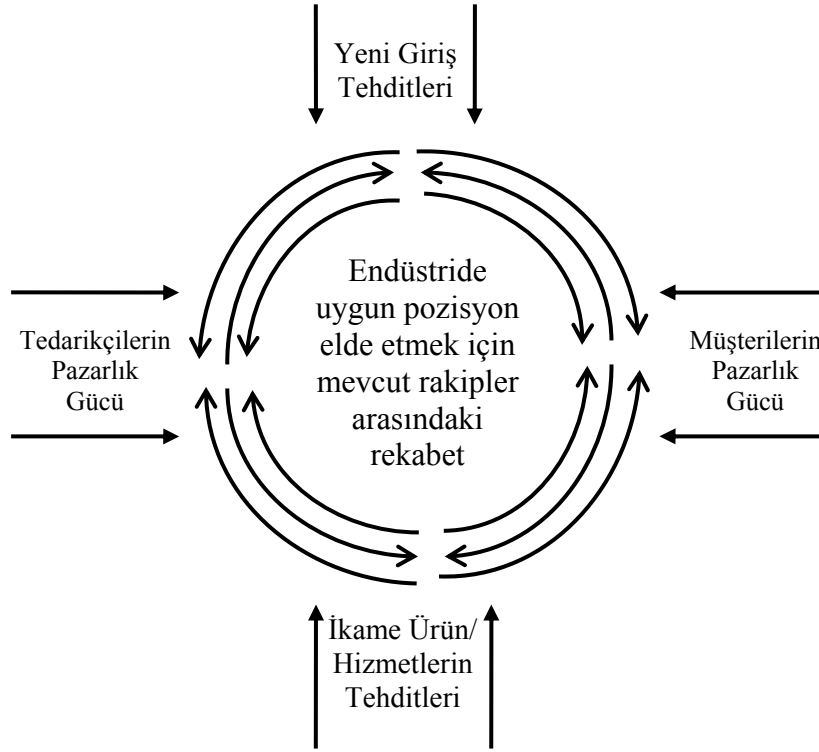
O halde rekabetin işletmenin çalışmasına nasıl etki yaptığını belirlerken, şu dört unsur incelenmelidir (Hatiboğlu, 1995:151-158):

1. Endüstriye (veya pazara) girmenin zorluğu
2. Alıcı ve satıcıların ne ölçüde güçlü oldukları
3. Malların yerine geçebilecek malların (ikame) ne ölçüde var olduğu
4. Çeşitli olanaklar arasında manevra yapılması

Bir organizasyonun rekabetçi güçler karşısında ayakta kalabilmesi ve rekabetçi güçlere karşı koyarak hedeflerine ulaşabilmesi için neler yapması gerektiği rekabet stratejisinin temelini oluşturur. Rekabet stratejisi şu soruya cevap arar: Belirli bir ürün ya da endüstri dalında nasıl en iyi şekilde rekabet edilir? Pazar payını muhafaza etmek ya da pazarda mevcut payı artırmak için neler yapılmalıdır? Bir organizasyonun hedefleri neler olmalıdır? Belirlenen hedeflere nasıl ulaşılır (Aktan ve Vural, 2004a, 107)? Bu sorulara cevap verebilmek için işletmelerin rekabet stratejilerini sürekli, yeniden gözden geçirmeleri ve tekrar tekrar oluşturmaları bir zorunluluktur. O halde rekabet

stratejisi, müşteri tercihlerindeki değişimleri görebilmek, çalışma alışkanlıklarındaki değişimleri gözleyebilmek ve müşteriye rakiplerin sunamayacağı çok farklı yararlar sunabilmektir (Akın, 1999).

Şekil 3. Bir endüstride rekabeti etkileyen güçler



Kaynak: Porter (1998:22)

Faulkner ve Browman'a (1995:2) göre rekabet stratejisinin anlaşılması için üç temel sorunun cevaplanması gerekmektedir:

1. Nerede rekabet edilmelidir? (Hangi pazarlara ve bu pazarlardaki hangi bölümlere yoğunlaşmalıyız?)
2. Hangi ürünle rekabet edilmelidir?
3. Seçilen pazarlarda sürdürülebilir bir rekabet avantajı nasıl elde edilebilir?

2.1.3. Rekabet Gücü

Rekabet gücü, herhangi bir firmanın ulusal ya da global piyasalardaki rakiplerine kıyasla düşük maliyetle üretimde bulunabilme (fiyat ve maliyet rekabet gücü), ürünün kalitesi, sunulan hizmet ve ürünün çekiciliği gibi unsurlar açısından rakiplerine denk veya daha üstün bir durumda olma (fiyat dışı rekabet gücü) ve düşük maliyette yenilik

ve icat yapabilme yeteneğidir (Aktan ve Vural, 2004a: 14). Kaynağı ne olursa olsun, rekabet avantajı sonuçta şirketin faaliyetlerini rakiplerinden daha iyi ya da daha ucuza gerçekleşmesini sağlayan değerli bir kaynağa sahip olmasına bağlanabilir (Collins ve Montgonery, 2000:45). O halde rekabet avantajı, firmaların bir rekabet alanı meydana getirmek, bu alanı geliştirmek ve korunan bir pazar payı oluşturmak için pozisyon oluşturma sorunu olarak düşünülmektedir (Duncan ve diğ., 1998: 7).

Yönetime stratejik tarzda yaklaşmamak, “yarışta ben de varım” demeyi bir kenara bırakmayı gerektirir. Yarış zaten var. Önemli olan bu yarışta, nasıl rekabet avantajı elde edebilirim ve rekabet avantajımı nasıl süreklileştirebilirim düşüncesinden hareketle pazarı ve kurumu yeniden ve sürekli değerlendirmeyi ve ona göre davranış setleri ve uygulamaları geliştirmeyi gerçekleştirmektir (Barca, 2002a:16). Dinçer’e (2003:198) göre işletmeler rekabet üstünlüğü sağlayabilmek için, pazarın rekabet özelliklerini dikkate alarak; a) fiyat, b) kalite, c) zaman ve d) çeşitlilik olmak üzere dört farklı alanda strateji geliştirebilirler.

Rekabet gücüne sahip olmak demek, rakip yerli ve yabancı firmalara kıyasla ürün fiyatı, ürün kalitesi, teslim zamanı ve satış sonrası hizmetler gibi fiyat dışı unsurlar açısından şu anda ve gelecekte aynı durumda veya onlardan üstün olmak demektir (Kısacık, 2005:53). Buna karşılık organizasyonların maliyet avantajlarına sahip olmasına ve mükemmel bir şekilde farklılaştırılmış ürün ve hizmetlerine sunabilmesine rağmen, kaynaklar ve beceriler rekabetçi becerilerin kesin belirleyicisi olarak görülmemelidir. Hatta yenilikçi liderlik ve kahramanca çalışan işgörenler sayesinde kaynak ve becerilerin en bunaltıcı sınırlamalarının üstesinden gelinebileceği de unutulmamalıdır (Duncan ve diğ., 1998: 15).

Endüstri ortalamasının üzerinde kâr elde etme ve elde edilen kârı uzun vadede sürdürebilme, ortaya çıkan her pazar fırsatının peşine düşme (pragmatik tepkiselcilik) yerine, o pazarın büyüme trendini (potansiyelini) ve bu trendi doğuran pazar yapısını oluşturan güçleri (müşteriler, mevcut rakipler, yeni yatırımcılar pazara giriş engelleri, ikame mallar ve tedarikçiler) ayrıntılı bir şekilde analiz etmeyi gerektirir. Ancak bu tür pazar trendleri ve yapıları incelendikten sonra bir yatırım yapılabilir ve pazar stratejileri (maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma) geliştirilebilir. Bunlar

yapıldığında ise rekabet avantajı sağlama ve sürdürülebilir bir sonuç olarak ortaya çıkabilir (Barca, 2002a:13-14).

Firmalar pazarı göz ardı ederek, zengin teknoloji edinmenin anlamsızlığını, bürokrasinin hazırladığı sermaye ve insan gücünün hamallığını yapmanın, buna bağlı olarak girişimcilik, esneklik ve yenilikleri umursamazlık etmenin beyhudeliğini görüp anlamışlardır. Yeni bir ürünün getirilerini görürken sırf ileride olmak için boş yere öne geçmenin, zamanı öne almanın manasızlığını öğrenmişlerdir (Hannan, 1996: 20). O halde firmalar herhangi bir stratejik anlayışa dayanmadan ya da stratejik bir yarar elde etmeden yeni ürün ya da hizmetleri pazara sunma konusunda dikkatli davranmalıdırlar. O ürün ya da hizmetin kendi rekabet güçlerine ne tür bir katkı sağlayacağını göz önünde tutmalıdırlar.

Rekabetin en önemli ekonomik yararlarından biri, üretimde verimliliğin teminidir. Rekabet, teşebbüsleri daha ucuza üretim yapmaya, yani daha az kaynak kullanımı ile üretim yapmaya zorlar. Rekabet piyasasında, fiyatın piyasadaki toplam arz ve talebe göre belirlenmesi ve bu piyasada faaliyet gösteren firmaların piyasada oluşan fiyatı etkileme gücünden yoksun olması sebebi ile teşebbüslerin faaliyetlerini sürdürebilmeleri ya da daha fazla kazanç elde edebilmeleri, daha düşük ortalama toplam maliyete sahip olmalarına bağlıdır. Ancak, fiyat rekabeti sağlık hizmetleri pazarında diğer sektörlerden daha az yaygındır. Sağlık hizmetleri belirsizlikler ve bilgi asimetrisi nedeniyle mükemmel olmayan bir rekabetçi pazar olarak sınıflandırılmıştır. Bu nedenle sağlık hizmetleri pazarında fiyat rekabetinden daha çok kalite için yapılan rekabet daha fazla gözlemlenmektedir (Cheng, Wei ve Chang, 2006:68).

Alter ve Hage'e (1993) göre (aktaran Kaluzny ve diğ., 1998:383) endüstriyel organizasyonlar veya tedarikçiler ve/veya sağlık hizmeti ödeyicileri arasında ilişkilerin geliştirilip geliştirilememesi, yenilikçilik akışının artması, pazara yanıt vermede esneklik geliştirme ve teknolojik değişikliklere ilişkin kritik yetenekleri güçlendirilmek rekabet avantajı elde etmede fırsatlar sağlamaktadır. Özellikle de potansiyel olarak aşağıdaki yararları sağlamaktadır:

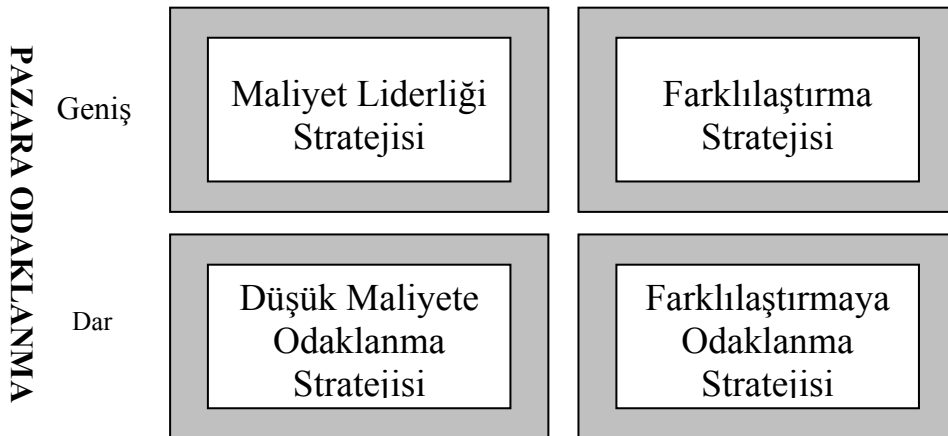
1. Yeni şirketlerin öğrenme ve uyum sağlama için fırsatlar,
2. İlave kaynaklara ulaşma,

3. Finansal riskleri paylaşma yeteneği,
4. Ürün ve teknoloji geliştirme maliyetlerini paylaşma yeteneği,
5. Pazarlara ulaşma,
6. Pazar talepleri ve teknolojik fırsatlara hızlı bir şekilde karşılık verme yeteneği.

Rekabet avantajı, rekabetçi fırsatlardan bağımsız bir şekilde incelenemez. Fırsat, üretim ve hizmet sunulan müşteri segmenti, firmanın rekabet ettiği coğrafik alan, dikey bütünleşmenin derecesi ve stratejinin koordine edildiği yerde birbirleriyle bağlantılı işletmelerin miktarını kapsayan çok sayıda boyutu çevrelemektedir. Rekabet avantajı bazı fırsatlar ve fırsatların seçiminin bir stratejide merkezileştirilmesi ile elde edilmektedir. Fırsatların seçimi endüstri yapısını da etkileyebilmektedir (Porter, 1991: 101).

Sonuç olarak Porter'a göre işletme düzeyinde stratejik kararlar; pazara odaklanma kararı için, "Sizin pazarınızın veya hedef pazarınız ne kadar geniş veya dardır?" sorusunun yanıtı ve rekabetçi avantajın kaynağı için "Rekabetçi avantaj elde etmek için düşük fiyat mı yoksa, eşsiz ürün sunma yöntemini mi kullanacaksınız?" sorusunun yanıtı bulunmak suretiyle verilmektedir. Bu iki sorunun karşılığı şekil 4'de gösterildiği gibi izlenebilecek dört temel stratejiyi ortaya çıkarmaktadır: Farklılaştırma, maliyet liderliği, farklılaştırmaya odaklanma ve maliyet liderliğine odaklanma (Schermerhorn, 2007:219).

Şekil 4. Rekabet avantajının kaynağı



Kaynak: Schermerhorn (2007:219)

2.1.4. Rekabet Öncelikleri

Rekabet öncelikleri üretim stratejisinde maliyet, kalite, dağıtım ve esneklik olarak sınıflandırılmaktadır (Butler ve Leong, 2000:229).

2.1.4.1. Maliyet

Maliyet, daha rekabetçi olabilmek için kendi finansal girdilerinin azaltılmasında yönetimin önem verdiği şeyleri göstermektedir (Butler ve Leong, 2000:229). Genel olarak fiyat hastaya sunulan hizmetler için ödemeyi beklediği paradan daha fazlasını kapsamaktadır. Etkili pazar stratejileri tasarlamak ve yürütmek için sağlık hizmetleri organizasyonları tarafından hastanın gerçek maliyet olarak algıladığı veya hastaların arzu ettiği kullanımların meydana gelmesi için algıladıkları olası yararları dengelemek için gerekli her şey tanımlanmalı ve ağırlıkları ortaya konulmalıdır (MacStravic, 1994:341). Ancak, tıbbi teknolojiadaki ilerleme hızı bir yavaşlama işareti göstermemekte ve daha çok hızlanma işaretleri ortaya çıkmaktadır. Bu ilerleme yeni tedavi yöntemleri veya yararlı tıbbi bilgiler geliştirmek için ortaya koyduğu yeni yöntemlerle hemen hemen her zaman maliyetlere ilavelerde bulunmaktadır (Aaron ve Schwartz , 1993:6).

2.1.4.2. Kalite

Hastane kalitesi literatürde geniş bir şekilde tartışılmaktadır ve hastane akreditasyonun önemli bir parçasıdır. Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının öncülerinden Donabedian sağlık konusunda kalitenin tamamen açıklanmasının çok güç, belki de imkansız olduğunu ileri sürmektedir. Ancak Donabedian'a göre etkililik, verimlilik, optimal nokta (en yararlı değer noktası), kabul edilirlilik, yasallık ve adil olmak kalite kavramının çoğunu belirleyen altı özelliştir (Donabedian, 1992:19-24).

Ayrıca Donabedian (2005:691-695) kalite değerlendirmesini yapı, süreç ve çıktı terimleriyle sınıflandırmıştır. Yapı, medikal bakım sürecinin meydana geldiği çerçevenin özellikleridir. Süreç, sağlık ve hastalık yönetiminde hizmet sağlayıcının davranışının özellikleridir. Çıktı ise hastalar ve halk için neler yapıldığını ifade etmektedir. Bütün bunlara ilave olarak Deming (1997) Out of Crisis adlı klasik

kitabında kaliteli hizmet üretimi konusunda yönetim, özellikle de hastane yönetimi için 14 yönetim prensibi ortaya atmaktadır.

Kalite oluşturma, eğitim ve teknoloji aracılığıyla kusurları azaltarak veya ortadan kaldırarak değişkenlikleri azaltmak, müşteri memnuniyetini artırmak ve klinik çıktılara göre hizmet kalitesini sağlamaya yönetimin verdiği önemi somutlaştırmaktır (Butler ve Leong, 2000:229).

Hastaneler, topluma sundukları hizmetleri biçimlendirirken gelecek ve şu andaki ihtiyaçlarını dikkate almak zorundadırlar. Planlanmış bir sunum ürün ve hizmet dağıtım sürecinden oluşan kalite bileşenleri ile birlikte oluşturulmalıdır. Daha da ötesi, sağlık hizmetlerinin kalitesi somut ve somut olmayan unsurların her ikisini de kapsamalıdır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesinin hastaların kendi beklentilerine de uygun memnuniyetlerinden oluşan objektif bir boyuta sahip olmasından dolayıdır. Eğer hasta beklentileri çok yüksekse ve kalite bu beklentileri karşılayamazsa memnuniyet gerçekleşmeyecektir (Garcia ve de Val Pardo:2004:11).

Müşteri seçimi teorisine (consumer choice theory) göre, malların veya hizmetlerin kalitesi müşteri beklentilerini karşıladığı zaman ve müşteri hizmetlerin değerine göre fiyatı dikkate aldığı zaman, müşteri memnuniyeti ortaya çıkar ve bu hizmetlerin tüketimine devam edilir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin kalite ve fiyatı hakkındaki bilgi sınırlıdır. Hastaların sağlık sunucusu seçimi büyük oranda aile üyeleri ve arkadaşların tavsiyelerine dayanmaktadır ve hastaların deneyimi ve sağlık bakımının kalitesinin oranı önemli bir şekilde hastanın hastaneyi önerip önermemesinde etkili olmaktadır. Sağlık hizmetleri pazarında hastaların hizmet değerini algılamaları ve hizmet sunucularını tavsiyeleri rekabetin en önemli niteliğini oluşturmaktadır (Cheng, Wei ve Chang, 2006:69).

2.1.4.3. Esneklik

Esneklik iş, politik, rekabet veya toplum sağlığı çevresindeki değişikliklere hızlı bir şekilde cevap verme ve hizmetleri hızlı bir şekilde değiştirmeye yönetimin verdiği önemle ilgili olarak yapılandırılmaktadır. İlave olarak, hastane kendi personelinin gereksinimlerine de cevap vermelidir (Butler ve Leong, 2000: 230).

Esneklik üretimde önemli bir boyut olarak görülmesine karşılık, sağlık hizmetleri yönetimi literatüründe çok az dikkat çekmektedir. Hastane işletme çevresinde bir geri çekilme veya bir satıcının yerleşmesi ya da işten ayrılma nedeniyle acil bir karşılık verilmesi gerekebilir. Ayrıca, rakip hastaneler satın alma birlikleri, yeni teknoloji edinme veya kapatma şeklinde birleşebilir. Politik alanda hükümet ödeme ajansları tarafından yapılan düzenlemelerle belirli pahalı prosedürlerden vaz geçilebilir veya yeni prosedürler uygun bulunabilir (Butler ve Leong, 2000: 230). Hastaneler çevredeki değişiklikler dışında toplumsal felaketlere cevap verebilmek için de esnek bir yapıda olmalıdır. Esneklik, hastanelerin yeni hizmetlerle pazar rekabetinin üstesinden gelmesi, hızlı bir şekilde kapasite ayarlama, personel için memnuniyet çizelgeleri hazırlama, toplumun acil sağlık ihtiyaçlarına hızla cevap verme ve hızla değişen hizmet karışımlarına uyum sağlama gibi konuları kapsamaktadır.

2.1.4.4. Hizmet Sunumu

Hizmetleri yaygınlaştırmak ve büyütme suretiyle ulaşılabilir bir pazar olma ve kendi misyonlarında belirtilen hizmetlerin ulaşılabilirliğini ve çabukluğunu garanti altına alarak stratejiler oluşturmaya yöneticilerin verdiği değerin somutlaştırılmasını göstermektedir (Butler ve Leong, 2000: 231). Hastaneler, belirli coğrafik pazarlarda, geniş erimli ve çok sayıda hizmeti yenilikçi ve özel sağlık bakım sağlayabilecek şekilde sunma yeteneğine sahip olmaları durumunda rakipleri ile rekabet edebilecek düzeye geleceklerdir.

Pek çok hastanenin misyonunu sağlık bakımı (ayrıca tedavi) kapsamaktadır. Hastaneler ayakta hasta cerrahisi (outpatient surgery), evde sağlık bakımı, hemşirelik bakım merkezleri ve klinikler vasıtasıyla kendi hizmet alanlarını genişletmek için sistemler oluşturmakta ya da sistemlere katılmaktadırlar (Butler ve Leong, 2000: 231).

2.2. Hastanelerde Stratejik Alternatiflerin Geliştirilmesi ve Stratejik Alternatifler Hiyerarşisi

Ginter ve arkadaşlarına (1998:134) göre, strateji geliştirme sürecinde oluşturulan karar sonucunda ortaya çıkan birbirini izleyen ve sonra gelenin örgüt faaliyetlerini daha ayrıntılı bir şekilde tanımladığı beş strateji tipi bulunmaktadır. Önce yönelim stratejileri, bunu takiben uyum stratejileri ve daha sonra da pazara giriş stratejileri

geliştirilmelidir. Bir sonraki aşamada rekabetçi ürünlerden (pozisyon stratejileri) farklı ürün ve hizmetlerle mi (ya da benzer ürünlerle mi) ya da yeni geliştirilen hizmet ve ürünle mi pazara girileceği sorularına cevap aranmalıdır. Son olarak da işlev ve örgüt çapında planlar (uygulama stratejileri) geliştirilmelidir (Şekil 5). Bu strateji tiplerinin ilk dördü strateji oluşturma ve organizasyonun misyon ve vizyonunu gerçekleştirmek için temel yönetim setinden meydana gelmektedir. Stratejik devinirlik stratejilerin uygulanmasını ve organizasyonun stratejik amaçlarına ulaşması için çeşitli birimler için özel hedeflerin oluşturulmasını kapsamaktadır (Swayne ve diğ., 2006:224). Söz konusu stratejilerin görev ve faaliyet alanları Tablo 7’de kısaca tanımlanmaktadır.

Şekil 5. Stratejik kararlar ve alternatifler hiyerarşisi

Yönelim Stratejileri	Uyum Stratejileri	Pazara Giriş Stratejileri	Rekabet Stratejileri	Uygulama Stratejileri
•Miyon	Büyüme	Satın Alma	Stratejik Duruş (Tip)	Hizmet Sunumu
	•Çeşitlendirme	•Ele geçirme (iktisap)	•Savunmacı	•Hizmet öncesi
•Vizyon	•Dikey bütünleşme	•Ruhsatlandırma	•Atılğan	•Hizmet esnası
	•Pazar geliştirme	•Sermaye yatırım girişimi	•Analizci	•Hizmet sonrası
•Değerler	•Ürün geliştirme	İşbirliği	Jenerik Stratejiler	Destek
	•Penetrasyon	•Birleşme (merger)	1. Pazarın Tamamı	•Kültür
•Hedefler	Küçülme	•İttifak (alliance)	•Maliyet liderliği	•Yapı
	•Tecrit etme	•Ortak yatırım	•Farklılaşma	•Stratejik kaynaklar
	•Tasfiye	Büyüme	2. Pazarın Bölümü	Birim Faaliyet Planları
	•Hasat toplama	•İç büyüme	•Odaklanma/ maliyet liderliği	•Hedefler
	•Tasarruf sağlama	•İç yatırım	•Odaklanma/ farklılaşma	•Faaliyetler
	Dengeyi Koruma			•Zaman çizelgeleri
	•Geliştirme			•Sorumluluklar
	•Durumu koruma			

Kaynak: Swayne ve diğ. (2006: 230)

2.2.1. Yönelim Stratejileri (Directional Strategies)

Misyon, vizyon, değerler ve hedefler hem durum analizinin, hem de strateji oluşturmanın bir parçasıdır. Onlar örgüt için genel yönelimler setini oluşturan karar verme faaliyetlerini oluşturdukları için strateji oluşturma süreci kadar durum analizini de kapsamaktadır. Yönelim stratejileri örgütün temel felsefesini ortaya koymaktadır (Ginter ve diğ., 1998: 134).

Misyon, vizyon, değerler ve stratejik amaçların yönelim stratejileri olarak adlandırılmasının sebebi, onların önemli örgütsel kararların verilmesine rehberlik etmeleridir. Misyon özel olarak organizasyonun varlık amacı veya sebebini ortaya koymaya çalışır. Vizyon, yönetici, çalışan, hekim, hasta ve diğer paydaşların organizasyonun niyet veya misyonunu gerçekleştirdiği zaman istediklerinin ne olduğu konusunda zihinsel bir resim yaratmaktadır. Vizyon organizasyonun gelecekteki hayalidir. Değerler, organizasyon üyeleri tarafından saygın kabul edilen prensiplerdir. Bu değerler, misyon, vizyon ve stratejik amaçlara ulaşma sürecinde üzerinde uzlaşma sağlanamayacak konularda yönetici ve çalışanlara rehberlik eden prensiplerdir. Stratejik amaçlar, organizasyonun kendi misyon ve vizyonunu gerçekleştirmesi için takip ettiği şeylerin tamamı ve sonucudur (Swayne ve diğ., 2006:187).

2.2.2. Uyum Stratejileri (Adaptive Strategies)

Organizasyonun büyümesi, küçülmesi veya dengesini korumasının gerekip gerekmediği konusunda karar vermek için öncelikle mevcut yapının mı korunacağı, yoksa yeni bir yapı mı geliştirileceği konusunda karar vermek gerekmektedir. Şekil 6'da gösterildiği gibi, büyüme, küçülme veya dengeyi korumak için farklı özel alternatifler bulunmaktadır. Bu alternatifler organizasyona büyük stratejik tercihler sağlamakta ve şirket seviyesinde (corporate level) veya bölüm seviyesinde (divisional level) olmak üzere iki sınıfta toplanmaktadır (Swayne ve diğ., 2006:232). Şirket seviyesindeki uyum stratejileri işletmelerin sağlık sistemi içerisinde ne yapması gerektiğine cevap aramaktadır. Bu nedenle sistemin misyonunu en iyi şekilde gerçekleştirebilmesi için işletmenin ne yapması gerektiği (akut bakım hastanesi, kronik bakım hastanesi, evde bakım, vs.) ile ilgilidir. Bölüm seviyesindeki stratejiler ise

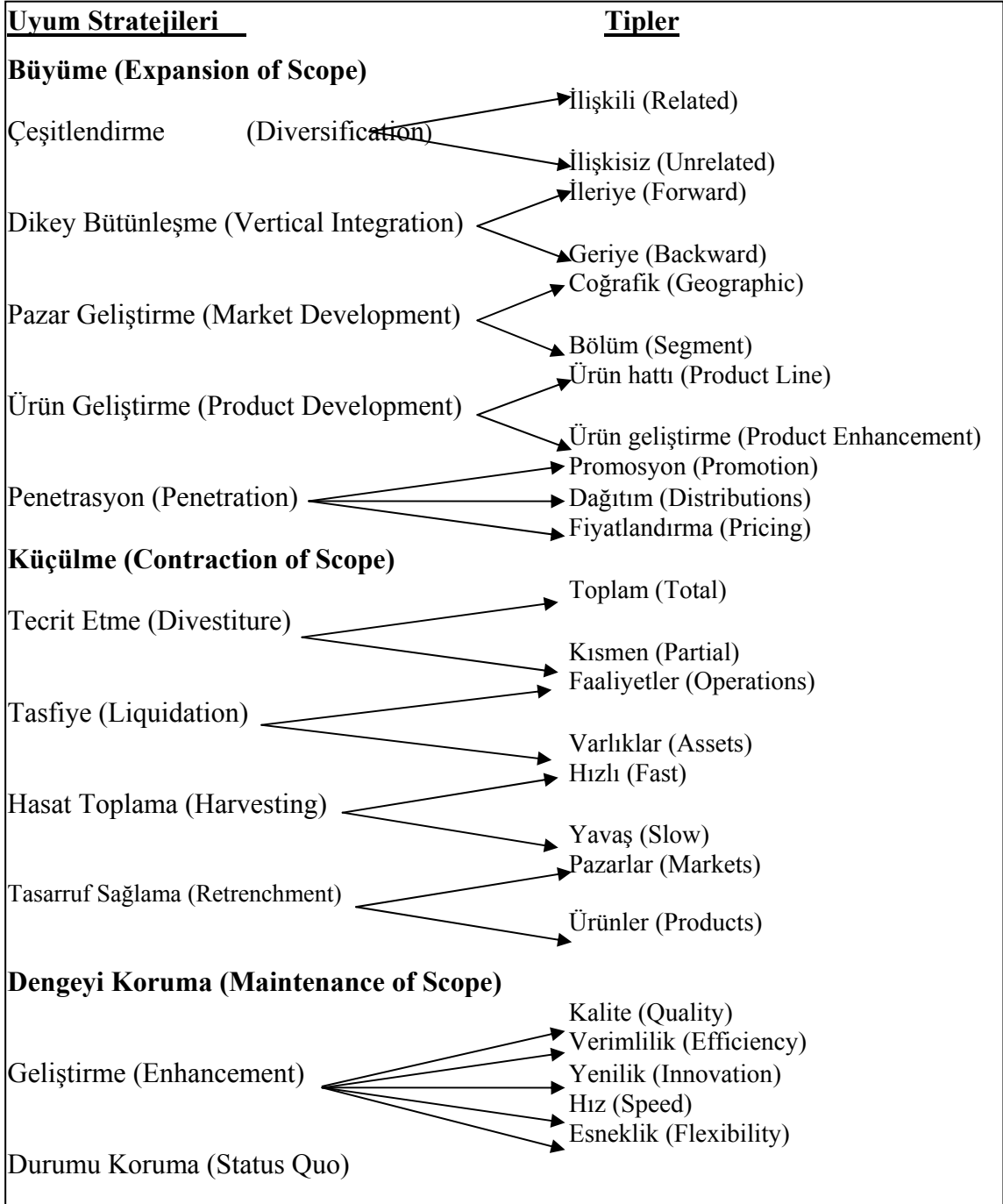
belirli bir pazarda bir organizasyonun nasıl rekabet etmesi gerektiğine cevap aramaktadır.

Tablo 7. Strateji tiplerinin rol ve faaliyet alanları

Strateji	Rol ve Faaliyet Alanı
Yönelim Stratejileri	Organizasyona bir misyon (biz kimiz) ve gelecek için bir vizyon (ne olacağız) sağlamak için oluşturulmuş, organizasyonun temel yönetim şeklini en geniş bir şekilde oluşturan genel stratejilerdir. Ayrıca yönelim stratejileri organizasyonun değerlerini ve ulaşmak istediği amaçları genel olarak tanımlanmaktadır.
Uyum Stratejileri	Bu stratejiler yönelim stratejilerinden daha spesifiktir ve çevreye uyum sağlamak sureti ile organizasyonun vizyonunun gerçekleşmesi için temel yöntemleri gösterir. Organizasyonun faaliyet alanını belirler ve organizasyonun faaliyetlerini nasıl büyüteceğini, nasıl küçülteceğini veya nasıl sürdüreceğini açık bir şekilde gösterir.
Pazara Giriş Stratejileri	Bu stratejiler satın alma, işbirliği ve iç büyüme yolu ile büyüme faaliyetlerinden meydana gelmektedir. Pazara girmek veya ulaşmak için yöntemlerin neler olduğunu ortaya koymaktadırlar. Pazara giriş stratejileri faaliyet alanının küçültülmesi için kullanılmaz.
Rekabet Stratejileri	İki tip stratejiden meydana gelen bu stratejilerden biri organizasyonun stratejik duruşunu, diğeri ise pazardaki diğer organizasyonlara karşı organizasyonun pozisyonunu ortaya koyar. Bu stratejiler pazara uyum sağlamayı ve pazarda rekabet avantajı sağlamayı net bir şekilde açıklamaktadır.
Uygulama Stratejileri	Bu stratejiler en spesifik stratejilerdir ve doğrudan hizmet sunumuna ve kültür, yapı ve stratejik kaynaklar gibi destek alanlarına değer katmaktadır. İlave olarak hizmet sunumu ve destek stratejilerine değer katmak sureti ile özel olarak örgüt birimlerinin faaliyet planlarının geliştirilmesini sağlar.

Kaynak: Swayne ve diğ. (2006:229)

Şekil 6. Uyum stratejileri alternatiflerinin stratejik düşünce planı



Kaynak: Swayne ve diğ. (2006: 233)

2.2.2.1. Büyüme Stratejileri (Expansion of Scope)

Organizasyonlar tarafından izlenen temel veya önemli stratejilerin en yaygını ve en popüler büyüme stratejileridir. Büyüme stratejileri mevcut operasyonların büyütülmesi ve genişletilmesini artırmanın yollarını aramaktadır (Schermerhorn,

2007:215). Eğer organizasyon bŸyŸme stratejilerini seęmiŸse, misyonun en iyi bir Ÿekilde yerine getirilmesi ve vizyonun geręekleŸtirilmesi birkaç alternatifin seçilmesi ile sağlanabilir. Bu alternatiflerden ikisi Ÿirket seviyesindeki (ęeŸitlendirme ve dikey bŸtŸnleŸme) stratejilerinden ve ŸçŸ bŸlŸm seviyesindeki (pazar geliŸtirme, ŸrŸn geliŸtirme ve penetrasyon) stratejilerden oluŸmaktadır (Swayne ve diğerleri, 2006:234).

İleride ęeŸitlendirme ve yatay ve dikey bŸtŸnleŸme Ÿzerinde ayrıntılı durulacağından bu bŸlŸmde herhangi bir bilgi verilmeyecektir. Burada yalnızca pazar geliŸtirme, ŸrŸn geliŸtirme ve penetrasyon Ÿzerinde durulacaktır.

Pazar geliŸtirme mevcut ŸrŸn ve hizmetlerin yeni coğrafik pazarlarla veya mevcut pazardaki yeni bir bŸlŸmlerle tanıŸtırılmasıdır (Ginter ve diğ., 1998: 138). Pazar geliŸtirme stratejisinin temel amacı sunulan hizmet miktarının artırılmasıdır. Pazar geliŸtirme stratejisini kullanan bir Ÿirket veya iŸletme birimi, pazarı doyurma (market saturation) veya pazar penetrasyonu (market penetration) yolu ile mevcut ŸrŸnlerinin pazar payını daha da bŸyŸtŸr ya da mevcut ŸrŸnlerini pazarlayacağı yeni pazarlar geliŸtirir (Wheelen ve Hunger, 2002:168). O halde pazar geliŸtirme Ÿzellikle mevcut pazarda yeni pazar bŸlŸmleri veya yeni pazarlar hedeflemek sureti ile daha bŸyŸk bir hacme ulaŸmak amacı ile tasarlanan bir stratejidir (Swayne ve diğ., 2006:240).

Pazar geliŸtirmenin bir Ÿekli yatay bŸtŸnleŸme Ÿeklinde ortaya çıkmaktadır. Yatay bŸtŸnleŸme, dahili operasyonel/fonksiyonel stratejiler kullanarak rakiplerden pazar payı almak yerine, doğrudan rakipleri ele geçirme veya birleŸmeler yolu ile pazar payının bŸyŸtŸlmesinin sağlanmasıdır (Swayne ve diğ., 2006:240). ABD'deki sağlık hizmetleri pazarları yatay ve dikey olarak daha fazla bŸtŸnleŸmeye baŸladılar. Hastanelerin diğer hastanelerle yatay olarak iliŸki içerisinde olması, en fazla ayrı organizasyonların bŸtŸnleŸerek tek bir ortak organizasyon altında bŸtŸnleŸmesiyle sonuçlanmaktadır. Medikal gruplar ve sigortacılar yatay olarak diğer grup ve sigortacılarla iliŸki içerisindedirler. Hastaneler, gruplar ve sigortacılar da bu Ÿ bileŸenin tamamı ile entegre edilmiŸ sunum sisteminde bŸtŸnleŸmek suretiyle dikey olarak da yeni ŸrgŸtsel biçimler Ÿeklinde iliŸki içerisine girmektedirler (Connor ve diğerleri, 1998:159). Bu tŸr sistemlerden sermaye giriŸinin artması, hizmetlerde duplikasyonların azaltılması, Ÿlek ekonomisi, verimlik ve faaliyetlerin etkinliğinin

geliştirilmesi, yönetime uzman kişilerin katılımı, personelden sağlanan faydanın artırılması, hasta girişlerinin artırılması, kalitenin geliştirilmesi ve politik güçlerin etkisinin azaltılması gibi bazı yararlar beklenmektedir (Swayne ve diğ., 2006:240).

Pazar geliştirmenin diğ er özel bir yolu pazara nüfuz etmek veya üretim stratejisine odaklanmaktır. Pazara nüfuz etmek veya odaklanılmış imalat stratejisinin temel prensibi bir organizasyonun daha iyi performans göstermesi temelinde oluşmaktadır. Bu strateji çeşitli hizmetlerin sunulduğu pazarlarda yalnızca diyabet, böbrek hastalıkları, astım veya kalp hastalıkları gibi spesifik bir hastalık için ayrıntılı hizmetler sunmayı ifade etmektedir. Bu tür bir odaklanma organizasyonun yüksek seviyelerde etkinlik ve verimlilik elde etmesini sağlamaktadır (Swayne ve diğ., 2006:240). Pazara nüfuz etme stratejisi; mevcut pazar doymamışsa, sanayi dalı büyürken rakiplerin pazar payları düşüyorsa ve işletmenin üretim kapasitesi yeterli ise kullanılabilir (Şimşek, 1998: 63).

Ürün geliştirme (Product development), mevcut mamuller üzerinde değişiklik yaparak, rakip mamullerden ayrıcalıklı hale gelmeye ve dolayısıyla pazardaki etkililiği arttırmaya yönelik stratejilerdir (Şimşek, 1998: 63). Başka bir ifade ile ürün geliştirme, mevcut ürün veya hizmetlerin geliştirilmesi ya da mevcut üretim hattının genişletilmesidir (Ginter ve diğ., 1998: 168). Ürün geliştirme stratejisini kullanan bir şirket veya birim, mevcut pazarlar için yeni ürünler geliştirebildiği gibi, yeni pazarlara girmek için de yeni ürünler geliştirebilir (Wheelen ve Hunger, 2002:169). Tipik olarak ürün geliştirme ürün geliştirme ve üretim hattının geliştirilmesi şeklinde gerçekleştirilmektedir. Ürün geliştirme, ilgili çeşitlendirme ile karıştırılmamalıdır. Ürün geliştirme mevcut ürünlerin mükemmelleştirilmesi, tamamlanması veya doğal gelişimi olarak incelenebilmesine karşılık, ilgili çeşitlendirme mevcut operasyonlarla ilgili olmakla birlikte yeni bir ürün kategorisine girmektir (Swayne ve diğ., 2006:242). Ürün geliştirmenin tipik örneği İstanbul ve Ankara gibi büyük kentlerde faaliyette bulunan hastanelerin kanser tedavisi ve açık kalp ameliyatı gibi özel tedavilerle önplana çıkarak pazar paylarını artırmalarıdır.

Penetrasyon pazarlardaki mevcut ürün ve hizmetlerin pazarlama yoluyla (promosyon, dağıtım kanalları, fiyat) pazar payını artırma yollarının araştırılmasıdır (Ginter ve diğ., 1998: 138). Daha net bir ifade ile mevcut pazarlarda, mevcut ürün veya hizmetlerle

daha iyi hizmet sunmaya çalışmak penetrasyon olarak adlandırılmaktadır. Ürün ve pazar geliştirme stratejilerine benzer olarak penetrasyon stratejileri de pazar payı veya ürün hacmin artırma amacı ile kullanılmaktadır. Penetrasyon stratejisinin tipik uygulamaları, destekleyici, dağıtım ve fiyatlandırma stratejileri gibi pazarlama stratejilerinden meydana gelmektedir ve reklam, satış promosyonlarının sunulması, tanıtım çabalarının geliştirilmesi veya satış personelinin artırılması faaliyetlerini kapsamaktadır (Swayne ve diğ., 2006:242).

2.2.2.2 Küçülme Stratejileri (Contraction of Scope)

Küçülme stratejileri örgütün tamamında ya da bölümlerinde yürütülen faaliyetlerin kapsamının daraltılması, başka bir anlatımla stratejik olarak örgütün küçültülmesine yönelik stratejilerden oluşmaktadır. Bu stratejinin uygulanmasında temel amaç, örgütü küçülterek daha sağlıklı hale getirmektir. Küçülme stratejilerinden tecrit ve tasfiye şirket seviyesinde; hasat toplama ve tasarruf sağlama ise bölüm seviyesinde uygulanan stratejileri kapsamaktadır.

Tecrit, faaliyetlerini sürdüren bir işletme birimi veya bölümünün başka bir örgüte satılmasıdır (Ginter ve diğ., 1998: 138). Bir tecrit etme şekli olarak dış kaynaklardan yararlanma (outsourcing) sağlık hizmetleri organizasyonları tarafından artan bir şekilde kullanılmaktadır (Zuckerman, 2002: 18). Hastaneler yemek, çamaşırhane, ütü ve temizlik gibi hizmetlerden çıkarak, bu tür hizmetleri hizmet satın alma yöntemi (outsourcing) ile bu alanlarda uzmanlaşmış firmalardan satın almaktadırlar.

Tasfiye (liquidation) veya işletme ünitesinin özel varlıklarının satılması, parçaların değerlerinden, bütününden daha fazla değer elde edilmesidir (Zuckerman, 2002: 18). Başka bir ifade ile örgütün tamamının ya da bir bölümünün varlıklarının (beceriler, envanterler, ekipmanlar, vs.) nakit para elde etmek ve müşterilerin kullandığı yöntem ve işlerde değişiklik yapmayı mümkün kılmak için satılmasıdır (Ginter ve diğ., 1998: 138). O halde tasfiye etkin olmayan eski ünitelerin satılarak daha yeni ve gelişmiş ünitelerin kurulması amacı ile gerçekleştirilmektedir. Bir hastane veya hastane zincirinin radyoloji ünitesini veya bir özel tanı ünitesini satarak daha gelişmiş teknolojileri kullanan yeni üniteleri alması bu duruma örnek olarak verilebilir.

Hasat toplama (harvesting), uzun dönemde iniş geçen bir pazar için uygulanabilir. İniş geçen pazarda işletme birimine az veya hiç yatırım yapmadan kısa dönemde kârlılığı maksimize etmeye yöneliktir (Zuckerman, 2002: 19). Pazarda uzun dönemde talep daralması söz konusu ise uygulanan bir strateji türüdür. Bu stratejiyi uygulayan organizasyonlar, herhangi bir yatırım yapmaksızın talep iyice azalana kadar mevcut ürün ve hizmetlerden maksimum gelir elde etmeye yönelmekte ve talebin azaldığı pazar veya pazar diliminden çekilmeyi hedeflemektedir.

Tasarruf sağlama (retrenchment) stratejisi, odaklanılan işlerin azaltılması, hedef pazarın yeniden tanımlanması ve seçici bir şekilde personel, ürün ve hizmetler veya hizmet alanlarının azaltılmasıdır (Ginter ve diğ., 1998: 138). Tasarruf sağlama, genellikle hızlı bir büyüme ve pazar hedefinin yeniden tanımlanmasının gerektiği bir dönemden sonra meydana gelir (Zuckerman, 2002: 19).

Ürün veya hizmetlere yeterli talebin bulunduğu bir ortamda maliyetlerin artması sonucunda kâr oranının azalmasına tepki olarak geliştirilen bir stratejidir. Tasarruf sağlama temelde bir maliyet düşürme stratejisidir. Bu strateji, hedef pazarın yeniden tanımlanmasını, maliyetlerin ve bazı maddi varlıkların azaltılmasını içermektedir (Kavuncubaşı, 2000:153).

2.2.2.3. Dengeyi Koruma Stratejileri

Dengeyi koruma stratejileri (maintenance of scope strategies), genellikle yönetimin halen uyguladığı stratejilerin uygun olduğu ve organizasyonun pazar hedefi veya ürün/hizmetlerinde birkaç değişiklik yapılması gerektiğine inandığı zaman takip edilmektedir. İş geliştirme ve durumu koruma olmak üzere iki tane dengeyi koruma stratejisi bulunmaktadır (Swayne ve diğ., 2006: 247):

İş geliştirme stratejisi, mevcut ürün veya hizmet kategorilerinde kalite, verimlilik, yenilik, hız ve esneklik yolu ile operasyonların geliştirilmesinin yollarının araştırılmasıdır (Ginter ve diğ., 1998: 138). Yönetim, organizasyonun gidişatının kendi vizyon ve amaçlarına uygun olduğuna, fakat bazı şeylerin daha iyi yapılmasının gerektiğine inandığı zaman, faaliyetlerinde büyütme veya küçültmeye gitmeksizin, bazı şeyler yapılması gerektiğinde iş geliştirme stratejisi uygulayabilir (Swayne ve diğ., 2006: 247). Başka bir ifade ile iş geliştirme (enhancement), işletmenin iyi bir

şekilde yaptığı, fakat mevcut operasyonlarındaki küçük gelişmelerden kazanç sağladığı durumda uygulanan bir stratejidir (Zuckerman, 2002: 19). Geliştirme stratejilerine hastaneler tarafından geliştirilen kalite geliştirme programları, maliyet azaltma programları, inovatif yönetim süreçleri ve hizmet sunum modellerinde esneklik ve ulaşım kolaylığına yönelik uygulamalar örnek olarak verilebilir.

Durumu koruma (status quo) stratejisi bir pazardaki mevcut pazar payını korumanın yollarının araştırılmasına yönelik bir stratejidir (Ginter ve diğ., 1998: 139). Kararlı pazarlarda pazar payını ve kârlılığını sürdürmek için işletme biriminin pozisyonunu korunduğu olgunlaşmış pazarlarda uygun olabilir (Zuckerman, 2002: 19). Bu strateji uygulanıyor ise genellikle organizasyonun pazar payı uygun seviyededir ve yöneticiler pozisyonun rakiplere karşı korunması gerektiğine inanmaktadırlar (Swayne ve diğ., 2006: 248).

2.2.3. Pazara Giriş Stratejileri (Market Entry Strategies)

Uyum stratejilerinin alternatiflerinden büyüme veya dengeyi koruma stratejilerinin seçiminden sonraki aşamada pazara giriş stratejileri kullanılmalıdır. Küçülme stratejisinin seçilmesi durumunda normal olarak pazara giriş kararı söz konusu değildir ve pazara giriş stratejileri kullanılmamaktadır (Swayne ve diğ., 2006: 247). Büyüme stratejileri yeni bir pazara girmeyi gerektirir. Bu nedenle yöneticilerin yeni bir pazara nasıl girilebileceği veya yeni pazarın nasıl yaratılacağı konusunda karar vermeleri gerekmektedir (Kavuncubaşı, 2000:155). Özel olarak pazara giriş stratejisi ya da stratejilerinin uygulanmasında örgütün iç beceri ve kaynakları ve dış koşullara uygun olması dikkate alınmalıdır (Ginter ve diğ., 1998: 140).

Üç tür pazara giriş stratejisi bulunmaktadır. Bir organizasyon yeni bir pazara girmek için hisse satın alabilir, ortaklıklar geliştirebilir ya da kendi ürün ve hizmetlerini geliştirebilir.

2.2.3.1. Satın Alma (Purchase) Stratejileri

Satın alma stratejisi, kurumun finansal olanaklarını kullanarak bir pazara girmesini sağlayan stratejilerdir. Ele geçirme, ruhsat verme ve sermaye yatırım girişimi olmak üzere üç tür satın alma stratejisi bulunmaktadır:

Ele geçirme, mevcut bir örgütün, örgütün bir bölümünün ya da ürün/hizmetlerinin satın alınması yolu ile büyümek için geliştirilmiş bir stratejidir (Ginter ve diğ., 1998: 140). Ele geçirme stratejileri çeşitlendirme, dikey bütünleşme, pazar geliştirme veya ürün geliştirme şeklinde şirket seviyesinde uygulandığı gibi işletme seviyesinde de uygulanabilen stratejilerden meydana gelmektedir (Swayne ve diğ., 2006: 248).

Lisans anlaşması, lisans sahibi bir işletmenin diğer bir ülke ya da pazarda ürünleri üretmesi ve/veya satması için haklarını devrettiği bir anlaşmadır. Lisansı alan teknik uzmanlıkları karşılığında lisans sahibi firmaya bir bedel ödemektedir (Wheelen ve Hunger, 2002:129). Başka bir anlatımla lisans anlaşması, lisans anlaşması, patent hakkı nedeniyle korunan belirli bir mamulün üretilmesine veya pazarlanmasına izin veren bir işbirliğidir. Bu yolla işletme maddi olmayan belirli bir hakkı (teknoloji, süreç, bilgi veya yöntem kullanma hakkını) belirli bir ödeme karşılığı, belirli bir coğrafi bölgede veya belirli bir süre için satın alır (Dinçer, 2003:216).

Diğer bir lisanslama şekli de imtiyaz (franchise)dir. İmtiyaz hakkı alan organizasyon imtiyaz hakkı veren organizasyonun tek tip format ve kalite standartlarını sembolize eden ticari markasından yararlanmaktadır (Swayne ve diğ., 2006: 250-251).

Sermaye yatırım girişimi (Venture capital investment), genellikle risklerin düşük olduğu bir zamanda bir pazara girmek veya girişimde bulunmak için bir fırsat sunmaktadır (Swayne ve diğ., 2006: 251). Bir örgüt sermaye yatırım girişime kendini büyütmek amacıyla katılmaktadır (Ginter ve diğ., 1998: 139). Başka bir anlatımla bir sağlık işletmesinin fazla risk üstlenmeden yeni ürün ve teknoloji geliştirme potansiyeli olan küçük işletmelerin büyümesine katkıda bulunmasıdır.

2.2.3.2. İşbirliği (Cooperation) Stratejileri

Rekabet stratejileri ve taktikler bir endüstride diğer firmalara karşı mücadele etmek suretiyle rekabet avantajı elde etmek için kullanılmaktadır. Buna karşılık, bir endüstride mükemmel bir şekilde rekabet etmek için yalnızca şirket veya işletme birimlerinden elde edilen işletme stratejisi tercihleri yeterli değildir. Rekabet stratejileri bir endüstride diğer işletmelerle birlikte çalışarak rekabet avantajı elde etmek için de kullanılabilir (Wheelen ve Hunger, 2002:126).

1990'ların sonlarında ve 2000'lerin başlarında belki de en çok kullanılan stratejiler, işbirliği stratejileridir. Pek çok organizasyon uyum stratejilerini (özellikle çeşitlendirme, dikey bütünleşme, ürün geliştirme ve pazar geliştirme stratejilerini) işbirliği stratejileri sayesinde kullanmaktadır. İşbirliği stratejileri birleşme, ittifak ve ortak yatırım stratejilerinden meydana gelmektedir (Swayne ve diğ., 2006: 251).

Stratejik ittifak (alliance), iki ya da daha fazla örgütün ortak yarar sağlayan önemli stratejik hedeflere ulaşmak için bir ortaklık oluşturmasıdır (Schermerhorn, 2007:217). Başka bir anlatımla, benzer endüstrilerdeki benzer işletmelerin ileri teknolojiye girmek gibi, yalnız başına gerçekleştirmesi çok pahalı olan avantajları elde etmek için kaynaklarını ortak bir havuzda birleştirerek bir ortaklık oluşturmalarıdır (Wheelen ve Hunger, 2002:128). İttifaklar federasyonlar, konsorsiyumlar, ağlar ve sistemler gibi farklı biçimlerde meydana gelebilmektedir (Zuckerman ve Kaluzny, 1991:4).

Sağlık hizmetleri sektöründe ittifaklar genellikle, daha fazla verimlilik sağlamak, hizmetlerdeki duplikasyonları azaltmak, coğrafik olarak daha yaygın hale gelmek, hizmet odağını genişletmek, fiyat artışlarını baskı altında tutmak ve finansal performansı geliştirmek amacı ile iki küçük organizasyonun (yatay bütünleşme) birleşmesi şeklinde kullanılmaktadır (Swayne ve diğ., 2006: 252).

Ortak yatırım varlıklarının bir havuzda toplanması ya da özel yeteneklerin veya her bir organizasyonun becerilerinin birleştirilmesi şeklinde ortaya çıkabilir (Swayne ve diğ., 2006: 255). İki veya daha fazla bağımsız organizasyonun stratejik amaçlarını gerçekleştirmek için bir taraftan kendi özel kimlik ya da otonomilerini korurken, diğer taraftan bağımsız kişiliği ve sahipliği, operasyonel sorumlulukları, finansal riskleri ve her üyenin payının belli olduğu bağımsız bir işletme girişimi yaratmalarıdır (Lynch, 1989:7).

Ortak girişim stratejisi, yeni bir işe başlamadan yüksek riskin azaltılması, küçük işletmelere büyük işletmelerle rekabet etme ve onların arasında yaşama şansı vermesi ve yeni teknolojileri kolayca elde edebilme imkânı vermesi nedeniyle işletmeler tarafından cazip karşılanabilir (Glueck, 1980:220).

2.2.3.3. Geliştirme Stratejileri (Development Strategies)

Geliştirme stratejileri tamamen sağlık işletmelerinin kendi öz kaynaklarını kullanmak suretiyle yeni ürün ve hizmetler geliştirmesi ve bu ürün ve hizmetlerle yeni pazarlara girmesine yönelik uygulamalardır. Bu strateji iç geliştirme (Internal development) ve iç yatırım (Internal venture) biçiminde ortaya çıkmaktadır (Swayne ve diğ., 2006: 256).

İç geliştirme, örgütün kendi kaynaklarını kullanarak ürün veya hizmetlerini geliştirmesidir (Ginter ve diğ., 1998: 139). Başka bir ifade ile mevcut örgütsel yapı, personel ve sermayenin yeni ürün/hizmet veya dağıtım stratejileri oluşturulmasında kullanılmasıdır. İç geliştirme mevcut ürün veya hizmetlere oldukça yakın ürün ve hizmetlerin geliştirilmesi için oldukça uygun olabilir (Swayne ve diğ., 2006: 256).

İç yatırım, ürün ve hizmetleri geliştirmek için kurum içinde bağımsız yeni bir birim kurulmaktadır (Ginter ve diğ., 1998: 139). İç yatırım mevcut ürün veya hizmetlerle ilişkisi olmayan ürün ve hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılabilir. Örneğin iç yatırım yolu ile bir hastane evde bakım hizmetlerini geliştirebilir.

2.3. Hastanelerde Rekabet Stratejileri

Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de pazar yaklaşımının başarılı bir şekilde uygulanması, rekabeti zorunlu kılmaktadır. Rekabet olmaksızın satıcılar monopol güçleri ile tüketiciler ise monopsoni güçleri ile mücadele etmekte ve her iki taraftan birinin avantaj elde etmesi durumunda verimli ya da adil hizmet üretiminden söz edilmesi mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetleri pazarları bazen kaçınılmaz olarak, bazen de kamu veya özel politikaların bir sonucu olarak rekabet koşullarından oldukça sapmaktadır. Bunda sektörün finans yapısı ve kamu gücü oldukça etkili olmaktadır. Dolayısı ile burada dikkat çekici bir soru, önceki yıllarda uygulanan finansman yöntemindeki değişikliklerin sektörü daha rekabetçi bir yapıya doğru hareket ettirmediği ve bu yönde bir hareket varsa bu hareketin sürdürülüp sürdürülemediğidir. Diğer bir soru ise rekabetçi pazar yaklaşımının sağlık politikasının amaçları arasında olup olmadığıdır.

Sağlık hizmetleri pek çok yönden diğer mal ve hizmetlerle benzerlik göstermektedir. Dolayısı ile sağlık hizmetleri de kıt kaynaklarla üretilmektedir. Bu sonuçla her toplum ne kadar sağlık hizmeti üretileceğini, nasıl üretileceğini ve topluma nasıl dağıtılacağını kararlaştırmak için kontrol mekanizmalarına sahip olmak zorundadır. Prensipinde bunun için yalnızca üç tip mekanizma mevcuttur: Pazar, merkezi yönetim ve geleneksel normlar. Bütün modern toplumlar bu üçlünün kombinasyonu kullanmaktadır. Fakat ülkeden ülkeye ve aynı ülkede zamandan zamana oranları büyük oranda değişiklikler göstermektedir (Fuchs, 1988:6).

Sağlık hizmetleri endüstrisinde görece kısa bir zamanda farklı değişiklikler meydana geldi. Bu değişiklikler sektörde yukarıdan aşağıya doğru sert bir çarpmaya neden olan zorlayıcı güçler yarattı. Sağlık hizmetlerinde kaçınılmaz olarak rekabet yaratan başlıca zorlayıcı güçler; aşırı kapasite, enflasyon, artan maliyetler, hızlı bir şekilde gelişen teknoloji, artan uzmanlaşma, tüketici etkinlikleri, geri ödeme sistemindeki değişiklikler, yatak işgal oranlarındaki düşüş, yeniden yapılandırma ve çeşitlendirme düzenlemeleridir (Arnold, 1994:14-17). Bu düzenlemeler hastane endüstrisini sert bir şekilde etkilemektedir. Bu durumda, hastane endüstrisinde rekabet avantajını anlamak için endüstri çevresinin değerlendirilmesi önemlidir. Her hastane kendi rekabetçiliği kadar ilgili endüstrinin güçlerini de dikkate almalı ve rekabet avantajına ulaşmak için gerekli kaynak ve yeteneklerini değerlendirmelidir. Bu amaçla ekonomi ve strateji literatürünün her ikisinde birden pek çok çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaların çoğunun önemli karakteristiklerinden biri, yalnızca rekabet ve fiyat ya da rekabet ve maliyet arasındaki ilişkilere odaklanmasıdır (Douglas ve Ryman, 2003:334).

1970'lerin ortalarına kadar özellikle tek tip hastane veya hemşirelik bakım merkezi gibi hizmet sunum modelleri olan toplumlardaki hastaneler, hemşirelik bakım merkezleri ve diğer sağlık organizasyonları rekabeti hissetmediler. Buna karşılık günümüzde rekabet oyununun adı gibi görünmektedir. Bu kadar kısa bir sürede bütün endüstride dramatik bir değişime neden olan neydi? Sağlık hizmetleri pazarlaması alanında uzmanlaşanlar günümüzün rekabetçi çevresi için çeşitli nedenler ileri sürmektedirler. Bazıları hastane endüstrisinde yüksek rekabetin ortaya çıkmasının sebebinin yüksek kapasite olduğunu ileri sürmektedirler. Diğerleri ise sağlık hizmetleri

sektöründeki değişimin hızının tekrardan müştericilik (consumerism) hareketine dönebileceğini ileri sürmektedirler (Arnold, 1994:13).

Günümüz sağlık hizmetleri pazarında rekabet, rakip ve oyuncuların sürekli olarak değiştiği “çok boyutlu bir satranç oyunu” olarak tanımlanabilir. Pek çok durumda, değişimin kararlı bir şekilde devam etmesi nedeniyle değişim evreleri net olarak görülemediğinden geçmişten yararlanarak gelecek tahmin edilememektedir. Rekabet bütün işverenleri etkilememektedir ve her zaman doğrusal olarak devam etmemektedir. Bu durum tanımlama yapmayı ve çalışmayı daha da zorlaştırmaktadır (Bernstein ve Gauthier, 1998:1434).

Yüksek kapasite ve müştericiliğin her ikisi birden endüstrideki yapısal değişimlerde büyük rol oynamaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde günümüzün rekabetinden tek bir faktör sorumlu değildir. Dahası çok kısa bir dönemde rekabet patlaması şeklinde birkaç noktayı bir araya getiren zorlayıcı güçler ortaya çıkmıştır. Hastaneler, hemşirelik bakım merkezleri, evde bakım hizmetleri, sağlığın sürdürülmesi organizasyonları, hekimler, diş hekimleri ve diğer organizasyonların tamamında bu patlama hissedildi. Sonuç olarak büyük bomba (big bang) teorisi veya birkaç zorlayıcı gücün bir araya gelerek birleşmeleri sağlık hizmetleri endüstrisindeki rekabet olgusunu açığa çıkarmaktadır (Arnold, 1994:13).

Sağlık hizmetleri sektöründe en önemli rekabet algısı kalitedir. 2002 yılında Tayvan’da ulusal düzeyde hastalar üzerinde yapılan bir çalışmaya göre sağlık hizmetlerinde fiyattan daha ziyade bakımın kalitesi temel ilgi alanıdır (Cheng ve diğ., 2006:68). Bununla birlikte fiyat tamamen ilgi alanı dışında değildir. Kalite ve maliyet faktörlerinin hastanın sağlık bakım hizmetlerini pahalı olarak algılayıp algılamadığını ve diğer hastalara hastaneyi önerip önermeyeceğini araştıran çalışmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Bir hastanın hastaneyi önermesinde en önemli belirleyici faktör hastanenin kalite algısıdır.
2. Hastaların hastaneyi önermelerinde paket dışı fiyat bir etkiye sahip olmamasına karşın, pahalılık algısı etkili olmaktadır.

Hastane rekabeti ve strateji üzerinde yapılan araştırmalar, hastanelerin fiyat dışı boyutlarda rekabet ettiklerini ve bunun medikal silahlanma yarışını ortaya çıkardığını ileri sürmekte ve bu sonucun ortaya çıkmasını etkileyen yedi genel faktör olduğunu ileri sürmektedirler (Devers ve diğ., 2003:451):

1. Politika ve düzenleme çevresi,
2. Özel işveren örgütü ve faaliyeti,
3. Sağlık planı ürünleri ve ödeme yöntemleri,
4. Hastane pazar yapısı,
5. Hastanelerin hekimlerle ilişkileri,
6. Hastane maliyetleri ve nüfus yapısı hakkında müşterilerin duyarlılıkları,
7. Hastane klinik kalitesi hakkındaki bilgi.

Porter ve Teisberg'e (2004:1) göre, sağlıklı rekabette, maliyetleri aşağı düşürecek süreç ve yöntemlerde acımasız gelişmeler bulunmaktadır. Ürün ve hizmet kalitesi sürekli yükselmektedir. Yenilik yaygın ve hızlı bir biçimde yeni ve daha iyi yaklaşımlara liderlik etmektedir. Rekabete dayanamayan tedarikçiler kendilerini yeniden yapılandırmakta ya da başka iş alanlarına gitmektedirler. Fiyat değerleri düşmekte ve pazar genişlemektedir. Bu eğilim çalışma koşulları iyi bilinen (bilgisayar, mobil iletişim, bankacılık ve diğerlerinin pek çoğu) endüstrilerde yaygın olarak görülmektedir. Yazarlar, sağlık hizmetlerinde de durumun daha farklı olmayacağını belirtmektedirler. Ancak bununla birlikte, sağlık sektöründe düşürülmesi için çaba harcanmasına rağmen, maliyetler yüksektir, artmaktadır ve bu yükselen maliyetler kalitedeki gelişmeler ile açıklanamamaktadır. Tam tersine, sağlık hizmetleri sınırlandırılmakta veya karneye bağlanmakta, pek çok hasta halen kabul edilmiş süreçler veya standartlara göre daha geç ve yüksek oranda devam eden önlenebilir medikal hataların bulunduğu hizmetleri almaktadır. Hizmet sunucuları ve bölgeler arasında büyük ve açıklanamaz kalite ve maliyet farklılıkları bulunmaktadır. Dahası, en iyi uygulamaların yaygınlaşması oldukça yavaş bir şekilde gerçekleştiğinde, hizmet kalitesindeki farklılık uzun bir süre devam etmektedir. Bu durum klinik uygulamaları standart hale getirmek için klinik denemeler sonuçlandırıldıktan sonra ortalama 17 yıllık bir süreyi almaktadır. Sağlık hizmetlerinde yenilik, başarıya götüren kesin bir araç olmaktan daha ziyade bir problem olarak incelenmektedir.

Rekabetin işler hale getirilmesinde önemli bir adım da genel olarak hastanelerin ihtiyaç duyduğu kaynaklar ve bu kaynakların organize edilmesi ile ilgili işlemleri kapsayan kaynakların belirlenmesidir. Genel kaynaklar doğru bir şekilde belirlenmedikçe, aynı popülasyondan (hastaneler arasındaki rekabet gibi) veya farklı popülasyonlardan (hemşirelik bakım merkezleri ve evde bakım sağlayıcılar veya hastaneler, sistemler ve ağlar arasındaki rekabet gibi) organizasyonlar arasındaki rekabetin büyüklüğünün ölçülmesine ilişkin bir yaklaşım kullanılamaz. ...Hastaneler için tıbbi bakımın en son tüketicisi olarak hastalar en önemli kaynaktır. Hastaneler yaşamlarını sürdürmek ve hekimlerle ilişki kurmak veya medikal teknoloji için rekabet edecekleri zaman, hastalarının ihtiyaçlarına göre hareket etmekte, böyle yapmak suretiyle de daha fazla hasta çekmektedirler (Sohn, 2002, 463).

Hiç şüphesiz ki, hastaneler arasındaki rekabet yoğunluğunu, doğru bir biçimde ölçmek çok zordur. Endüstriyel organizasyon literatüründe rekabet ölçüm çabaları normal olarak konsantrasyon oranı, giriş bariyerleri ve bir firmanın diğer firmalarla rekabet etmek için tasarladığı bir coğrafik pazarla ilgili taşıma maliyetlerinin kullanılması gibi birkaç yapısal değişkenin belirtilmesini ve bu yapısal değişkenlerin ölçülebilir olmasını gerektirmektedir. Genel bir sorun olarak, rekabet yoğunluğunu ölçme yeteneğimiz, basit ürün pazarlarında bile sınırlıdır. Bu durum kavramsal ve ölçüm problemleri nedeniyle hastaneler için daha da zordur (Joskow, 1980:436).

Hastanelerde rekabet konusunda veri sağlamada problem yaşanan bir konu da performans ölçümüdür. Hastanecilik endüstride kâr amaçlı, kâr amacı gütmeyen ve devletin sahibi olduğu organizasyonlar birbirleri ile rekabet etmektedirler. Bu organizasyonlar farklı amaçlar için rekabet ettiklerinden, performans değerlendirmesi yapmak oldukça zordur. Bu organizasyonlarının bütün tipleri için uygun bir performans ölçüsü bulmak oldukça tartışmalı bir konudur. Yatak işgal oranları bu endüstrinin spesifik ölçüm aracı olarak sağlık hizmetleri araştırmalarında bir performans göstergesi olarak sıkça kullanılmaktadır. Kapasite kullanma oranı ortalama olarak hastane yataklarının kullanım oranıdır ve önceden yapılmış araştırmalar bu ölçüyü hastanelerin yaşama kabiliyetini gösteren önemli bir gösterge olarak göstermektedirler (Goldstein ve diğ., 2002:67). Burda (1989) ortalama yatak işgal oranları %27 olan hastanelerin kapanmalarına karşı, kapasite kullanma oranı %47 olan

hastanelerin açık kaldıklarını ileri sürmektedir. Lynch ve Özcan (1994) da yatak işgal oranlarının hastanelerin kapanmasında önemli bir gösterge olduğunu vurgulamışlardır.

Grosskopf ve diğerleri (2004) tarafında gerçekleştirilen çalışmada 1995 yılında ABD eğitim hastanelerinin performansı değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, eğitim hastaneleri Managed Care kontratları için fiyat temelinde eğitim hastanesi olmayan hastanelerle rekabet etmek zorunda olduğu için, maliyetlerin düşürülmesi yalnızca verimsizliklerin azaltılması veya eğitim hastanelerinin ürettiği kamusal yararlar (hizmetler) ve araştırmaların azaltılmasıyla sağlanabilir. 254 ABD eğitim hastanesi örneği üzerinde yapılan çalışmada rekabetin eğitim hastanelerine pozitif etkisi olduğunu bulunmuştur. ABD eğitim hastanelerinde rekabet ne kadar artarsa verimlilikleri de o oranda artmaktadır. Dolayısıyla rekabetin artması daha yüksek verimliliğe neden olmaktadır.

Her endüstride rekabet, kaliteyi geliştirmek ve maliyetleri düşürmek suretiyle her zaman müşteriler için değer artırıcı bir etki sağlamalıdır. Karmaşıklık, müşterilerin sınırlı bilgiye sahip olması ve hizmetlerin yüksek düzeyde ihtiyaca göre uyarlanmak zorunda olması nedeniyle genellikle sağlık hizmetleri için durumun farklı olduğu ileri sürülmektedir. Hiç şüphesiz ki, sağlık hizmetleri bu özelliklere sahiptir, fakat diğer pek çok endüstride rekabet iyi bir şekilde işlemektedir. Örneğin, kurumlar için hazırlanan müşterilere uyumlu (customized) yazılım ve teknik hizmetleri sunma işi çok kompleks olmakla birlikte, geçen on yılda kalite için uyum sağlanırken girişim maliyeti hesabı çarpıcı bir şekilde düşmüştür (Porter ve Teisberg, 2004:2). Buna rağmen, sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen rekabet çalışmaları şu konularda mutabık kalmaktadır (Bernstein ve Gauthier, 1998:1434):

1. Organizasyonların mevcut tanımları (veya kim rekabet ediyor?) yeterli değildir.
2. Rekabet ve pazar alanlarının değerlendirilmesi için kullanılan ölçeklerin halihazırdaki kullanımı yetersizdir, fakat muhtemel alternatifleri de yoktur.
3. Pazar alanlarının tanımlanması veya rekabet ölçeklerinin yapılandırılmasından elde edilen veriler oldukça sınırlı olduğundan, daha sonra büyük bölümlerde uygulanmasında yetersizlikler ortaya çıkacaktır.

Yukarıda çeşitli yazarların görüşlerinden yapılan alıntılarda da görülüşü gibi, sağlık hizmetleri pazarı diğer endüstrilerdeki pazarlara göre kusurlu bir yapıya sahiptir. Dolayısıyla hastanelerin tam rekabet ortamında faaliyet sürdürmeleri beklenmemektedir. Ancak, mevcut sınırlamalara rağmen, hastaneler rekabet etmek ve bu yolla verimliliklerini, kârlılıklarını ya da topluma faydalarını artırmak zorundadırlar.

Bundan sonraki bölümde Miles ve Snow tarafından geliştirilen stratejik duruş (tipoloji) ve Porter tarafından geliştirilen jenerik stratejileri kapsamına alan rekabet stratejileri ile büyüme stratejilerinden çeşitlendirme, dikey bütünleşme ve yatay bütünleşme konuları üzerinde durulmaktadır.

2.3.1. Rekabet Stratejileri

Sağlık hizmetleri alanında rekabet stratejisi çalışması yapan araştırmacılar Miles ve Snow'un stratejik tipolojilerini ve Porter'ın jenerik stratejilerini yaygın olarak kullanmışlardır. Aslında Miles ve Snow'un tiplolojisi ile Porter'ın jenerik stratejileri arasında belirli benzerlikler bulunmaktadır. Bu iki önemli işletme düzeyi stratejisi aralarındaki ilişkilerin analizini yapan Segev (1989: 490), Miles ve Snow'un savunmacısının Porter'ın maliyete odaklanmasına, atılmanın farklılaştırmaya, analizcisinin maliyet odaklanması ve farklılaştırmaya ve tepkicinin ortada şaşırıp kalmaya (stuck in the middle) çok yakın olduğunu ileri sürmektedir. Yatay olarak ilişki sürdürüldüğü zaman görülmektedir ki, Porter'ın maliyet liderliği Miles ve Snow'un analizci ve savunmacısına; maliyete odaklanma stratejisi analizciye, farklılaştırmaya odaklanma stratejisi atılman ve analizcinin her ikisine ve "ortada sıkışıp kalma" da tepkiciye oldukça yakındır.

Segev'e (1989) göre, yukarıda benzerliklerin yanı sıra, çevresel değişkenlerin değerlendirilmesinde Miles ve Snow'un tipolojisi Porter'ın pozisyon stratejilerine göre daha fazla katkı sağlamaktadır. İki yaklaşım arasındaki en büyük farklılığı da zaten bu durum oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen ilk çalışmalar, Miles ve Snow'un stratejik tipolojisini kullandığından burada da bu yapı ile başlanılmıştır. Yukarıda da belirtildiği gibi bu yapı aynı zamanda Porter'ın jenerik stratejilerine benzer niteliklere sahiptir.

Dolayısıyla çalışmada iki görüşe de yer verilmesinin uygun olacağı kanaati oluşmuştur.

2.3.1.1. Stratejik Tipoloji

Sağlık hizmetleri sunucuları tarafından kullanılan ilk ve muhtemelen en iyi bilinen yapı, Miles ve Snow tarafından geliştirilen yapıdır. Bu yapı özel olarak sağlık hizmetleri organizasyonları için tasarlanmış olmamasına rağmen, sağlık hizmetleri alanında yapılan çalışmalarda kullanılan alıntılar nedeniyle geniş şekilde kabul görmüştür (Zuckerman, 2002: 10).

Miles ve Snow kendi çevresiyle birlikte organizasyonu aktif bir şekilde düzene sokan stratejik davranış modellerinin görece uzun süre etkisini sürdüreceği organizasyonları geliştirmeyi amaçladılar (Conant ve diğ., 1990:366; Ginn, 1990: 568). Bu amaçla uyum döngüsü (adaptive cycle) olarak adlandırdıkları bir organizasyonel uyum modeli sunmaktadırlar. Model, uyum sürecinde veya uyum döngüsünde girişimsel problem, mühendislik problemi ve yönetsel problem olmak üzere üç genel problem olduğunu varsaymaktadır. Uyum modeli kompleks ve sürekli bir süreç olmakla birlikte, üst yönetimin dikkat ve kararlarını gerektiren bu üç ana problem ve çözüm setini kapsamaktadır (Miles ve Snow, 2003:13-14; Conant ve diğ., 1990:366; Miles ve diğ., 1978: 549-550; Ginn, 1990: 568, DeSarbo ve diğ., 2005:47-49, Szilagyı ve Schweiger, 1984: 629):

- 1. Girişimsel problem seti**, organizasyonun ürün/pazar alanını tanımlamaya odaklanmaktadır. Ürün/pazar alanının seçimi ve rekabet metotlarını kapsamaktadır.
- 2. Mühendislik problem seti**, teknoloji seçimi, üretim ve dağıtım için kullanılan süreçlere odaklanmaktadır. Seçilmiş ürün/pazar alanında rekabet etmek için organizasyon planlarının oluşturulmasında kullanılan teknolojinin seçilmesiyle ilgilidir.
- 3. Yönetsel problem seti**, organizasyonel yapı ve politika süreçlerinin seçilmesi, uygulanması ve geliştirilmesini kapsamaktadır. Organizasyonel yapı ve süreçlerin seçimi için organizasyonda belirsizlikleri azaltmak ve organizasyonun kendi çevresi ile tatmin edici uyumunu sürdürmesini olanaklı kılma ile ilgilidir.

Bu üç problem setinin her biri çok boyutluluğu gerektirmektedir. Hiç şüphesiz ki, bu problemlerin tamamı kendi aralarında ilişki içerisindedirler. Fakat etkili bir uyum döngüsü tamamlanmadan önce yönetim tarafından her biri ayrı ayrı tam olarak dikkatle incelenmek zorundadır (Miles ve Snow, 2003:14).

Organizasyonların kendi pazar bölümlerinde veya endüstrilerinde nasıl davranması gerektiği (stratejik duruşları) sınıflandırılabilir (Swayne ve diğ., 2006:258). Miles ve Snow (2003:14), çalışmalarında adaptif döngü yoluyla organizasyonların alternatif hareket yollarının tasvirinin gösterildiği dört tipini tanımladılar. Bu stratejik tiplerin üçü (savunmacı, analizci ve atılgan) istikrarlı organizasyon tipleridir. Bu şu demektir; eğer yönetim bu stratejilerden birini izlemek amacıyla seçer ve organizasyonu ona göre düzenlerse o zaman organizasyon kendi endüstrisinde önemli bir zaman periyodunda etkili bir rakip olabilir. Diğer taraftan yönetim bu kuramsal stratejilerden birini izlemek için seçmezse o zaman organizasyon fırsatlara karşılık vermede yavaş kalacaktır ve muhtemelen kendi endüstrisinde etkisiz bir performans gösterecektir. Miles ve Snow bu üç sınıflandırma dışında kalan organizasyonları tepkici olarak adlandırmaktadırlar ve genellikle bunların istikrarsız olduğunu kanıtlamaya çalışmaktadırlar. Snow ve diğerlerine göre (1978:550), tepkici teknoloji, yapı ve süreçte kendi stratejileri arasında çelişkiler bulunduğu için başarısız bir strateji biçimidir. Tepkicilerin belirli bir stratejisi yoktur ve tutarsız davranışlar sergilerler. Organizasyonlar, monopolist veya yüksek seviyede düzenlenmiş bir pazar bölümü gibi korunan bir çevrede bulunmadıkları sürece tepkici davranışlarını sonsuza kadar sürdüremezler (Swayne ve diğ., 2006:258-260). Ayrıca Miles ve Snow istikrarlı olarak kabul ettikleri üç stratejinin her biri gereği gibi oluşturulursa herhangi bir endüstride benzer sonuçlar ortaya çıkacağını iddia etmektedirler (Hambrick, 1983: 8).

2.3.1.1.1. Savunmacılar (Defenders)

Savunmacılar halihazırdaki operasyonlara odaklanmak ve verimliliğini artırmak suretiyle mevcut dengeyi sürdürerek kendi ürünlerini ve pazarlarını korumaya çalışırlar. Yeni fırsatları kovalamaktan kaçınırlar. Savunmacılar idare edenlerdir (alışılmışı sürdürenlerdir) ve oransal olarak daha dengeli pazar bölümlerinde güvenli bir konumu korumaya odaklanmaktadırlar (Zuckerman, 2002:12).

Savunmacı bir stratejik duruşun ana hedefi sürekliliktir. Yöneticiler bu stratejiyi pazarın bir bölümüne damgalarını vurmak ve bu alanda süreklilik sağlamak amacı ile kullanmaktadırlar. Savunmacı duruş sınırlı sayıda ürün veya hizmetle dar bir pazara odaklanırlar ve agresif bir şekilde fiyat veya farklılaştırma stratejileri uygulayarak pazar bölümünü savunmaya çalışırlar (Swayne ve diğ., 2006:260). Savunmacı, mühendislik problemini yüksek maliyet verimliliği olan bir öz (core) teknoloji geliştirmek suretiyle çözer. Yönetimsel problemlerini çözmek için merkezi kontrolün hakim olduğu fonksiyonel bir organizasyon yapısı geliştirir (Ginn, 1990: 569).

Savunmacılar, mevcut teknolojiler, yapılar veya stratejilerde değişiklik yapma konusunda çok nadir kararlar alırlar ve büyüme amacı ile ilave fırsatlar yakalamak için çok az araştırma yaparlar. Onların niyetleri kendilerini mevcut faaliyetlerinin geliştirilmesine adanmıştır. Bu nedenle savunmacıların başarısında maliyet etkinliği bulunmaktadır. Buna ilave olarak savunmacılar pazarlarını ve hasta akışını kontrol etmek ve süreklilik sağlamak amacı ile dikey bütünleşme stratejisini uygulayarak. Savunmacılar penetrasyon ve sınırlı ürün geliştirme stratejileri yolu ile büyürler (Swayne ve diğ., 2006:260).

2.3.1.1.2. Atılğanlar (Prospectors)

Atılğanlar, neredeyse hiç durmaksızın pazar fırsatları için araştırmalar yapan ve çevresel eğilimleri ortaya çıkaracak potansiyel karşılıkları bulmak için düzenli bir şekilde denemeler yapan organizasyonlardır (Zajac ve Shortell, 1989:414). Atılğanların doğasında girişimcilik vardır. Atılğanlar teknolojik olarak yenilikçidirler ve yeni pazarlar ararlar. Büyümek, yeni ürün geliştirmek, mevcut ürünlere ilaveler yapmak, çeşitlendirme yapmak, yeni pazara girmek ve fırsatları olağanüstü başarıya dönüştürmek için çalışırlar. Atılğanlar genellikle pazar liderleridirler (Zuckerman, 2002:10).

Tablo 8. Savunmacıların karakteristikleri

Problem		Çözümler	Maliyetler ve Faydalar
Girişimsel problem	Dengeli bir ürünler ve müşteriler seti oluşturmak için toplam pazarın bir bölümüne nasıl damga vurulur?	1. Dar ve kararlı alan, 2. Saldırgan bir şekilde alanı muhafaza etme (rekabetçi fiyat ve mükemmel müşteri hizmetleri gibi), 3. Alanın dışı doğru gelişmesine önem vermeme eğilimi, 4. Öncelikle pazara nüfuz etmeye önem verme ve bu yolla büyümeyi artırma, 5. Yalnızca halen üretilen mal ve hizmetlerle yakından ilişkili bazı ürünleri geliştirme.	Rakipler için organizasyonu endüstrideki kendi küçük odağından çıkarmak zordur, fakat pazardaki büyük bir değişim yaşamını tehdit edebilir.
Mühendislik problemi	Mal veya hizmetlerin mümkün olduğu kadar etkili bir şekilde üretimi ve dağıtımını nasıl gerçekleştirilir?	1. Maliyet verimliliği (Cost-efficient) olan teknoloji 2. Yalın öz teknoloji 3. Dikey entegrasyon eğilimi 4. Verimliliği kalıcı kılmak için teknolojide sürekli gelişme	Organizasyonel performans için teknolojik verimlilik merkezdedir, fakat bu alanda yapılacak ağır yatırımlar uzun dönemde teknolojik problemlerin biliniyor ve tahmin edilir olmasını gerektirmektedir.
Yönetimsel problem	Verimliliğin kalıcılığını sağlamak için organizasyonun sıkı bir şekilde kontrolü nasıl sürdürülür?	1. Dominant koalisyonun çok güçlü üyeleri olan finans ve üretim uzmanları, sınırlı çevresel inceleme 2. Dominant koalisyon içinde kalma hakkının uzunluğu; koalisyonun içinden yükselme 3. Maliyete yönelik ve harekete geçmeden önce tamamlanmış yoğun planlama 4. Çalışanların kapsamlı bir şekilde bölümlendirildiği ve yüksek derecede biçimlendirmeyi esas alan fonksiyonel bir yapıya yönelim 5. Merkezileştirilmiş kontrol ve uzun dönemli bağlantıların oluşturulduğu dikey enformasyon sistemleri 6. Basit koordinasyon mekanizmaları ve hiyerarşik kanallarla çatışmaların çözümlenmesi 7. Önceki yıllarda ölçülenleri dikkate alan organizasyonel performans; üretim ve finansmanı destekleyene ödüllendirme sistemi	Yönetim sistemi ideal bir şekilde kararlılık ve verimliliğin sürdürülmesi için uygundur, fakat yeni ürün veya pazar fırsatları keşfetme ve onlara karşılık vermede yeterince uygun değildir.

Kaynak: Miles ve diğ. (1978: 552)

Atılğanlar savunmacılardan oldukça uzak bir yerde, daha dinamik bir çevrede çalışırlar. Atılğanlar tarafından girişimsel problem, yeni ürün veya hizmetlerin sağlanması için sürekli araştırmalar yapmak suretiyle çözülmektedir. Bu nedenle atılğanların alanı oransal olarak daha geniş ve sürekli değişim halindedir. Mühendislik problemlerini teknolojik sürecin herhangi bir özel tipi ve çeşitli prototip teknolojilere dayanan uzun dönemli taahhütlerde bulunmaktan kaçınarak çözmektedir. Böylece, atılğan çevresel değişikliklere etkili bir karşılık verebilmekte ve esnek olabilmektedir. Son olarak atılğan yönetsel problemlerin çözümü için desantralize edilmiş kontrol ile bölümlere ayrılabilen bir organizasyon yapısı geliştirmektedir (Ginn, 1990: 569).

Sonuç olarak atılğanlar genellikle geniş ve sürekli gelişme halindeki bir alanda hizmet sunmaktadırlar. Yalnızca hızla değişen çevrelerde ve yalnızca çeşitlendirme ve ürün ve pazar geliştirme stratejilerini kullanarak büyüme stratejilerini değil, aynı zamanda tecrit etme ve tasarruf stratejilerini kullanarak küçülme stratejilerini de uygularlar. Atılğan duruşun temel rekabet stratejilerinden biri, hizmet kategorisi ve hizmet alanında değişiklikler meydana getirerek sürekli değişim yaratmaktır (Swayne ve diğ., 2006:260).

2.3.1.1.3. Analizciler (Analyzers)

Analizciler görece biri kararlı ve diğeri değişen iki ürün-pazar alanı tipinde çalışan organizasyonlardır (Zajac ve Shortell, 1989: 414). Analizci duruş, atılğan ve savunmacı stratejik duruşların bir kombinasyonudur. Analizciler yenilik ve kararlılık arasında denge oluşturmaya çalışırlar. Genellikle bir taraftan bazı alanlarda süregelen faaliyetlerine devam ederken, diğerk taraftan da yeni ürün ve pazar fırsatlarını araştırırlar. Dikkatli bir şekilde rakiplerini izler ve rakipleri tarafından mükemmel bir şekilde gerçekleştirilen davranış ve taktikleri benimserler. Bu nedenle analizciler bazı düzeylerde pazar takipçileridir (Zuckerman, 2002:12).

Tablo 9. Atılganların (Prospectors) karakteristikleri

Problem		Çözümler	Maliyetler ve Faydalar
Girişimsel problem	Yeni ürün ve pazar fırsatları nasıl keşfedilir ve nasıl kullanılır?	<ol style="list-style-type: none">1. Açık ve sürekli bir şekilde alanı geliştirmek,2. Çevresel koşulların ve olayların geniş bir bakış açısıyla izlenmesi,3. Endüstride değişim meydana getirmek,4. Ürün ve pazar geliştirmek suretiyle büyümek,5. Ani ataklarda büyümek.	Ürün ve pazar yeniliği değişen bir çevrede organizasyonu korur, fakat organizasyon düşük kârlılık ve kendi kaynakları üzerinde genişleme riskini taşımaktadır.
Mühendislik problemi	Özel bir teknolojik sürece uzun dönemde bağımlılık nasıl önlenir?	<ol style="list-style-type: none">1. Esnek, prototip yapıda teknolojiler,2. Çeşitli teknolojiler,3. İnsanlarda teknolojiye bağımlılığı artıran rutinleşme ve mekanizasyonda düşük derecede kalmak.	Teknolojik esneklik değişen bir çevreye hızlı karşılık verilmesini sağlamaktadır, fakat organizasyonda çok fazla teknoloji kullanılması üretim ve dağıtım sisteminde maksimum verimliliği geliştiremez.
Yönetimsel problem	Çok sayıda ve çeşitli operasyonlar nasıl kolaylaştırılır ve koordine edilir?	<ol style="list-style-type: none">1. Dominant koalisyonun en güçlü üyeleri pazarlama, araştırma ve geliştirme uzmanlardır,2. Merkeze yakın bir halkadan oluşan dominant koalisyon büyük, çeşitli ve değişkendir,3. Dominant koalisyon üyeliği her zaman uzun dönemli değildir, mümkün olduğunca içeriden terfi ettirilmekle birlikte önemli yöneticiler dışardan işe alınabilir,4. Kapsayıcı ve probleme yönelik planlama, harekete geçmeden önce bitirilmeyebilir,5. Çalışanların bölümlenmesi ve resmileştirme derecesinin düşük olduğu üretim yapısına yönelik eğilim,6. Desantralize edilmiş kontrol ve kısa tutulmuş dikey enformasyon sistemleri,7. Kompleks koordinasyon mekanizmaları ve entegratörler aracılığıyla çatışmaları çözümü,8. Önemli rakiplerle karşılaştırma yaparak ölçülmüş örgütsel performans; pazarlama, araştırma ve geliştirmeyi destekleyen ödüllendirme sistemi.	Yönetimsel sistem ideal olarak esneklik ve verimliliği sürdürmek için uygundur, fakat kaynaklar değerlendirilemeyebilir ve kötü kullanılabilir.

Kaynak: Miles ve diğ. (1978: 554)

Analizciler girişimsel problemini bir taraftan sunduğu ürün ve hizmetlerin özünü kalıcı bir şekilde sürdürürken aynı zamanda yeni ürün ve hizmet fırsatları için araştırma yapmak suretiyle çözmek için girişimde bulunurlar. Analizcilerin pazardaki alan payı geniştir ve bu pay sürekli değişim halindedir. Analizci kendi mühendislik problemini, teknolojilerini esnek teknolojilerle hizmet verebilen dinamik bir alan ve daha az esnek fakat daha etkili teknolojileri kullandığı kalıcı diğer alana bölmek suretiyle çözmektedir. Analizci yönetsel problemini ise organizasyon yapısını her iki tip teknoloji ile bağdaştırmak suretiyle çözmektedir. Bu sonuca göre analizciler matriks yapı kullanabilirler (Ginn, 1990: 569). Analizciler kendi öz ürün ve pazarlarında penetrasyon stratejileri uygulamaya eğilimli olmalarına karşılık, ümit verici yeni alanlara girmek için ilgili çeşitlendirme, ürün geliştirme ve pazar geliştirme stratejilerini uygulamaktadırlar (Swayne ve diğ., 2006:260-261).

2.3.1.1.4. Tepkiciler (Reactors)

Savunmacı, atılgan ve analizci duruşların tamamı proaktif stratejilerdir. Buna karşılık tepkiciler gerçek bir stratejisi veya planı olmayan ve bu sebeple kendi sorumlulukları altındaki çevrede hem tutarsız, hem de kararsız davranışlar sergileyen organizasyonlardır (Swayne ve diğ., 2006:261). Tepkiciler, üst yöneticilerin örgütsel çevrelerinde meydana gelen değişim ve belirsizlikleri algıladıkları, fakat bunlara etkili bir şekilde cevap veremedikleri organizasyonlardır (Zajack ve Shortell, 1989: 414).

Tepkiciler tutarlı bir stratejiye sahip değillerdir. Başarılı rakipleri takip ederler, benzer şekilde başarılı olacaklarını ümit ettikleri taktik ve davranışları seçerler. Dış baskıların neden olduğu değişimler dışında, değişimleri çok nadirdir. Onların stratejileri taklitçilik olarak karakterize edilebilir. Tepkiciler sürekli bir stratejiden yoksundurlar ve kısa dönemli çevresel gereklilere yüksek derecede cevap verirler (Zuckerman, 2002:12).

Tepkiciler, stratejisi çelişkili veya hasta olarak tanımlanan organizasyonlardır. Tepkiciler çevresel değişikliklere uygun olmayan şekilde karşılık verebilir. Tepkici, savunmacı, atılgan veya analizci olmaya çalışan, fakat bazı nedenlerden dolayı tutarlı girişimsel, mühendislik ve yönetsel seçimler yapmada başarısız olan bir organizasyon olabilir (Ginn, 1990: 569).

Tablo 10. Analizcilerin karakteristikleri

Problem		Çözümler	Maliyetler ve Faydalar
Girişimsel problem	Bir firma geleneksel ürün ve müşterilerini esas aldığı üretimini sürdürürken nasıl yeni ürün ve pazar fırsatlarını keşfeder ve kullanır?	<ol style="list-style-type: none">1. Kararlılık ve değişimin her ikisinin de olduğu melez alan,2. Çoğunlukla pazarlamayla sınırlı gözetim mekanizmaları; az miktarda araştırma ve geliştirme çabaları,3. Pazara nüfuz etme ve ürün-pazar geliştirme yoluyla düzenli büyüme.	Düşük riskli olan, mükemmelliği kanıtlanmış ürünlerin taklidi ile kombine bir şekilde araştırma ve geliştirmeye düşük yatırım yapılmaktadır, fakat alan kararlılık ve esneklik arasında her zaman optimal bir dengede olmak zorundadır.
Mühendislik problemi	Alanın kararlı bölümlerinde verimlilik ve değişen bölümlerinde nasıl esneklik sağlanır?	<ol style="list-style-type: none">1. İkili teknolojik öz (kararlı ve esnek bileşeni olan),2. Büyük ve etkili bir şekilde uygulanan mühendislik grubu,3. Orta derecede teknik rasyonalite.	İkili teknolojik öz, kararlı-değişken melez bir alanda hizmet verebilecek yetenektir, fakat teknoloji hiçbir zaman tam olarak etkili ve verimli bir şekilde kullanılamaz.
Yönetimsel problem	Organizasyonun yapısı nasıl farklılaştırılır ve operasyonun dinamik ve kararlı alanlarının her ikisinin süreçleri birden nasıl bağdaştırılır?	<ol style="list-style-type: none">1. Dominant koalisyonun etkili üyelerinin çoğunu oluşturan pazarlama ve mühendislik, üretim tarafından yakından izlenmektedir,2. Alanın kararlı bölümüyle ilgili olarak pazarlama ve üretim arasında yoğun planlama, yeni ürün ve pazarlarla ilgili olarak pazarlama, mühendislik ve üretim yöneticileri arasında ayrıntılı planlama,3. Fonksiyonel bölümler ve üretim gruplarının birleştirildiği gevşek matriks yapı,4. Dikey ve yatay geri bildirim mekanizmasıyla bağlanmış bir dereceye kadar merkezileştirilmiş kontrol sistemi,5. Bazı çatışmaların üretim yöneticileri, bazılarının hiyerarşik kanallar aracılığıyla çözümlendiği, kompleks ve masraflı koordinasyon mekanizmaları,6. Çoğunlukla pazarlama ve mühendisliğin ödüllendirildiği, verimlilik ve etkinlik ölçümlerinin her ikisini de esas alan performans değerlendirme.	Yönetim sistemi ideal bir şekilde kararlılık ve esnekliği dengelemeye uygundur, fakat bu denge kaybedilirse dengenin yeniden kurulması zor olabilir.

Kaynak: Miles ve diğ. (1978: 556)

Savunmacılar, atılğanlar ve analizcilerin her biri farklı şekillerde proaktif olduklarından, kendi çevrelerine proaktif bir şekilde karşılık verebilirler. En uçta yer alanlardan savunmacılar sürekli bir şekilde mevcut operasyonlarında daha büyük verimlilik geliştirmek için çalışırken, atılğanlar yeni fırsatlar aramak için çevresel değişiklikleri araştırmaktadır (Miles ve diğ., 1978: 557). Savunmacılar verimlilik (veya kendi odaklandığı ürün/pazarı savunmak) suretiyle rekabet etmeye çaba harcadığından sunduğu dar üretim veya hizmet uğraşı alanında uzmandırlar.

Analizci ve atılğan daha geniş ürün veya hizmet uğraşı alanına sahip olduğundan, genel alanda faaliyet gösterenler olarak incelenebilmektedir. Atılğan ve analizci daha fazla ürün veya hizmet hattına sahip olacağı için, çevresel değişme meydana geldiği zaman daha kolay bir şekilde bir hattını kapatıp yeni bir hizmet hattında çalışmaya başlayabilir. Bu sonuca göre, çevre aynı şekilde kararlı kalmayacağı için savunmacıların sayısının azalması ve analizciler ve atılğanların sayısının artması beklenmektedir (Ginn, 1990: 573).

Miles ve Snow'un dört stratejik tipinin tanımlamaları kapsamlı ve ayrıntılı bir şekilde incelendiğinde, uyum halkasının on bir özel stratejik boyuttan meydana geldiği görülmektedir. Tablo 11'de Miles ve Snow'un stratejik modellerinin bu boyutlarıyla birlikte özel karakteristiklerinin bir özeti de verilmektedir. Atılğan modellerin hepsi, pazarlama ve araştırma ve geliştirmede baskın koalisyon süreçleri oluşturmak suretiyle pazardaki değişimin izlenmesi trendine ve yeni ürün geliştirmeye yönelik girişimsel görevlere liderlik etmektedir. Tam tersine, savunmacı organizasyonlar finansman ve üretim personelini birleştirerek dominant bir koalisyon oluşturmak suretiyle verimlilikte gelişmelere öncelik veren ve önderlik eden mühendislik görevlerine odaklanmaktadır. Analizciler kendi melez yapıları göz önünde tutulursa kompleks ve işlevsel olarak daha dengelidirler. Dengeli ürün pazarı alanlarında analizciler üretim üzerinde durmaktadırlar ve verimliliği artırmaya çalışmaktadırlar. Daha karmaşık ürün pazarlarında yakın bir şekilde önemli rakiplerini izlerler ve yalnızca güçlü pazar potansiyeline sahip yenilikleri kabul ederler. Tepkiciler değişken ve süreksiz yöntemlerle uyum halkasının meydan okumalarına karşılık verirler. Kısa süreli yönlendirmeler ve çevresel bağımlılığa meyillidirler (Conant ve diğ., 1990:366).

Tablo 11. Adaptif döngü ve stratejik tip karakteristiklerinin boyutları

Adaptif Döngü Bileşenleri	Boyutlar	Stratejik Tipler			
		Savunmacılar	Atılganlar	Analizciler	Tepkiciler
Girişimsel problemler ve çözümler	Ürün-pazar alanı	Dar (sınırlı) ve dikkatli bir şekilde odaklanma.	Sınırsız ve sürekli bir şekilde büyüme.	Parçalara ayrılmış ve dikkatli uyum.	Değişken ve süreksiz.
	Başarı durumu	Kendi ürün pazar/pazarlarında göze çarpma.	Aktif olarak değişimi başlatma.	Planlanmış değişim takipçileri.	Fırsatçı girişimler ve başarı.
	Gözetim	Bölgeye hakim ve dikkatli/güçlü örgütsel gözetim.	Pazar ve çevresel yönelim/girişken araştırma.	Rekabetçi uyum ve titizlik.	Nadir durumlar ve egemen noktalar.
	Büyüme	Verimlilikte dikkat çekici nüfuz ve gelişme.	Üretim pazarını gelişimini harekete geçirme ve çeşitlendirme.	İddialı girişim ve dikkatli ürün pazarı geliştirme.	Acele değişim.
Mühendislik problemleri ve çözümler	Teknolojik amaç	Maliyet etkinliği.	Esneklik ve yenilikçilik.	Teknolojik sinerji oluşturma.	Plan geliştirme ve tamamlama.
	Teknolojik genişlik	Odaksal, öz teknoloji/temel uzmanlık.	Çeşitli teknolojiler/uç noktayı zorlama.	İlgili teknolojiler/uç noktada.	Değişken teknolojik uygulamalar/akışkanlıklar.
	Teknolojik tamponlar	Standardizasyon, bakım programları.	Teknik personel yetenekleri/çeşitlilik.	Artırma ve sinerji oluşturma.	Uzman becerisi ve donanım çözümleri.
Yönetimsel problemler ve çözümler	Dominant koalisyon	Finans ve üretim.	Pazarlama ve AR-GE.	Planlama çalışanları.	Güçlükleri ortadan kaldıranlar.
	Planlama	Baskın iç ve dış kontrol.	Problem ve fırsat bulma/kampanya perspektifi.	Artan değişimleri anlama becerisi.	Kriz yönelimi ve kopukluklar.
	Yapı	Fonksiyonel/hat yetkilisi.	Merkeze alınmış ürün ve/veya Pazar.	Hakim olunan personel/matiks yönlendirme.	Sıkı formal otorite/dağınık iş dizaynları.
	Kontrol	Merkezileştirilmiş ve formal/mali güvence altına alınmış.	Pazar performansı/ satış hacmi.	Çeşitli yöntemler/dikkatli risk hesapları satış yardımları	Problemlerden kaçma/ problemlerle idare etme... Çözümün geri kalması.

Kaynak: Conant ve diğ. (1990:367)

2.3.1.1.5. Stratejik Duruş ile İlgili Ampirik Çalışmalardan Örnekler

Hastane sektöründeki çalışma grupları arasında söz edilmesi gereken ilk çalışmalardan biri, Zajac ve Shortell'in (1989) çalışmasıdır. Yazarlar, Miles ve Snow'un tipolojisini kullanarak 570 hastane üst düzey yöneticisi ile çevredeki değişikliklere karşılık olarak stratejilerin nasıl değiştiğini ve bu değişikliklerin örgütsel performansa etkilerinin neler olduğunu analiz ettiler. Çalışmada hastane üst düzey yöneticilerinin, pazar veya mevcut hizmetlere yoğunlaştıklarını belirten savunmacı, mevcut hizmetleri sunmakla birlikte diğer organizasyonları takip ettiklerini ifade ettikleri analizci ve yeni pazar ve hizmet geliştirmede genellikle ilk olduklarını ortaya koydukları atılgan tipte stratejileri uyguladıkları tespit edildi. Bu değerlendirme dışında kalanlar tepkici olarak nitelendi. Çalışma sonucunda şu bulgulara ulaşıldı:

1. Organizasyonlar çevresel değişikliklere karşılık olarak kendi stratejilerini değiştirmektedir.
2. Çevresel değişikliğin belirli büyüklüğe ulaşması, organizasyonlardaki değişikliğin rastgele bir şekilde değil, bir pozisyon stratejiden uzaklaşarak diğer stratejilere doğru hareket etme şeklinde özel bir etki yaratmaktadır.
3. Stratejilerini değiştiren organizasyonların önceki stratejisi, stratejilerini değiştirirken çok güçlü bir belirleyici olabilir.
4. Daha proaktif stratejilerin uygulanmasına ihtiyaç duyulan bir çevrede, savunmacı stratejiyi izleyen organizasyonların kârlılığı ortalama olarak diğer pozisyon stratejileri izleyen organizasyonlardan daha düşük olabilir.
5. Organizasyonlar değişmediği sürece, yalnızca stratejilerin değişikliği tek başına performans avantajı sağlamaz.
6. Belirli bir çevrede daha uygun görülen bir strateji için değişen organizasyonlar, bu amaçla daha az değişen organizasyonlara göre üst düzeyde performans avantajı elde edemeyebilir.

Bulgular büyük çevresel değişikliğin yalnızca strateji değişiklikleriyle sonuçlanmadığını, bu değişikliğin diğer organizasyonların strateji değişikliğine de bir örnek oluşturduğunu göstermektedir. Bu durumda dramatik çevresel değişim endüstri düzeyinde güçlü bir değişiklikle savunmacı stratejiden uzaklaşarak analizci ve atılgan stratejilere doğru harekete neden olmaktadır Ayrıca çalışmada, kârlılık bakımından,

analizci ve atılganlara nispeten savunmacıların hastalıklı bir performans gösterdiği, hastanelerin gerçek finansal performans koşullarında yeni sağlık hizmetleri çevresinde savunmacı stratejinin uygun olmayacağını destekler şekilde düşündüklerini göstermektedir.

Friedman ve Shortell (1988) finansal performansın belirleyicilerinin tanımladıkları ve Medicare Prospektif Ödeme Yasasının etkilerini analiz ettikleri çalışmalarında, 1983 ve 1985 yılları arasında özel yatırımcı ve kâr amacı gütmeyen 300 hastane üzerinde çalıştılar. Çalışmada Miles ve Snow'un strateji tipolojisini kullandılar. Sonuçlar ortalama uyum sağlanmış maliyetlerin vaka karışımı, hacim, hizmetlere odaklanma, yer, becerilerin (tecrübelerin) yaşı ve rakiplerin sayısı ile pozitif olarak ilişkili olduğunu göstermektedir. Ortalama uyum sağlanmış maliyetler üzerinde rekabet ve hastane stratejilerinin etkileri 1985'de 1983'dekinden daha güçlüdür. Hastane işletme toleransları 1983 ve 1985 arasında gelişmiştir. 1985'de düşük maliyetler ve daha düşük bir kârlılıkla birlikte savunmacı bir strateji ortaya çıkmaktadır. Yazarlar savunmacı bir stratejiye ilave olarak, hastanelerin kendilerini rakiplerinden farklı göstermek için daha agresif bir pazar stratejisine yönelmeye ihtiyaç duyabileceklerini de belirtmektedirler.

Bigelow ve Mahon (1989) hastane stratejileri üzerinde kural koyucu organlarının (regulatory agency) rollerini ve yerel pazar yapısını analiz ettikleri çalışmalarında, Miles ve Snow'un tipolojisini kullanarak şu sonuçlara ulaşmaktadırlar:

1. Eğer kural koyucu organların rolü, tampon görevi yapmaktan değişim ajanına dönüşürse hastaneler savunmacı bir stratejiden atılgan bir stratejiye doğru hareket ederler.
2. Oligopolist pazarlarda savunmacı stratejilere doğru bir eğilim vardır.
3. Rekabetçi pazarlarda atılgan stratejilere doğru bir eğilim vardır.
4. Eğer kaynaklar artarsa, hastane stratejisi savunmacıdan atılgan stratejiye dönüşmektedir.
5. Kaynaklar sınırlı olduğu zaman hastaneler savunmacı bir strateji izlemektedir.

Bigelow ve Mahon (1989) hastane stratejileri üzerinde yerel pazar yapısının kural koyucu organlardan daha büyük bir etkiye sahip olduğunu, ancak bununla birlikte, hastane kaynaklarının hastane stratejisinin önemli belirleyicileri olduğunu ileri sürmektedirler.

Miles ve Snow'un tipolojisini kullanarak hastanelerde bir çalışma yapan Ginn (1990), çevrede önemli bir değişiklik olduğu zaman Miles ve Snow'un strateji tiplerinin yaygınlığının değiştiğini ortaya koymuştur. Durgun dönem olarak gruplandırılan 1976 dan 1980'e kadarki dönemde savunmacılar en yaygın strateji tipiydi. Düzensiz olarak tanımlanan 1980'den 1985'e kadarki dönemde ise analizciler en yaygın strateji tipi olarak bulundu. Araştırmacılar, bu değişimin savunmacıdan analizci ve atılğan stratejilere doğru hareket etmek suretiyle, düzenli bir şekilde meydana geldiğini, yani değişim sıralamalarının rastgele olmadığını ileri sürmektedirler. Ginn tarafından ileri sürülen bu görüş, Zajac ve Shortell'in (1989) bulguları ile de örtüşmektedir. O halde kararlı çevreden dinamik çevreye doğru hareket edildiğinde, stratejik değişim rastgele meydana gelmemekte, çevresel değişikliklere paralel olarak bir sıra dahilinde gerçekleşmektedir.

Eastaugh (1992), hastanelerin geçen yıllarda kârlılığı düşen sınırlı sayıda üründe verimlilik geliştirme ve uzmanlaşmaya dayalı olarak savunmacı (defensive) bir strateji uyguladığını ileri sürmektedir. Yazara göre çeşitlendirmeye girmek kârlılıkta çok hızlı düşüşlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Benzer bir mantıkla bir hastanede işletme stratejileri ve finansal yapı arasındaki ilişkileri ortaya koymak için çeşitli hipotezleri test eden Ginn ve diğerleri (1995), çalışmalarında atılğanların savunmacılara göre ters taraftaki en uç noktada bulunmalarında savunmacıların en yüksek likidite oranları ve en az harekete geçme dürtüsü göstermeleri bulgusuna dayandırmıştır.

Yukarıdaki çalışmalardan savunmacıların Porter'ın odaklanma stratejisi ile örtüşen davranışlar geliştirdiği, analizcilerin melez bir yaklaşımla hareket ettiği ve atılğanların farklılaştırma stratejine benzer davranışlar gösterdiği söylenebilir. Atılğanlar her zaman yenilikçidirler ve faaliyet gösterdikleri endüstri ya da pazarın lideri konumundadırlar. Savunmacılar ise kârlı ürün/hizmet ya da pazar odaklarından vaz geçmemekte, verimliliklerini artırarak kendi odaklandıkları alanda daha yüksek kârlar elde etmektedirler. Analizciler ise yüksek araştırma maliyetlerine katlanan atılğanlara benzer davranışlar göstermekle birlikte, aynı zamanda yüksek kâr elde ettikleri alanları korumaya çalışmakta, atılğanlar ve savunmacılar arasında denge oluşturmaya

çalışmaktadırlar. Bu yapıları onların sektör ya da pazar lideri olmasına engel olmakta, çoğunlukla takipçi konumunda kalmalarını sağlamaktadır.

2.3.1.2. Jenerik Stratejiler

Rekabet stratejileri konusunda en çok bilinen kavramlar, rekabet stratejisinin büyük otoritelerinden Porter tarafından ileri sürülen jenerik stratejilerdir. Porter'ın stratejileri firmaların (ya da stratejik iş birimlerinin) stratejik avantajlarının (düşük maliyet pozisyonu ya da müşteriler tarafından eşsiz olarak algılanmak) ve stratejik hedeflerinin (endüstrinin tamamında veya özel bir bölümde) bir analizini esas almaktadır (Szilagyi ve Schweiger, 1984: 629). Bu analizden yararlanan Porter, belirli bir endüstride savunulabilir bir pozisyon meydana getirmek ve rakiplerinden üstün performans göstermek için potansiyel olarak mükemmel üç pozisyon stratejisi geliştirmiştir (Porter, 2000:44, Segev, 1989: 487): Bu stratejilerden toplam maliyet liderliği; kalite, hizmet ve diğer alanları ihmal etmeksizin, rakiplere görece düşük maliyeti vurgulamaktadır. Farklılaştırma, bir ürün ya da hizmette bütün endüstri düzeyinde eşsiz olarak kabul edilen bazı şeyleri yaratmayı gerektirmektedir. Odaklanma stratejisi ise, firmanın özel bir müşteri grubuna, coğrafik pazarlara ya da ürün hattı bölümüne yoğunlaşmasıdır (Dess ve Davis, 1984: 469).

Aslında odaklanma stratejisi, ilk iki stratejinin uygulamasına bir endüstri bölümünde odaklanmaktır. Porter, odaklanma stratejisi için bulunması çok güç (no unique) örgütsel gereksinimlerin olmasını varsaymaktadır (White, 1986: 225). Porter bir de düşük kârlılık stratejisi belirlemiştir: “Ortada şaşırıp kalmak” (stuck in the middle) (Segev, 1989: 487).

Bir işletme maliyet ve farklılaştırma üstünlüğünü ya genel pazarda ya da pazarın bir bölümüne odaklanarak sağlamaya çalışır. Pazarın genelinde maliyet liderliği ve farklılaşma stratejileri ya da pazarın bir bölümünde odaklanma stratejileri kullanılmaktadır. Odaklanma stratejisi kendi içinde daha özel stratejilere ayrılabilir. Mesela odaklanma stratejisi; maliyet ve farklılaştırma odaklanması olarak iki şekilde de incelenebilir (Sadler, 1993: 183; Dinçer, 2003:198, Ginter ve diğ., 1998:143).

Rekabet avantajının bu iki kaynağı işletme stratejisi için iki seçenekli bir soru olarak tanımlanmaktadır. Maliyet avantajının hedefi endüstride maliyet lideri olmaktır. Eğer

bir firma maliyet liderliği pozisyonu oluşturabilirse o zaman başkalarından daha ucuza satış yapmak için fiyat rekabeti üzerinde maliyet avantajını kullanabilir. Pek çok durumda maliyet liderleri pazar paylaşımında da lider konumundadır. Ticari jetlerde Boeing, türbin jeneratörlerinde General Electric, hamburgerde McDonald's gibi. Farklılaştırma avantajı Coca-Cola'da olduğu gibi toptan pazar markası olmak, Mercedes'in mühendislik kalitesi veya Ivy Restoran'ın seçkinliğine kadar pek çok yolla başarılabilir. Üçüncü bir seçenek geniş bir pazarda küçük bir konumu mükemmel bir şekilde doldurmak için odaklanma stratejisinin üstünlüğü ile gerçekleştirilen rekabettir (Sadler, 1993: 183-184). Odaklanma stratejisi her zaman ulaşılabilir toplam pazar payı üzerinde bazı sınırlamalar gerektirir. Odaklanma kaçınılmaz olarak ya kârlılıktan ya da satış hacminden ödün vermeyi gerektirir (Porter, 2000:50).

Esas olarak, saf maliyet liderliği stratejileri, firmanın düşük bir maliyet pozisyonuna ulaşmasını ve sürdürmesini sağlayacak pazarın onayladığı bir "rekabetçi fiyat" oluşturmaya odaklanmaktadır. Tersine, saf farklılaştırma stratejisi uygulayan bir işletme, eşsiz olarak niteledikleri ve müşterilerin daha fazla fiyat ödemeye razı oldukları şeyleri müşterilere sunmak suretiyle oluşturdukları bir kâr denklemi bileşeninden yararlanarak fiyatı artırmayı denemektedir (Tablo 12) (White, 1986: 221).

Tablo 12. Jenerik stratejilerin önemli değişkenleri

	Maliyet Liderliği	Farklılaştırma
Girdi Faktörleri	<ul style="list-style-type: none">- Düşük maliyetli hammaddeler- Çalışanların verimliliği- Gerekli yatırımı sürdürmek için sermaye	<ul style="list-style-type: none">- Ürün teknoloji yaratıcılığı/inovasyon
Süreç	<ul style="list-style-type: none">- Etkili ölçek olanakları- Süreç mühendisliği becerileri- Minimal israf/yüksek ürünler- Çalışan verimliliği- Lojistik	<ul style="list-style-type: none">- Esneklik- Kalite
Ürün veya Hizmet	<ul style="list-style-type: none">- Kolayca üretilen- Sermaye yoğun	<ul style="list-style-type: none">- Teknik hizmetler- Tarz- Eşsizlik- Opsiyonlar- Kalite/ güvenilirlik- İmaj- Ürün varyasyonları
Birleştirilmiş hizmetler		<ul style="list-style-type: none">- Ulaşılabilirlik/dağıtım- Finansman- Garantiler- Kullanımı geliştirmek için yeni fikirler- Pazar araştırması
Dağıtım	<ul style="list-style-type: none">- Etkili müşteri ölçekleri- Basit üretim hattı- Fiyat farkı	<ul style="list-style-type: none">- Kredi- Satış desteği- Satış sonrası hizmetler

Kaynak: White (1986: 222)

Şekil 7’de gösterildiği gibi, jenerik stratejiler kendi rakiplerine karşı avantaj elde etmek için işletmeler tarafından üzerinde durulan rekabetçi silahları ve hedeflenen avantajı sağlayan ürün/pazara odaklanmanın genişliğini esas almaktadır. Porter maliyet liderliği ve farklılaştırmanın birbiriyle bağdaşmadığını, işletmelerin birini veya diğerini geliştirmemesi durumunda ortada şaşırıp kaldığını ileri sürmektedir (Chrisman ve diğ., 1988:417).

Şekil 7. Rekabet ve endüstri ilişkisine göre jenerik stratejiler

		Rekabet Avantajının Kaynakları	
		Maliyet	Farklılaştırma
Endüstri Fırsatı	Endüstri Çapında	Maliyet Liderliği Stratejisi	Farklılaştırma Stratejisi
	Sadece Bölümde	Odaklanma Stratejisi	

Kaynak: Porter (2000: 49); Sadler (1993: 184)

Hiç şüphesiz ki, Michael Porter tarafından geliştirilen jenerik stratejiler organizasyonlarda stratejik davranış çalışmaları yapan en etkili ve en güçlü yazılar arasındadır. Aslında, teori iki öge içermektedir. İlk öge, kendi pazarlarına odaklanmalarına yönelik olarak firmaların rekabet stratejilerini (odaklanmış veya geniş) tanımlamaları ve rekabet avantajlarının kaynağını (maliyet veya farklılaştırma) ortaya koymaları için bir plandır. İkincisi bu stratejik düzenlemelerin çıktı performansları hakkında teorik bir savdır: Ortada şaşırıp kalma olarak adlandırılan, maliyet liderliği veya farklılaştırma arasından birinin seçimindeki başarısızlık, performans düşüklüğü ile sonuçlanacaktır (Campbell-Hunt, 2000:127). Başka bir ifade ile, üç pozisyon stratejiden birini başarı ile izleyen firmalar endüstri ortalamasının üzerinde kârlar kazanırlar, ancak birden fazla stratejiyi izleyip hiçbirini başarı ile gerçekleştiremeyenler ortada çakılıp kalmaya mahkum olurlar ve endüstri ortalamasının altında gelir elde ederler. Çünkü ortada çakılıp kalma pozisyonu diğer pozisyonlara göre (maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma) açık bir pazar segmentasyonu gerektirmediği için hedef müşteri kitlesi gözünde dezavantajlı bir durum yaratacaktır (her kesime hitap etmeye çalışırken hiçbir kesime hitap edememe durumu) ve her pozisyonun gerektirdiği farklı örgütsel düzenlemeler, kaynak ve kabiliyetler, örgüt kültürü, motivasyon sistemi, yönetim felsefesi, pazarlama faaliyetleri olduğu için bunları uyumlaştırmak zorlaşacak ve nihayetinde çatışma ile sonuçlanacaktır. Kısaca pozisyon yaklaşımı net bir stratejik tercihe dayalı olarak yön

belirlemiş firmaların bunu gerçekleştiremeyenlere göre daha başarılı olacağı tezine dayanmaktadır (Barca, 2002b:34-35).

Bir ürün ya da hizmetin geliştirilmesinde yalnızca organizasyonun yetenekleri değil, aynı zamanda rekabetçi durum da temel alınarak pozisyon oluşturulmaktadır. Bu nedenle pozisyon stratejileri iç gereksinimler ve dış riskler dikkate alınarak seçilmelidir (Ginter ve diğ., 1998: 143-145):

Tablo 13’de her bir pozisyon stratejisinin iç gereksinimleri gösterilmektedir. Maliyet liderliği stratejisini kullanmak için bir organizasyon, üretim ekipmanları, yetenekler ve düşük maliyet operasyonları ile gerçek bir maliyet avantajı (fiyat avantajı değil) elde edebilecek yeteneğe sahip olmalı ya da bu yeteneği geliştirmelidir. Bu rekabet avantajı sıkı kontroller ve ölçek ekonomisi uygulayarak sürdürülebilir. Farklılaştırma, ürün ya da hizmetin tipik olarak gerekli teknik uzmanlık, güçlü pazarlama, yüksek düzeyde beceriler ve ürün geliştirmeye verilen önem bakımından rakiplerin ürettiği diğer ürünlerden farklı olmasıdır. Odaklanma stratejisi pazarın bir bölümüne odaklanmayı gerektirir. Ancak maliyet liderliği ve farklılaştırma stratejilerinin her ikisini de kullanabilir.

Her bir pozisyon strateji örgütün değerlendirmesi gereken kendi dış risklerine de sahiptir. Maliyet liderliği için belki de en büyük risk teknolojik değişiktir. Teknolojik değişiklik süreci rakiplerin maliyet avantajı elde etmesini sağlayabilir. Ürün veya hizmetlerin teknolojik değişimleri daha az talep edilen maliyet lideri ürünlerin farklılaştırılmasıyla sonuçlanabilir. Farklılaştırma stratejisi uygulayanlar için en önemli riskler, farklılaştırmanın üzerinde durulmasının pazar için çok yüksek olabilecek bir düzeye fiyatları itmesi veya pazarın farklılaştırmayı görme, anlama ve değerlendirmede başarısız olmasıdır. Bu türden riskler organizasyonu bir odaklanma stratejisine yönlendirecektir. Odaklanma stratejisini uygulayanlar genellikle ürün veya hizmetleri daha geniş pazar veya müşterilerden küçülterek küçük bir pazar bölümüne odaklanmaktadır. Dolayısıyla pazarın genelinde ürün veya hizmetlerin geri çekilmesi, maliyet veya farklılaştırmada net olarak görülemeyen farklılıkların görünmesini sağlayabilecektir.

Tablo 13. Genel rekabet stratejileri

Genel Strateji	Genel Beceri ve Kaynaklar	Genel Olarak Örgütsel Gereklilikler
Toplam Maliyet Liderliği	<ul style="list-style-type: none">- Sürekli sermaye yatırımı ve sermayeye erişim,- İşlem mühendisliği becerileri,- İş gücünün yoğun olarak denetlenmesi,- Üretim kolaylığı için tasarlanmış ürünler,- Düşük maliyetli dağıtım sistemi.	<ul style="list-style-type: none">- Sıkı maliyet kontrolü,- Yaygın ayrıntılı kontrol raporları,- Yapılandırılmış organizasyon ve sorumluluklar,- Kesin sayısal hedeflere ulaşılmasına bağlı teşvikler.
Farklılaştırma	<ul style="list-style-type: none">- Güçlü pazarlama becerileri,- Ürün mühendisliği,- Yaratıcı yetenek,- Güçlü temel araştırma yetenekleri,- Teknolojik liderlik veya kalitede kazanılmış kurumsal ün,- Sektörde uzun bir geçmiş veya diğer işlerden elde edilmiş benzersiz beceriler kombinasyonu,- Dağıtım kanallarıyla güçlü işbirliği.	<ul style="list-style-type: none">- AR&GE, ürün geliştirme ve pazarlamada fonksiyonlar arasında güçlü koordinasyon,- Sayısal ölçüler yerine öznel ölçüler ve teşvikler,- Üstün nitelikli işçileri, bilim adamlarını veya yaratıcı kişileri çekecek rahat ve hoş bir ortam.
Odaklanma	<ul style="list-style-type: none">- Yukarıdaki politikaların, belirli bir hedefe yöneltilmiş kombinasyonu.	<ul style="list-style-type: none">- Yukarıdaki politikaların belirli bir stratejik hedefe yöneltilmiş kombinasyonu.

Kaynak: Porter (2000: 51)

Porter'ın pozisyon stratejiler modeli, strateji oluşturma sürecinin esasına egemen olan açıklık nedeniyle özellikle hastane endüstrisinde yararlı bulunmaktadır. Tablo 14'de Porter'ın pozisyon stratejilerinin hastaneler için uygulamasını gösterilmektedir (Kumar ve diğ., 1997:48).

Tablo 14. Porter’ın jenerik stratejilerinin hastaneler için uygulanması

Stratejik Avantaj		
	Hastalar Tarafından Eşsiz Algılanma Farklılaştırma	Düşük Maliyet Pozisyonu Toplam Maliyet Liderliği
Pazar Genişliği (Geniş)	Amaç: Kurumsal bağlılık geliştirmek suretiyle hastaların bir bölümü üzerinde esnek olmayan fiyat oluşturmak	Amaç: Rekabetçi güçler ve düzenleme baskılarından korunmak için maliyetlerin kontrolü ve iç verimlilik yaratma
Stratejik Hedef	Hastaneler tarafından kullanılan farklılaştırma esasları örnekleri: <ul style="list-style-type: none">- Bakımın kalitesi- İleri teknoloji imajı- Medikal bir okulla birleşmek- En gelişmiş performans prosedürü (organ nakli gibi)- En son (ve en pahalı) teknolojinin (MRI gibi) kullanılması- Çok geniş bir alana yayılan hizmetleri sunmak- Yaygın olarak sunulmayan hizmetleri sunmak (yara bakımı, alkolizm servisleri, hemodiyaliz, doğum odası, geriatri gibi)	Hastaneler tarafından kullanılan maliyet kontrolü faaliyetleri örnekleri <ul style="list-style-type: none">- Mevcut becerileri geliştirmek veya yeni ve verimli beceriler oluşturmak- Sıkı maliyet kontrollerin kurulması- Yatak işgal oranlarını geliştirmek için reklamcılık faaliyetlerini artırmak- Kazanç sağlanan ve kazanç sağlanmayan servisleri marjinal bir şekilde ayırmak- İsrafin azaltılması- İç fonksiyonel koordinasyonu geliştirmek- Personel azaltmak
Odaklanma		
Yalnızca Özel Bir Bölüm (Dar)	Amaç: Özel bir veya daha fazla özel pazar segmentinin ihtiyaçlarını karşılamak için hizmet vermek	
Stratejik Hedef	Pazar segmenti örnekleri: <ul style="list-style-type: none">- Tüberküloz ve diğer solunum sistemi hastalıkları- Doğum ve jinekoloji- Kulak, burun boğaz- Radrasyon terapisi	

Kaynak: Kumar ve diğ. (1997:49)

Pozisyon stratejilerinin kendi içerisinde bir takım üstün ve zayıf olduğu noktalar vardır (Şekil 8). Hastaneler bu avantaj ve dezavantajları dikkate alarak kendi pozisyonlarını oluşturmak zorundadırlar.

Şekil 8. Jenerik stratejilerin avantaj ve dezavantajları

Pozisyon Stratejisi	Önemli Avantajları	Önemli Dezavantajları
Maliyet Liderliği	<ul style="list-style-type: none">- Net bir maliyet avantajı sağlar,- Net bir pazar pozisyonu sağlar,- Rekabetten daha çok tüketim için fırsatlar sağlar.	<ul style="list-style-type: none">- Büyük hacim elde edilmesi gerekir,- Ürün/hizmet standartlaştırılmalıdır,- Ürün/hizmetlerde düşük kalite görülebilir.
Farklılaştırma	<ul style="list-style-type: none">- Ürün/hizmetler eşsiz olarak görülür,- Genellikle yüksek kalite olarak görülür,- Fiyatlandırma üzerinde büyütücü kontrol.	<ul style="list-style-type: none">- Genellikle ürün veya hizmetlerin farklılaştırmasının uygun bir şekilde yapılmasındaki zorluk,- Ürün/hizmetler daha yüksek fiyatlandırılabilir.
Odaklanma	<ul style="list-style-type: none">- Özel bir pazar çekim alanına girer,- Pazarla ilgili ürün geliştirilebilir.	<ul style="list-style-type: none">- Pazar küçük olabilir,- Pazarın genişletilmesi zor olabilir.

Kaynak: Swayne ve diğ. (2006:267)

Çalışmanın bundan sonraki bölümünde pozisyon stratejileri tek tek ele alınarak ayrıntılı bir şekilde incelenecektir.

2.3.1.2.1. Toplam Maliyet Liderliği

Maliyet liderliği stratejisi, ürün ve hizmetleri rakiplerin sunduğundan daha düşük maliyetle üretmek sureti ile avantaj elde etmek üzere düzenlenmiş bir pozisyon stratejisidir. Maliyet liderliği, bir jenerik stratejisi olarak uyum stratejilerinin her biri ile etkili bir şekilde kullanılabilir ve özellikle sağlık hizmetleri endüstrisinin temel tedarikçiler bölümü için uygun olarak görünmektedir (Swayne ve diğ., 2006:264).

Maliyet liderliği, verimli ölçekte faal tesislerin kurulmasını, deneyimlerden güçlü maliyet düşüşlerinin elde edilmesini, sıkı maliyet ve genel giderler kontrolünü, küçük müşteri hesaplarından kaçınılmasını ve AR&GE, servis, satış gücü, reklamlar, vs. gibi alanlarda maliyetlerin en aza indirilmesini gerektirir. Bu hedeflere ulaşmak için, yönetimin, maliyet kontrolü üzerine dikkatle eğilmesi gereklidir. Kalite, hizmet ve diğer alanlar göz ardı edilmese de, rakiplere oranla düşük maliyet, tüm stratejiyi belirleyen ana tema olur (Porter, 2000:44; İplikçioğlu, 2003:94).

Maliyet konumu, firmaya rakipleri karşısında bir savunma sağlar; çünkü düşük maliyetler, rakipleri rekabet sonucu kârlarını kaybettikten sonra bile, firmanın hâlâ getiriler elde edebileceği anlamına gelir. Düşük maliyetlilik konumu, firmayı güçlü alıcılara karşı korur, çünkü alıcılar, fiyatları ancak bir sonraki en verimli rakibin fiyat düzeyine kadar düşürmek için güç kullanabilirler (Porter, 2000:45). Maliyet avantajının hedefi endüstride maliyet lideri olmaktır. Eğer bir firma maliyet liderliği pozisyonunu oluşturabilirse, o zaman maliyet avantajını fiyat üzerinde rekabet yapan rakiplerinin altında tutmayı kullanabilir (Craig ve Grant, 1993:66).

Girdi maliyetleri, işlem teknolojisi, ürün dizaynı, kapasite kullanımı ve yönetsel faktörler maliyet faktörlerini oluşturmaktadır (Sadler, 1993: 187-188). Maliyet çalışmaları üretim maliyetleri üzerinde odaklanmakta ve maliyet pozisyonu ile ilgili pazarlama, hizmet ve altyapı gibi diğer faaliyetlerin etkileri atlanmaktadır (Porter, 1985: 62). Değer yaratma faaliyetlerinin büyük maliyet faktörleri; ölçek ekonomisi, öğrenme, kullanım kapasitesinin seyri, bağlantılar, ilişkiler, entegrasyon, zamanlama, karar vermeyi sağlayan (discretionary) politikalar, yerleşim ve kurumsal faktörlerdir. Maliyet kaynakları, bir faaliyetin maliyetinin yapısal nedenleridir ve kontrol altındaki bir firmada daha azdır (Porter, 1985:70). O halde maliyet liderliği stratejilerinin uygulanabilmesi; yüksek pazar payı, hammaddelere daha kolay erişim, mamullerin nispeten standart olması, işletmenin ekonomik ölçeği ve öğrenme eğrisinin düşmesine bağlıdır (Dinçer, 2003:200).

Düşük maliyetler tek başına bazı rekabet avantajları sağlayabilir, ancak maliyet liderliği (rakiplerinden daha düşük maliyette ürün veya hizmetlerin üretiminin devamlılığı) sürdürülebilir bir rekabet avantajı için yalnızca potansiyel sunabilir (Zuckerman, 2002:133). Bir firma eğer bütün değer faaliyetlerinin performansının toplam maliyetini rakiplerinin maliyetlerinden daha düşük düzeyde tutarsa bir maliyet avantajına sahip olur. Maliyet avantajının stratejik değeri firmanın sürekliliğine dayanak noktası teşkil eder. Eğer firmanın maliyet avantajının kaynakları rakipleri tarafından kopya edilemeyecek veya taklit edilemeyecek kadar zor ise süreklilik sunacaktır (Porter, 1985:97).

Maliyet liderliği stratejisinde işletmenin karşılaşılabileceği en büyük sorunlardan biri, rakiplerin maliyet lideri işletmeden daha ucuza mal üretmenin yollarını bulmalarıdır.

Maliyet düşürmenin en sık kullanılan yollarından biri, işçilik maliyetlerini düşürmektir. Daha ucuz işgücü ile üretim yapabilen bir işletme maliyet avantajını eline geçirebilmekte ve böylece rakiplerinin bu alandaki üstünlüklerine son verebilmektedir (Acar, 2005:25). Özellikle emek-teknoloji yoğun olan hastanelerde işçilik maliyetleri düşürülerek büyük avantajlar elde edilmektedir. Bu avantajdan yararlanmak için kamu hastaneleri dahi pek çok alanda dış kaynaklardan yararlanma yoluna giderek işçilik maliyetlerini düşürmektedir. Diğer bir sorun, dünya ve çevresel koşullarda meydana gelen hızlı gelişmeler nedeniyle değişen müşteri istekleridir. Maliyet lideri işletme, devamlı olarak maliyetleri düşürmenin yollarını ararken, sürekli değişen müşteri isteklerini kolaylıkla göz ardı edebilmektedir. Bu takdirde rekabet, müşteri isteklerine uygun farklılaşma gerektireceğinden maliyet liderliği önemini kaybedecektir (Eren, 2000:289).

Tarihi olarak, düşük maliyetler, düşük kaliteye ve düşük kaliteli sağlık hizmetleri için neredeyse talebin olmayacağı şeklinde değerlendirilmektedir. Oldukça yakın zamanlara kadar düşük maliyetlere güdüleyen, sağlık hizmetleri yatırımlarının geri dönüşünü sağlayan metodolojilerinin sağladığı şeyler de azdı. Bununla birlikte artık sağlık hizmetleri son zamanlardaki daha zorlu ekonomik çevre içerisinde düşük maliyet stratejisinin değerlendirmesiyle yenilenmiş gelirlere doğru harekete geçmiş görünmektedir (Zuckerman, 2002:134).

Sağlık hizmetlerinin satın alınması pek çok grup arasında kompleks bir işlem maliyetleri setinden oluşmaktadır. Örneğin hastaneler için hizmet pazarı, işverenlerin oynadıkları rolün öneminin gittikçe artmasıyla birlikte, en az dört oyuncuyu gerektirmektedir (hasta, doktor, hastane ve sigorta planı). Geleneksel hizmet için ücret ödeme (fee-for-service) döneminde hastaneler arasındaki rekabet baskın bir şekilde fiyat dışı faktörlerden kaynaklanmaktaydı. Hekimlere hizmet için ücret esas alınarak ödeme yapılan sağlık hizmetlerinin kullandığı kaynakların maliyet etkinliğini teşvik etmeyen bir rejim vardı. Hastaneler hekim ve hastalara çekici olmak için mali olarak konfor ve hizmetlerde duplikasyon yapmak suretiyle (fiyat dışı rekabet) rekabet etmekteydi. Bu dürtülerle gelişen bir pazarda fiyat dışı rekabet düzeyinin sağlık hizmetleri maliyetleriyle pozitif bir ilişki içerisinde olması şaşırtıcı değildir (Bamezai ve diğ., 1999:234).

Pazar yapısı (firmaların sayısı ve onların büyüklük yayılımı), giriş bariyerleri ve özel olarak kabul edilmiş veya devlet tarafından uygun görülmüş anlaşmalar genellikle rekabetin büyüklüğünü belirlemektedir. Sağlık hizmetleri pazarında diğer bir husus, sağlık hizmetleri müşterilerinin maliyet duyarlılıklarının olup olmadığıdır. Eğer bu duyarlılık yoksa, tedarikçiler arasında rekabet sorununa ilgi daha az olmaktadır. Diğer pazarlarda olduğu gibi sağlık hizmetleri pazarında da rekabetin bir sonucu, kârlardaki azalmadır (Fuchs, 1988:7).

Hemen hemen tüm Batı Avrupa ülkelerinde, özellikle acil yatan hasta yataklarında olmak üzere, hastanelerdeki toplam yatak sayısı son yıllarda önemli bir düşüş göstermiştir. Bunun sebepleri tam anlamıyla anlaşılacakla birlikte muhtemelen maliyet sınırlaması politikaları, teknolojiye veya tedavi yöntemlerindeki değişim ve birinci basamak sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin rollerindeki değişikliklerin ortak sonucudur. Ayrıca, çoğu ülkede, ortalama hasta kalış süresindeki azalmayla birlikte hasta kabul oranında artış meydana gelmiştir. Kalış süresinin azaltılması trendi, hasta yönetimi, cerrahi müdahale gibi klinik tekniklerdeki gelişmeler, kalış süresinin azaltılmasına yönelik girişimler ve artık acil bakıma ihtiyacı olmayan hastaların diğer birimlere aktarılmasının sağlanması konularındaki değişimleri de beraberinde getirmiştir (Saltman ve Figueras, 1998: 216).

Henüz hastaların genellikle ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerinin büyüklüğü ve çeşidinin ne olduğuna karar vermede büyük güçlüklerle sahip olması temel sorunu devam etmektedir ve belki de bu durum her zaman devam edecektir (Fuchs, 1988:9). Bu sorunun devam etmesi hizmet alıcıların maliyetler üzerinde fikir yürütmelerine engel olmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri pazarında üreticiler müşterilere oranla daha güçlü konumdadırlar.

Potansiyel olarak muhtemelen hastalar, doktorun gerekli diye karar verdiği hizmetlere ulaşmak için gösterdiği çabanın tamamını fiyat ve maliyet olarak incelemektedir. Bazı hizmetlerin fiyatı sağlık planlarının kapsamı içerisinde olabilir, fakat bu durum sınırlandırıldığından hasta kendi cebinden direkt ödeme yapmaktadır. Buna ilave olarak, hasta hizmetin sunulduğu yere kendi yaşadığı yerden naklini bekleyebilmektedir. Bir randevu almak için saatlerce, günlerce veya haftalarca bekleyebilmektedir. Hatta özel olmayan bir tedavi, konforlu olmayan bir tanı

prosedürü veya ağırlı bir tedavi ile karşı karşıya kalabilmektedir. Eğer bütün bunlarda hastanın uzmanlık gerektiren bir hizmet alması veya kendi seçiminden etkilenme söz konusu ise tamamı için en iyi maliyet çalışmaları oluşturulmalıdır (MacStravic, 1994:337).

Birçok ülkenin, pahalı tıbbi malzeme alımının denetimine yönelik düzenlemeleri vardır. Bazı durumlarda, bu denetimler hizmet sunuculara kadar uzanır. Uzmanlık hizmetlerinin geliştirilmesini kontrol altında tutan sistemler de oluşturulmuştur, fakat bunlar mevcut alt-optimum dağılım problemlerini çözme kapasitesine sahip olmayabilirler. Piyasaların, uzmanlık hizmetlerinin gereğinden fazla sunumu veya gereksiz tekrarını ele alacak etkili bir mekanizma oldukları söylenemez. Gerçekten, çoğu piyasada bulunan hastane hizmetlerine ilişkin fiyat dışı rekabet, bu tür unsurların geliştirilmesini teşvik edici bir eğilim gösterecektir (Saltman ve Figueras, 1998: 226).

Yetmişli yıllar ve seksenli yılların başlarından elde edilen verilerin analizi, daha az rakiple rekabet eden hastanelerle karşılaştırıldığı zaman genel olarak çok rakiple rekabet eden hastanelerin daha büyük kaynak kullanmaya ve daha yüksek maliyetle üretim yapmaya meyilli olduğunu göstermektedir (Robinson and Luft 1987, Joskow 1980 gibi). Fakat seksenlerin ortalarından doksanlara kadarki çalışmalarda kullanılan verilerde Managed Care uygulamalarının başlamasıyla birlikte daha rekabetçi pazardaki hastanelerin daha az rekabetçi pazarlardaki hastanelerden genellikle daha düşük maliyetlere sahip olduğu bulundu. Bu çalışmaların sonuçlarının temel alındığı daha sonraki rekabet ve Managed Care çalışmaları, hastanelerin fiyat üzerinde rekabet edebiliğini göstermektedir (O'leary,2000:36-37).

Managed Care'in gelişmesi, geleneksel hizmet için ödeme modelinde maliyet artırıcı dürtülerin tam tersi bir durum ortaya koymaktadır. İlk olarak, planlara üye olanların kullanımını sağlamak için fiyat ve diğer hususlarda imtiyazlar sunan hizmet sağlayıcıları arasında fiyat rekabeti önerilerinde seçimlik sözleşmeler gerçekleştirilmiştir. Sigorta pazarlarında rekabet düzeyine dayanan bu fiyat tavizleri pazar paylaşımında en iyi durumu elde etmek için yapılan planlarda müşterileri kazançlı duruma getirdi. Bir satın alma koalisyonuna katılmak ya da kendi çalışanları arasında fiyat duyarlılığı geliştirmek suretiyle işverenler daha düşük primler ödeyerek daha etkili bir şekilde rekabeti sağlayan iç planlarla sonuç alabilirler. İşverenler,

çalışanlarına her bir planın fiyatı, yararları ve kalitesi hakkında anlaşılır bilgiler sunmak ve temel kazançları kapsayan maliyet içinde işveren prim katkı payını sınırlamak suretiyle fiyat duyarlılığı geliştirebilirler (Bamezai ve diğ., 1999:234).

Seçimlik kontratların rekabet fiyat düzeyi belirli bir pazarda farklı faktörlere dayanmaktadır. Bu faktörler (Bamezai ve diğ., 1999:234):

1. Rekabet eden hastane ve plan sayısı,
2. Fiyat, kalite ve mesafeye karşı sağlık hizmetleri talebinin esnekliği ve
3. Hastane veya plana karşı müşteri bağlılığıdır.

Eğer planlar yalnızca fiyat esası üzerine bir ağ ile bir araya getirilmiş ise ya kabul edilemez kalite ya da kabul edilemez girişler sebebiyle üye kaybetme riski ile karşı karşıya kalırlar. Dahası, sağlık hizmeti sunucuları (doktorların ve hastanelerin her ikisi birden) geri ödemeye karşı bir araya gelen ve kendi pazarlık pozisyonlarını güçlendiren birlikle riskleri daha iyi yöneten daha büyük gruplar içerisinde kendilerini güçlendirebilirler. Bu değişikliklerin net etkilerinin tahmin edilmesi zordur. Daha büyük birimler daha verimli olabilir ve bu suretle daha düşük fiyatlar teklif edebilirler. Fakat onların müzakere pozisyonları daha sağlam olsa da, sağlık harcamalarını artırmaya eğilimlidir

Fiyat rekabeti sağlık hizmetleri pazarında diğer sektörlerden daha az yaygındır. Sağlık hizmetleri belirsizlikler ve bilgi asimetrisi sebebiyle mükemmel olmayan bir rekabetçi pazar olarak sınıflandırılmıştır. Bu sebeple sağlık hizmetleri pazarında fiyat rekabetinden daha çok kalite için yapılan rekabet daha fazla gözlemlenmektedir (Cheng ve diğ., 2006:68).

Sağlık hizmetleri yöneticileri yasal düzenleme değişiklikleri ile başa çıkmak ve endüstride artan rekabetten kendilerini korumak için maliyet kontrolü ölçümleri üzerine daha büyük bir dikkatle odaklanmaktadır. Hastaneler tarafından maliyet kontrolü stratejilerin uygulamasına örnekler, kâr sağlamayan hizmetlerin kâr sağlayan hizmetlerden marjinal bir şekilde ayırt edilmesi, savurganlığın azaltılması, personel azaltma, iç fonksiyonel koordinasyonu geliştirme vb.dir (Kumar ve diğ., 1997:49).

Sonuç olarak, sağlık hizmetleri dışında çok sayıda kâr amaçlı şirket ve sağlık hizmetleri sektörü içerisinde özellikle kâr amacı gütmeyen sağlık organizasyonları içerisindeki bazı şirketler, bu stratejinin ödüllerini toplamaktadırlar. Bu durum sağlık hizmetleri sunumunun tarihi olarak fiyat rekabeti ve yatırımların geri dönüşünün kontrolünden yoksun olduğu dikkate alınırsa, hiç de şaşırtıcı değildir (Zuckerman, 2002:153). Hombourg ve arkadaşlarının (1999: 353) yaptıkları bir çalışmadan elde ettikleri bulgulara göre, bir maliyet liderliği stratejisi izlendiği zaman, konsensüs sağlamak için yöneticilerin çok fazla yatırım yapmaları gerekmemektedir. Maliyet liderliği stratejisi üzerinde duran firmalar tipik olarak daha hiyerarşik yapıdadır, verimlilik üzerine odaklanmışlardır ve strateji oluşturulduğu zaman genellikle daha az yönetsel direktifler söz konusudur

2.3.1.2.2. Farklılaştırma Stratejisi

Farklılaştırma, rn veya hizmetlerin rakiplerin ürün veya hizmetlerinden farklı yapmaya yönelik bir stratejidir. Müşteriler, benzer türden hizmetlerden oluşan bir grup arasında hizmetlere eşsiz nazarından bakarlar (Swayne ve diğ., 2006:265). Buradan hareketle farklılaştırma bir firmanın sunduklarında bir araya getirdiği eşsizlikler (uniqueness) olarak tanımlanabilir. Farklılaştırma avantajı bir firmanın farklılaştırma yaptığı bir pazarda farklılaşmanın sağladığı maliyeti aşan bir fiyat primi elde edebilmesinin meydana gelmesidir (Sadler, 1993: 190, iek, 2003:123). Bir başka ifade ile, farklılaştırma stratejisi, firmanın sunduğu ürün veya hizmeti farklılaştırarak, tüm sektörde benzersiz olarak kabul edilen bir Şey yaratmaktır. Farklılaştırma ile ilgili yaklaşımlar birçok farklı biçim alabilir: Tasarım veya marka ismi, teknoloji, özellikler, müşteri hizmetleri, satıcı ağı veya diğer boyutlar. İdeal olan, firmanın kendini çeşitli boyutlarda farklılaştırmasıdır (Porter, 2000: 47; İplikçioğlu, 2003:94; Dinçer, 2003:202). Çünkü ortaya çıkan daha fazla farklılık üstünlük anlamına gelmektedir. Bu gerçekleştirildiği takdirde rakipler ile aradaki mesafe artmakta ve müşterilerin gözünde çekicilik artmış olmaktadır (Acar, 2005: 28). O halde eğer bir firma müşterilerinin değerlerine göre bazı Őeylerde eşsiz ise kendini rakiplerinden farklılaştırmaktadır. Bir firma, son derece düşük bir fiyattan sunum yapmanın ötesinde, müşterilerine eşsiz değerde bir Şeyler sağladığı zaman, kendisini rakiplerinden farklılaştırmaktadır (Porter, 1985:119).

Mükemmel farklılaşma firmanın müşteri talebini anlama ve müşteri talebinin az bulunur yönleriyle sunma yeteneğine sahip olduğu ürün ve hizmetlerinin az bulunur özelliklerini karşılaştırmasından kaynaklanmaktadır. Pazar araştırmasının müşteri talebini araştırmak ve analiz etmek için zengin yöntemleri vardır (Craig ve Grant, 1993:74). Bu strateji alıcılar üzerinde bir işletme ve marka bağımlılığı oluşturmaktadır. Bu oluşturulan cazibe ve prestij kolay kolay silinmemektedir. Rakiplerin bu işletmelerin pazarına girmeleri, ancak yapılan güven sarsıcı hatalardan kaynaklanmaktadır. Farklılaşma stratejisi izleyen bir işletme, bunu tüm gücü ve her yönüyle korumaya çalışmalıdır (Acar, 2005: 28).

Teknolojik gelişme ile birlikte ortaya çıkan esnek üretim teknolojileri, geleneksel üretim teknolojilerinin en büyük sorunlarından biri olan üretim maliyetlerini düşürme çabaları ile ürün kalitesini müşterinin taleplerine en üst seviyede cevap verecek şekilde artırma girişimleri arasındaki çelişkiyi ortadan kaldırmakta ve firmaların ürün farklılaştırmasına giderek üretilen ürün ya da hizmetleri mümkün olan en uygun fiyatlarla, en uygun zamanda ve yerde müşterilerine teslim etmelerine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle firma düzeyinde rekabet gücü kavramı maliyet ve fiyat avantajının (verimlilik) yanı sıra fiyat dışı rekabet üstünlüğünü de kapsamaktadır (Aktan ve Vural, 2004a: 13).

Sürdürülebilir farklılaştırma iki şeye dayanmaktadır; farklılaştırmanın müşteri değerlerinde hissedilebilirliğinin devam etmesi ve rakipler tarafından taklit edilememesi. Özel bir farklılaştırma şeklinin değerini eleyen müşterilerin ihtiyaçlarının veya beklentilerinin değişmesi her zaman meydana gelebilecek bir risktir. Rakipler firmanın stratejisini taklit edebilir veya bir firmanın seçtiği stratejinin üzerine atlayabilir (Porter, 1985:159). Ancak, farklılaşma stratejisinin marka bağımlılığı ve müşterilerin gözünde sahip olduğu ayrıcalıklı üstünlüğü, piyasaya yeni girmeye çalışan rakipler için önemli bir engel niteliğindedir. Giriş engeli oluşturma açısından önemli bir yarar taşımaktadır (Acar, 2005:28).

Rekabeti sınırlandırdığı için taklit edilemezlik değer yaratmanın özünü oluşturur. Bir kaynak taklit edilemez ise yarattığı herhangi bir kâr akışının süreklilik gösterme ihtimali yüksektir. Rakiplerin kolayca kopyalayabileceği bir kaynağa sahip olmak, yalnızca geçici değer yaratır. Ancak taklit edilemezlik sonsuza kadar sürmez. Rakipler

zamanla değerli kaynakları kopyalamanın bir yolunu bulacaklardır (Collins ve Montgomery, 2000:47-48).

Rekabet avantajının güçlü olduğu dönemlerde, rekabet etmek için farklılaştırma maliyet liderliğinden daha fazla güvenilir bir temel oluşturmaktadır. Maliyet avantajları farklılaştırma avantajlarından daha kolay bir şekilde taklit edilebilmeye meyillidir ve maliyet avantajı değiş tokuş oranlarının değişmesine ve düşük mücadele olan ülkelerde rekabetin ortaya çıkmasına karşı yüksek derecede korumasızdır (Sadler, 1993: 190).

Farklılaşma stratejisi hangi rekabet avantajlarını sağlamaktadır? Bu sorunun cevabı arandığı zaman farklılaştırma stratejisinin uygulanmasıyla organizasyonlarda beş avantaj meydana gelebileceği görülmektedir (Zuckerman, 2002:159):

1. Etkileyici bir bağlılık meydana getirmek: Müşteriler kendi tercihlerini etkilediği için bağlılık geliştirirler. Etkili bağlılık (sadakət) özellikle tüketici ürünleri endüstrisinde yaygındır, fakat gittikçe hizmet endüstrisinde de uygulanmaktadır.

2. Müşteri hareketlerini azaltmak: Diğer benzer ürünler daha az çekici olacağı için, özellikle sonuç almak için farklı şekilde işlem yapan büyük müşterilerin pazarlık etme gücü azalmaktadır.

3. Tedarikçi hareketlerini azaltmak: Diğer tedarikçilere göre daha önde olduğu, öneminin kaybolmasından kaygı duyduğu ve potansiyel olarak müşteri daha önemli olduğu için tedarikçiler, özellikle de büyük tedarikçiler, organizasyona karşı daha az dirençli olacaktır.

4. Giriş bariyerleri yaratmak: Sadık müşteriler diğer organizasyonların alana girme çabalarına veya giriş yeri aramalarına karşılık vazgeçirici bir hizmet sunarlar.

5. İkame tehditlerini dengelemek: Organizasyonlar için ikame ürünler (veya hizmetler) her zaman bir endişe kaynağıdır. Bununla birlikte müşteri bağlılığı, farklılaştırılmış özellikler için en azından ikame ürünlerin güçlerinin kısmen dengelenmesinde organizasyonun müşterilerinin başarılı bir şekilde ilgisini çeker.

Sağlık hizmetleri sunumunda, farklılaşma stratejisi kapsamlı bir strateji olarak uzun bir dönemden beri kullanılmakla birlikte, günümüzde oldukça sık kullanılmaya

başlamıştır (Zuckerman, 2002:158). Farklılaştırma stratejisi, bir kurumun ürettiği ürün ve hizmetlerin, rakip kurumların ürün ve hizmetlerinden farklılaştırılmasını amaçlamaktadır. Bir ürün veya hizmet, kalite, kullanım kolaylığı, imaj, vb. özelliklere göre rakip ürünlerden farklılaştırılabilir. Bir sağlık kurumunun ürettiği hizmetlerin kalitesini yükseltmesi ve verdiği hizmetlerin değer kalitesinin diğer kurumların verdiği hizmetlerin kalitesinden yüksek olduğu düşüncesini topluma benimsetmeye çalışması bir farklılaştırma stratejisi örneğidir (Kavuncubaşı, 2000:157).

Sağlık sektöründe ürün, kalite ve hizmet farklılaşması olmak üzere üç tip farklılaşmadan söz edilebilir (Zuckerman, 2002:158).

a. Ürün: Burada odaklanılan ürünün özelliklerindeki (veya vakaların çoğunda sağlık hizmeti sunucularında, sunulan hizmetin özelliklerinde) farklılaşmalardır. Bazı potansiyel farklılıklar, kapsam, avantajlı teknoloji ve çalışanların karmasında oluşmaktadır.

Mükemmelleştirme merkezleri kavramı, ürün farklılaştırmanın pek çok yönüyle birleşmektedir, fakat teknik özellikler bu rekabet stratejisinin temelidir. Mükemmellik merkezleri geliştirmede sağlık bakım organizasyonları kendi seçilmiş ürünlerinin diğerlerinden farkını sürekli bir şekilde geliştirmek için bir veya daha fazla ürün alanında kendi etkinliğini geliştirir (Zuckerman, 2002:195).

b. Kalite Farklılaşma: Fiyat rekabeti sağlık hizmetleri pazarında diğer endüstrilerden daha az yaygındır. Sağlık hizmetleri belirsizlik ve bilgi asimetrisi nedeniyle mükemmel olmayan bir pazar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri pazarında fiyat rekabetinden daha çok kalite rekabeti gözlenmektedir (Cheng ve diğ., 2006: 68). Kalite oluşturma, eğitim ve teknoloji aracılığıyla kusurları azaltarak veya ortadan kaldırarak değişkenlikleri azaltmak, müşteri memnuniyetini artırmak ve klinik çıktılara göre hizmet kalitesini sağlamaya yönetimin verdiği önemi somutlaştırmaktır (Butler ve Leong, 2000:228).

Gerçek çıktılarda farklılıklar, üretim süreçleri veya hizmet sunumunun yapısındaki kalite farklılaşmasında oluşmaktadır. Bazı potansiyel farklılıklar, daha düşük morbidite ve mortalite, tedavi sonrası yaşam kalitesinin önemli bir şekilde gelişmesi, organizasyonun Sağlık Organizasyonları Akreditasyon Ortak Komisyonu (Join

Comission on Accreditation of Healthcare Organizations) skorlarının diğer organizasyonlardan daha iyi olması ve yönetim kurulundaki sertifikalı hekimlerin oranının yüksek olmasında oluşmaktadır (Zuckerman, 2002:158).

Sağlık hizmetleri, bakımın kalitesi bağlamından iki uyarıya cevap aramalıdır. İlki, kalite sadece teknik bakımın uygulanması değildir. Örneğin hipertansif bir hasta için gerçekleştirilen ofis ziyareti süresince, bir hekim hangi soruları soracağını ve ne tür muayeneler yapacağını kararlaştırmak zorundadır. Aslında ziyaret süresince davranış şekli, tarzı ve çalışılan tıp sanatının diğer boyutlarının değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin hasta şikayetlerinin tıbbi tedaviye etkilerini ortaya koyması gerekmektedir. Bu faktörler kan basıncının kontrolünü ve sonuçta sağlık statusünü etkileyebilmesine yöneliktir. İkincisi, sağlık statusü çok boyutlu bir kavram olarak incelenmelidir. Örneğin, belirli hekim faaliyetleri aynı zamanda daha fazla ağrı oluştururken veya daha düşük faaliyet düzeyi sağlarken hayatı uzatabilir. Hekimlerden daha çok hasta değerlendirmelerini yansıtan hizmet kalitesi hakkındaki yargılar, ticari olmayan bir bakış açısıyla bakıldığında, kalite ve yaşam kalitesi veya daha sonraki algılardan ziyade şu an hissedilenlerden oluşmaktadır (Brook ve Kosecoff, 1988;151).

Müşteri tercihi teorisine göre, malların veya hizmetlerin kalitesi müşteri beklentilerini karşıladığı ve tüketici fiyatı hizmetlere eş değer gördüğü zaman, müşteri memnuniyeti ortaya çıkar ve o hizmetlerin tüketimi devam eder. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde kalite ve fiyat hakkındaki bilgi sınırlıdır. Hastaların sağlık hizmetleri sunucularını seçimi büyük oranda aile üyeleri ve arkadaşların önerilerine dayanmaktadır ve hasta tecrübeleri ve sağlık hizmetlerinin kalitesi hasta tarafından bir hastanenin önerilip önerilmemesinde önemli bir etkiye sahiptir. Hastaların hizmetleri değerlendirme algısı ve hizmet sunucularını tavsiye etmesi sağlık hizmetleri pazarında rekabetin önemli nitelikleri arasında varlığını sürdürmektedir (Cheng ve diğ.,2006: 69).

Sağlık hizmetleri kalitesi hakkındaki bilgilerin elde edilebilirliğinin ve genel olarak bu konuda halk arasında ilginin artması kalitenin ölçülmesi, geliştirilmesi ve farklılaşma olarak kullanılması durumlarının yaratılmasına günümüz sağlık hizmetleri sunum organizasyonlarının daha fazla odaklanmasını sağlamaktadır (Zuckerman, 2002:181).

c. *Hizmet Farklılaştırma*: Olağanüstü bir hizmet sunumu, ekonominin hizmet tarafındaki organizasyonlar için bir amaç olmalıdır. Sağlık hizmetleri organizasyonları tarafından ortaya konulan bazı potansiyel farklılıkları müşteri memnuniyeti skorlarının çok yüksek olması, hızlı ayaktan tedavi, hizmet sunmak için uygun alanlar ve hizmet saatlerinin yayılmasını kapsamaktadır (Zuckerman, 2002:158).

Sağlık hizmetleri gibi hizmet endüstrisinde teknik kalite, özel hizmet sağlama ve ileri ürünler kesinlikle önemli olmasına rağmen, müşteri için kendisine hizmet sunandan daha kritik öneme sahip hiçbir şey yoktur. Sağlık hizmetlerinin dışında ve içinde yapılan incelemeler, güçlü müşteri ilişkileri geliştirmede kusursuz müşteri hizmetlerinin değerini ortaya koymaktadır. Hatta sağlık hizmetleri sunumunda, doğru bir tanı ve hızlı tedavi veya bakımın yapıldığı yer müşteri memnuniyeti için gerekli şart olarak görülmektedir, mükemmel hizmet müşteri için çok önemlidir (Zuckerman, 2002:184).

Hastane hizmetlerinin farklılaştırılması yaklaşımları oldukça çeşitlidir. Porter'ın farklılaştırma stratejisinin uygulanması çalışmalarında, hastane ileri teknoloji, imaj ve en son (ve en pahalı) teknolojilerin kullanılması (magnetic resonance imaging gibi) gibi teknoloji tipleri ve tıbbi destek personelinin kalitesinin farklılaştırılması; yaygın olarak sunulmayan hizmetlerin sunulması (kulak, burun, boğaz ve geriatri gibi) ve en gelişmiş performans prosedürleri yaratmak gibi pek çok farklı temelde kullanılmaktadır. Bununla birlikte genel olarak bu stratejileri uygulayan hastaneler, hastalarının az bulunur ihtiyaçlarını karşılamak için memnuniyet sağlayıcı bir şekilde değer sunan hizmetleri sağlamaya çaba sarf etmektedirler. Hastaneler, yüksek düzeyde yeterlilik ve beceriler sergilemek suretiyle kurumsal bağlılık ve böylece de esnek olmayan bir fiyat yaratma çabası içerisindedirler. Hastaneler (özellikle de kâr amaçlı hastaneler) fiyatların daha kolay kontrol edilebildiği ve gelirlerin daha üst düzeyde olduğu alanlarda farklılaştırma yapabildikleri için, ileriye dönük ödeme (Prospective Payment)² bu stratejiyi daha da çekici bir hale getirmektedir (Kumar ve diğ., 1997:49).

² Ödeme yönteminin ileriye veya geriye dönük olması, hizmeti almadan veya hizmeti aldıktan sonra ödeme yapılması ile ilgilidir. Eğer hastane veya sağlık hizmeti sunucusunun bir sözleşme paketindeki hizmetler için hastalar veya ödeme kurumlarından hizmeti kullanmadan önce ne kadar ücret alacağı belirleniyor ve buna göre ödeme yapılıyor ise bu ileriye dönük bir ödeme (prospective payment system) mekanizmasıdır. İleriye dönük ödemeler (kişi başı ve vaka esaslı ödemeler gibi) yüksek finansal riskten dolayı sağlık hizmeti sunucularını yüksek verimliliğe zorlayan faktörlerden birisidir. Eğer hizmet alırken/kullanırken veya kullandıktan sonra ödeme yapılırsa bu ise geriye dönük bir ödeme yöntemidir

Sağlık hizmetleri endüstrisinde farklılaştırmanın en genel biçimleri kalite ve imaja dayanmaktadır. Pek çok akut bakım hastanesi kendi hizmet alanlarında diğer hastanelerde ve kendi aralarında farklılaştırma olarak bakımın kalitesi üzerinde durmakta ve bakımın kalitesinin geliştirilmesini desteklemektedirler. Bununla birlikte, müşteriler çok zorlu bir farklılaştırma faktörünü kullanarak, her hastanede yüksek kalitede bir bakım kalitesi uygulanmasını beklemektedirler. “İleri teknoloji” (high-tech) imajı sağlık hizmeti sunan organizasyonlar arasında diğer bir temel faktördür. Bir sağlık okulu (tıp fakültesi) ile birleşmek mümkün olan en iyi hizmetin sunulması (çok sofistike süreçlerin uygulanması veya en son teknolojilerin kullanılması bakımından) imajını desteklemektedir (Swayne ve diğ., 2006:264-265).

O halde organizasyonlar farklılaştırma stratejisi izlemek suretiyle az bulunur ürün ve hizmetler üreterek rekabet avantajı elde etme çabası içerisindedirler. Bu amaçla hareket eden organizasyonlar, rakiplerinden açık bir şekilde farklı ürünler ve hizmetler geliştirmeye gayret ederler. Amaç, organizasyonun ürünlerine bağlılığı olan müşterileri çekmek ve rakiplere olan ilgiyi azaltmaktır. Bu strateji organizasyonun pazar araştırma ve geliştirme ve yaratıcılıkta güçlü olmasını gerektirmektedir. Müşterinin ürünün kalitesi ve eşsizliği algısının sürdürülmesinin başarılmasına dayalı bir stratejidir (Schermerhorn, 2007:220). Son yıllarda gelişen ileriye dönük ödeme sistemleri nedeniyle hastanelerin fiyat üzerinde rekabet etme şansları azalmaktadır. Dolayısıyla hastanelerin müşterileri için değer yaratan ve müşteri bağlılığı oluşturan ve diğer hastaneler tarafından sunulamayan hizmetleri sunmak suretiyle, sağlık hizmetleri pazarında daha kolay rekabet edebilecekleri düşünülmektedir.

2.3.1.2.3. Odaklanma Stratejisi

Odaklanma stratejisi, firmanın dar bir pazar bölümünde (segment) ürün veya hizmetlerini geliştirmesi ve bu bölümün ihtiyaçlarını karşılamak için satış ve pazarlama faaliyetleri sürdürmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Zuckerman, 2002:107). Organizasyonlar özel bir pazar bölümüne, o bölümün ihtiyacı olan hizmeti herkesten daha iyi bir şekilde sunmayı amaçlayarak yoğunlaşmak suretiyle odaklanma stratejisini

(retrospective payment system). Geriye dönük ödeme yöntemlerinin maliyetleri artırmaya eğilimlidirler. Hizmet Başı Ödeme (Fee For Service), geriye dönük bir ödeme yöntemidir. Detaylı bilgi için Maceira (1998) ve Wouters (1999)'a bakınız.

izlemektedirler. Bu stratejileri izleyen organizasyonlar, örgütsel kaynak ve uzmanlıklarını özel bir müşteri grubu, coğrafik alan veya ürün/hizmet hattına odaklandırmaktadırlar (Schermerhorn, 2007:221).

Odaklanma stratejisi, özgül alıcı grubu, ürün yelpazesinin bir kesiti veya coğrafi pazar üzerine odaklanmaktadır; farklılaştırmada olduğu gibi odaklanma da birçok biçim alabilir. Düşük maliyet ve farklılaştırma stratejilerinin hedefleri tüm sektör çapında gerçekleştirilmesi amaçlamış olmalarına rağmen, odaklanma stratejisinin tamamı, belirli bir hedefe çok iyi bir şekilde hizmet vermek çerçevesinde oluşturulur ve her bir fonksiyonel politika, bu düşünce akılda tutularak geliştirilir (Porter, 2000:48, Kavuncubaşı, 2000:157-158).

Odaklanma stratejisi pazarda mevcut ihtiyaçlarını karşılamak için odaklanılan işi ve bu pazardaki mevcut firmalar tarafından sunulan hizmeti desteklemek için yeterli büyüklüğe sahip bir müşteri grubuna dayanır. Rekabet avantajı, o endüstrideki daha büyük firmaların dikkatlerini ve rekabet tepkilerini çekmeyen ve diğer firmalar tarafından kolayca kopya edilemeyen bir ürün veya küçük bir pazar dilimine odaklanma olduğu zaman meydana gelir (Zuckerman, 2002:109).

Odaklanma stratejisi her zaman ulaşılabilir toplam pazar payı üzerinde bazı sınırlamalar gerektirir. Odaklanma kaçınılmaz olarak ya kârlılıktan ya da satış hacminden ödün vermeyi gerektirir (Porter, 2000:50). Odaklanma stratejisinin başlıca dezavantajları, işletmenin varlığını sürdürmesi için pazar desteğinin çok küçük olabilmesi, tam olarak farklılaştırılmış ürün veya hizmet geliştirme sağlanamayabilmesi, büyük rakiplerin etkili bir şekilde karşılık verebilmesi ve kendi büyüklüklerini sonradan ortaya çıkanları ezmek için kullanabilmeleridir. Belirli durumlarda, odaklanan firmanın ortaya çıkması çok sayıda kendisi gibi yeni firmaları çeker ve pazar odaklanan rakiplerin bazılarını veya tamamını desteklemek için yeterince büyük olmayabilir. Nihayet bazı odaklanan firmalar olgunlaştıkları zaman, bazı derecelerde mükemmel bir odaklanmaya girdikten sonra büyümeyi denemek veya durgunlaşmak arasında odaklanmalarını kaybettikleri için bocalarlar (Zuckerman, 2002:111).

Odaklanma stratejisini izleyen işletme, belli bir pazar kısmı ya da bölgede uzmanlaştığı için, tüm stratejik ataklarını bu kesime yoğunlaştırmaktadır. İşletmenin bu strateji uygulayabilmek için şu hususlara dikkat etmesi gerekmektedir (Eren, 2000:297):

- Ürünleri birbirinden farklı olarak talep eden, kullanan, değişik ihtiyaçlardaki müşteri grupları veya bölgenin olması,
- Rakiplerin belli bir kesime uzmanlaşma yerine tüm müşterilere ve piyasaya hizmet vermeyi tercih etmeleri, uzmanlaşmaya yönelmemeleri,
- İşletmenin kaynaklarının tüm piyasaya hitap etmesine imkan verecek ölçüde geniş olmaması, aksine kıt kaynakların ancak belli bir pazar kısmında etkili olabilmesi.

Craig ve Grant (1993:94) odaklanmanın ürüne odaklanma, coğrafi odaklanma ve dikey odaklanma olmak üzere üç boyuta ayrıldığını ifade etmektedir. Porter (1985:53-57) ise bu boyutlandırmayı aşağıda özetlendiği şekilde dört boyutta açıklamaktadır:

- Bölüme odaklanma (Segment Scope): *Üretilen ve müşterilere sunulan ürünün çeşitliliği*. İhtiyaçlardaki farklılık ya da değer zincirinin gerektirdiği farklı ürün veya müşteri bölümleri için hizmet sunmak, odaklanmanın bir rekabet avantajını ortaya çıkarabilir.
- Dikey odaklanma (Vertical Scope): *Bağımsız firmalar yerine bir şirket topluluğu içerisinde yürütülen aktivitelerin büyüklüğü*. Dikey bütünleşme, bir firma ile onun tedarikçileri, kanallar ve müşterileri arasında faaliyetlerin paylaşılması şeklinde tanımlanır. Örneğin, bir firma kendisi üretmek yerine makine vb. parçaları satın alabilir veya bir hizmet organizasyonunu bünyesinde bulundurmak yerine hizmet sözleşmesi yapabilir.
- Coğrafi odaklanma (Geographic Scope): *Koordine edilmiş bir strateji ile rekabet eden bir firmanın bölgeler, ülkeler veya ülke gruplarındaki satış alanı*: Coğrafi odaklanma bir firmaya farklı coğrafi alanlarda hizmet sunmak için kullandığı değer aktivitelerini paylaşmasına veya koordine etmesine izin verir. Örneğin Canon fotokopi makineleri öncelikle Japonya'da üretilir, fakat satış ve servisleri pek çok ülkede bağlantısız olarak yürütülmektedir

- Endüstriye odaklanma (Industry Scope): *Koordine edilmiş bir strateji ile rekabet eden bir firmanın ilgili endüstrilerdeki satış alanı*: İlgili endüstride gerekli değer zincirleri arasında rekabet etmek için potansiyel ilişkiler yaygındır. Bu ilişkiler temel (paylaşılmış bir hizmet organizasyonu gibi) ve destek (teknoloji geliştirmeye katılma veya genel girdilerin sağlanmasının paylaşılması) faaliyetlerinin her ikisini de kapsamına alan değer faaliyetlerinden oluşmaktadır.

Odaklanma, bölümü farklılaştırma ve rekabet silahı tiplerinin seçimi birleştirilerek teorik olarak 16 pozisyon işletme stratejisinin elde edilmesi mümkündür: Maliyete odaklanma, faydaya odaklanma, kâra odaklanma, eksiklere odaklanma, bölümlere ayrılmış maliyete odaklanma, bölümlere ayrılmış faydaya odaklanma, bölümlere ayrılmış kâra odaklanma, bölümlere ayrılmış eksiklere odaklanma, toptan pazar maliyeti, toptan pazar faydası, toptan pazar kârı, toptan pazar eksikliği, bölümlere ayırma maliyeti, bölümlere ayırma faydası, bölümlere ayırma kârı ve bölümlere ayırma eksikliği (Chrisman ve diğ., 1988:423).

Odaklanmayı gerçekleştiren firma, potansiyel olarak sektör açısından ortalamanın üstünde getiriler de elde edebilir. Odaklanma, firmanın ya stratejik hedefi ile ilgili olarak düşük maliyet konumuna, ya yüksek farklılaştırmaya ya da her ikisine sahip olduğu anlamına gelmektedir. Odaklanma, ikamelere karşı en savunmasız olan veya rakiplerin en zayıf olduğu hedefleri seçmede de kullanılabilir (Porter, 2000:49).

Başlangıçta odaklanan işletmelerin çoğu niyetli olmamasına rağmen, ölçek ekonomisi ve bazen de pazar gücü geliştirmeye sonuçlanan bu işletmelerin genellikle dikey olarak gelişmeleri mümkündür. Odaklanılan işler eğer hizmet sunulan coğrafyada önemli büyüme sağlanabilirse tasarruf sağlanabilen sınırlı bir coğrafik pazarda hizmet sunularak başlar. Eğer odaklanılan işler operasyonda bulunduğu pazar diliminde dominant bir pozisyon elde edebilirse, gerçek pazar gücü ve gelir avantajıyla da sonuçlanabilir (Zuckerman, 2002:110).

O halde odaklanma stratejisi işletme açısından şu riskleri ortaya çıkarabilir (Porter, 2000:58):

- Geniş ürün yelpazesi olan rakiplerle, odaklanmış firma arasındaki maliyet farklılığı, dar bir hedefe hizmet vermenin maliyet avantajlarını ortadan kaldıracak veya odaklanmayla ulaşılan farklılaştırmayı dengeleyecek kadar genişletilir.
- Stratejik hedefle pazar arasında istenen ürünlerde veya hizmetlerdeki farklılıklar bir bütün olarak daralır.
- Rakipler, stratejik hedef dahilinde alt pazarlar bulurlar ve odaklananın odağını dışarıda bırakırlar.

Odaklanma (niching) sağlık hizmetlerinde uzun bir tarihe sahiptir. Sağlıkta genel uygulamalarından hareket ederek daha sonra ortaya çıkan uzmanlaşma ve alt uzmanlaşmaya kadar geçen dönem belki de bu stratejinin sağlık hizmetlerinde nasıl uygulandığının en iyi örnekleriyle doludur. Hastaneler, hemşirelik bakım merkezleri, evde bakım ajansları ve diğer sağlık hizmetleri organizasyonlarının tamamı çeşitli derecelerde odaklanma stratejisi uygulamaktadırlar. Son zamanlarda, odaklanma sağlık hizmetlerinde kâr amaçlı şirketler tarafından çok fazla hedeflenen pazar dilimlerinde fırsatları kendi çıkarlarına yönelik olarak kullanmak için uygulanmaktadır (Zuckerman, 2002:108).

Odaklanma stratejisi hastanelerin bir maliyet liderliği veya farklılaştırma stratejisini endüstrinin tamamı yerine, dar bir bölümde (özel bir hasta çeşidi veya hastane hizmetlerinin bir bölümü) izlenmesini kapsamaktadır. Tüberküloz ve diğer solunum yolu hastalıkları, obstetrik ve jinekoloji ve kulak, burun, boğaz odaklanmaya örnek olarak verilebilir (Kumar ve diğ., 1997:49-50). Sonuç olarak, sağlık hizmetleri organizasyonları devam eden büyümeye destek olan kliniklerdeki hizmet hatlarından daha büyük pay almak amacıyla (daha fazla hasta, daha fazla kâr ve sermaye) odaklanmaya ilgi göstermektedirler. Bir veya daha fazla hizmet hattında odaklanma, pek çok organizasyon için stratejik olarak uygun ve yararlı bulunmaktadır (Zuckerman ve Markham, 2006: 150).

2.3.1.2.4. Jenerik Stratejiler ile İlgili Ampirik Çalışma Örnekleri

Bu bölümde jenerik stratejileri kullanarak yapılan ampirik çalışma örneklerinden elde edilen bulguların özetleri sunulmaktadır. Ampirik bulgular bir kronolojik düzen dahilinde geçmişten günümüze doğru sıralanmaktadır.

1980'lerin ortaları öncesinde hastaneler kendi aralarında özellikle kalite yoluyla rekabet etmekte idiler. Hastaneler arasındaki rekabetin esasını, bol miktarda oda ve yatak, hoş hastane konforu ve yüksek tıp teknolojisi sunmak suretiyle sağlanan kalite oluşturmaktaydı. Blue Cross (Mavi haç) gibi üçüncü parti ödeyicilerin görece fiyata olan duyarsızlığı ve özellikle kaliteyle ilişkin müşteri tercihleri nedeniyle bu dönemde hastaneler arasında fiyat dışı rekabet bulunmaktaydı. Araştırmacılar bu dönemde hastaneler arasındaki kalite rekabetini medikal silah yarışı (medical arm race) olarak adlandırmaktadırlar. 1980'lerin ortasından önceki döneme ilişkin pek çok ampirik çalışmada hastaneler arasındaki rekabet artışının daha yüksek hastane maliyetlerine neden olduğunu buldu (Santerre ve Adams, 2002: 209). Joskow (1980) 1976 yılı verilerini kullanarak yaptığı çalışmada hastaneler arasında rekabetin derecesi ve hastane yataklarının fazlalığı arasında direkt ilişki olduğunu ortaya koydu ve medikal silah yarışı hipotezini destekledi.

Robinson ve Luft (1985), rekabet artışının özel kliniksel hizmetler ve hekim ve hastalara cazip gelen yöntemler gibi diğer fiyat dışı rekabetin kazanımlarının maliyet artışına neden olabileceği düşüncesi ile bir çalışma yaptılar. Araştırmacılar, 1972 yılı hastane verilerini kullanarak hasta günü ve hasta başına maliyetleri analiz ettikleri çalışmada daha rekabetçi çevrelerde bulunan hastanelerin daha az rekabetçi ortamda bulunan hastanelere göre önemli oranda daha yüksek maliyetlerle hizmet verdiklerini buldular.

Robinson ve Luft (1987), 5732 ABD hastanesinin 1982 verilerini kullanarak yaptıkları başka bir çalışmada daha rekabetçi yerel çevrelerde faaliyet sürdüren hastanelerin maliyetlerinin, daha az rekabetçi çevrelerdeki hastanelerden çok daha yüksek olduğunu ileri sürmektedirler. Maliyetler üzerinde ücret artışları, hasta vakasının bileşenleri, eyalet düzenleme programları ve eğitim hastanelerinin rolü kontrol edildikten sonra 24 Kilometre çapında bir alanda rakipleri bulunmayan hastanelere göre, en rekabetçi pazarlardaki hastanelerin (24 Kilometre çapındaki alanda ondan daha fazla rakipleri olan) hasta kabulü başına maliyetlerinin % 26 daha yüksek olduğunu buldular. Çalışmaya göre, hasta günü başına ortalama maliyetler, en rekabetçi alanlardaki hastanelerde %15 daha fazladır. Araştırmada hastaneler arasında fiyat dışı rekabetinin maliyete etkilerini gösteren bu bulgular, hastane ödeme yöntemlerinin daha az

rekabetçi olan birkaç hastanenin bulunduğu yerlerden daha ziyade, çok fazla hastanenin bulunduğu yerlerde hastane davranışları üzerinde bozucu etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgulardan hareket eden araştırmacılar, politika yapıcıların çalışmalarında yeni ödeme biçimlerinin hastane davranışları üzerinde beklenen etkilerini elde etmek için, yerel pazarlarda fiyat rekabeti kadar kalite rekabetinin niteliklerini de dikkate almaları gerektiğini ileri sürmektedirler.

Luft ve arkadaşları (1988), ABD hastane pazarının her zaman rekabetçi olduğunu fakat medicare uygulamalarıyla birlikte rekabetin yapısının değişmeye başladığını ileri sürdükleri bir çalışma yapmışlardır. ABD’de Medicare öncesi dönemde hastaların çoğu hastane maliyetlerini hastanelere geri ödeyen ve üçüncü parti (third party) adı verilen sigorta kapsamı altında idi. Dolayısıyla hastaneler maliyetleri karşılandığı için hekim ve hastalarına cazip gelen kalite ve hizmetlere yoğunlaşmaktaydılar. Bu türden bir rekabet hastane maliyetlerini düşürmek yerine, hizmet tekrarları ve “medikal silahlanma yarışı”nı (medical arms race) kolaylaştırdığı için maliyet artışlarına neden olmaktaydı. Bu dönemde hastaneler pek çok komşularıyla birlikte spesifik cerrahi işlemlere maruz kalan hastalar için uzun kalış sürelerine sahiptiler. Medicare’in prospektif ödeme sistemiyle birlikte hastanelere belirli bir tanı ile başvuran hastalar için maliyetleri önemli oranda baskı altına alan önceden belirlenmiş ödeme miktarları sunulmaktadır. Yazarlara göre bu baskı, özellikle sağlığın korunması organizasyonları (health maintenance organizations) ve anlaşmalı kurumların (preferred provider organizations) hastanelerle yaptığı seçici kontratlarla, pek çok hastanenin, geçmişte kendi tıbbi personeli tarafından talep edilen maliyet kapsamını artırıcı tekliflere daha düşük oranda karşılık verileceğini göstermektedir.

Melnick ve Zwanziger (1988) rekabetçi ve maliyet sınırlandırılmasına yönelik programların başlamasından itibaren California hastanelerindeki değişimi inceledikleri çalışmalarında, hastane rekabeti konusunda önceden yapılan çalışmalarda rekabetin yüksek olduğu yerlerde maliyet artışlarının da yüksek olduğunu vurguladılar. Araştırmacılar rekabet yanlısı politikaların hastane performansı üzerindeki etkilerini göstermek için öncelikle eyaletteki akut bakım hastanelerini kendi pazarlarındaki rekabet düzeyine göre gruplandırdılar. Yapılan gruplandırmadan sonra 1983’den 1985’e kadar enflasyondan arındırılmış rakamlarla toplam hasta maliyetlerinin yüksek

rekabetçi pazarlarda bulunan hastanelerde %11,29 artarken, düşük rekabetin olduğu pazarlardaki hastanelerde %1'den daha az olduğunu buldular. Medicare'in porspektif ödeme sisteminin başlamasıyla birlikte 1983'den 1985'e kadar yüksek rekabetin olduğu pazarlardaki hastanelerden taburcu edilen hastaların kişi başına maliyetlerindeki artış ise %3,53 ile düşük rekabetin olduğu pazarlarda yerleşik hastanelerden daha düşük gerçekleşmiştir. Dolayısıyla yazarlar, fiyat temelli rekabetin artışına neden olan rekabet yanlısı politikaların çarpıcı bir şekilde ve potansiyel olarak hastane rekabet yapısını etkilediği sonucuna varmışlardır.

Langabeer (1998) eğitim hastanelerinde yaptığı bir çalışmada özellikle maliyet liderliğinin eğitim hastanelerinin performansını etkilemediği, ancak fiyat stratejisinin eğitim hastanelerinin performansını etkileyen en önemli faktör olduğunu ileri sürmüştür.

Cleverley ve Harvey (1992), Medicare tarafından "büyük kent hastanesi" olarak sınıflandırılmış yaklaşık 1000 ABD hastanesinin finansal ve faaliyet bilgileri üzerinde finansal performans ve işletme stratejileri arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak amacıyla bir çalışma yaptılar. Çalışmada maliyet kontrolü finansal performansı etkileyen en önemli faktör olarak bulundu. Medicare, Medicaid ve diğer sabit fiyat uygulamalarından korunmak ve rakiplerden daha yüksek gelir elde etmek için maliyet kontrolüne dikkat etmek gerektiği yargısına ulaşıldı. Araştırmacılara göre, maliyetlerin kontrolü için en önemli iki faktör: Çalışanların verimliliğini artırmak ve yüksek maliyetleri düşürmektir. Çalışmada performansı etkileyen diğer faktörler, pazar payı, çeşitlendirme ve finansman politikası olarak belirlendi.

Lamont ve arkadaşlarının (1993) Florida eyaletinde faaliyetini sürdüren 172 akut bakım hastanesinin 1984 ve 1988 arşiv bilgilerinden elde ettikleri verilerinden yararlanarak Porter'ın pozisyon stratejilerinin hastane endüstrisinde aynı derecede uygulanıp uygulanamayacağını ve strateji-çevre uyumu sağlayan hastanelerin diğer hastanelerden daha yüksek performans gösterip göstermediğini araştırdılar. Bu çalışma şu sonuçları ortaya koydu:

1. İstikrarsız bir çevrede bir farklılaştırma stratejisi diğer strateji tiplerinden daha yüksek bir performans sağlamaktadır.

2. Çevreyle uyumlu bir strateji seçmiş organizasyonların sağlığı, uygun stratejisi olmayan organizasyonlardan daha iyidir.
3. Sürekliliği olmayan bir çevrede kendi stratejilerini değiştirmeyen organizasyonların performanslarında görece herhangi bir değişiklik olmamaktadır.
4. Çevreyle uyumlu bir stratejiye sahip olmayan, fakat uygun sağlıklı bir strateji değişikliğini gerçekleştirebilen organizasyonlar performansta artış göstermektedir.

Bu sonuçlar, strateji çevre uyumu sağlayan hastaneler en yüksek performansı gösterirken, stratejisini değiştirmeyen firmaların performansının değişmediğini ve çevreye uygun strateji değişiminin performansı artırdığını göstermektedir. Ayrıca çalışma ile Porter'ın jenerik stratejileri ve Miles ve Snow'un strateji tiplerinden herhangi birini uygulayan organizasyonların başarı sağlayacağı iddiasına ters sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmayla istikrarsız bir çevrede farklılaştırma stratejisi uygulayan hastanelerin daha yüksek performans sağlayacağı ileri sürülmektedir.

Kumar ve arkadaşlarının (1997), 159 hastanenin verilerinden elde ettikleri bilgilerle yaptıkları çalışmada, kâr amaçlı hastanelerin yaklaşık %45'inin bazı farklılaştırma stratejisi biçimlerini uygularken, diğer %45'i düşük maliyet stratejisinin bazı biçimlerini izlediklerini ve bu hastanelerin %10'unun ise ortada sıkışıp kaldığını buldular. Kâr amacı gütmeyen hastanelerin ise %75'inin düşük maliyet stratejisinin bazı biçimlerini, %13'ünün farklılaştırmanın bazı biçimlerini izlediğini ve %12'nin ise arada sıkışıp kaldığı sonucuna ulaştılar. Bu sonucu dikkate alan araştırmacılar, kâr amaçlı ve kâr amacı olmayan hastanelerin stratejik yönlendirmelerinin farklılık gösterdiğini ileri sürmektedirler.

Bamezai ve arkadaşları, (1999) 1989-1994 yılları arasında ABD hastane maliyetlerinin gelişiminde Managed Care'in yaygınlaşması ve hastane rekabetine etkileri tahmin etmek için ulusal bilgi kaynaklarını kullandıkları bir çalışma yaptılar. Bulgular önce Clifornia'da ortaya çıkan Managed Care'in etkilerinin bütün ABD'ye yayıldığını göstermektedir. Başka bir ifade ile ABD'de Managed Care'in yayılması geleneksel kalite ve hizmet temelli (fiyat dışı) rekabetin yerine fiyat rekabetine daha büyük önem verilen pazar dinamiklerine doğru bir değişim olduğunu göstermektedir. Managed Care'in nüfuzunun yüksek olduğu alanlardaki hastaneler 1989 ve 1994 yılları arasında önemli oranda daha düşük maliyet artış oranları sergilediler. Bununla birlikte,

bulgular, Managed Care planlarının gücünün kritik bir şekilde hastane rekabet düzeyine bağlı olarak hastane maliyetlerinin gelişimini yavaşlattığını da gösterdi. Managed Care'in tahmini etkisi, yalnızca yüksek düzeyde rekabetçi hastane pazarlarında çalışan hastaneler için istatistiksel açıdan önemli bulundu.

Homburg ve arkadaşlarının (1999) bulguları, farklılaştırma stratejisi izlendiği zaman üst yönetim ekibi arasında daha yüksek düzeyde konsensüs sağlanmasına rehberlik edecek faaliyetlere yatırım yapmanın önemli olduğunu göstermektedir. Bir farklılaşma stratejisi kullanıldığı zaman, firmanın sunacağı çok sayıda farklılaştırma yöntemi arasından hangisini izlemesi gerektiği konusunda konsensüs çok önemlidir. Sonuç olarak fonksiyonel yöneticilerin farklılaştırmanın esaslarını anlaması ve farklılaştırmaya katkı sağlamaları gerekmektedir. Diğer yandan bir maliyet liderliği stratejisi izlendiği zaman, konsensüs sağlamak için yöneticilerin çok fazla yatırım yapmaları gerekmemektedir. Maliyet liderliği stratejisi üzerinde duran firmalar tipik olarak daha hiyerarşiktir, verimlilik üzerine odaklanmışlardır ve strateji oluşturulduğu zaman genellikle daha az yönetsel direktifler söz konusudur.

Melnick ve diğerleri, (1999) hastane pazar rekabeti ve diğer hastane özelliklerinin hastane fiyatı üzerine etkilerini ortaya koymak üzere bir yöntem geliştirdikleri çalışmalarında, 1986, 1989, 1992 ve 1994 yıllarından oluşan dört farklı yılın verileri üzerinde bir çalışma yaptılar. Çalışmada hastane rekabet yapısında fiyatın daha fazla rol oynamaya başladığına dair bir değişimin meydana geldiğine dair çok güçlü kanıtlar bulundu. Özellikle, hastane fiyat davranışı üzerinde pazara yoğunlaşmayı etkileyen değişmez bir artış bulunmaktadır. 1994'e göre bakıldığında, kâr amacı gütmeyen hastanelerin rekabetçi alanlardan özellikle yüksek fiyatların ödendiği daha az rekabet olan alanlara yerleştikleri görülmektedir. Ayrıca çalışmada inceleme yapılan periyodun başından sonuna kadar kâr amacı gütmeyen hastanelerle karşılaştırma yapıldığı zaman kâr amaçlı hastanelerdeki fiyat düzeyinin daima daha yüksek olduğunu da bulunmuştur. Ortalamaların toplamları ile bakıldığı zaman 1994 yılında bir pazarda ortalama fiyat farkının %10 olduğu bulunmuştur.

Zwanziger ve arkadaşları (2000), 421 California akut bakım hastanesinin 1980'den 1987'ye kadarki dönemde hastane yıllıklarında elde ettikleri veriler ve taburcu bilgilerinden yararlanarak seçimlik sözleşmelerin (selective contracting) hastanelerin

maliyet ve gelirleri üzerinde neden oldukları değişimleri izledikleri bir çalışma yaptılar. Çalışmada araştırmanın yapıldığı dönemde daha rekabetçi alanlarda gelirler ve maliyetlerin her ikisinde de artış oranının çok düşük olduğu bulundu. Kâr amaçlı hastaneler kendi maliyet ve gelirlerini düşürdüler ve seçimlik sözleşmeler sonrası kâr amacı gütmeyen hastanelerin maliyet ve gelirlerinin oranını kabul ettiler. Medicare prospektif ödeme sistemi de hastanelerin yüksek maliyetlerinin düşürülmesine neden oldu. Seçimlik sözleşmelerin devreye sokulması, daha rekabetçi pazarlardaki hastanelerin daha yüksek derecelerde gerçekleşen maliyet artış oranlarını düşürmelerini zorunlu kıldı. Benzer bir seyir gelir artışları için de bulunmaktadır. Ayrıca, çalışmada maliyetlerin azaltılması uygulamasının ne miktarda verimlilik artışı veya kalitenin azaltılmasıyla elde edildiği konusunda ise netlik bulunmadığı vurgulanmaktadır.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, kâr amaçlı hastanelerin maliyetleri 1983 sonrasında kâr amacı olmayan hastanelerin maliyetlerine oranla görece düştü ve kâr amacı gütmeyen hastanelerin maliyetleri altında kalmayı sürdürdü. Seçimlik sözleşmeler sonrası ilk başlarda kâr amaçlı hastaneler daha yüksek gelirlere sahiptiler. Kâr amacı güden ve gütmeyen hastaneler arasındaki gelir farklılığı 1986'da ortadan kalktı. Daha sonraki dönemlerde kâr amaçlı hastanelerin daha düşük fiyatlara sahip olduğu bile görüldü. Başka bir ifade ile, kâr amaçlı hastaneler maliyetleri daha agresif bir şekilde kesmek ve bundan sonra da daha düşük fiyatlar belirlemek suretiyle yeni rekabet alanlarına uyum sağlamaktadırlar.

Çalışmada, hastane rekabetindeki artışın doğrulandığı ve önceden yapılan çalışmalarda gösterilenden daha uzun bir süreden beri hastanelerdeki maliyet artış oranlarının azaldığı ileri sürülmektedir. Ayrıca alışma ile hastane maliyetlerinde ortaya çıkan artış oranındaki azalmanın devam ettiği ve bunun rekabetin doğal özelliğinden kaynaklanabileceği de vurgulanmaktadır.

Capps ve arkadaşları (2003) hastane hizmetlerinin fiyatları hakkında kapsamlı çalışmalar yapıldığını ve literatürün bir bölümünün geniş pazar bölümlerinde ortalama hastane fiyatlarını karşılaştırarak geleneksel anlamda fiyata konsantre olurken; diğer bölümünün özel sağlık sigortacıları tarafından ödenen hastane fiyatları üzerinde çalışmalar yaptıklarını ortaya koymuşlardır. Ayrıca yazarlar literatürdeki fiyata

yoğunlaşan çalışmaları eleştirerek, yukarıda belirtilen her iki tür çalışmanın da temelde iki zorluğu paylaştığını ileri sürmektedirler:

1. Çalışmalar coğrafik tanımlama veya toplam hasta akışı analizlerini esas alan pazar yapısının dış kaynaklı ölçümlerini kullandıkları için, bu çalışmaların tamamı zengin farklılaştırma ve özel satıcıların ikame örneklerinin karşılaştırmasını hesaplamada başarısız olmuşlardır. Fiyat üzerine yapılan çalışmalar metropolitan alanlardaki hastane rekabetinin binlerce mikro pazarda mücadelesini görmezlikten gelmektedirler (her komşu hastane ve her tanı farklı bir mikro markettir).
2. Hastane fiyatı üzerinde yapılan pek çok çalışma, birey olarak müşterilerin kendilerinde ihtiyaç hissettikleri zaman gerçekleştirdikleri satın alma davranışını esas alan geleneksel pazarlarla benzerlik göstermektedir. Bu durum hastane hizmetleri için uygun değildir. Managed Care'in yaygınlaşmasıyla birlikte (sözleşmeye dayalı ödeme sistemi paketleri geliştirildiğinden), aşağı yukarı bütün müşteriler, en son belirlenen aşamada değil, kendi tanılarını bilmeden önceki aşamalarda hizmet sunucularının sunduğu paketlerden birini seçmektedirler. Dolayısıyla, bu türden talep opsiyonu olan bir pazarda pazar gücünün ölçülmesi için doğru teorik yapı, bütün müşteriler için ödemeye razı olunan beklentiler dışında da ödemelerin olacağını esas almalıdır.

1980'lerin başlarından itibaren yapılan çalışmaların sonuçları dikkate alındığı zaman hastaneler üzerinde yapılan çalışmaların daha çok fiyat rekabeti üzerine yoğunlaştığı, farklılaştırma ve odaklanma üzerinde çok daha az ampirik bulgu elde edildiği görülmektedir. Çalışmalardan elde edilen bulgularla fiyat bazında iki tür bulguya ulaşılmaktadır. İlki, ABD'de Managed Care uygulaması ve buna bağlı olarak prospektif ödeme istemlerinin geliştirilmeye başlandığı 1980'lerin ortalarına kadar maliyet ya da fiyat eksenli çalışmalar yüksek rekabet ortamında fiyatların ya da maliyetlerin yükseldiğini göstermektedir. Bu dönemde hastaların konfor ve memnuniyetini artırıcı hizmetlere odaklanılmakta, hastalara sunulan hizmetlerin duplikasyonu maliyetleri artırmaktadır. Ayrıca medikal silahlanma yarışı hastanelerde gereksiz teknolojinin kullanımını artırmaktadır. İkincisini 1980'lerin ortasından sonraki bulguları kapsamaktadır. Bu bulgulara göre ise rekabetin yüksek olduğu pazar alanlarında fiyatların artış seyri düşmektedir. Bu tür pazarlardaki hastaneler agresif bir

şekilde maliyetlerini düşürmeye yönelik çalışmalara girişmekte, bu stratejinin yanı sıra farklılaştırma veya odaklanma gibi diğer stratejileri de uygulamaya yönelmektedirler.

Çalışmalardan elde edilen önemli bir sonuç, Porter ve Miles ve Snow'un iddialarının aksine, stratejik tiplerden birini seçen ya da jenerik stratejilerden herhangi birini uygulayan işletmelerin endüstride başarılı olmadığını gösteren bulgulara ulaşılmasıdır.

Çalışmalardan elde edilen diğer bir sonuç ise rekabet ortamında maliyet ve fiyatlardaki artış oranlarının düştüğünü göstermektedir. Ampirik çalışmalarda ulaşılan genel yargı hastaneler arasında rekabet olduğu ve bu rekabetin doğal sonucu olarak da rekabet yoğunluğunun maliyetleri düşürücü etkiye sahip olduğudur.

Ülkemizde de yukarıda verilen çalışmalardakine benzer bir süreç yaşanmaktadır. Son yıllarda Sosyal Güvenlik Kurumu proaktif ödeme sistemlerini benimseyerek, hastane faturaları üzerinde sınırlayıcı bir rol oynamaya başlamışlardır. Ayrıca genel sağlık sigortası ile de sözleşmeye dayalı, yani hizmet sunum anlaşmaları yapılarak hizmet arzı dönemi başlamıştır. Buna göre hastaneler sosyal güvenlik kurumu ile anlaşma yapmak ve bu anlaşmada belirtilen hususları dikkate almak sureti ile hizmet sunmak zorundadırlar.

2.3.2. Büyüme Stratejileri

Organizasyonlar tarafından izlenen temel veya önemli stratejilerin en yaygını ve en popülerleri büyüme stratejisidir. Büyüme stratejileri mevcut operasyonların büyütülmesinin ya da genişletilmesinin yollarını aramaktadırlar (Schermerhorn, 2007:215).

Firmaların büyümesi ve rakiplerine göre pazarda daha dominant bir hale gelmesi için diğer firmalarla ortaklıklar geliştirmeleri kaçınılmazdır. Pazar rekabetinin bir sonucu olarak firmalar, maliyetleri azaltmak, riskleri paylaşmak veya farklılaştırılabilir ürün veya hizmetleri geliştirmek suretiyle gittikçe işbirliği faaliyetlerine girişmektedirler (Burns ve diğ., 2000:105).

Son dönemlerde ABD'deki sağlık hizmetleri pazarları yatay ve dikey olarak daha fazla bütünleşmeye başladılar. İlişkilerin bir çeşidi olarak hastanelerin diğer hastanelerle yatay olarak ilişki içerisinde olması, en fazla ayrı organizasyonların bütünleşerek tek

bir ortak organizasyon altında bütünleşmesiyle sonuçlanmaktadır. Medikal gruplar ve sigortacılar yatay olarak diğer grup ve sigortacılarla ilişki içerisindedirler. Hastaneler, medikal gruplar ve sigortacılardan oluşan üç bileşen entegre edilmiş sunum sisteminde bütünleşmek suretiyle dikey olarak da yeni organizasyonel biçimler şeklinde ilişki içerisine girmektedirler (Connor ve diğ., 1998:159). Türkiye’de de benzer bir seyir ortaya çıkmıştır. Hastaneler bir taraftan hastane zincirleri şeklinde yatay bütünleşme tarzında yaygınlaşırken; diğer taraftan da ayakta tedavi merkezleri, semt poliklinikleri ve sigorta şirketleri veya üniversiteler kurmak sureti ile hem dikey bütünleşme, hem de çeşitlendirme stratejilerini uygulamaktadırlar.

Burada çeşitlendirme ve yatay ve dikey bütünleşme stratejileri üzerinde durulacaktır. Pazar geliştirme, ürün geliştirme ve penetrasyon çalışma kapsamında olmadığından üzerinde ayrıntılı olarak durulmamaktadır. Bu stratejilerle ilgili önceki bölümlere bilgi verilmiştir (Sayfa 67).

2.3.2.1. Çeşitlendirme

Çeşitlendirme, yeni pazarlara yeni ürünlerle girerek büyümeyi hedefleyen bir strateji uygulamasıdır. Organizasyonlar farklı pazarlara veya farklı ürünlere girerek riski dağıtırlar. Böylece, bir taraftan farklı sahalardaki fırsatları değerlendirme imkanı bulurken, bir taraftan da farklı pazar veya üretim alanlarındaki risklerden daha az etkilenme şansı elde etmektedirler. Çeşitlendirme stratejisi, başka alanlarda faaliyet gösteren işletmelerin birleşmesi veya satın alınması ile gerçekleştirilebilir.

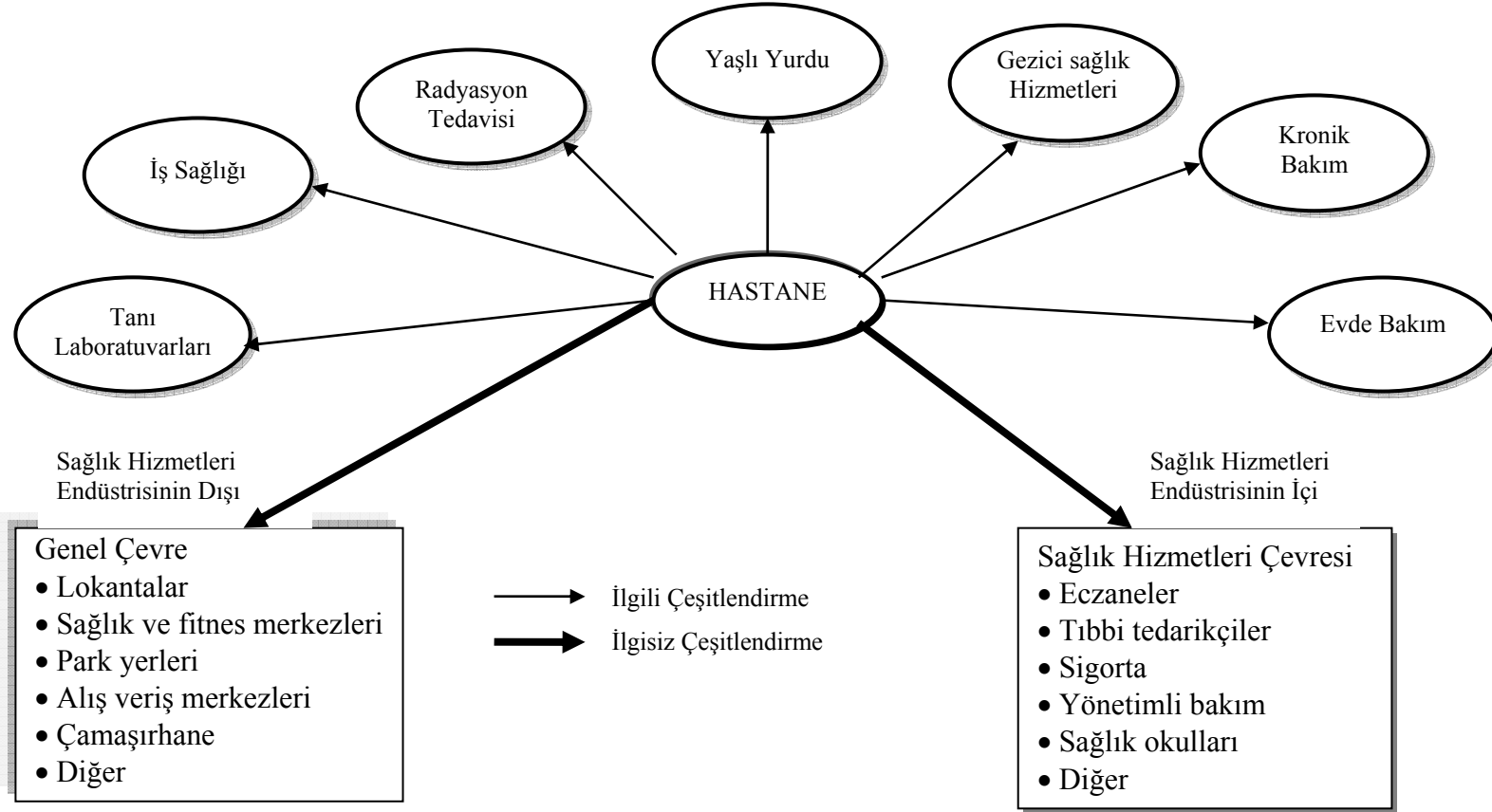
Mevcut alanda genişleme meydana getirmek veya yeni ve farklı iş alanlarında yatırım yaparak kazançları artırmak suretiyle izlenen çeşitlendirme stratejisi ile büyüme sağlanabilir (Schermerhorn, 2007:215). İşletme faaliyette bulunduğu pazarını artık büyütemez ise yeni mallar, yeni işler yaratacaktır. İşe eklenecek mallar eskisine yakınsa veya eskisi ile ilgili ise buna bir yerde (tek yönlü) çeşitlendirme (concentric diversification) ismi verilir. Değişik işlerde (çok yönlü) çeşitlendirme (conglomerate) yöntemlerinde işletme, eski mamulleriyle ya da işleriyle ilgili olmayan alanlara uzanır (Hatiboğlu, 1995:131, Dinçer, 2003:210).

Sağlık hizmetlerinde çeşitlendirme iki şekilde ortaya çıkabilir: İlgili veya eşmerkezli (related, concentric) çeşitlendirme ve ilgisiz veya küme (unrelated, conglomerate)

çeşitlendirme (Şekil 9). İlgili çeşitlendirme genellikle hareket ya da önem merkezi veya öz işler çevresindeki ilgili işlerin oluşturduğu bir grup işin geliştirilmesini kapsamaktadır ki, bu çalışmalar bir eşmerkezli yaklaşım içerisinde gerçekleşir. Tersine ilgisiz çeşitlendirme sağlık hizmetleri dışındaki bir sektörde benzer kümeler kurarak, nispeten özerk bir biçimde çalışan, ayrı bir ürün veya hizmetler portföyü geliştirmeyi kapsamaktadır (Zuckerman, 2002:93, Swayne ve diğ., 2006:264-265). Bir hastanenin evde bakım hizmeti, rehabilitasyon hizmetleri veya doğum hizmetleri vermeye başlaması ilgili çeşitlendirmedir. İlgisiz çeşitlendirme ise sağlık kurumunun restoran, otopark ve temizlik gibi hizmetler de vermeye başlamasını ifade etmektedir (Kavuncubaşı, 2000:149).

Çeşitlendirme genellikle organizasyonların ana iş hatları görece merkez nokta alınarak açıklanmaktadır. Hastane veya çoklu hastane sistemlerinde ana iş hattı yatan hasta bakımından oluşmaktadır. Bu nedenle çeşitlendirme sistemlerde veya bir sisteme dahil hastanelerde sistem veya üye hastaneler tarafından sunulan yatan hasta hizmetleri dışındaki hizmet pazarları veya üretim teknolojileri gerektiren hizmetleri kapsayacaktır. Çeşitlendirme ana hizmet ve ürünler ve yeni hizmet ve ürünler arasındaki benzerlik veya farklılıklar dikkate alınarak da sınıflandırılmaktadır. İlişkili çeşitlendirme yatan hasta bakımı pazarları ve teknolojisi ile yakından ilişkili iken, ilişkisiz çeşitlendirme bu pazar ve teknolojilerden oldukça farklı hizmetlerden oluşmaktadır (Alexander,1990:84-85).

Şekil 9. Bir Temel hizmet sunucusu tarafından gerçekleştirilen ilişkili ve ilişkisiz çeşitlendirme



Kaynak: Swayne ve diğ. (2006:235)

Özellikle kâr amaçlı şirketlerde, bazı derecelerde de kâr amacı gütmeyen işletmelerde çeşitlendirme bütün şirket düzeyinde sınırları veya kârlılığı artırmanın bir yolu olarak değerlendirilmektedir. Daha kârlı işletme hatlarında büyüme diğer bir endüstride finansal performansı desteklemelidir. Sağlık hizmetlerinde çeşitlendirme hemen hemen yalnızca yatırım aracılığıyla öz olmayan iş hatlarında meydana gelmektedir (Zuckerman, 2002:82). Ancak, bir şirketin vermesi gereken kararların en zorlarından biri, ürün çeşitlendirmesine gidip gitmeyeceği kararıdır. Çünkü bu durumda şirketin karşılaşacağı tehlikeler de, alacağı ödüller de olağanüstü olabilir (Markides, 1999: 82).

Craig ve Grant, (1997:114-115), Michael Porter'ın çeşitlendirmenin ortaklar için bir değer yaratıp yaratmadığı konusunda üç temel testin yapılmasına ihtiyaç olduğunu ileri sürdüğünü belirtmektedirler:

- Endüstrinin çekiciliği
- Giriş maliyetleri
- Rekabet avantajı

Birinci durum çeşitlendirme ile ilişki olarak görülmeyebilir. Eğer çekici bir endüstri yapısı (demir-çelik, tarım veya döküm gibi) içerisinde değilseniz, o zaman eczacılık, biyoteknoloji veya yönetim danışmanlığına girmek daha çekici yatırım fırsatları sunabilir. Aslında problem, ikinci testin birinci testi ortadan kaldırmasındadır. Ortalamanın üzerinde geri dönüş sağlayan bazı endüstriler için temel neden, giriş bariyerleri ile yeni rekabetten kendilerini korumalarıdır. Patentler, ölçek ekonomileri ve ürün farklılaştırma yaratmak suretiyle giriş bariyerlerini ortadan kaldırmak için girişimde bulunan firmanın her zaman kazançlı çıkması mümkündür.

Yöneticiler çeşitlendirmeye gidip gitmemeleri gerektiğini saptamak istediklerinde kendilerine şu altı soruyu sormalıdırlar (Markides, 1999: 83-93):

1. İçinde bulunduğumuz piyasada şirketimiz neyi rakiplerinden daha iyi yapmaktadır?
2. Yeni pazarda başarılı olmak için hangi stratejik varlıklara ihtiyacımız vardır?
3. Rakiplerimizi kendi oyunlarında yakalayabilir ya da önlerine sıçrayabilir miyiz?
4. Ürün çeşitlendirmesi, bir arada tutulması gereken varlıkları birbirinden koparır mı?
5. Yeni gireceğimiz piyasada sadece bir oyuncu mu olacağız, yoksa kazanacak mıyız?

6. Şirketimiz ürün çeşitlendirmesinde ne öğrenebilir? Biz bir şeyler öğrenmek için yeterince organize olmuş bir şirket miyiz?

Yöneticilerin bu sorulara cevap vermeleri onları mutlak başarıya götürmeyecektir. Ancak, bu sorular cevaplandırılmak suretiyle çeşitlendirmeden kaynaklanabilecek riskler azaltılabilir ya da ortadan kaldırılabilir. Yöneticiler kendilerini bekleyen riskleri şansa dönüştürebilirler. Dolayısıyla çeşitlendirmeye gitmeden önce stratejik varlıkların ayrıntılı ve gerçekçi bir şekilde tanımlanması gerekir.

Çeşitlendirmenin özünü genel olarak aşağıda belirtilen beş konu açıklanmaktadır (Zuckerman, 2002:82):

1. Çeşitlendirme riski yaymak için duyulan ihtiyacı karşılar.
2. Çeşitlendirme daha yüksek kârlılık oranı ve yatırımların geri dönüşü için bir fırsat sunar.
3. Çeşitlendirme daha hızlı büyüme arzusunu ortaya çıkarır.
4. Çeşitlendirme daha büyük pazar gücü yaratır.
5. Odaklanma tasarrufu meydana getirir.

Sağlık kurumunun daha fazla büyüme olanakları ve gelir fırsatları içeren yeni bir pazara girmesi anlamına gelen çeşitlendirme (Kavuncubaşı, 2000:149), sağlık hizmetleri sunucuları arasında ciddi olarak 1980'lerin ortalarında kullanılmaya başlandı. Medicare tarafından yatan hastalar için uygulanan prospektif ödeme sistemleri ve düzenlemelerin artmasının bir sonucu olarak hastaneler, yatarak ve ayakta tedavi hizmetlerinde kendi öz işlerindeki operasyon sınırlarının azalmasından kaygı duydular ve saldırgan bir şekilde başka yerlerdeki fırsatları aramaya başladılar (Zuckerman, 2002:92).

Ürün çeşitlendirmesine giden şirketler, kalıcı bir üstünlük elde etmek için benzersiz bir şey yaratmalıdırlar. Yeni piyasadaki rakipleri, şirketin hamlelerini kısa sürede ve düşük maliyetle taklit edebilir, gerekli stratejik varlıkları açık piyasadan elde edebilir veya bunların yerine geçebilecek bir şey bulabilirler. Bu durumda şirketin rekabet üstünlüğü kısa ömürlü olacak ve ürün çeşitlendirmesi hamlesi başarısızlıkla sonuçlanacaktır. O halde, mevcut oyuncuları kendi oyunlarında yenecek bir silahımız yoksa yeni piyasaya girmek için acele etmeye gerek yoktur (Markides, 1999: 91).

2.3.2.2. Dikey Bütünleşme

Dikey bütünleşme, bir endüstrinin farklı bölümlerinde çalışan karşılıklı olarak birbirlerine bağlı işletmeler veya iş ünitelerinin koordine edilmiş bir teşebbüste birbirlerinin tamamlayıcısı olarak bütünleştirilmesidir. Bazı girişimlerin yalnızca müşteriler veya tedarikçilerle ilişkileri kontrol edebilmesine rağmen, dikey bütünleşmenin amacı müşteriler (ileriye doğru dikey bütünleşme) ve tedarikçilerle (geriye doğru dikey bütünleşme) ilişkileri kontrol eden bir teşebbüs yaratmaktır (Zuckerman, 2002: 27-28). O halde dikey bütünleşme iki şekilde ortaya çıkabilir (Craig ve Grant, 1993:96; Sadler, 1993: 95, Dinçer, 2003: 207):

Geriye doğru bütünleşme: Dikey olarak büyümek isteyen işletmeler kendilerine hammadde ve ara malı satan işletmelerle birleşirler veya onları çeşitli şekillerde ele geçirmeye çalışırlar. Bunu yapamadıkları takdirde, söz konusu işletmelerin ürettikleri hammadde ve ara malları üretecek kendilerine bağlı işletmeler kurmak üzere yatırıma girişirler. Hangi şekilde olursa olsun bu şekilde gelişen büyüme tarzına geriye doğru dikey bütünleşme denir (Şimşek, 1998: 64; Schermerhorn, 2007:215).

İleriye doğru bütünleşme: Eğer işletmeler ürettikleri mal veya hizmetleri pazarlayan kuruluşları da ele geçirerek veya bu işlevi kendileri yapacak biçimde yatırımlar yapma yoluna giderek büyüme yolunu seçerlerse ileriye doğru dikey bütünleşme söz konusu olur (Şimşek, 1998: 64; Schermerhorn, 2007:215).

Aynı endüstrideki şirketler petrol üreticileri gibi (petrol araştırması, petrolün çıkarılması, petrol rafine etmek, kimyasal üretim ve hizmet-istasyon operasyonu) geriye veya ileriye doğru (dikey bütünleşme) bütünleşebilirler. Dikey bütünleşme ürün ve hizmetleri daha düşük maliyetlerde daha büyük pazar payı için sunacaktır. İlave avantajları vergilerin en düşük olduğu yere doğru değer zinciri oluşturarak maliyet ve fiyatların manipülasyonunu kapsamaktadır. Bununla birlikte dikey bütünleşmenin dezavantajları daha yüksek maliyetler ve değer zincirine doğru esnekliğin az olmasıdır (Tsaung, 2003:71).

Birbirini izleyen ya da tamamlayan nitelikte mal üreten işletmelerin aralarında kurdukları çeşitli türdeki anlaşma ve birleşmeler dikey yönde gerçekleşir. Bir işletme kendisine mal satan veya ürettiği malı satın alan bir başka işletmeyle dikey yönde

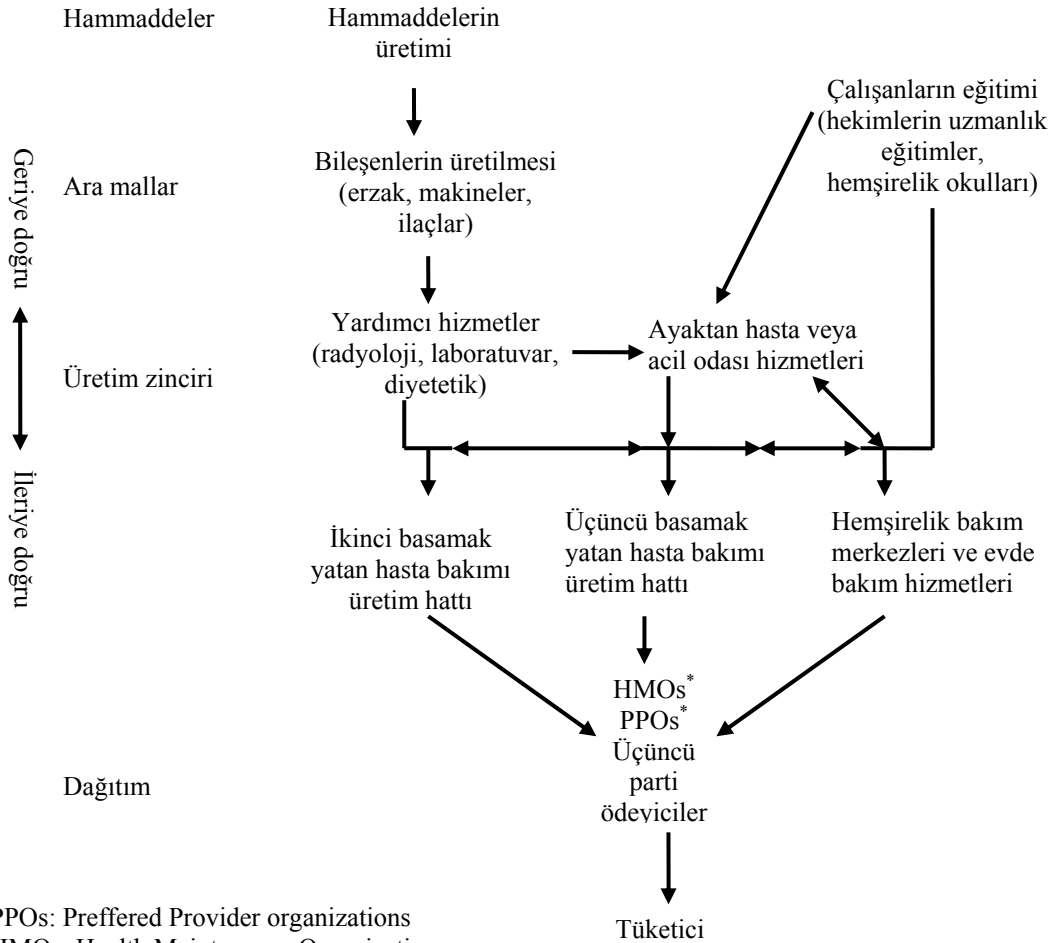
birleşebilir (Onal,1997:129-130). Dikey bütünleşme maksimum bütünleşme (full integration) veya eksik bütünleşme (tapered integration) şeklinde de olabilir (Sadler, 1993: 190):

- Maksimum bütünleşme A ve B üretiminin iki aşaması arasında bulunmaktadır. A aşamasında üretilen tüm ürünler dahili olarak satılmaktadır ve bütün B aşaması ihtiyaçları dahili olarak karşılanmaktadır. Buna çok fazla bütünleşmiş çelik fabrikaları örnek verilebilir. Bütün pik demirler çelik yapmak için kullanılır ve dışarıdan hiçbir şey satın alınmaz.
- Eksik bütünleşme A ve B aşamalarının dahili olarak kendisine yeterli olmadığı zamanlarda ortaya çıkmaktadır. Bu sonuca göre otomobil üreticileri geleneksel olarak parçaları bütünleştirmek için özellikle geriye doğru bütünleşme yapmaktadırlar. Örneğin General Motor ateşleme bujilerinin aygıt ve ateşleme ekipmanlarının çoğunu dışardan tedariklemektedir. Fakat, bu ekipmanların pek çoğunun parçaları, AC-Delco bölümü tarafından üretilmektedir.

Dikey entegrasyon sigortacılıktan gezici sağlık hizmetleri, ikinci basamak yatan hasta bakımı ve üçüncü basamak yatan hasta bakımına ya da hemşirelik bakım merkezlerine kadar uzanan doğrusal bir zincir üzerindeki birden daha fazla bağlantının tek bir sahibi varmış gibi birleştirilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Clement, 1988: 101).

Şekil 10'da de görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinde hastanelerin hemşirelik bakım merkezleri, evde bakım ajansları, hekim uygulamaları (muayene haneleri) ve diğer sağlık organizasyonları ile birleşmeleri dikey olarak bütünleşmiş sunum organizasyonları yaratmak için görülen en genel olgulardan biridir. Bazı örneklerde bu organizasyonlar daha da ileri giderek sigorta üretimini de teşebbüs içerisine entegre ederek büyümektedirler. Ancak, sağlık hizmetlerinin diğer sektörlerden farkı, dikey entegrasyon tanımında müşteri tanımının ortaya konulmasını güçleştirmektedir. Sağlık işletmelerinin nihai üretimleri hastalar tarafından tüketilmektedir. Ancak, üçüncü parti ödeyicileri (sosyal güvenlik kuruluşları ya da özel sigortalar) de sağlık hizmetinin nihai ürünlerini satın alan kuruluşlardır. Dolayısıyla üçüncü parti ödeyicileri sağlık hizmetleri tüketicisi konumundadırlar ve genellikle sağlık hizmetlerini düşük fiyatlarla almak yönünde çaba sarf etmektedirler.

Şekil 10. Hastane hizmetlerinin dikey bütünleşmesi



*PPOs: Preferred Provider organizations
*HMOs: Health Maintenance Organizations
Kaynak: Clement (1988:103)

Dikey bütünleşme maliyetleri düşürebilir ve böylece organizasyonun rekabet pozisyonunu geliştirir. Maliyet düşüşleri daha düşük tedarik maliyetleri ve dikey entegrasyonu oluşturan unsurların daha iyi bütünleştirilmesi yolu ile elde edilebilir. Dikey entegrasyon yolu ile yönetim tedariklerinin uygun kalitede ve uygun zamanda sağlanmasını daha iyi bir şekilde garanti altına alabilir (Swayne ve diğ., 2006:237).

Condrad ve Dowling (1990:13) sağlık hizmetlerinde dikey bütünleşmenin başarı ile uygulanabilmesi için dokuz yol olduğunu ileri sürmektedirler:

1. Yeni hizmetlerin dahili olarak geliştirilmesi
2. Başka bir organizasyonun hizmetlerinin elde edilmesi
3. Yasal birleşme
4. Kiralama veya satma/geriye kiralama düzenlemesi

5. İmtiyaz (franchise)
6. Ortak yatırım (joint venture)
7. Sözleşmeye bağlanmış düzenlemeler
8. Ödünç verilen garanti (loan guarantee)
9. İnfomal düzenleme veya birleşme

Dikey bütünleşmenin rekabet avantajı tipik olarak müşterinin kontrolü, daha iyi hizmet ve operasyonların ekonomisi olmak üzere üç kategoriden birine sokulabilir. İleriye doğru dikey bütünleşmede, müşterinin kontrolü, girişime daha büyük bir yetenek kazandırma ve dolaysız müşterilerin organizasyonun ilişkili iş birimlerini kullanmasını sağlar. Hizmet geliştirmede rekabet avantajı, birden daha fazla ürün veya hizmete ihtiyacı olan müşterilerin hizmetlere daha kolay ulaşmasını sağlamak için tamamlayıcı varlıkların ilişkilendirilmesi ve koordinasyonu ile başarılmaktadır. Bu yaklaşım sağlık hizmetlerinde genellikle hizmetlerin birbirine bağlanması veya bir noktada alışveriş anlamına kullanılmaktadır. Sağlık hizmetleri organizasyonları için bir strateji dahili olarak iş birimleri arasındaki karşılıklı danışmaları maksimize etmeye odaklanırken, dikey bütünleşmenin bu ilk iki yönü rekabet stratejisinin dış uyumunu sağlamak için ihtiyaçları azaltmaya yönelik yolları incelemektedir. Geriye doğru bütünleşmede operasyonların ekonomisinin potansiyel rekabet faydası, potansiyel israfını elimine etmek ve böylece daha düşük birim maliyetleri sağlamak için tedarikçilere olan taleplerin tahmin edilebilir olmasıdır. İleriye doğru bütünleşmede operasyonların ekonomisi, yönetsel ve tepedeki maliyetlerin paylaşılmasında fayda sağlamaktadır (Zuckerman, 2002: 29).

İşletmelerin dikey bütünleşmesi genel olarak maliyetleri azaltmaya yöneliktir. Dolayısı ile dikey bütünleşme aşağıdaki sebeplere bağlı olarak uygulanabilir (Hatiboğlu, 1995:132):

1. Büyüme, maliyetlerin azalmasına neden oluyorsa, işletme bütünleşmeye gidebilir.
2. İşletme kendine gerekli hammadde ve malzemeyi üretecek olur ise bunları istediği zaman ve istediği kalitede elde edebilir.
3. İşletmeler bütünleşir ise maliyetlerini daha iyi kontrol edebilir.
4. Satışta yapılacak kârlar daha yüksek olabilir.

Dikey bütünleşmenin diğer bir yararı pazar gücüdür. Dikey olarak bağlantılı yatırımının büyüklüğü güçlü dönemlerde satıcılar ve müşteriler arasındaki imaj konusunda avantajlar sağlayabilir (Zuckerman, 2002: 29).

Porter (1980) dikey bütünleşmeden beş önemli stratejik yarar elde edileceğini ileri sürmektedir: Geliştirilmiş ürün farklılaştırma yeteneği, dağıtım kanallarına girme, pazar bilgisine daha iyi ulaşma, daha yüksek fiyat uygulama ve tescilli bilgilerin korunması. Dikey bütünleşmenin potansiyel yararlarının yanı sıra Porter dikey bütünleşmenin yararlarını fark etmek için problemleri de tanımladı ve başarılı ve başarısız dikey bütünleşme çabalarının örneklerini gösterdi. Dikey bütünleşmenin yararlarının büyük genel yanlış algılarını şu şekilde özetledi (Zuckerman, 2002:30-31):

- Bir aşamadaki güçlü bir pazar pozisyonu otomatik olarak diğerlerine yayılabilir.
- Dahili kontrol her zaman ucuzdur.
- Rekabetçi bir işletmede dikey bütünleşme genellikle anlama yetisi meydana getirir.
- Dikey bütünleşme stratejik olarak hasta olan işletmeyi korur.
- Dikey zincirinin bir parçasındaki tecrübe otomatik olarak doğrudan akıntıya karşı veya akıntı yönündeki ünitelerin yönetimi için yeterlidir.

Pek çok işlem tipi için, pazar son derece verimlidir ve dikey bütünleşmeden elde edecek bir avantaj yoktur. Girdilerin rekabetçi koşullarda sağlandığı, bilginin kolayca elde edilebildiği ve değişim maliyetlerinin düşük olduğu yerlerdeki pazarda işlem maliyetlerinin karşıdaki işlemlerle birleştirilmesinin maliyeti düşüktür (Craig ve Grant, 1993:98).

Sağlık kurumları çevreden girdiler alan, bu girdileri üretim sürecinden geçirdikten sonra ürün olarak çevreye veren açık sistemlerdir. Dikey bütünleşme sağlık kurumunun hem kullandığı girdileri üreten, hem de çıktılarını kullanan kurumlara doğru ilerlemesidir (Kavuncubaşı, 2000:151). Diğer endüstrilerde olduğu gibi, sağlık hizmetleri organizasyonları da dikey bütünleşmeyi potansiyel ekonomik faydaları sebebiyle yürütmektedirler. Sağlık hizmetleri sektörü dışındaki pek çok şirkette olduğu gibi sağlık sektöründe de dikey bütünleşme, farklı derecelerde görülmektedir. Son dönemlerde çamaşırhane, bilgi işlem, yemek ve mutfak hizmetleri gibi pek çok hizmet, giderek dış kaynaklardan yararlanma yolu ile sağlanmaya başlanmıştır. Ancak,

özellikle özel sektör hastaneleri bu alanlarda çalışan şirketler kurarak bu hizmetleri yine kendi grupları içerisinde birleştirmeye başladılar.

Zuckerman'a (2006: 41) göre, sağlık hizmetlerinde dikey bütünleşmenin temeli Brown ve McCool'un (1986) öngördüğü dört çevresel faktörden oluşmaktadır:

1. Toplumdaki hastalıkların yapısı: Temel sağlık hizmetleri küçük bir merkez gerektirir. Fakat gelişen daha büyük popülasyonlar ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Hizmet seviyeleri arasındaki danışma ilişkileri bütünleşme ile artırılmalıdır.
2. Bakımın kalitesi: Yeterli hasta hacmi mevcut olduğu zaman alt uzmanlık hizmetleri genellikle maddi olarak daha iyidir.
3. Verimlilik: Çok yönlü bir sistem potansiyel olarak daha büyük bir hasta hacmine sahip olacaktır, bu da birim maliyetlerini minimize edecektir.
4. İmaj: Hizmet sunum sisteminin iyi bir şekilde çalışması doğal olarak doyumu sağlayacaktır.

1970'lerden beri gerçekleştirilen çok sayıda danışman raporu ve akademik incelemede hastaneler, medikal gruplar ve hizmet sunum sisteminin diğer unsurlarını dikey olarak bütünleştirerek tek bir sahiplik şemsiyesi altında toplayan sunum sistemleri sayesinde verimliliğin artırılabilmesi açıkça gösterilmektedir. İster açık isterse kapalı olsun, bu literatürün tek dayanak noktası koordinasyonun sahipliği bir bütün haline getirme gereksinimidir. Bununla birlikte, California tecrübesi sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda dikey entegrasyon ve sahipliğin bir bütün haline getirmeye gerek olmadığını, sözleşmeye bağlanmış ağlarla da verimliliğin artırılabilmesini göstermektedir (Robinson ve Casalino, 1996:19).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki pek çok sağlık hizmetleri organizasyonu dikey bütünleşmeyi belirgin bir rekabet stratejisi olarak kullanmaktadır. Çevresel koşulların sürekli değişmesi ve sağlık hizmetleri sunumunda dikey bütünleşmenin teorik yararları uygulamayı güçleştirmektedir (Zuckerman, 2002: 43). Ancak, Gaynor ve Wilson'a (1999: 147) göre, dikey bütünleşme trendi, yatan hasta hizmetlerine olan talebin azalması, ölçek ekonomileri, sağlık hizmeti sunucularına kamu ve özel sigortalardan gelen risklerin değişmesi, satıcılar bölümünde fiyat ve kaliteye daha fazla duyarlılığın

gelişmesi ve Managed Care organizasyonları tarafından daha seçici sözleşmelerin yapılması gibi sağlık pazarında etkili olan faktörlerin değişimine karşılık olarak gelişmektedir.

2.3.2.3. Yatay Bütünleşme

Yatay bütünleşme aynı tür mal ya da hizmet üreten veya pazarlayan işletmelerin kendi aralarında anlaşma veya birleşmeye gitmeleridir (Onal,1997:129; Şimşek, 1998:63). Başka bir anlatımla yatay bütünleşme benzer işletmeler veya iş ünitelerinin tek bir koordine edilmiş girişimde birleştirilmesidir. Sağlık hizmetlerinde hastanelerin diğer hastanelerle, iki veya daha fazla hekim muayenehanesinin birbirleri ile ve evde bakım ajanslarının kendi aralarında birleşmesi, vb. durumlar 1990'ların ortalarından sonlarına kadar genel bir olgu olarak görüldü (Zuckerman, 2002: 30).

Yatay bütünleşme konusunda pazara nüfuz etme, ürün farklılaştırma ve pazar farklılaştırma olmak üzere üç değişik strateji vardır (Dinçer, 2003:2005-206). Bu üç strateji kullanılarak pazarda belirli bir büyüklüğe ulaşılmaya çalışılmalıdır. Bir alanda bir kez belirli büyüklüğe ulaşıldıktan sonra piyasaya girecek her türlü işletmenin rekabet gücü yok edilerek şu ya da bu biçimde ana işletmeye katılmaları sağlanır (Şimşek, 1998: 63).

Yatay bütünleşme karşılıklı bağlılığın derecesine göre pek çok organizasyonel biçim olabilir. En tipik yatay birleşmeler ortak yatırımlar (joint ventures), ortak operasyon düzenlemeleri, sözleşmeler ve alt sözleşmeler ve hizmet organizasyonlarının paylaşılması ile sağlanan birleşmeler (mergers) veya ele geçirmeler (acquisitions) olmasına rağmen, sağlık hizmetleri organizasyonları tarafından kullanılan diğer araçlar tek bir amaç ve ortak yönetim ve operasyonları gerçekleştirmek için benzer girişimleri bir araya getirmektir (Zuckerman, 2002:58).

Sağlık kurumları, hizmet sunumunda kalite ve verimliliği artırmak, rekabetin olumsuz etkilerinden korunmak, rekabette üstünlük sağlamak, topluma daha kapsamlı hizmetler sunmak, dış çevreyi ve kamu yönetimini etkileme potansiyelini geliştirmek için diğer sağlık kurumlarıyla işbirliği yapmaktadırlar. Sağlık kurumları arasındaki işbirliği ve bütünleşme, bütüncül (entegre) sağlık hizmeti veren kurumların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Örneğin bir hastane, hasta potansiyelini artırmak, mevcut yatak

kapasitesini ve teknik olanaklarını daha iyi kullanmak amacıyla özel hekimlerle, sağlık ocaklarıyla veya hemşirelik bakım merkezleriyle işbirliği yapabilir. Bu işbirliği yatay ve dikey bütünleşme biçiminde ortaya çıkmaktadır. Yatay bütünleşmede benzer sağlık kurumları (örneğin iki hastane) işbirliği yapmaktadır. Dikey bütünleşmede ise farklı sağlık kurumları (hastane ve laboratuvar gibi) işbirliğine yönelmektedir (Kavuncubaşı, 2000:34). Hastanelerin yatay ve dikey bütünleşme stratejilerinin kombinasyonu Şekil 11’de görülmektedir.

Şekil 11. Dikey ve yatay bütünleşme stratejilerinin kombinasyonu



Kaynak: Swayne ve diğ. (2006:269)

Yatay bütünleşme genellikle pazar gücünü artırmak için kullanılmaktadır. Pek çok sağlık hizmetleri girişimini tek bir organizasyonda birleştirmek suretiyle bir bölgede tek veya baskın tedarikçi olmanın bir sonucu olarak pazar payı ve toplam gelirler genellikle artmaktadır. Diğer rekabetçi yararları: Hastalarla daha fazla sözleşme yapma, daha büyük görünme, daha yüksek profil ve imaja öncülük etme ve ideal olanı daha fazla işi gerçekleştirebilmektir. Daha düşük maliyetler yatay bütünleşmeden elde edilebilen diğer bir temel rekabet avantajıdır. Ölçek ekonomisi (daha iyi oranlar veya tedarikçilerden sağlanan dönemler gibi) ve tekrarlanan hizmetlerin çıkarılması operasyonel verimlilik ve nihai olarak da maliyet tasarrufu sağlamaktadır. Çalışanların ve gelişmiş yönetim ve üretim süreçlerinin birleştirilmesiyle kullanılmayan kapasitenin azaltılması gerçekleştirilebilir (Zuckerman, 2002: 58).

Birleşme iki veya daha fazla hastanenin önemli karar verme haklarının bir yönetim kurulu altında temsil edilmesini kapsayan herhangi bir işlem olarak tanımlanmaktadır. Bu birleşmelerin evreni, çoklu hastanelerin bütün faaliyetlerini kapsayan şirketlerin oluşturduğu holdingler ve diğer “aktif kaynak” ilişkilerini kapsayan bütün varlıkların birleştirilmesinden oluşmaktadır. Birleşmenin bu tanımı özel hizmetler (kardiyak bakım ve onkoloji gibi) için yapılan ortak pazarlama anlaşmaları ve akademik birleşmeler gibi daha az formal ilişkileri kapsamamaktadır (Huckman, 2006: 64).

1990’ların başlarında sağlık hizmetleri sunumunda yatay bütünleşme nadiren görülmekteydi, fakat ondan sonraki yıllarda sağlık hizmetlerinde hızlı bir şekilde yaygınlaşan bir sonuç oldu. Bazı kâr amacı gütmeyen çoklu hastane sistemleri (multy hospital systems) tarafından biçimlendirilmesine ve 1970 ve 1980’lerde bazı büyük hekim gruplarının yaşam biçimi olmasına rağmen, yatay bütünleşme asıl ifadesini temelde hemşirelik bakım merkezleri zincirleri ve bazı büyük hastane zincirleri arasında buldu. Bu durum aynı zamanda diyaliz merkezleri gibi diğer işletmelerinde yer aldığı kâr amaçlı sektörlerde de ortaya çıktı (Zuckerman, 2002:66).

Yatay hastane birleşmeleri özellikle, antitröst incelemelerin artırılmasını çekici hale getirmektedir. Anti tröst savunucuları hastane pazarlarındaki yoğunlaşmanın artmasının, hastanenin oligopol gücünün sürekli hale gelmesi, rekabetin azalması ve müşteri fiyatlarının artmasıyla sonuçlanmasından kaygılanmaktadırlar. Bu görüş için kanıt daha bütünleşmiş hastane pazarlarında daha yüksek hastane fiyatlarının görüldüğü araştırmalardan sağlanmaktadır. Anti tröst savunucuları fiyatları artırmak ve bu birleşmelerin yoğunlaştığı pazarlarda zaten bulunan gizli anlaşmalar için potansiyel fiyat yükseltici etki sebebiyle sağlık hizmetlerindeki bütünleşmelerin müşterilere zarar vereceğine dikkat çekmektedirler. Diğer yandan birleşme savunucuları, sağlık hizmetleri pazarlarının diğer sektör pazarları gibi bir işleve sahip olmadığını ve bu birleşmenin müşterilerin yararına olabileceğini söylemektedirler. Bu görüşü benimseyenler, kapsayıcı bir sigorta sisteminin hastaları fiyattan etkilenmez hale getirerek sağlık hizmetlerinin direkt maliyetlerinden pek çok müşterinin korunduğuna dikkat çekmektedirler.

Sonuç olarak, hastaneler hastalar için her şeyden önce kalite, bazen de yakındaki bir hastane tarafından sunulan hizmetlere gereksiz yere duplikasyon yapmak suretiyle

rekabet etmektedirler. Bu tür fiyat dışı rekabet, genellikle fiyatları azaltmak yerine artıran “tıbbi silahlar yarışı” olarak adlandırılmaktadır. Bu görüşün kanıtı daha fazla bütünleşmiş pazarlarda maliyetlerin daha düşük olduğu ve yatay hastane birleşmelerinden tasarruf sağlandığını yazan araştırmaların raporlarından elde edilmektedir. Birleşme savunucuları geleneksel antitröst konseptlerinin sağlık hizmetleri sektörleri için uygulanmasının fiyat artışları ve mevcut gerçekleştirmelerden ölçek ekonomisini ayıracağını söylemektedirler (Connor ve diğ., 1998:160).

Yatay bütünleşme günümüzde uygulanabilir bir strateji olmakla birlikte, pek çok durumda izlenmesi başarısızlıkla sonuçlanabilmektedir. Yatay bütünleşmenin niçin başarısız olduğu veya niçin düşünülmemesi gerektiğinin nedenleri arasında daha sık görülenleri şu şekilde sıralamaktadır (Zuckerman (2006:67-69):

- Ölçek ekonomisi sağlamaması: Belirli büyüklüklerde organizasyon o kadar büyümüştür ki, yeni girişler eklendiği zaman, hizmet başına birim maliyetleri azalmaktan daha ziyade artmaktadır.
- Pazar üstünlüğü: Bazı pazarlarda sağlık hizmetleri sunucusu zaten baskındır, bu pazarda yatay birleşme sayesinde antitröst incelemelerine sebep olabilir ve sonuç olarak engellerle karşılaşabilir.
- Ortakların muhalefeti: Bazı durumlarda genellikle yüksek düzeyde önceden karşılaşılan memnuniyetsizlik tecrübesinin bir sonucu olarak ve birleşmenin değerini dikkate almaksızın başarılı bir şekilde bütünleşmeye karşı koyan yönetim kurulu üyeleri, hekimler, çalışanlar ve toplum liderleri değiştirilmez bir biçimde herhangi bir birleşmenin karşısında olabilirler
- Eşsizlik (Uniqueness): Bazı organizasyonlar yüksek düzeyde uzmanlık gerektiren hizmetler sunabilir ya da bölgede monopol olabilirler. Bu durumda yatay birleşmenin fırsatları mevcut değildir. Organizasyon aynı zamanda öyle eşsiz bir kültüre sahip olabilir ki, diğer herhangi bir organizasyonla birleşmesi yapılabilir ya da mantıklı olmayabilir.

O halde işletmenin yatay olarak büyümelerinin kendine özgü bir takım yarar ve sakıncaları olması doğaldır. Pazar payının büyümesi, pazarda tek hakim güç haline gelme, sermaye ve yönetim yapısının güçlenmesi, ekonomik çalışmayan birimlerin tasfiyesi yolu ile işletmenin daha sağlıklı bir yapıya kavuşturulması ve nihayet o

Üretim dalında yeni işletmelerin ortaya çıkışını denetim altına alması gibi işletme açısından çeşitli avantaj ya da üstünlükten söz edilebilir. Buna karşılık bürokratik formalitelerin artması, yönetim giderlerinin yükselmesi, rekabetin ortadan kaldırılması suretiyle etkin kaynak kullanımının engellenmesi ve nihayet işletmenin sağladığı büyük ekonomik gücün zaman zaman ekonomi dışı (politik) amaçlarla kullanılmaya yönelmesi yatay bütünleşmenin işletmeler açısından çıkarabileceği önemli sakıncalardan belli başlılarını meydan getirirler (şimşek, 1998: 63).

2.3.2.4. Büyüme Stratejileri ile İlgili Ampirik alışma rnekleri

Cleverly ve Harvey (1992) 1000 Amerikan kent hastanesi üzerinde yaptıkları çalışmada şu sonuca ulaştılar: Genel olarak daha büyük çeşitlendirme finansal performansı geliştirmek için etkili bir strateji olarak ortaya çıkmaktadır. Fakat düşük pazar payı olan hastaneler yeni ürün ve pazar alanlarına girmeden önce mevcut üretim hatlarına yoğunlaşmaldırlar. Pazar payı liderleri ise kendi mevcut baskın pazar pozisyonlarını kalıcı kılmak için agresif bir şekilde çeşitlendirme stratejisini izlemek zorundadırlar.

Eastaugh (1984), 1974-1979 periyodunda New York'ta faaliyet gösteren 62 hastanenin verilerini kullanarak yaptığı çalışmada, kurumsal çeşitlendirmenin kr için daha iyi pozisyon oluşturduğunu ve daha iyi çalışma oranının çeşitlendirme yapmak için gerekli pazar koşullarını sağladığını buldu. Bununla birlikte, aynı çalışmada 1983 yılında pek çok yeni şirketin diğer hastanelerin bir parçası olmadan, maliyetleri artıran işlemleri gizlemeden ve geri demeler maksimize edilmeden gelirlerini artırdığı da belirtilmektedir. Eastaugh (1992) ve Langabeer (1998) daha sonraki yıllarda yaptıkları çalışmalar da ise çeşitlendirmenin hastane krlılığına bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaştılar. Eastaugh, 1992 yılında yaptığı bir çalışma ile, aşırı çeşitlendirmenin krlılıktaki çok büyük düşüşler ortaya çıkardığını ileri sürmektedir. Langabeer (1998) ise Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 100 büyük eğitim hastanesi üzerinde rekabet stratejileri konusunda yaptığı çalışmada çeşitlendirmenin finansal performans üzerinde neredeyse kayda değer hiç bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaştı.

Shortell ve arkadaşları (1989) 570 hastane üzerinde yaptıkları çalışmada, bir hastanenin mükemmel bir şekilde çeşitlendirme yapabilmesi için gerekli dört faktör belirlediler:

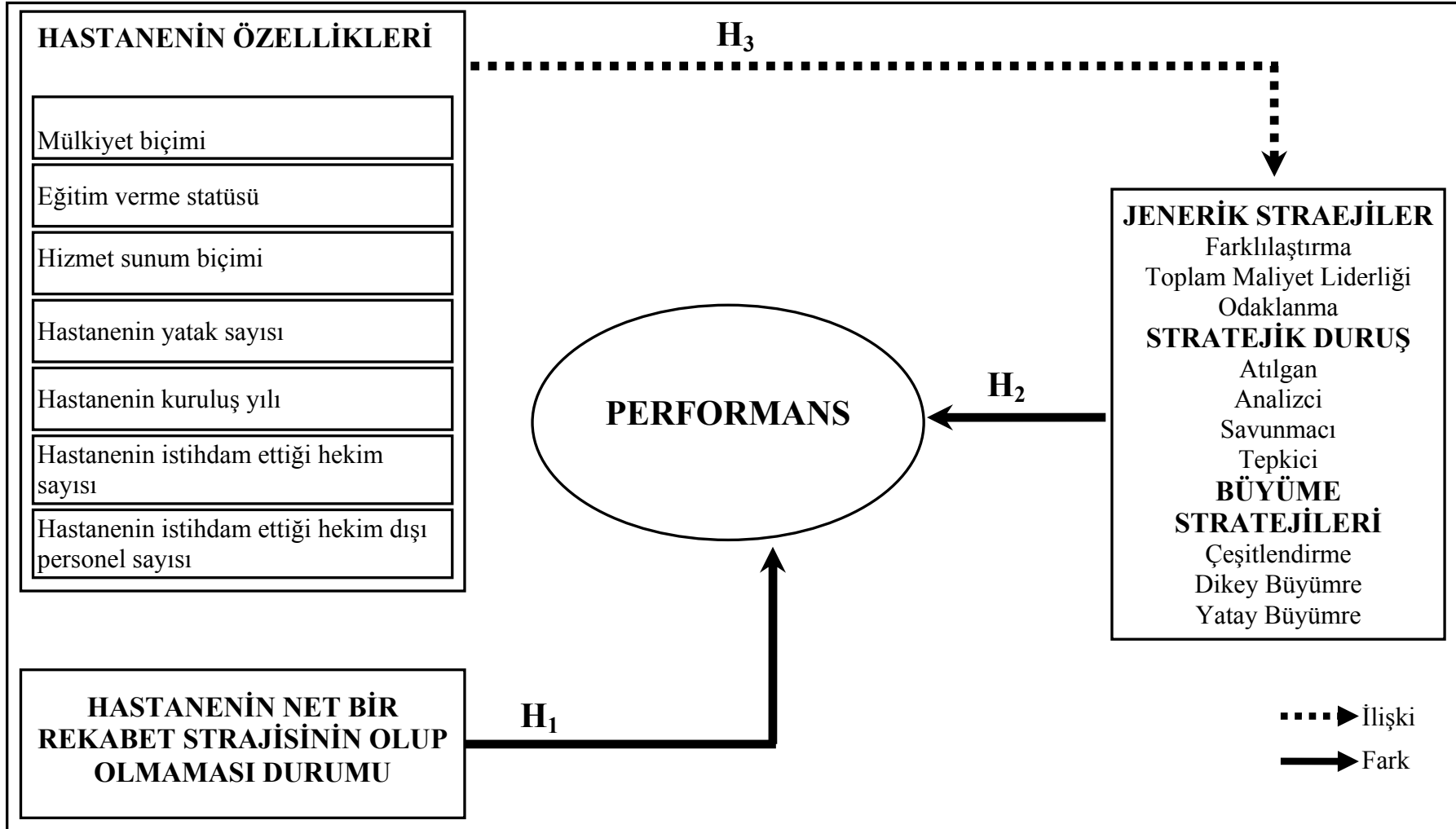
1. Hekimlerle etkili bir şekilde çalışmak. Hastaneler hekimleri yerel hastanelerin yönetim kurullarına, planlama komitelerine ve ortak yönetim kurullarına katmalıdır. İlave olarak, hastane ve hekimlerin çeşitlendirme için uygun bulacakları ortak gelir alanlarının saptanması önemlidir.
2. Merkezileştirilmiş ve desantralize edilmiş stratejik planlama yaklaşımlarını birleştirmeyi öğrenmek. Pazar analizi ve hastane sistemi için genel bir yönlendirme merkez büro (karargah) personelinin katılımıyla yapılmayı gerekli kılmaktadır. Bununla birlikte yerel pazarlar farklı olduğu için, özel olarak hastaneler hangi hizmetleri sunmaya devam edecekleri ve bu hizmetleri nasıl sunacaklarına karar verme konularında otonom kalmaya ihtiyaç duymaktadırlar.
3. Çeşitlendirilmeyle ilişkili olarak kısmî anlayış. Farklı hizmetler farklı biçimlerde yönetilmek zorundadır ve genellikle çeşitlendirilmiş hizmetlerin hastane bürokrasisi aracılığıyla yönetilmemesi gerekmektedir. İlgili çeşitlendirmeye yönelik gelişmeler arttıkça daha çok iç kaynaklardan yararlanma yoluna gidilmektedir. İlişkili olmayan çeşitlendirmeye yönelik davranışlar geliştikçe kaynaklar daha çok ortak girişimler ve birlikler oluşturmak için tahsis edilmektedir.
4. Tecrübe eğrisini etkili bir şekilde kullanmak. Tecrübe eğrisinin ilk geliştirici etkilerinin anlaşılması önemlidir. Talebin tahmin edilemediği, teknolojinin çabucak eskidiği veya hacmin yeterince hızlı artmadığı zamanlarda hastaneler için deneyim eğrisinin etkilerine ulaşmak zordur. Yazarlar bu dört anahtar faktörün entegrasyonundan mükemmel çeşitlendirme sonuçları sağlanacağını savunmaktadırlar.

Melnick ve arkadaşları (1999), yaptıkları çalışmada sahiplik tipine bakılmaksızın 1986'dan sonra bütün hastanelerin herhangi bir birleşme gerçekleştirdikleri zaman fiyatları artırdıklarını, hatta fiyat artırmaya yönelik birleşmelerin her zaman büyüme eğiliminde olduğunu buldular. Kâr amacı gütmeyen hastaneler ile kamu hastaneleri birleştikten sonra daha büyük miktarlarda fiyat artırmaya istekli davranışlar sergilediler. Tahmin edilen fiyat artışının kâr amacı gütmeyen hastanelerde sürekli bir şekilde gelişmesine etkisi, 1986'daki rakam sıfır kabul edildiği zaman 1994'de

%6,7'lik bir artış göstermektedir. Tahmin edilen fiyatlarda şaşırtıcı olan şey, çalışma periyodu süresince en büyük birleşme artışının görüldüğü kamu hastanelerinde 1986'da küçük bir fiyat düşüşünden (%-1) sonra 1994'de %13'lük artış görülmesidir. Ayrıca araştırmacılar, çalışmalarında hastane rekabetinin daima değiştiğini ve aynı pazardaki iki önemli rakibin birleşmesi durumunda, sahiplerine bakılmaksızın pazarda fiyat artışına neden olduğunu buldular.

Connor ve arkadaşları (1998), ABD'deki sağlık hizmetleri pazarında yatay ve dikey olarak daha fazla bütünleşme meydana gelmeye başladığını ileri sürmektedirler. Hastanelerin diğer hastanelerle yatay olarak ilişkisi, çoğunlukla ayrı organizasyonların bütünleşerek tek bir ortak organizasyon altında bütünleşmesiyle sonuçlanmaktadır. Medikal gruplar ve sigortacılar da yatay olarak diğer medikal grup ve sigortacılarla ilişki içerisindeyler. Hastaneler, gruplar ve sigortacılar entegre edilmiş sunum sisteminde bütünleşmek suretiyle dikey olarak yeni organizasyonel biçimler şeklinde ilişki içerisine girmektedirler. Ayrıca Connor ve diğerleri (1998) birleşen organizasyonların makul yıllık fiyat tasarrufları sağladığını da rapor etmektedir. Yatay hastane birleşmelerinin 1960'dan 1994'e kadar ortalama olarak yaklaşık %5 maliyet tasarrufu sağlanmasını da buna kanıt olarak göstermektedirler. Araştırmacılara göre maliyet tasarrufu, benzer büyüklükte hastaneler, duplike edilen hizmetlerin derecesi daha yüksek olan hastaneler ve birleşme öncesi yatak işgal oranları daha düşük olan hastanelerin bütünleştirilmesiyle sağlanmıştır. Yukarıdaki literatür incelemesi sonucunda çalışmada kullanılmak üzere aşağıdaki araştırma modeli geliştirilmiştir.

Şekil 12. Araştırma modeli



BÖLÜM 3: TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE REKABET STRATEJİLERİ: HASTANELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Son yıllarda uzmanlık (know-how), teknoloji ve ilaç endüstrisinde meydana gelen gelişmeler, sağlık hizmetlerinin sunumu ve iyileşme beklentilerinde de değişikliklere neden oldu. Günümüzde modern tıbbın mucizeleri artık sıradan olmaya başladı. Bu faaliyetler bir taraftan sağlık hizmetlerinin tüketiminde beklentileri artırırken, diğer yandan da sektörde maliyet artışlarına ve hizmetlerin pahalalanmasına sebep oldu. Bu durum, tedavi hizmetlerinin özel ve kamu sağlık kuruluşları tarafından birlikte verilmesini, kamu hastanelerinin özel sağlık işletmesi yaklaşımı ile yönetilmesini ve kamu hastaneleri ile özel hastanelerin kendi aralarında rekabet etmeleri sonucunu doğurmuştur.

Sağlık hizmetleri sunumu açısından, rekabette ayakta kalabilmek için sağlık hizmetleri sunumunda oluşturulabilecek temel farklılıklar, benzer hizmetlerin maliyet ve hizmet sunumundaki farklılıklardır. Bu farkların yaratılabilmesi için hastanelerin hizmetin tasarımından müşteriye ulaşmasına kadar yüzlerce aktiviteyi planlaması, uygulaması ve entegre etmesi gerekmektedir. Ayrıca hastaneler sözleşmeye dayalı hizmet sunum modeliyle fiyat esnekliklerini kaybedeceklerinden maliyet üzerine daha fazla odaklanacakları ve fiyat esnekliğinin kaybettirdiği kârlılığını maliyet kontrolü ile sağlamaya çalışacakları düşünülmektedir. Bunun yanı sıra rakiplerden öne çıkmak için daha fazla hasta çekilmesi gerekmektedir. Bunu sağlamanın yolu cazip hizmet farklılıklarını ortaya koymaktır. Düşük maliyet ya da farklılık meydana getirme anlayışı içerisinde hareket eden hastaneler, dikey ya da yatay bütünleşmeler sağlayarak entegre hizmetler sunabildikleri gibi çeşitlendirilmiş hizmetlerle rekabet risklerini azaltmaya çalışabilirler veya savunulabilir bir hizmet hattı oluşturarak bu hatta odaklanmak suretiyle rakipleri ile yarışmaya devam edebilirler.

Hastanelerde rekabet olgusunun nasıl anlaşıldığı ve gelişen yeni şartların kamu ve özel hastaneler arasında görünür bir farklılık bırakıp bırakmadığını analiz etmek amacı ile bu çalışmaya ihtiyaç duyulmuş ve hastanelerde bu konuya yönelik bir çalışma yapılması plânlanmıştır.

Bu bölümde plânlanan çalışmanın yöntemi, araştırma dizaynı, örneklem, veri kaynakları, veri toplama prosedürleri ve elde edilen verilerin analiz süreci açıklanacaktır.

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın evreni, örnekleme ve verilerin toplanması konuları açıklanmaktadır.

3.1.1. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma alan incelemesine dayanmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket, hastanelerin internet siteleri, Sağlık Bakanlığı (SB), Devlet Plânlama Teşkilatı (DPT), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), vb. kurumlardan elde edilen veriler kullanılmıştır. Ancak ana veri kaynağı SB'dir. Çalışmada hastanelerin rekabet stratejilerini uygulama becerilerinin yanı sıra, uygulamalarının sonuçlarını gösteren operasyonel performansları da değerlendirilmeye çalışılmaktadır.

Operasyonel performans değerlendirilmesinde sağlık hizmetlerinde klinik faaliyetlerin ölçülmesi için kullanılan kalış süresinin uzunluğu, klinik süreçler, kapasite kullanma oranı, vb. tanımlanması kolay dolaylı süreçlerden oluşan çıktı göstergeleri kullanılmaktadır. Operasyonel bulgular hastaneler tarafından Sağlık Bakanlığı'na gönderilen Yataklı Tedavi kurumları istatistik yıllıklarından elde edilmektedir. Dolayısı ile hastanelerle ilgili değerlendirmeler yapılırken ankette elde edilen verilerin yanı sıra, bu türden ikincil verilerden de yararlanılmıştır.

Araştırmada kullanılan anket, özel ve kamu hastanelerinin rekabet stratejilerini algılama ve uygulama yeteneklerini ölçmek, özel ve kamu hastanelerinin hangi stratejileri uyguladıklarını belirlemek, farklı rekabet stratejilerini uygulayan hastanelerinin uyguladıkları stratejiye göre varsa performans farklılıklarını ortaya koymak ve bu bağlamda hastanelerinin rekabet gücünü etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile ilgili literatür taranarak hazırlanmıştır.

Anketin cevaplanma süresinin uzamasının dönüş yüzdesini düşüreceği dikkate alınarak ankette ikincil kaynaklardan elde edilebilecek performans çıktılarına yer verilmemiştir.

Bu tür verilerin SB ve TÜİK'in yanı sıra hastanelerin kendi web sitelerinden elde edilmesi hedeflenmiştir.

Ankette, hastanelerin genel özelliklerinin yanı sıra, sağlık yöneticilerinin sağlık sektörüne giriş engelleri, hastanelerin stratejik kararlar alırken rakiplerinin ne oranda dikkate aldıklarını gösteren rekabet güçleri, Porter'ın pozisyon stratejileri, Miles ve Snow'un stratejik tipolojisi ve büyüme stratejilerini gösteren faktörlerin nasıl değerlendirildiklerine ilişkin sorular sorulmuştur.

Anket formu kapak yazısı hariç üç ana bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde hastanenin faaliyete başlama yılı, halen faal yatak sayısı, hekim sayısı, diğer personel sayısı, hedef kitlesi ve bir stratejisinin olup olmadığı gibi genel özelliklerinin öğrenilmesine yönelik sorular bulunmaktadır. Bu soruları hastanenin hangi stratejiyi uyguladığı ve kendisinin ve rakiplerinin Miles ve Snow'un tipolojisine göre hangi hastane tipine uygun olduğuna ilişkin sorular takip etmektedir. Anketin bu bölümü hazırlanırken kullanılan kavramlar kısaca açıklanarak bu kavramları bilmeyen yöneticilerin daha doğru değerlendirme yapması hedeflenmiştir.

Anketin bundan sonraki bölümleri 5'li ölçek türünden 51 soru ve üç bölümden oluşmaktadır.

Anketin sektöre giriş engelleri bölümü hazırlanırken, Porter'ın beş güç analizinden (Five Force Analysis) yararlanılmıştır. Sektördeki mevcut rakip işletmeler arasındaki rekabet, potansiyel giriş tehdidi ve alıcıların pazarlık gücüne ilişkin sorular doğrudan sorulmuştur. Sağlık hizmetleri düzenleme ağırlıklı bir sektör olduğundan tedarikçiler ve sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'nın gözetimi altında faaliyette bulunmaktadır. Dolayısı ile ilaç ve ecza malzemelerinin fiyatları kamu gücünün gözetimi ve denetimi altındadır. Bu durum tedarikçilerin pazarlık gücünü olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin ihtiyaç duyulan hizmetler dışında hizmet alınarak ikamesi mümkün değildir. Bu sebeple bu Porter'ın beş güç analizinde yer alan son iki soru (ikame malların tehdidi ve tedarikçilerin pazarlık gücü) yerine yasal zorunlulukların ağırlığı, kâr marjlarının düşük olması ve sektörün doygunluğuna ilişkin üç soru sorulmuştur.

Sağlık işletmeleri herhangi bir stratejik anlayışa dayanmadan ya da stratejik bir yarar elde etmeden yeni ürün ya da hizmetleri pazara sunma konusunda dikkatli davranmalıdırlar. Bir başka ifade ile pazara sunulan ürün ya da hizmetin kendi rekabet gücüne ne tür bir katkı sağlayacağını göz önünde tutmalıdırlar. O halde sağlık kuruluşlarının rakip hastane ya da diğer sağlık kuruluşlarının faaliyetlerini dikkate alarak rekabet kararları vermeleri beklenmektedir. Bu amaçla ankette sağlık işletmelerinin yeni hizmet alanlarına giriş, yeni şubeler açma, hedef hasta kitlesi ve rekabet amacı ile kullanılacak araçlara ilişkin alacakları kararlarda rakiplerini ne oranda dikkate aldıklarını ölçmek amacı ile dört soru sorulmuştur. Sağlık işletmelerinin bu sorulara verecekleri puanların rakiplerini ne oranda dikkate alarak hareket ettiklerini değerlendirme bakımından önemli olduğu düşünülmektedir.

Anketin üçüncü bölümü 11–51. sorulardan oluşmakta ve bu bölümde Miles ve Snow'un stratejik tipolojisi, Porter'ın pozisyon stratejileri ve büyüme stratejilerine ait 41 soru yer almaktadır. Segev'in (1989: 490) de vurguladığı gibi Miles ve Snow'un çalışmasında yer alan sınıflandırma ile Porter'ın sınıflandırması birbirine oldukça yakındır. Öyle ki, Miles ve Snow'un savunmacısı Porter'ın maliyet odaklanmasına, atılganı farklılaştırmaya, analizcisi maliyet odaklanma ve farklılaştırmaya ve tepkiciyi ortada şaşırıp kalmaya (stuck in the middle) çok büyük benzerlikler göstermektedir. Yatay olarak ilişki sürdürüldüğü zaman, Porter'ın maliyet liderliğinin Miles ve Snow'un analizci ve savunmacısına, maliyete odaklanma stratejisinin analizciye, farklılaştırmaya odaklanma stratejisinin atılgan ve analizcinin her ikisine ve “ortada sıkışıp kalma”nın da tepkiciye oldukça yakın olduğu görülmektedir. Bu nedenle anketin son bölümünü oluşturan ölçekte yer alan 41 sorudan bazıları hem Porter'ın stratejilerini hem Miles ve Snow'un yaklaşımı hem de büyüme stratejilerine ilişkin değerlendirmeler yapmak amacı ile konulmuştur. Başka bir ifade ile bazı sorular birden fazla değerlendirme yapmak amacı ile kullanılmıştır.

Miles ve Snow'un stratejik tipolojisinin değerlendirildiği soruların oluşturulmasında temelde Miles ve diğerleri (1978), Ginn (1990) ve Miles ve Snow (2003) temel kaynak olarak kullanılmakla birlikte literatür bölümünün oluşturulmasında değerlendirilen, farklı kaynaklardan da yararlanılmıştır.

Anketin pozisyon stratejileri ile ilgili sorularının hazırlanmasında Porter (2000) ve Kumar ve arkadaşlarının (1997) çalışmalarında yer alan özellikler esas alınmıştır. Porter (2000) çalışmasında stratejilerin genel özellikleri, Kumar ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu özelliklerin hastanelere uygulanmış şekli verilmektedir.

Anketin büyüme stratejileri ile ilgili sorularının hazırlanmasında Schermerhorn (2007), Zuckerman (2006), Markides (1999), Craig ve Grant (1993), Clement (1988) ve Connor ve diğerleri (1998) çalışmalarından yararlanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ankete son şekli verilmeden önce Sakarya il merkezinde yer alan kamu hastaneleri yöneticileri ile görüşülerek bir pilot çalışma yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda dört kamu hastanesinden toplam 38 anket elde edilebilmiş ve hastane yöneticileri ile anketin anlaşılabilirliği konusunda görüşmeler yapılmıştır. Yöneticilerin önerileri ile yeniden düzenlenerek danışmana sunulmuştur. Danışman görüşleri de alındıktan sonra ankete son hali verilerek uygulamaya geçilmiştir.

Anketin güvenilirliğini test etmek amacı ile elde edilen veriler SPSS paket programına girilmiştir. 5'li Likert Ölçeğe göre hazırlanan ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,9379 bulunmuştur. Kabul edilebilir bir alfa değerinin en az 0,7 olması arzu edilmektedir. Ancak bazı araştırmacılar inceleme türü çalışmalarında 0,5'e kadar makul kabul edilebileceğini öngörmektedirler (Altunışık ve diğerleri, 2005:116). Özdamar'a (1999:522) göre Cronbach Alpha katsayısının 0.00-0.40 arasında olması anketin güvenilir olmadığını, 0.40-0.60 arasında olması anketin düşük güvenilirlikte olduğunu, 0.60-0.80 arasında olması anketin oldukça güvenilir olduğunu ve 0.80-1.00 arasında olması ise yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu değerlendirmeler ışığında çalışmada kullanılacak anketin Cronbach Alpha değerinin çok yüksek olduğu görülmüş ve araştırmada kullanılmasına karar verilmiştir.

3.1.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Türkiye'de faaliyet gösteren tüm hastaneler oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiştir. Evrenin belirlenmesi aşamasında Türkiye'de faaliyet gösteren tüm hastanelere ulaşılması hedeflenmiştir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları 2007 İstatistik Yıllığı incelenerek Türkiye'de faaliyet gösteren hastaneler tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2007 yılı

sonu itibari ile Türkiye’de MSB hastaneleri hariç 1276 hastane bulunmaktadır. Ancak, bu hastanelerden 36’sı ilçe hastanesi statüsünde olduğundan çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. 36 ilçe hastanesi bu rakamdan düşüldükten sonra 56 üniversite, 6 belediye ve 813 Sağlık Bakanlığı hastanesi olmak üzere 875 kamu ve 331 özel kişi ya da kuruluş, 2 yabancı, 5 azınlık ve 27 özel dernek ve vakıf hastanesi olmak üzere 365 özel hastane evrene dahil edilmiştir. Bu rakamlara göre 2007 yılı sonu itibari ile Türkiye’de (ilçe statüsündeki hastaneler hariç) 1240 hastane faaliyette bulunmaktadır. Ancak bu hastanelerden 33’ü özel ve 80’i kamu olmak üzere 113’ü 2007 yılı içerisinde faaliyete başlamıştır ve bu hastanelerin performans verileri 2007 yılı verileri içerisinde yer almamaktadır. Bu sebeple bu hastanelerde araştırmanın kapsam içerisinde değerlendirilmemişlerdir. Dolayısı ile çalışmanın evrenini 795’i kamu ve 332’si özel olmak üzere 1127 hastane oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı web sitesinde Bakanlığa bağlı hastanelerin tamamının iletişim bilgileri bulunmaktadır. Bakanlığa bağlı hastanelerin iletişim bilgileri buradan, diğer hastanelerin bilgileri ise kendi web sitelerinden temin edilerek ülke bazında tüm hastanelerin e-mail adresleri ile telefon ve faks numaralarından oluşan bir liste oluşturulmuştur. Hastanelerin tamamının e-mail adreslerine anket gönderilmiştir. Yeterli sayıda anketin dönmeceğinin anlaşılması üzerine hastane yöneticilerine telefon edilmiş ve isteyen hastanelere faks ve posta yolu ile anketler tekrar gönderilmiştir.

Ankette yer alan soruları ancak yönetim kademesinde yer alan kişilerin doldurabileceği düşüncesi ile anketlerin hastane başhekimleri, sorumlu müdürleri ya da hastane müdürleri tarafından doldurulması talep edilmiştir. Çalışma sonucunda toplam 42 ilden 45’i özel ve 120’si kamu olmak üzere 165 hastaneden anket sağlanabilmiştir. Dönen anketlerin 68’i elektronik posta, 9’u faks ve 10’u posta yolu ile elde edilirken 78 anket yüz yüze görüşme yolu ile doldurulmuştur. Çalışmada her hastaneden bir anket formu çalışmaya dahil edildiğinden anket sayısı aynı zamanda çalışmaya katılan kurum sayısını da ifade etmektedir. Anketlerde boş bırakılan alanlar kayıp veri olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda özel hastanelerin %13.55 ve kamu hastanelerinin %15.09’u olmak üzere Türkiye’de faaliyet gösteren hastanelerin

%14.64'ünden anketin dönüşü sağlanabilmiştir. Bu oranın Türkiye'de faaliyet gösteren hastaneler hakkında bir değerlendirme yapmak için uygun olduğu düşünülmüştür.

3.1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Miles ve Snow (2003:14), yaptıkları çalışmada organizasyonların dört farklı strateji tipi geliştirdiğini ortaya koydular. Bu stratejik tiplerin üçü (savunmacı, analizci ve atılgan olarak sınıflandırıldı) istikrarlı organizasyon tipleridir. Eğer yönetim bu stratejilerden birini izlemek amacıyla seçer ve organizasyonu ona göre düzenlerse, o zaman organizasyon kendi endüstrisinde önemli bir zaman periyodunda etkili bir rakip olabilir. Diğer taraftan yönetim bu stratejilerden birini seçmezse, organizasyon fırsatlara karşılık vermede yavaş kalacaktır ve muhtemelen kendi endüstrisinde etkisiz bir performans gösterecektir.

Porter'a göre bir firma iki yöntemden birini kullanmak suretiyle performansını geliştirebilir: Benzer bir ürünü daha düşük maliyetle sunabilir ya da müşterilerin farklılaştırma maliyetini aşan ek ödeme yapmayı kabul ettikleri farklılaştırılmış ürün üretebilir. Diğer taraftan bir işletme maliyet ve farklılaştırma üstünlüğünü ya genel pazarda ya da pazarın bir bölümüne odaklanarak sağlamaya çalışır. (Sadler, 1993: 183; Dinçer, 2003:198, Ginter ve diğ., 1998:143). Bu stratejilerden birini başarı ile izleyen firmalar endüstri ortalamasının üzerinde kâr kazanırlar, ancak birden fazla stratejiyi izleyip hiçbirini başarı ile gerçekleştiremeyenler ortada çakılıp kalmaya mahkum olurlar ve endüstri ortalamasının altında gelir elde ederler (Barca, 2002b:34). O halde işletmeler mutlaka bir stratejik tercih yapmak ve onu uygulamak zorundadırlar. Aksi durumda Porter'ın ortada sıkışıp kalmak (Segev, 1989: 487) ve Miles ve Snow'un tepkici olarak adlandırdıkları bir yapı içersine girerler ki, bu durum düşük performans ve kârlılığa sebep olabilir.

Yukarıdaki açıklamalardan hareketle bir strateji uygulayan hastaneler ile hiçbir strateji uygulamayan hastaneler arasında bir performans farkı olması beklenmektedir ve bu doğrultuda aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir:

H₁: Net bir stratejisi olan ve olmayan hastanelerin performansları arasında fark vardır.

Miles ve Snow tipolojisinden hareket edildiği zaman savunmacılar toplam potansiyel pazarın dar bir bölümünde yalnızca sınırlı sayıda ürün ya da hizmet ürettikleri, buna karşılık analizcilerin pazarda daha geniş bir paya sahip olduğu ve bu payın sürekli değişim halinde olduğu görülmektedir (Ginn, 1990: 569). Atılğanlar ise büyümek, yeni ürün geliştirmek, mevcut ürünlere ilaveler yapmak, çeşitlendirme yapmak, yeni pazara girmek ve fırsatları olağanüstü başarıya dönüştürmek için çalışırlar ve genellikle pazarın liderleri durumundadırlar (Zuckerman, 2002:10). Dolayısı ile farklı yapı ve tercihlerin farklı performans geliştirmeleri beklenmektedir.

Benzer durum Porter'ın jenerik stratejileri için de geçerlidir. Odaklanma stratejilerini izleyen organizasyonlar, örgütsel kaynak ve uzmanlıklarını özel bir müşteri grubu, coğrafik alan veya ürün/hizmet hattına odaklandırmaktadırlar (Schermerhorn, 2007:221). Dolayısı ile odaklanma stratejisi her zaman ulaşılabilir toplam pazar payı üzerinde bazı sınırlamalar gerektirir (Porter, 2000:50). Maliyet liderliği stratejilerinin uygulanabilmesi ise yüksek pazar payı, hammaddelere daha kolay erişim, mamullerin nispeten standart olması, işletmenin ekonomik ölçeği ve öğrenme eğrisinin düşmesine bağlıdır (Dinçer, 2003:200). Farklılaştırma stratejisi organizasyonun pazar araştırma, pazar geliştirme ve yaratıcılıkta güçlü olmasını gerektirmektedir. Müşterinin ürünün kalitesi ve eşsizliği algısının sürdürülmesinin başarılmasına dayalı bir stratejidir (Schermerhorn, 2007:220). O halde sağlık kuruluşlarında odaklanma stratejisini uygulayan hastanelerin, performans çıktılarının toplam maliyet liderliği ve farklılaştırma stratejilerini uygulayan hastanelerden daha düşük olması beklenmektedir.

Organizasyonlar tarafından izlenen temel veya önemli stratejilerin en yaygını ve en popüler büyüme stratejisidir. Büyüme stratejileri mevcut faaliyetlerin büyütülmesi ve genişletilmesini artırmanın yollarını aramaktadır (Schermerhorn, 2007:215). Çeşitlendirme sağlık kurumunun daha fazla büyümesine ve gelir fırsatları içeren yeni bir pazara girmesine imkan sağlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000:149). Dikey bütünleşme yolu ile hastaneler hem müşteri grupları ile işbirliğini geliştirmekte, hem de tedarikçilerle işbirliğine girerek girdi ve çıktılarda ekonomiklik sağlamaktadır. Ayrıca hastaneler ölçek ekonomisi (daha iyi oranlar veya tedarikçilerden sağlanan dönemler gibi) ve tekrarlanan hizmetlerin çıkarılması operasyonel verimlilik ve nihai

olarak da maliyet tasarrufu sağlamak amacı ile yatay bütünleşmeye gitmektedirler. Böylece çalışanlar ile gelişmiş yönetim ve üretim süreçleri birleştirilerek atıl kapasitenin azaltılması sağlanabilir (Zuckerman, 2002: 58). Dolayısı ile büyüme stratejilerini uygulayan hastanelerin performans değerlerinin daha yüksek olması beklenebilir.

Yukarıda açıklandığı gibi, farklı rekabet stratejilerini izleyen ya da farklı stratejik yapı geliştiren hastanelerin performanslarının da farklı olması beklenmektedir. Buradan hareketle aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir:

H₂: Farklı strateji uygulayan hastanelerin performansları arasında fark vardır.

Hastanelerin özel ya da kamu hastanesi olması, eğitim verme statüsü, hizmet sunum biçimi, yatak sayısı gibi özelliklerinin yanı sıra uyguladıkları stratejiler veya kendilerini ya da rakiplerini konumlandıkları stratejik tipe göre aralarında farklılık olması beklenmektedir. Ginn (1990) tarafından 77 hastanenin stratejik değişimleri; mülkiyet durumları ve yatak kapasiteleri dikkate alınarak yapılan çalışma sonucunda; kâr amacı gütmeyen hastanelerin %75'i analizci ve atıl strateji tiplerini geliştirirken, kâr amacı güden hastanelerin %56,7'sinin analizci ve atıl strateji geliştirdiği bulunmuştur. Büyüklüklerine göre incelendiğinde ise 100 yatağın altındaki hastanelerin %25'i, 100-404 yataklı hastanelerin %68'i ve 405 ve üzeri yatağa sahip hastanelerin %50'sinin analizci ve atıl strateji tipleri geliştirdikleri görülmektedir. Miles ve Snow'un strateji tipolojisi temel alınarak yapılan başka bir çalışmada da hastanelerin büyüklüğü, hizmetlere odaklanması, faaliyette bulunduğu yer, faaliyet süreleri ve rakiplerin sayısı ile uyguladıkları stratejiler arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Friedman ve Shortell, 1988). Bu bulgular, hastanelerin niteliklerinin uyguladıkları strateji tiplerinde değişmelere sebep olabildiğini göstermektedir. Ayrıca çevrede önemli bir değişiklik olduğu zaman strateji tiplerinin yaygınlığı değişmektedir. Durgun dönemlerde savunmacılar en yaygın strateji tipi iken, istikrarsız dönemlerde analizciler en yaygın strateji tipi olarak karşımıza çıkmaktadır (Ginn, 1990:587).

Benzer durum Porter'ın jenerik stratejilerini uygulayan hastaneler içinde söz konusudur. Örneğin farklılaştırma stratejisi izleyen hastanelerin hizmet kalitesini geliştirme, ileri teknoloji kullanma, hizmet sunduğu alanda en gelişmiş performans

süreçlerini uygulama, yaygın olarak sunulmayan ve özellik gerektiren hizmetleri sunma gibi hususlara daha fazla önem vermesi, buna karşılık toplam maliyet liderliği stratejisini izleyen hastanelerin halen sunduğu hizmetleri geliştirmesi, daha sıkı mali kontrol yöntemleri uygulaması, birimlerini daha işlevsel hale getirmesi (kapasite kullanma oranını artırmak gibi) ve israfı önlenmesi gibi konulara önem vermesi beklenmektedir (Kumar ve diğ., 1997:49). Bu durumu test etmek amacı ile yapılan bir çalışmada, kâr amaçlı hastanelerin yaklaşık %45'inin ve kâr amacı gütmeyen hastanelerin %13'ünün farklılaştırma; kâr amacı güden hastanelerin %45'inin ve kâr amacı gütmeyen hastanelerin %75'inin toplam maliyet liderliği stratejilerini uyguladıkları bulunmuştur (Kumar ve diğerleri, 1997). Bu sonuçlar, kâr amaçlı ve kâr amacı olmayan hastanelerin stratejik yönelimlerinin farklı olabileceğini göstermektedir.

Ülkemizde faaliyette bulunan özel hastaneler genellikle kâr amacı ile kurulup işletilen kuruluşlardır. Buna karşılık kamu hastanelerinin amacı kâr etmekten daha ziyade hizmet sunmak olduğundan özel hastaneler farklılaştırma stratejisini izleyebilir ve bunun doğal bir sonucu olarak atılğan bir yapı geliştirebilirler. Dolayısı ile mülkiyet esasına göre incelemede hastaneler arasında özel hastaneler lehine daha rekabetçi bir farklılığın ortaya çıkması beklenmektedir. Buradan hareketle şu hipotez geliştirilmiştir:

H₃: Hastanelerin özellikleri ile uyguladıkları stratejiler arasında bir ilişki vardır.

3.2. Araştırmada Kullanılan Analizler

Araştırma sonucunda elde edilen veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra hipotezlerin test edilmesinde Ki-Kare testi, iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü (bağımsız örneklerde t testi) testi ve ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan gruplarda bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Anketin güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısına göre hesaplanmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.3. Bulgular ve Değerlendirme

Çalışma sonucunda elde edilen verilerin güvenilirliği Cronbach Alpha değeri hesaplanarak test edilmiştir. Yapılan hesaplama sonucunda Cronbach Alpha değeri 0,9469 bulunmuştur. Bu değer anketin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.3.1. Çalışma Yapılan Hastanelerin Nitelikleri

Çalışma toplam 165 hastane üzerinde gerçekleştirilmiş olup, hastanelerin %72,7'si kamu ve %27,3'ü özel sektöre aittir. Hastanelerin %69,2'si 100 ve üzeri yatak kapasitesine sahip olup %25,5'i eğitim ve araştırma hastanesi ve %83,6'sı genel hastanelerden oluşmaktadır. Hastaneler genellikle 50'den daha az hekim istihdam etmesine (%46,7) karşılık benzer durum hekim dışı personelde gözlenmemektedir. Hastanelerin %20,6'sı 600 ve üzeri personel istihdam etmektedir. Ayrıca hastanelerin yaklaşık yarısı (%50,6) 1991 ve daha sonraki yıllarda işletmeye açılmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Çalışma yapılan hastanelerin genel özellikleri

Nitelik		Sayı	%	Nitelik		Sayı	%
Mülkiyet	Kamu	120	72,7	Yatak Kapasitesi	≤99	64	38,8
	Özel	45	27,3		100-399	55	33,3
	Toplam	165	100,0		≥400	44	26,7
Hizmet Sunum Biçimi	Özel dal	27	16,4		Cevapsız	2	1,2
	Genel	138	83,6		Toplam	165	100,0
	Toplam	165	100,0		Kuruluş Yılı	≤1960	38
Eğitim Verme Statüsü	Var	42	25,5	1961-1990		42	25,5
	Yok	123	74,5	≥1991		84	50,9
	Toplam	165	100,0	Cevapsız		1	0,6
Hekim Sayısı	≤49	77	46,7	Toplam		165	100,0
	50-99	32	19,4	Hekim Dışı Personel Sayısı	≤199	71	43,0
	100-299	29	17,6		200-599	55	33,3
	≥300	25	15,2		≥600	34	20,6
	Cevapsız	2	1,2		Cevapsız	5	3,0
	Toplam	165	100,0		Toplam	165	100,0

Çalışmaya katılan hastanelerin 139'u (%84,2) jenerik stratejilerden herhangi birini uyguladığını ifade etmiş olup, genel dağılıma bakıldığında zaman hastanelerin %42,4'ü farklılaştırma, %19,4'ü toplam maliyet liderliği, %22,4'ü odaklanma stratejisini uygulamaktadırlar. Buna karşılık hastanelerin %15,8'i herhangi bir jenerik strateji

uygulamamaktadır. Büyüme stratejilerinden herhangi birini uygulayan toplam 103 hastanenin (%62,4); %37,6'sı çeşitlendirme, %12,7'si yatay bütünleşme ve 12,1'i dikey bütünleşme stratejisi uygularken; buna karşılık hastanelerin %37,6'sı ise hiçbir büyüme stratejisini uygulamamaktadır. Ayrıca hastanelerin %29,7'si savunmacı, %23,0'ı atılgan, %29,7'si analizci ve %12,7'si tepkici tipte hastaneler olduklarını ifade etmektedirler. Hastane yöneticileri rakiplerinin %28,5'ini savunmacı, %18,18'ini atılgan, %31,5'ini analizci ve %13,9'unu tepkici olarak görmektedirler.

Savunmacı strateji tipi geliştiren hastaneler odaklanma stratejisi (%15,1) geliştirmelerine karşılık, atılgan strateji tipi geliştiren hastaneler farklılaştırma (%15,2) stratejisi uygulamaktadırlar. Analizci strateji tipi geliştiren hastaneler ise melez yapılarına uygun olarak farklılaştırma (%17,4) ve toplam maliyet liderliği (%12,1) stratejilerinin her ikisini de uygulamaktadırlar (Tablo 16). Tepkici strateji tipi ile jenerik stratejiler arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum Porter tarafından ileri sürülen üç jenerik stratejiden birini uygulamayan işletmelerin arada sıkışıp kalacağı savı ile uyumludur. Bu sonuçlardan hareketle Miles ve Snow tarafından geliştirilen stratejik tipoloji ile Porter tarafından geliştirilen jenerik stratejiler arasında ilişki olduğu söylenebilir.

Tablo 16. Jenerik stratejiler ile stratejik duruşları arasındaki ilişki

Stratejik Duruş		Jenerik Stratejiler			Toplam	p
		Farklılaştırma	Toplam Maliyet Lid.	Odaklanma		
Savunmacı	Beklenen	19,4	9,4	11,2	40,0	0,003
	Gözlenen%	%11,4	%3,8	%15,1		
Atılgan	Beklenen	17,0	8,2	9,8	35,0	
	Gözlenen%	%15,2	%6,1	%5,3		
Analizci	Beklenen	21,4	10,3	12,3	44,0	
	Gözlenen%	%17,4	%12,1	%3,8		
Tepkici	Beklenen	6,3	3,1	3,6	13,0	
	Gözlenen%	%4,5	%1,5	%3,8		
Toplam	Beklenen				132	
	Gözlenen%	%48,5	%23,5	%28,0		

Büyüme stratejileri kullanılarak yapılan çarpaz karşılaştırmada, atılgan analizci ve savunmacı strateji tipini geliştiren hastanelerin sırası ile %69,2, %64,5 ve %46,2 oranları ile genel olarak çeşitlendirme stratejisini benimsedikleri görülmektedir. Bunu aynı sıra ile %23,1, %22,6 ve %26,9 oranları ile yatay bütünleşme stratejisi takip

etmektedir. Savunmacı strateji tipi geliştiren hastaneler %26,9 oranı ile dikey bütünleşme stratejisi uyguladıklarını da görülmektedir. Bu oran analizcilerde %12,9 ve atılanlar da ise %7,7'dir. Durum Ki-Kare tablosu yapılarak analiz edildiğinde gerek Miles ve Snow'un stratejik tipolojisi ve gerekse Porter'ın jenerik stratejileri ile büyüme stratejileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,005$). Tablo 17'de jenerik stratejiler ile büyüme stratejileri arasındaki ilişkiyi gösteren Ki-Kare tablosu görülmektedir.

Tablo 17. Jenerik stratejiler ile büyüme stratejileri arasındaki ilişki

Büyüme Stratejileri		Jenerik Stratejiler			Toplam	p
		Farklılaştırma	Top. Mal. Liderliği	Odaklanma		
Çeşitlendirme	Beklenen	29,9	11,3	10,8	52,0	0,213
	Gözlenen%	%40,2	%9,2	%10,3		
Yatay Bütünleşme	Beklenen	11,5	4,4	4,1	20,0	
	Gözlenen%	%9,2	%6,9	%6,9		
Dikey Bütünleşme	Beklenen	8,6	3,3	3,1	15,0	
	Gözlenen%	%8,1	%5,7	%3,5		
Toplam	Beklenen				87,0	
	Gözlenen%	%57,5	%21,8	%20,7	%100	

Hastanelerin tanımlayıcı istatistikleri ile ilgili ayrıntılı tablolar Ek-3'de sunulmuştur.

3.3.2. Çalışma Yapılan Hastanelerin Değerlendirilmesi

Bu bölümde anket uygulanan hastanelerin yöneticilerinin hastanelerine ilişkin değerlendirmeleri verilmektedir. Çalışma yapılan hastanelerin değerlendirilmeleri geliştirilen ölçeğe uygun olarak; sektöre giriş engelleri, yöneticilerin stratejik karar alırken çevreyi ve rakiplerini ne oranda dikkate aldıkları, stratejik duruş, jenerik stratejiler ve büyüme stratejileri başlıkları altında analiz edilerek değerlendirilmektedir.

3.3.2.1. Hastanelerin Sektöre Giriş Engellerine Göre Değerlendirilmesi

Anket uygulanan hastane yöneticilerinin sektöre giriş engelleri ile ilgili değerlendirmeleri Tablo 18'de verilmiştir. Hastane yöneticilerine göre en büyük giriş engeli giriş maliyetlerinin yüksek olmasıdır. Bunu yasal zorunlulukların ağırlığı izlemektedir. Bu iki değişkene yüksek düzeyde katılım olmuştur. Diğer dört değişkene orta düzeyde katılım olmakla birlikte, en düşük katılımı kâr marjlarının düşük olması almıştır. Buradan hareketle hastane yöneticileri tarafından sektöre giriş engeli olarak

kâr marjlarının düşük olmasının en alt düzeyde dikkate alındığı söylenebilir. Bunu sektörün doymuş olması izlemektedir. Özellikle hızla gelişen özel hastane yatırımları da bu tercihin doğru olduğunu göstermektedir.

Tablo 18. Hastanelerin sektöre giriş engellerine ilişkin değerlendirmeleri

Değişkenler	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Giriş maliyetlerinin yüksek olması	165	3,83	1,108	632
Yasal zorunlulukların çok ağır olması	165	3,33	1,160	550
Mevcut hastaneler arasındaki rekabetin yoğunluğu	165	3,21	1,171	529
Hasta veya sosyal güvenlik kuruluşlarının pazarlık gücü	165	3,21	1,266	529
Sektörün doymuş olması	165	2,92	1,414	482
Kâr marjlarının düşük olması	165	2,88	1,242	476
Boyut Ortalaması		3,23	1,227	

Ortalama olarak: Düşük Katılım (1,0–2,33); Orta Düzeyde Katılım (2,34–3,66) ve Yüksek katılım (3,67–5,0)

3.3.2.2. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Karar Alırken Çevreyi ve Rakipleri Dikkate Almalarına İlişkin Değerlendirmeleri

Hastane yöneticileri en fazla hedefledikleri hasta kitlesine ilişkin stratejik kararlar alırken çevre ve rakiplerini dikkate almaktadırlar. Bu kararlarda en az etkili olan ise yeni şubeler açmaya yönelik stratejik kararlardır (Tablo 19). Hedeflenen hasta kitlelerine ilişkin kararlara yüksek derecede katılım olmasına karşılık, diğer üç değişkene orta düzeyde katılım olmuştur.

Tablo 19. Hastane yöneticilerinin stratejik karar alırken çevreyi ve rakipleri dikkate almalarına ilişkin değerlendirmeleri

Değişkenler	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Hedeflenen hasta kitlesine ilişkin kararlar	165	3,72	1,173	613
Yeni hizmet alanlarına girmek için alınan kararlar	165	3,64	1,179	601
Rekabet amacıyla kullanılacak araçlara ilişkin kararlar	164	3,60	1,252	590
Yeni şubeler açmak için alınan stratejik kararlar	163	3,42	1,261	558
Boyut Ortalaması		3,60	1,216	

Ortalama olarak: Düşük Katılım (1,0–2,33); Orta Düzeyde Katılım (2,34–3,66) ve Yüksek Katılım (3,67–5,0)

3.3.2.3. Jenerik stratejilere ilişkin Değerlendirmeler

Hastane yöneticilerinin ankete verdiği cevapların jenerik stratejilerle ilgili değişkenleri kendi içerisinde boyutlandırılarak analiz edilmiş olup elde edilen bulgular Tablo 20’de verilmiştir.

Farklılaştırma stratejisine ilişkin yapılan değerlendirmede, 11 değişkenden yalnızca üçününe orta düzeyde, diğer değişkenlerin tamamına yüksek düzeyde katılım olduğu bulundu. Ayrıca farklılaştırma boyutunun ortalama katılımı 3,91’dir ki, bu da genel olarak yüksek katılım olduğunu göstermektedir. Buradan hareketle hastane yöneticilerinin farklılaştırma stratejisine katılımlarının yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Toplam maliyet liderliği ile ilgili olarak ölçekte yer alan 8 maddeden ikisine orta ve diğerlerine yüksek düzeyde katılımda bulunulmuştur. Ortalama katılımda bulunan tedarikçilerle işbirliği ve ortaklıklar geliştirmek değişkeni hastanelerin dikey bütünleşme stratejisi uygulayarak gerçekleştirebilecekleri bir davranış biçimidir. Buradan hareketle hastanelerin geriye doğru bütünleşme davranışlarının toplam maliyet liderliği stratejisi içerisinde daha az katılım alan değişken olduğu söylenebilir. Rekabetçi fiyat uygulamak değişkeni ise doğrudan toplam maliyet liderliği sonucu elde edilen avantajın kullanılmasına yönelik bir çabadır. Hastanelerin maksimum ve minimum fiyatları Sosyal Güvenlik Kurumu ve meslek oda ve birlikleri tarafından belirlendiğinden esnekliği az olan bir değişkendir. En az katılım almasında bu durumun etkile olabileceği düşünülmektedir. Toplam maliyet liderliği boyutunu oluşturan değişkenlere ortalama 3,79 katılım olmuştur.

Odaklanma stratejisi ile ilgili 13 değişkenden 9’una yüksek düzeyde, 4’üne orta düzeyde katılım olmuştur. En düşük katılım, belirli bir bölgenin hastalarına odaklanmak değişkenine olmuştur. Uluslararası literatürde rekabet yoğunluğu bakımından hastanenin çevresinde başka sağlık kuruluşlarının olup olmadığına bakılarak değerlendirme yapılmaktadır. Ancak elde edilen sonuç bu durumun Türkiye için uygun olmadığını göstermektedir. Odaklanma stratejisinde en büyük katılım kalite vurgusunun yapıldığı değişken olmuştur. Odaklanma ile ilgili ifadeler ortalama katılım 3,79’dur.

Tablo 20. Jenerik stratejilere ilişkin değerlendirmeler

Farklaştırma	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Hastalar üzerinde hastanenin olumlu imaj oluşturmasını sağlamak	165	4,42	0,995	730
Üretilen hizmetlerin kalitesini geliştirmek	164	4,39	0,981	720
Kullanılan teknolojiyi yenilemek	165	4,32	0,949	712
Hastaların hizmetlere ulaşmasını kolaylaştırmak	164	4,30	0,986	705
Hastalara kişisel konfor sağlamak	164	4,19	1,042	687
Müşteri hizmetlerini geliştirmek	165	4,11	1,126	678
Belirli uzmanlık alanlarında sektörde en iyi olmak	162	4,09	1,157	663
Yeni hizmet alanlarına girmek	165	3,74	1,224	617
Yeni gelişen hizmet alanlarına girmek	164	3,29	1,427	540
Ücretli hasta sayısını artırmak	162	3,20	1,511	518
Üst gelir grubu hastalara hizmet sunmak	164	2,99	1,515	490
Boyut Ortalaması		3,91	1,174	
Toplam Maliyet Liderliği	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Performans geliştirmek	165	4,36	0,898	720
Gereksiz maliyetleri ortadan kaldırmak	164	4,16	1,068	682
Verimliliği yüksek personel çalıştırmak	162	4,12	1,187	667
Kaynak kullanım maliyetlerini düşürmek	165	4,03	1,128	665
Hizmet üretim süreçlerini geliştirmek	164	3,95	1,095	648
Birimleri işlevsel olarak ayırarak daha aktif hale getirmek	164	3,91	1,137	642
Tedarikçilerle işbirliği ve ortaklıklar geliştirmek	164	3,05	1,369	500
Rekabetçi fiyat uygulamak	162	2,72	1,385	440
Boyut Ortalaması		3,79	1,030	
Odaklanma	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Üretilen hizmetlerin kalitesini geliştirmek	164	4,39	0,981	720
Performans geliştirmek	165	4,36	0,898	720
Hastaların hizmetlere ulaşmasını kolaylaştırmak	164	4,30	0,986	705
Hastalara kişisel konfor sağlamak	164	4,19	1,042	687
Müşteri hizmetlerini geliştirmek	165	4,11	1,126	678
Belirli uzmanlık alanlarında sektörde en iyi olmak	162	4,09	1,157	663
Mevcut Pazar payını korumak	163	4,05	4,139	660
Hizmet üretim süreçlerini geliştirmek	164	3,95	1,095	648
Önceden hizmet sunduğu hastalara hizmet vermeyi sürdürmek	163	3,85	1,230	627
Sosyal güvenceye sahip hasta sayısını artırmak	163	3,48	1,385	568
Ücretli hasta sayısını artırmak	162	3,20	1,511	518
Üst gelir grubu hastalara hizmet sunmak	164	2,99	1,515	490
Belirli bir bölgenin hastalarına odaklanmak	165	2,37	1,920	391
Boyut Ortalaması		3,79	1,460	

Ortalama olarak: Düşük Katılım (1,0–2,33); Orta Düzeyde Katılım (2,34–3,66) ve Yüksek Katılım (3,67–5,0)

3.3.2.4. Miles ve Snow'un Stratejik Tipolojisine ilişkin Değerlendirmeler

Miles ve Snow'un tipolojisine göre değişkenler dört boyutta analiz edilmiştir (Tablo 21).

Savunmacı strateji tipini tanımlamaya yönelik 11 ifadeden yalnızca birine orta düzeyde katılım olmuştur. Diğer 10 maddeye ise yüksek düzeyde katılım söz konusudur. Boyutu oluşturan değişkenlere ortalama katılım 4,01'dir. En düşük katılım birimler arasında resmi ilişkileri önplana çıkarmak değişkeni, savunmacı yapının temel niteliklerinden biridir. Ancak Türk sağlık sektöründeki kaotik yapının sonucu olarak bu maddeye katılımın en düşük değeri aldığı düşünülmektedir.

Atılgan strateji tipini oluşturan ifadeler ortalama katılım 3,42'dir. Ayrıca hem farklılaştırma hem de Miles ve Snow'un tipolojisine göre en az katılımı sağlık hizmetleri dışına yatırım yapmak değişkeni almıştır. Burada kamu hastanelerinin fazlalığının yanı sıra, hastanelerin genellikle sağlık hizmetleri alanında faaliyette bulunan şirketler içerisinde kurulması etkilidir. Bu madde dışındaki 9 maddeden 4'ü orta düzeyde, 5'i ise yüksek düzeyde katılım almıştır.

Analizci strateji tipini oluşturan 13 değişkenden hastanelerin çeşitlendirme stratejisi uygulayarak büyümesini sağlayacak yeni gelişen hizmet alanlarına girmek ve çok çeşitli alanlarda hizmet sunmak değişkenlerine düşük katılım olmuş, bu iki değişkenin dışındaki tüm ifadeler yüksek düzeyde katılım gerçekleşmiştir. Boyutu oluşturan değişkenlere ortalama katılım 3,97'dir.

Tepkici boyutu oluşturan 4 değişkenden ikisine orta ve ikisine de düşük katılım olmuştur. Buna rağmen en büyük katılım düşük maliyetli hizmetler üretmek değişkenine olurken, bunu rakip hastanelere benzer hizmetler üretmek değişkeni izlemektedir. Buradan hareketle tepkici hastanelerin riski daha az olan düşük maliyetli hizmetlere yöneldiği ve rakiplerini taklit ederek rekabet sorunlarını çözmeye çalıştığı söylenebilir.

Tablo 21. Miles ve Snow'un stratejik tipolojisine göre yapılan değerlendirmeler

Savunmacı	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Üretilen hizmetlerin kalitesini geliştirmek	164	4,39	0,981	720
Performans geliştirmek	165	4,36	0,898	720
Gereksiz maliyetleri ortadan kaldırmak	164	4,16	1,068	682
Müşteri hizmetlerini geliştirmek	165	4,11	1,126	678
Mevcut pazar payını korumak	163	4,05	4,139	660
Kaynak kullanım maliyetlerini düşürmek	165	4,03	1,128	665
Hizmet üretim süreçlerini geliştirmek	164	3,95	1,095	648
Performans değerlemede önceki yılları dikkate almak	165	3,92	1,012	647
Birimleri işlevsel olarak ayırarak daha aktif hale getirmek	164	3,91	1,137	642
Önceden hizmet sunduğu hastalara hizmet vermeyi sürdürmek	163	3,85	1,230	627
Birimler arasında resmi ilişkileri önplana çıkarmak	165	3,37	1,279	556
Boyut Ortalaması		4,01	1,372	
Atılğan	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Hastalar üzerinde hastanenin olumlu imaj oluşturmasını sağlamak	165	4,42	0,995	730
Kullanılan teknolojiyi yenilemek	165	4,32	0,949	712
Yeni hizmet alanlarına girmek	165	3,74	1,224	617
Yeni hastalara ulaşmak (Pazar payını artırmak)	165	3,73	1,246	615
Performans değerlemede rakiplerin performansını dikkate almak	164	3,58	1,177	587
Yeni gelişen hizmet alanlarına girmek	164	3,29	1,427	540
Ücretli hasta sayısını artırmak	162	3,20	1,511	518
Üst gelir grubu hastalara hizmet sunmak	164	2,99	1,515	490
Sağlıkla ilgili diğer alanlara yatırım yapmak	161	2,81	1,437	453
Sağlık hizmetleri dışına yatırım yapmak	161	2,04	1,378	328
Boyut Ortalaması		3,42	1,286	

Tablo 21'nin devamı

Analizci	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Üretilen hizmetlerin kalitesini geliştirmek	164	4,39	0,981	720
Performans geliştirmek	165	4,36	0,898	720
Kullanılan teknolojiyi yenilemek	165	4,32	0,949	712
Hastaların hizmetlere ulaşmasını kolaylaştırmak	164	4,30	0,986	705
Hastalara kişisel konfor sağlamak	164	4,19	1,042	687
Toplumun her kesiminden hastalara ulaşmak	164	4,17	1,165	684
Gereksiz maliyetleri ortadan kaldırmak	164	4,16	1,068	682
Hizmet üretim süreçlerini geliştirmek	164	3,95	1,095	648
Yeni hizmet alanlarına girmek	165	3,74	1,224	617
Yeni hastalara ulaşmak (Pazar payını artırmak)	165	3,73	1,246	615
Yasal/politik konuların analiz etmek	164	3,73	1,174	611
Yeni gelişen hizmet alanlarına girmek	164	3,29	1,427	540
Çok çeşitli alanlarda hizmet sunmak	165	3,27	1,288	539
Boyut Ortalaması		3,97	1,119	
Tepkici	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Düşük maliyetli hizmetler üretmek	162	3,47	1,257	562
Rakip hastanelerle benzer hizmetleri sunmak	163	3,09	1,269	503
Düşük maliyetli personel çalıştırmak	164	2,98	1,231	489
Katı bir şekilde planlamaya uygun davranmak	162	2,98	1,092	482
Boyut Ortalaması		3,13	1,212	

Ortalama olarak: Düşük Katılım (1,0–2,33); Orta Düzeyde Katılım (2,34–3,66) ve Yüksek Katılım (3,67–5,0)

3.3.2.5. Büyüme Stratejilerine İlişkin Yapılan Değerlendirmeler

Çalışmada büyüme stratejilerinden çeşitlendirme, dikey bütünleşme ve yatay bütünleşme stratejilerine yönelik çalışmadan elde edilen ortalamalar Tablo 22'de sunulmuştur.

Çeşitlendirme boyutunu oluşturan değişkenlerden sağlık hizmetleri dışına yatırım yapmak değişkeni en düşük katılımı almıştır. Boyutu oluşturan diğer maddelere de katılım orta boyuttadır. Boyutu oluşturan 4 değişkene ortalama katılım 2,86'dır. Buradan hareketle çeşitlendirme stratejisine yüksek katılım olmadığı söylenebilir.

Dikey bütünleşme stratejisini oluşturma değişkenlerden ayakta tedavi hizmeti veren kuruluşlarla işbirliği ve ortaklıklar geliştirmek değişkenine yüksek düzeyde katılım olmuştur. Burada hastanelere bağlı olarak kurtulan klinik, poliklinik ve tanı merkezlerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Boyutu oluşturan diğer 3 maddeye ise orta düzeyde katılım olmuştur. Boyutu oluşturan değişkenlere ortalama katılım 3,44'dür.

Yatay bütünleşme stratejisini oluşturma iki değişkene de orta düzeyde katılım olmuştur. Boyutun ortalama değeri de 2,61'dir.

Yapılan analizler sonucunda, büyüme stratejilerine genel olarak jenerik stratejiler ve Miles ve Snow'un tipolojisine göre daha düşük katılım olduğu bulunmuştur.

Tablo 22. Büyüme stratejilerine göre yapılan değerlendirmeler

Çeşitlendirme	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Yeni gelişen hizmet alanlarına girmek	164	3,29	1,427	540
Çok çeşitli alanlarda hizmet sunmak	165	3,27	1,288	539
Sağlıkla ilgili diğer alanlara yatırım yapmak	161	2,81	1,437	453
Sağlık hizmetleri dışına yatırım yapmak	161	2,04	1,378	328
Boyut Ortalaması		2,86	1,383	
Dikey Bütünleşme	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Ayakta tedavi hizmeti veren kuruluşlarla işbirliği ve ortaklıklar geliştirmek	164	4,13	1,201	678
Müşteri gruplarıyla işbirliği yapmak (Hasta, sigorta, vb.)	165	3,59	1,234	593
Tedarikçilerle işbirliği ve ortaklıklar geliştirmek	164	3,05	1,369	500
Tedavi sonrası bakım veren kuruluşlarla işbirliği yapmak	164	3,00	1,375	492
Boyut Ortalaması		3,44	1,295	
Yatay Bütünleşme	n	\bar{x}	S.S.	Σ
Benzer hizmetleri üreten hastanelerle iş birliği yapmak	164	2,80	1,361	460
Yüksek maliyetli alanlarda diğer hastanelerle ortak yatırım yapmak	164	2,41	1,392	395
Boyut Ortalaması		2,61	1,377	

Ortalama olarak: Düşük Katılım (1,0–2,33); Orta Düzeyde Katılım (2,34–3,66) ve Yüksek Katılım (3,67–5,0)

3.3.3. Hastanelerin Performanslarına İlişkin Bulgular

Hastane hizmetlerinin değerlendirilmesinde temelde klinik ölçütler kullanılmaktadır. Ancak bazı ölçütlerin tüm hastaneler için uygulanması mümkün olmamaktadır.

Örneğin sezaryen oranını kullanarak bir değerlendirme yapmak, kadın-doğum hastaneleri, doğum evleri ya da doğum hizmeti de veren hastaneler için uygun olmasına rağmen, doğum hizmeti vermeyen hastanelerle karşılaştırma yapmayı mümkün kılmamaktadır. Benzer durum cerrahi branşlarda hizmet veren hastaneler için de söz konusudur. Ameliyathane hizmetleri bu tür hastanelerde daha yoğun olmaktadır. Dolayısı ile çalışmada hastanelerin genelinde uygulanabilecek ölçütler kullanılmış, özellik gerektiren ölçütlerin kullanılmasından kaçınılmıştır.

Çalışmanın birinci ve ikinci hipotezlerini test etmede kullanılan ölçütler aşağıda verilmiştir:

Kapasite Kullanma Oranı (Yatak İşgal Oranı): Kapasite kullanma oranı bir hastanenin fiili kapasitesini ifade etmektedir. Hastanenin hizmet sunma potansiyelinin ne oranda kullanıldığını gösteren bir ölçüttür. Belirli bir dönemde hastane yataklarının hastalar tarafından ne oranda kullanıldığını ifade etmektedir. Başka bir ifade ile bu ölçüt ile hastanelerin mevcut kapasitelerini ne oranda kullanabildikleri ölçülmektedir.

Bir Hastanın Ortalama Kalış Günü: Hastaneden çıkan bir hastanın ortalama kaç gün hastaneden hizmet aldığı gösteren bir ölçüttür. Bir hastanede hizmet veren birimlerin karşılıklı olarak değerlendirilmesinde kullanılmasının yanı sıra, benzer hastanelerden elde edilen verilerden yararlanılarak hastanelerin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Dolayısı ile hastalık, klinik veya hastane bazında değerlendirme imkanı verebilecek bir ölçüttür.

Yatak Devir Hızı (Hasta): Bir yatağın yılda kaç hasta tarafından kullanıldığını gösteren bir ölçüttür. Özellikle prospektif ödeme sistemlerinin geçerli olduğu durumlarda yatak başına gelirin hesaplanmasında önemli bir veri kaynağıdır.

Devir Aralığı (Gün): İki hasta kabulü arasında bir hasta yatağının ortalama kaç gün boş kaldığını gösteren bir ölçüttür. Bu sürenin uzaması hastane yataklarının verimsiz kullanıldığını göstermektedir.

Yatan Hasta Oranı: Belli bir dönemde poliklinik hizmeti alan hastaların ne oranda hastaneye yatırılarak tedavi edildiğini gösteren bir ölçüttür. Hastanelerin temel işlevi

yatan hastalara tedavi hizmeti sunmak olduğundan yatan hasta oranının yüksek olması beklenmektedir.

Ölüm Hızı: Belirli bir sürede hastane kliniklerinde yatarak hizmet alan hastaların ölüm oranlarını gösteren bir ölçüttür. Kaba ölüm hızı ve net ölüm hızı olarak hesaplanabilir. Ancak bunun için sağlık kuruluşlarının kayıtlarında ölüm istatistiklerinin ölüm saatleri de dikkate alınarak kaydedilmesini gerekli kılmaktadır. Bu ayırımı uygun kayıtlara ulaşılamadığından çalışmada yalnızca kaba ölüm hızı kullanılmıştır. Kaba ölüm hızı belirli bir süre içerisinde hastane kliniklerinde ölen hasta sayısının değerlendirilmesine yönelik bir ölçüttür. Kaba ölüm hızı hasta hastaneye yatırıldığı andan itibaren meydana gelen ölümleri, net ölüm hızı ise hastanın kabulünden 48 saat sonra meydana gelen ölümleri dikkate almaktadır.

Hekim Başına Poliklinik Sayısı: Belirli bir süre içerisinde ortalama olarak bir hekimin kaç poliklinik hastasına hizmet verdiğini gösteren bir ölçüttür. Hekimlerin poliklinik hizmetlerindeki verimliliğini ölçmek amacı ile kullanılır.

Hekim Başına Yatan Hasta Sayısı: Belirli bir dönem içerisinde bir hekimin ortalama kaç klinik hastasına hizmet verdiğini gösteren bir ölçüttür. Hekimlerin klinik hizmetlerindeki verimliliğini ölçmek amacı ile kullanılır.

Hekim Başına Fiili Yatak Sayısı: Bir hastanede ortalama olarak bir hekimin kullanabileceği hasta yatak sayısını gösteren bir ölçüttür.

Hekim Başına Fiili Hasta Günü: Belirli bir sürede bir hekimin yatan hastalara ortalama kaç gün hizmet verdiğini gösteren bir ölçüttür. Hastane çalışmalarında hasta günü sayısı esas alındığından kritik bir ölçüttür.

Hekim Başına Teorik Hasta Günü: Belirli bir sürede bir hekimin ortalama olarak yatan hastalara verebileceği maksimum hasta günü sayısını gösteren bir ölçüttür.

Personel Başına Yatan Hasta Sayısı: Belirli bir dönem içerisinde bir hekim dışı sağlık personelinin ortalama kaç klinik hastasına hizmet verdiğini gösteren bir ölçüttür.

Personel Başına Fiili Hasta Günü: Belirli bir sürede bir hekim dışı personelin yatan hastalara ortalama kaç gün hizmet verdiğini gösteren bir ölçüttür.

Personel Başına Teorik Hasta Günü: Belirli bir sürede bir hekim dışı personelin ortalama olarak yatan hastalara verebileceği maksimum hasta günü sayısını gösteren bir ölçüttür.

3.3.3.1. Bir Rekabet Stratejisi Olup Olmamasına Göre Hastanelerin Performans Değerlerinin Analizi

Çalışmada hastanelerin net bir rekabet stratejisi olup olmadığı esas alınarak yapılan t testi analizi sonuçları Tablo 23’de görülmektedir. Bu sonuçlara göre hastanelerin net bir rekabet stratejisi olup olmaması dikkate alındığında %95 anlamlılık düzeyinde ($p<0,05$) bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, yatak devir hızı, devir aralığı, hekim başına fiili yatak sayısı, hekim başına fiili hasta günü, hekim başına teorik hasta günü, personel başına fiili hasta günü ve personel başına teorik hasta günü ölçütlerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). İstatistiksel açıdan anlamlı fark bulunan ölçütlerden bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, devir aralığı, hekim başına fiili yatak sayısı, hekim başına fiili hasta günü, hekim başına teorik hasta günü, personel başına fiili hasta günü ve personel başına teorik hasta günü değerleri bir rekabet stratejisi olmadığını bildiren hastanelerde daha yüksek olmasına karşılık, yatak devir hızı değeri daha düşük bulunmuştur.

Bir hastanın ortalama kalış gün sayısı günümüzde tıp teknolojisi ve işlemlerdeki gelişmelere paralel olarak gittikçe düşmektedir. Bu performans değerinin etkisi ile hastanelerin yatak işgal oranlarının düşmesi de beklenmektedir. Ancak net bir stratejisi olmayan hastanelerde tam tersi bir durum söz konusudur. Bu hastanelerin bir taraftan ortalama kalış gün sayıları yüksek, diğer taraftan da yatak işgal oranları düşük bulunmuştur. Burada devir aralığı değerlerinin etkili olduğu görülmektedir. Net bir stratejisi olmayan hastanelerin devir aralığı rakamları neredeyse 20 güne yaklaşmaktadır. Yani boşalan bir yatak nerede ise 20 gün boş kalmaktadır. Ayrıca, teorik hasta günü değerleri ile fiili hasta günü değerleri karşılaştırıldığında da net bir stratejisi olmayan hastanelerin verimsizlikleri kendini göstermektedir. Bu ölçütlerin değerleri arasında yüksek farklılıklar vardır. Örneğin hekim başına teorik hasta günü 1360,99 gün olmasına karşılık fiili hasta günü 844,58 gündür. Yani hekimlerin teorik olarak hasta bakımına ayırmaları beklenen yaklaşık 516 gün boş hasta yatakları kalmaktadırlar. Başka bir ifade ile hastaneler, hekim başına 516 gün tedavi hizmeti

sunamamaktadırlar. Bu durum, hekimlerin verimli bir şekilde çalıştırılmadığını göstermektedir. Buradan hareketle net bir stratejisi olmayan hastanelerin mevcut kaynak ve kapasitelerini iyi kullanamadıkları söylenebilir.

Tablo 23. Bir rekabet stratejisi olup olmamasına göre hastanelerin performans değerlerinin karşılaştırılması

Ölçütler	Bir Rekabet Stratejisi	n	\bar{X}	S.S.	t	P
Kapasite Kullanma Oranı	Olan	141	65,68	22,054	-1,747	0,363
	Olmayan	20	56,31	25,163		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Olan	141	4,35	2,614	1,224	0,009
	Olmayan	20	6,19	6,642		
Yatak Devir Hızı	Olan	141	76,72	58,622	-4,080	0,010
	Olmayan	20	45,62	25,974		
Devir aralığı	Olan	141	3,20	5,017	1,130	0,000
	Olmayan	20	19,46	64,280		
Yatan Hasta Oranı	Olan	141	4,89	4,179	-1,506	0,652
	Olmayan	20	3,41	3,622		
Kaba Ölüm Hızı	Olan	141	1,23	1,179	-1,303	0,086
	Olmayan	20	0,87	0,880		
Hekim başına poliklinik sayısı	Olan	142	4733,65	3294,892	0,834	0,765
	Olmayan	20	5396,73	3568,771		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Olan	142	162,78	121,582	-0,910	0,492
	Olmayan	20	135,98	134,835		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Olan	142	2,58	1,831	1,250	0,005
	Olmayan	20	3,73	4,041		
Hekim başına fiili hasta günü	Olan	142	586,58	418,747	0,886	0,000
	Olmayan	20	844,58	1292,428		
Hekim başına teorik hasta günü	Olan	142	943,11	668,294	1,249	0,005
	Olmayan	20	1360,99	1474,973		
Personel başına yatan hasta sayısı	Olan	139	40,93	27,601	-0,823	0,627
	Olmayan	19	34,96	42,329		
Personel başına fiili hasta günü	Olan	139	157,85	122,252	0,725	0,000
	Olmayan	19	206,05	286,277		
Personel başına teorik hasta günü	Olan	139	237,68	147,528	1,019	0,002
	Olmayan	19	310,02	304,648		

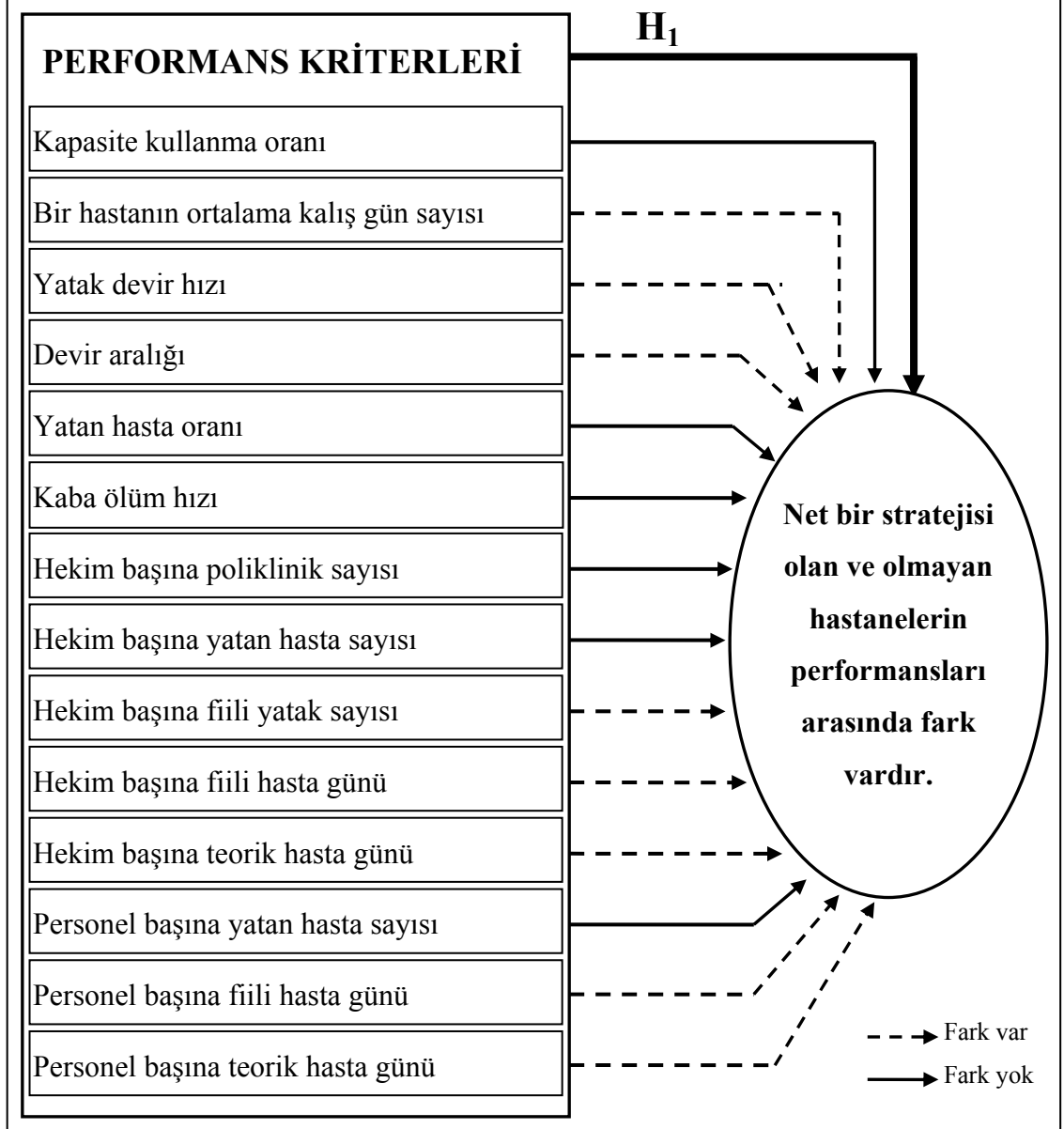
Benzer durum, hekim ve diğer sağlık personeline ait veriler incelendiği zaman da görülmektedir. Net bir stratejisi olan hastanelerde hekim ve personel başına fiili yatak sayıları daha düşük olmasına rağmen, yatan hasta sayıları daha yüksek bulunmuştur. Buradan hareketle daha az hekim ve personel sayısı ile daha fazla hastaya hizmet verildiği sonucuna ulaşılmaktadır. Net bir stratejisi olmayan hastanelerde ise daha

yüksek hekim başına ve personel başına hasta günü sayıları, daha fazla poliklinik sayısı, daha az yatan hasta sayısı, daha uzun ortalama kalış gün sayıları personelin verimsiz kullanıldığına işaret etmektedir. Bu hastaneler asıl işlevi olan yatan hasta hizmetleri yerine ayakta tedavi hizmetlerine yönelmiştir. Yatan hasta sayısındaki düşük değerler kaynakların israf edildiğini ve hastaların daha uzun sürelerde tedavi edildiğini göstermektedir.

Ayrıca çapraz olarak incelendiği zaman net bir stratejisi olmayan hastanelerden 15'inin savunmacı, 5'inin tepkici hastane olduğu görülmektedir. Buradan hareketle bu tür hastanelerin analizi ya da atılgan strateji tipi geliştiremedikleri, mevcut kaynakları ile pazar paylarını korumaya çalıştıkları söylenebilir. Başka bir ifade ile net bir stratejisi olmayan hastaneler içe dönük bir takım uygulamalarla faaliyetlerini sürdürmektedir.

İstatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmayan performans ölçütlerinin değerleri incelendiğinde, kapasite kullanma oranı, yatan hasta oranı, hekim başına poliklinik sayısı, hekim başına yatan hasta sayısı ve personel başına yatan hasta sayısı ölçütleri bakımından net bir stratejisi olmayan hastaneler daha negatif bir görüntü sergilemektedir. Bu sonuç, hastanelerin performans değerleri esas alındığında net bir stratejisi olan hastaneler ile net bir stratejisi olmayan hastaneler arasında bir performans farkı olduğunu ortaya koymaktadır. Buradan hareketle “ H_1 : Net bir stratejisi olan ve olmayan hastanelerin performansları arasında fark vardır.” Hipotezi kabul edilmektedir.

Şekil 13. Hastanelerin bir rekabet stratejisi olup olmasına göre performans farklılıkları



3.3.3.2. Hastanelerin Benimsedikleri Strateji ile Performansları Arasında Bir Fark Olup Olmadığına Yönelik Analizler

3.3.3.2.1. Porter Tarafından Geliştirilen Jenerik Stratejilere Göre Performans Farklarının Analizi

Bu bölümde hastanelerin performansları Porter tarafından geliştirilen jenerik stratejileri uygulamaları dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları 2007 Yılı İstatistik Yıllığından elde edilen verilerden yararlanılmıştır. Stratejik değerlendirmeler yapılırken Tek Yönlü Varyans Analizi Testi yapılmış olup, jenerik stratejileri uygulama bakımından hastanelerin performans ölçütleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 24).

Porter'a göre belirli bir endüstride savunulabilir bir pozisyon meydana getirmek ve rakiplerinden üstün performans göstermek için potansiyel olarak mükemmel üç pozisyon stratejisi geliştirilmiştir (Porter, 2000:44). Bu stratejilerden herhangi birini uygulayan hastanelerin savunulabilir bir strateji oluşturması ve iyi performans göstermesi beklenmektedir. Çalışmada elde edilen bulgular bu görüşü desteklemektedir. Çalışma yapılan hastanelerden elde edilen veriler, jenerik stratejiler bakımından incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir performans farkı bulunamamıştır ($p>0,005$). Bu bakımdan “ H_2 : Farklı strateji uygulayan hastanelerin performansları arasında fark vardır” hipotezi jenerik stratejiler bakımından reddedilmiştir.

Tablo 24. Porter'ın jenerik stratejilerini uygulayan hastanelerin performanslarının değerlendirilmesi

Özellik/Uygulanan Strateji	n	\bar{X}	S.S	F	P	
Kapasite Kullanma Oranı	Farklılaştırma	70	63,69	23,460	0,485	0,617
	Top. Maliyet Lid.	32	68,54	20,522		
	Odaklanma	37	64,82	24,627		
	Toplam	139	65,11	23,060		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Farklılaştırma	70	4,25	2,257	2,488	0,087
	Top. Maliyet Lid.	32	4,18	2,326		
	Odaklanma	37	5,78	5,912		
	Toplam	139	4,64	3,654		
Yatak Devir Hızı	Farklılaştırma	70	72,05	56,622	0,841	0,434
	Top. Maliyet Lid.	32	85,78	68,141		
	Odaklanma	37	68,44	54,572		
	Toplam	139	74,25	58,867		
Devir aralığı	Farklılaştırma	70	3,57	5,699	1,988	0,141
	Top. Maliyet Lid.	32	2,50	2,827		
	Odaklanma	37	6,60	15,732		
	Toplam	139	4,13	9,220		
Yatan Hasta Oranı	Farklılaştırma	70	4,48	3,942	1,977	0,142
	Top. Maliyet Lid.	32	5,12	4,664		
	Odaklanma	37	7,52	12,985		
	Toplam	139	5,44	7,635		
Kaba Ölüm Hızı	Farklılaştırma	70	1,33	1,242	1,052	0,352
	Top. Maliyet Lid.	32	1,17	0,957		
	Odaklanma	37	0,99	1,161		
	Toplam	139	1,20	1,162		
Hekim başına poliklinik sayısı	Farklılaştırma	70	4654,32	3460,271	1,561	0,214
	Top. Maliyet Lid.	32	5101,78	3135,275		
	Odaklanma	37	3782,60	2748,063		
	Toplam	139	4525,29	3224,649		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Farklılaştırma	70	141,92	105,792	2,656	0,074
	Top. Maliyet Lid.	32	205,40	156,638		
	Odaklanma	37	163,09	142,816		
	Toplam	139	162,17	130,653		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Farklılaştırma	70	2,34	1,425	1,742	0,179
	Top. Maliyet Lid.	32	3,10	2,565		
	Odaklanma	37	3,03	3,197		
	Toplam	139	2,70	2,300		
Hekim başına fiili hasta günü	Farklılaştırma	70	512,26	334,436	2,174	0,118
	Top. Maliyet Lid.	32	727,92	556,391		
	Odaklanma	37	731,09	972,575		
	Toplam	139	620,16	619,775		

Tablo 24'ün devamı

Özellik/Uygulanan Strateji	n	\bar{X}	S.S	F	P	
Hekim başına teorik hasta günü	Farklılaştırma	70	854,94	519,992	1,744	0,179
	Top. Maliyet Lid.	32	1133,24	936,278		
	Odaklanma	37	1106,36	1166,823		
	Toplam	139	985,94	839,588		
Personel başına yatan hasta sayısı	Farklılaştırma	69	39,95	27,008	0,526	0,592
	Top. Maliyet Lid.	30	44,91	25,402		
	Odaklanma	35	38,48	26,728		
	Toplam	134	40,68	26,493		
Personel başına fiili hasta günü	Farklılaştırma	69	155,92	120,734	0,673	0,512
	Top. Maliyet Lid.	30	191,15	160,868		
	Odaklanma	35	163,60	154,149		
	Toplam	134	165,81	139,165		
Personel başına teorik hasta günü	Farklılaştırma	69	237,27	139,937	0,672	0,512
	Top. Maliyet Lid.	30	279,13	199,569		
	Odaklanma	35	249,86	178,565		
	Toplam	134	249,93	164,690		

Çalışmada ayrıca jenerik stratejilerden herhangi birini uygulayan hastaneler ile diğer ikisini uygulayan hastaneler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmadığı bağımsız örneklerde t testi kullanılarak analiz edilmiştir (Ek-4). Yapılan analiz sonucunda;

a. Farklılaştırma stratejisi uygulayan hastaneler, odaklanma ve toplam maliyet liderliği uygulayan hastanelerle %95 anlamlılık düzeyinde ($p < 0,05$) karşılaştırıldığında bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, hekim başına yatan hasta sayısı, hekim başına fiili yatak sayısı, hekim başına fiili hasta günü, hekim başına teorik hasta günü, ölçütlerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

İstatistiksel açıdan anlamlı fark bulunan ölçütlerden bir hastanın ortalama kalış gün sayısı farklılaştırma stratejisi uygulayan hastanelerde diğer iki stratejiyi uygulayan hastanelerden daha düşük bulunmuştur. Burada farklılaştırmanın doğasında bulunan daha gelişmiş hizmetler sunmanın etkili olduğu düşünülmektedir. Benzer sonuçlar hekim başına yatan hasta sayısı, hekim başına fiili yatak sayısı, hekim başına fiili hasta günü ve hekim başına teorik hasta günü değerlerinde de görülmektedir. Bu ölçütlerin tamamının ortalamalarında farklılaştırma hizmeti sunan hastanelerde daha düşük olduğu bulunmuştur. Farklılaştırma stratejisi uygulayan hastaneler daha çok hastaya hizmet sunmak yerine; bakımın kalitesi, ileri teknoloji imajı, en gelişmiş

performans prosedürü (organ nakli gibi), en son ve en pahalı teknolojinin (MRI gibi) kullanılması ve yaygın olarak sunulmayan (yara bakımı, alkolizm servisleri, hemodiyaliz, doğum odası, geriatri vb.) hizmetleri sunmayı stratejik bir hedef olarak kabul ettiklerinden daha çok hizmet sunma yerine daha nitelikli hizmetlerin sunulması amaçlanmaktadır.

Farklılaştırma stratejisini uygulayan hastanelerin farklılaştırma yaratabilmeleri için daha fazla hekim ile daha az hastaya hizmet sunmaları, hastalara daha özel hizmet sunmaları ve özel hizmet sunumuna paralel olarak yataklarını daha verimli kullanmaları beklenmektedir. Uygulama yapılan hastaneler incelendiğinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmayan ölçütlerde de farklılaştırma stratejisini tercih eden hastanelerin daha çok hastaya hizmet sunma eğiliminin olmadığı görülmektedir.

Farklılaştırma stratejisi uygulayan hastanelerde hekim ve diğer sağlık personeli başına yatak sayıları ile fiili ve teorik hasta günleri ortalamaları diğer stratejileri uygulayan hastanelerden daha düşüktür. Bu durum hastalara daha fazla zaman ayırdığını ve hekim ve diğer sağlık personelinin iş yükünün daha az olduğunu göstermektedir. Buradan hareketle farklılaştırma stratejisi uygulayan hastanelerin daha fazla hastaya hizmet sunmak yerine hekimlerin hastalara daha fazla zaman ayırdığı ve hastane yataklarını daha verimli kullandığı söylenebilir.

b. Toplam maliyet liderliği stratejisi uygulayan hastaneler odaklanma ve farklılaştırma uygulayan hastanelerle %95 anlamlılık düzeyinde ($p < 0,05$) karşılaştırıldığında tabloyu oluşturan ölçeğin hiçbir maddesinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Başka bir ifade ile toplam maliyet liderliği uygulayan hastanelerle diğer hastaneler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur.

Toplam maliyet liderliği stratejisini takip eden hastanelerin hastane kaynaklarından maksimum düzeyde yararlanması, dolayısı ile ölçütlerin daha yüksek bulunması beklenmekte idi. Yapılan analizde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmama birlikte, bir hastanın ortalama kalış gün sayısı ve yatan hasta oranı ölçütlerinin dışındaki tüm ölçütlerde toplam maliyet liderliği stratejisi uygulayan hastanelerin sayısal anlamda daha avantajlı olduğu görülmektedir ki, bu durum toplam maliyet

liderliği stratejisinin izlenmesinden beklenen sonuçla uyumlu görölmektedir. Toplam maliyet liderliği stratejisini takip eden hastanelerin daha çok hastaya ulaşması beklenmektedir. Bir hastanın ortalama kalış gün sayısı da bu durumu desteklemektedir. Hastane yataklarının daha fazla hasta tarafından kullanılmasını sağlamak bakımından bir hastanın ortalama kalış gün sayısının düşük ve yatak işgal oranının yüksek olması avantajlı görölmektedir.

c. Odaklanma stratejisi uygulayan hastaneler farklılaştırma ve toplam maliyet liderliği uygulayan hastanelerle %95 anlamlılık düzeyinde ($p<0,05$) karşılaştırıldığında bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, devir aralığı ve yatan hasta oranı ölçütlerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

Bu hastanelerde bir hasta daha uzun süre yatmasına karşılık, boşalan yatakların doldurulması daha uzun süre almaktadır. Dolayısı ile daha az sayıda hastaya hizmet sunmaktadırlar. Bu sonucu yatak devir hızı da desteklemektedir. Buna karşılık yatan hasta oranlarının yüksek olması, poliklinik hizmetlerinden daha çok yataklı tedavi hizmetlerine odaklandıklarını göstermektedir. Bu durumu hekim başına poliklinik sayısı ölçütü desteklemektedir. Hekimler daha az poliklinik yapmaktadırlar, ancak daha fazla hastanın yatışını yapmaktadırlar.

Porter'in jenerik stratejileri dikkate alındığında; farklılaştırmada bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, hekim başına yatan hasta sayısı, hekim başına fiili yatak sayısı, hekim başına fiili hasta günü ve hekim başına teorik hasta günü ölçütlerini uygulama bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark olmasına karşılık; kapasite kullanma oranı, yatak devir hızı, devir aralığı, yatan hasta oranı, kaba ölüm hızı, hekim başına poliklinik sayısı, personel başına yatan hasta sayısı, personel başına fiili hasta günü ve personel başına teorik hasta günü ölçütlerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır. Toplam maliyet liderliği dikkate alınarak yapılan analizde hiçbir performans ölçütünde istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır. Odaklanma bakımından ise kapasite kullanma oranı, yatak devir hızı, kaba ölüm hızı, hekim başına poliklinik sayısı, hekim başına yatan hasta sayısı, hekim başına fiili yatak sayısı, hekim başına fiili hasta günü, hekim başına teorik hasta günü, personel başına yatan hasta sayısı, personel başına fiili hasta günü ve personel başına teorik hasta günü ölçütlerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

3.3.3.2.2. Miles ve Snow'un Stratejik Tipolojilere Göre Performans Farklarının Analizi

Miles ve Snow tarafından geliştirilen stratejik yapı tipolojisine göre hastanelerin performansları değerlendirilmiştir. Değerlendirmede Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları 2007 Yılı İstatistik Yıllığından elde edilen veriler kullanılmıştır. Strateji tiplerinin değerlendirilmesinde Tek Yönlü Varyans Analizi Testi kullanılmış olup, hastaneler arasında strateji tipleri performans ölçütleri bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Miles ve Snow'un stratejik tipolojisine göre hastanelerin performanslarının değerlendirilmesi

Özellik/Strateji Tipi	n	\bar{X}	S.S.	F	P	
Kapasite Kullanma Oranı	Savunmacı	49	63,71	23,056	0,993	0,398
	Atılğan	38	66,29	22,097		
	Analizci	48	66,29	23,889		
	Tepkici	21	56,58	23,973		
	Toplam	156	64,17	23,211		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Savunmacı	49	5,61	5,186	1,825	0,145
	Atılğan	38	4,57	2,958		
	Analizci	48	4,10	2,174		
	Tepkici	21	4,00	1,844		
	Toplam	156	4,67	3,568		
Yatak Devir Hızı	Savunmacı	49	62,36	52,861	0,886	0,450
	Atılğan	38	72,38	51,277		
	Analizci	48	81,23	64,250		
	Tepkici	21	70,88	59,336		
	Toplam	156	71,75	57,052		
Devir aralığı	Savunmacı	49	5,33	13,196	2,064	0,107
	Atılğan	38	2,99	3,764		
	Analizci	48	3,46	6,336		
	Tepkici	21	17,93	62,937		
	Toplam	156	5,88	24,581		
Yatan Hasta Oranı	Savunmacı	49	6,64	11,694	1,676	0,175
	Atılğan	38	3,75	2,089		
	Analizci	48	5,91	4,889		
	Tepkici	21	3,49	2,999		
	Toplam	156	5,28	7,315		
Kaba Ölüm Hızı	Savunmacı	49	1,25	1,140	1,946	0,125
	Atılğan	38	1,26	1,103		
	Analizci	48	1,37	1,301		
	Tepkici	21	0,66	0,874		
	Toplam	156	1,21	1,164		

Tablo 25'in devamı

Özellik/Strateji Tipi	n	\bar{X}	S.S.	F	P	
Hekim başına poliklinik sayısı	Savunmacı	49	4723,48	3436,001	0,428	0,733
	Atılğan	38	5117,29	3686,509		
	Analizci	49	4291,11	3272,734		
	Tepkici	21	4706,42	2990,661		
	Toplam	157	4681,57	3375,362		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Savunmacı	49	160,91	133,083	0,557	0,644
	Atılğan	38	156,80	117,860		
	Analizci	49	168,64	135,016		
	Tepkici	21	127,15	84,014		
	Toplam	157	157,81	124,196		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Savunmacı	49	3,25	2,889	1,212	0,307
	Atılğan	38	2,62	2,038		
	Analizci	49	2,51	1,866		
	Tepkici	21	2,37	1,806		
	Toplam	157	2,75	2,272		
Hekim başına fiili hasta günü	Savunmacı	49	753,47	877,236	1,353	0,259
	Atılğan	38	587,98	419,186		
	Analizci	49	590,44	466,299		
	Tepkici	21	459,45	350,934		
	Toplam	157	623,20	608,876		
Hekim başına teorik hasta günü	Savunmacı	49	1186,49	1054,591	1,211	0,308
	Atılğan	38	957,48	743,680		
	Analizci	49	916,40	681,473		
	Tepkici	21	866,06	659,379		
	Toplam	157	1003,91	829,441		
Personel başına yatan hasta sayısı	Savunmacı	46	40,06	33,448	1,835	0,143
	Atılğan	38	43,22	29,296		
	Analizci	48	43,68	29,886		
	Tepkici	21	26,64	16,677		
	Toplam	153	40,14	29,739		
Personel başına fiili hasta günü	Savunmacı	46	185,83	192,126	1,565	0,200
	Atılğan	38	178,50	148,156		
	Analizci	48	166,52	135,364		
	Tepkici	21	102,55	74,601		
	Toplam	153	166,52	152,916		
Personel başına teorik hasta günü	Savunmacı	46	273,41	216,428	1,399	0,246
	Atılğan	38	259,59	181,415		
	Analizci	48	248,77	147,797		
	Tepkici	21	181,23	98,709		
	Toplam	153	249,59	175,379		

Stratejilerden herhangi birini geliştiren hastaneler ile diğer üç strateji tipi arasında bir performans farkının olup olmadığını analizi etmek amacı bağımsız örneklerde t testi

kullanılarak analiz yapılmıştır (Ek-5). %95 anlamlılık düzeyinde ($p<0,05$) karşılaştırma yapıldığında aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

a. Atılgan strateji tipini geliştiren hastaneler ile diğer tipteki hastaneler arasında yalnızca yatan hasta oranı ölçütünde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Atılgan strateji tipi geliştiren hastanelerin yatan hasta oranları diğer tiplerdeki hastanelerin ortalamalarında daha düşük bulunmuştur.

İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, atılgan strateji tipinde olduğunu bildiren hastanelerin verilerinden kapasite kullanma oranı, yatak devir hızı, devir aralığı, hekim başına poliklinik sayısı, personel başına yatan hasta sayısı, personel başına fiili hasta günü ve personel başına teorik hasta günü ölçütlerinde diğer tipteki hastanelerden daha üstün olduğu görülmektedir. Bu ölçütlerin üçü hastane yataklarının daha verimli kullanıldığını göstermektedir. Buna karşılık hekim başına poliklinik, personel başına yatan hasta sayısı, personel başına fiili hasta günü ve personel başına teorik hasta günü rakamları çalışanların verimli kullanılması ile ilgili ölçütlerdir. Bu ölçütlerde de atılgan hastaneler daha pozitif bir görünüm sergilemektedir. Buna karşılık hekim başına fiili ve teorik hasta günü sayıları, hekim başına fiili yatak sayısı ve hekim başına yatan hasta sayısı değerleri diğer tipteki hastanelerden daha düşüktür. Bu değerlerin tamamı yatan hastalara sunulan hizmetlerle ilgili olup, hekim ve diğer sağlık personelinin hastaların tedavilerine daha fazla zaman ayırdıklarını ve daha çok hizmet üretme yerine kaliteli hizmet üretme anlayışına yöneldiklerinin bir göstergesidir.

b. Savunmacı strateji tipini geliştiren hastaneler, diğer strateji tiplerini geliştiren hastanelerle karşılaştırıldığında bir hastanın ortalama kalış gün sayısı ve yatan hasta oranı ölçütlerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Savunmacı strateji tipi geliştiren hastanelerin ortalama kalış gün sayıları ve yatan hasta oranları diğer tiplerdeki hastanelerin ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamakla birlikte, savunmacı hastanelerin kapasite kullanma oranları, yatak devir hızları ve yatan hasta oranları diğer hastane tiplerine göre daha negatif bir görünüm sergilemektedir ki, kaba ölüm hızı dışındaki değerler yatakların verimli ve etkili kullanılmasına ilişkin değerlerdir.

Buna karşılık, devir aralığı değeri daha yüksek bulunmuş olup, bu değer iki yatış arasında yatakların daha uzun süre boş kaldığını göstermektedir.

Hastanelerde görevli hekim ve diğer sağlık personelinin verimliliğini gösteren ölçütlerden hekim başına poliklinik sayısı, hekim başına yatan hasta sayısı, hekim başına fiili yatak sayısı, hekim başına fiili hasta günü, hekim başına teorik hasta günü, personel başına fiili hasta günü ve personel başına teorik hasta günü değerleri diğer hastane tiplerinden daha yüksek bulunmuştur. Savunmacı hastanelerin mevcut kaynaklarından azami düzeyde yararlanma isteği dikkate alındığında bu durumun savunmacı tipteki hastane karakterine uygun olduğu söylenebilir.

c. Analizci strateji tipini geliştiren hastaneler diğer hastane tipleri ile karşılaştırıldığında yatak devir hızı ölçütünde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Analizci strateji tipi geliştiren hastanelerin yatak devir hızı diğer tiplerdeki hastanelerin ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamakla birlikte, kapasite kullanma oranı, devir aralığı, yatan hasta oranı, hekim başına poliklinik sayısı ve hekim başına yatan hasta sayısı değerleri daha pozitif görünmektedir. Poliklinik sayısı ve yatan hasta oranlarının yüksek olması hekimlerin daha verimli çalıştırıldığının bir göstergesidir. Pozitif görünüm sergileyen diğer değerler ise yatakların verimli kullanılması ile ilgilidir. Buna karşılık hekim başına fiili yatak sayısı, hekim başına fiili hasta günü, hekim başına teorik hasta günü ve personel başına yatan hasta sayısı değerleri diğer hastanelere göre daha olumsuz görünmektedir.

d. Tepkici stratejisi tipini geliştiren hastaneler, diğer strateji tiplerini geliştiren hastaneler ile karşılaştırıldığında devir aralığı ve personel başına yatan hasta sayısı ölçütünde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Tepkici strateji tipi geliştiren hastanelerin devir aralığı ve personel başına yatan hasta sayısı diğer tiplerdeki hastanelerin ortalamalarından oldukça düşük bulunmuştur.

Hastane fiili performans ölçütleri dikkate alınarak yapılan incelemede Miles ve Snow'un stratejik tipolojisine göre hastanelerin geliştirdikleri tipler bakımından hastaneler arasında performans farklılığı vardır. Atılgan strateji tipini benimsediğini belirten hastaneler hastane yataklarını daha verimli kullanmakta ve hastaların daha iyi

hizmet almasına yönelik ölçütlerde daha iyi bir durum sergilemektedir. Buna karşılık savunmacı strateji tipini benimseyen hastaneler atılgan ve analizci strateji tipinden daha düşük performans sergilemektedir. Hekimlerin hizmet sunumunda daha yüksek değerler sergilerken, yatakların verimli kullanılması konusunda daha gerilerde yer almaktadır. Analizciler ise atılganlar ve savunmacılar arasında yer almaktadır. Tepkici tipi benimseyen hastanelerin tüm değerleri diğer hastanelerden daha gerilerde yer almaktadır.

Sonuç olarak yapılan Tek Yönlü Varyans Analizinde stratejik tipleri bakımından hastaneler arasında istatistiksel açıdan anlamlı performans farkı yoktur ve “H₂: Farklı strateji uygulayan hastanelerin performansları arasında fark vardır” hipotezi reddedilmiştir.

3.3.3.3. Büyüme Stratejileri Uygulayan Hastaneler Arasındaki Performans Farklarının Analizi

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları 2007 Yılı İstatistik Yıllığından elde edilen veriler kullanılarak büyüme stratejilerini uygulamaları bakımından hastanelerin performansları değerlendirilmiştir. Değerlendirmede Tek Yönlü Varyans Analizi Testi kullanılmış olup, hastaneler arasında kapasite kullanma oranı ($p=0,039$), bir hastanın ortalama kalış gün sayısı ($p=0,016$), devir aralığı ($p=0,043$) ve yatan hasta oranı ($0,046$) ölçütlerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 26).

Tukey HSD sonuçlarına göre kapasite kullanımı oranı ölçütünde fark yatay bütünleşme stratejisi uygulayan hastaneler ($53,51\pm 27,864$) ile dikey bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerden ($71,50\pm 23,845$) kaynaklanmaktadır ($p=0,039$). Dikey bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerin kapasite kullanım oranları daha yüksek bulunmuştur.

Bir hastanın ortalama kalış gün sayısı ölçütünde fark, yatay bütünleşme stratejisi uygulayan hastaneler ($3,06\pm 2,234$) ile dikey bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerden ($5,28\pm 3,434$) kaynaklanmaktadır ($p=0,012$). Yatay bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerde bir hastanın ortalama kalış gün sayısı oldukça düşük bulunmuştur.

Devir aralığı ölçütünde fark, çeşitlendirme stratejisi uygulayan hastaneler ($2,76\pm 3,084$) ile yatay bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerden ($9,09\pm 20,680$) kaynaklanmaktadır ($p=0,037$). Bu sonuçlara göre yatay bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerin yatakları boşaldığı zaman uzun süre boş kalmaktadır.

Yatan hasta oranı ölçütünde fark, çeşitlendirme stratejisi uygulayan hastaneler ($4,34\pm 3,428$) ile yatay bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerden ($9,64\pm 17,248$) kaynaklanmaktadır ($p=0,036$). Bu sonuçlara göre yatay bütünleşme stratejisi uygulayan hastaneler diğer hastanelere göre poliklinik hastalarını daha yüksek oranda yatırarak tedavi etmektedir.

Tablo 26. Büyüme stratejilerine göre hastanelerin performanslarının değerlendirilmesi

Özellik/Strateji Tipi		n	\bar{X}	S.S	F	P
Kapasite Kullanma Oranı	Çeşitlendirme	62	65,63	21,221	3,340	0,039
	Yatay Bütünleşme	21	53,51	27,864		
	Dikey Bütünleşme	20	71,50	23,845		
	Toplam	103	64,30	23,721		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Çeşitlendirme	62	4,12	2,076	4,289	0,016
	Yatay Bütünleşme	21	3,06	2,234		
	Dikey Bütünleşme	20	5,28	3,434		
	Toplam	103	4,13	2,499		
Yatak Devir Hızı	Çeşitlendirme	62	77,69	60,242	0,148	0,863
	Yatay Bütünleşme	21	80,68	51,851		
	Dikey Bütünleşme	20	71,24	54,006		
	Toplam	103	77,05	57,012		
Devir aralığı	Çeşitlendirme	62	2,76	3,084	3,244	0,043
	Yatay Bütünleşme	21	9,09	20,680		
	Dikey Bütünleşme	20	3,22	6,840		
	Toplam	103	4,14	10,229		
Yatan Hasta Oranı	Çeşitlendirme	62	4,34	3,428	3,187	0,046
	Yatay Bütünleşme	21	9,64	17,248		
	Dikey Bütünleşme	20	5,26	3,822		
	Toplam	103	5,60	8,510		
Kaba Ölüm Hızı	Çeşitlendirme	62	1,26	1,225	0,992	0,374
	Yatay Bütünleşme	21	0,84	1,052		
	Dikey Bütünleşme	20	1,17	1,214		
	Toplam	103	1,16	1,190		
Hekim başına poliklinik sayısı	Çeşitlendirme	62	5044,73	3330,840	1,269	0,286
	Yatay Bütünleşme	21	3830,71	3051,143		
	Dikey Bütünleşme	20	4174,77	3624,081		
	Toplam	103	4628,29	3344,185		

Tablo 26'nın devamı

Özellik/Strateji Tipi		n	\bar{X}	S.S	F	P
Hekim başına yatan hasta sayısı	Çeşitlendirme	62	154,06	113,733	0,171	0,843
	Yatay Bütünleşme	21	161,27	108,850		
	Dikey Bütünleşme	20	141,58	96,580		
	Toplam	103	153,11	108,797		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Çeşitlendirme	62	2,34	1,516	0,024	0,976
	Yatay Bütünleşme	21	2,27	1,374		
	Dikey Bütünleşme	20	2,37	1,698		
	Toplam	103	2,33	1,511		
Hekim başına fiili hasta günü	Çeşitlendirme	62	521,17	327,173	1,149	0,321
	Yatay Bütünleşme	21	447,95	359,588		
	Dikey Bütünleşme	20	623,12	498,307		
	Toplam	103	526,04	372,479		
Hekim başına teorik hasta günü	Çeşitlendirme	62	852,27	553,360	0,024	0,976
	Yatay Bütünleşme	21	826,95	501,728		
	Dikey Bütünleşme	20	863,06	620,177		
	Toplam	103	849,20	551,610		
Personel başına yatan hasta sayısı	Çeşitlendirme	62	42,98	29,995	1,084	0,342
	Yatay Bütünleşme	19	32,61	18,198		
	Dikey Bütünleşme	19	39,53	23,396		
	Toplam	100	40,36	27,020		
Personel başına fiili hasta günü	Çeşitlendirme	62	157,09	110,879	2,773	0,067
	Yatay Bütünleşme	19	98,70	80,627		
	Dikey Bütünleşme	19	167,27	92,450		
	Toplam	100	147,93	104,406		
Personel başına teorik hasta günü	Çeşitlendirme	62	236,97	129,544	2,383	0,098
	Yatay Bütünleşme	19	169,15	97,022		
	Dikey Bütünleşme	19	241,18	128,015		
	Toplam	100	224,88	125,578		

Büyüme stratejilerinden herhangi birini uygulayan hastanelerle diğer iki büyüme stratejisini uygulayan hastaneler arasında bir performans farkının olup olmadığını analizi etmek amacı ile bağımsız örneklerde t testi kullanılmıştır (Ek-6). %95 anlamlılık düzeyinde ($p < 0,05$) karşılaştırma yapıldığında aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

a. Çeşitlendirme stratejini uygulayan hastaneler, diğer büyüme stratejilerini uygulayan hastanelerle karşılaştırıldığında bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, devir aralığı ve yatan hasta oranı ölçütlerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Çeşitlendirme stratejini uygulayan hastanelerin hastanın ortalama kalış gün sayısı ve yatan hasta oranı ortalamaları diğer büyüme stratejilerini uygulayan hastanelerin

ortalamalarında daha düşük bulunmuştur. Başka bir ifade ile bu hastaneler kendilerine başvuran hastaneleri diğer büyüme stratejisi uygulayan hastanelere göre daha az oranda yatırmakta ve yatırılan hastaların tedavileri daha kısa sürede yapılarak taburcu edilmektedir. Ayrıca bu hastanelerin devir aralıkları daha düşüktür. Yani bir hasta taburcu edildiği zaman diğer hastanelere göre daha kısa bir süre içerisinde hastane yatakları doldurulmaktadır.

Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamakla birlikte, çeşitlendirme stratejisi uygulayan hastanelerin kapasite kullanma oranı, yatak devir hızı, hekim başına poliklinik sayısı, hekim başına yatan hasta sayısı, personel başına yatan hasta sayısı, personel başına fiili ve teorik hasta günü değerleri diğer hastanelere göre daha pozitif bir görüntü içerisindedir. Buna karşılık yatan hasta oranı ve hekim başına fiili hasta günü değerleri daha düşük bulunmuştur. Yatan hasta oranlarının düşük olmasında poliklinik sayılarının çok yüksek olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Bunun dışında hekim başına yatan hasta değerinin yüksek ve hekim başına hasta günü değerinin düşük olması, bu hastanelerde daha kısa sürelerde daha fazla hastaya hizmet sunulduğunu göstermektedir. Bu sonuçlardan hareketle çeşitlendirme stratejisi uygulayan hastanelerin performanslarının diğer hastanelerden daha iyi olduğu söylenebilir.

b. Yatay bütünleşme stratejini uygulayan hastaneler, diğer büyüme stratejilerini uygulayan hastanelerle karşılaştırıldığında devir aralığı ve yatan hasta oranı değerlerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Yatay bütünleşme stratejini uygulayan hastanelerin devir aralığı çok yüksek bulunmuştur ki, bu durum yatakların kullanılması bakımından oldukça olumsuz bir durumu sergilemektedir. Yatay bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerde boşalan yataklar yaklaşık 9 gün boş kalmaktadır. Buna karşılık bu hastanelerin yatan hasta oranları oldukça yüksektir. Polikliniklere başvuran hastaların yaklaşık %9,6'sı hastaneye yatırılmaktadır. Burada yatay olarak bütünleşmiş hastaneler arasında sevkın önemli olduğu düşünülmektedir.

Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamakla birlikte, yatay bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerde kapasite kullanma oranı, bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, hekim başına poliklinik sayısı, hekim başına yatan hasta sayısı, hekim başına fiili yatak sayısı, hekim başına teorik ve fiili hasta günü, personel başına yatan

hasta sayısı, personel başına fiili hasta günü ve personel başına teorik hasta günü değerleri diğer hastanelerden daha düşük bulunmuştur. Buna karşılık yatak devir hızı daha pozitif bir görünüm sergilemektedir. Burada yatan hasta oranlarının yüksek olması ve bir hastanın ortalama kalış süresinin kısa olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü bu hastanelerin yatan hasta oranı yaklaşık olarak diğer hastanelerin iki katıdır ve bir hastanın ortalama kalış süresi daha kısadır. Bu durum yatak devir hızını pozitif yönde etkilemektedir.

c. Dikey bütünleşme stratejini uygulayan hastaneler, diğer büyüme stratejilerini uygulayan hastanelerle karşılaştırıldığında değerlendirme ölçütlerinin hiçbirinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmama ile birlikte, dikey bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerde kapasite kullanma oranı, bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, devir aralığı, hekim başına fiili yatak sayısı, hekim başına fiili hasta günü, hekim başına teorik hasta günü, personel başına fiili hasta günü ve personel başına teorik hasta günü değerleri daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık yatak devir hızı, yatan hasta oranı, hekim başına poliklinik sayısı, hekim başına yatan hasta sayısı ve personel başına yatan hasta sayısı değerleri daha düşük bulunmuştur. Bu rakamlar dikkate alındığı zaman dikey bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerin performanslarının çeşitlendirme ve yatay bütünleşme stratejilerinin arasında yer aldığı görülmektedir.

Hastane fiili performans ölçütlerinin tek yönlü varyans analizi yapılan değerlendirilmesinde kapasite kullanma oranı, bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, devir aralığı ve yatan hasta oranı bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmasına karşılık diğer ölçütlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dolayısı ile “H₂: Farklı strateji uygulayan hastanelerin performansları arasında fark vardır” hipotezi yalnızca bu ölçütler tarafından kabul edilmiş, diğer ölçütler bakımından reddedilmiştir. Ancak, genel olarak bakıldığı zaman çeşitlendirme stratejisi uygulayan hastanelerin performanslarının daha yüksek, yatay bütünleşme stratejisi uygulayan hastanelerin ise daha düşük olduğu görülmektedir.

3.3.1.5. Hastanelerin Özellikleri ile Uyguladıkları Stratejiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hastanelerin özellikleri ile uyguladıkları stratejiler arasında bir ilişki olması beklenmektedir. Bu durumun tespiti için hastanelerin özellikleri ile uyguladıkları stratejiler arasındaki ilişki Ki-Kare Testi kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada hastanelerin;

1. Mülkiyet
2. Eğitim verme statüsü
3. Hizmet sunum biçimi
4. Kuruluş yılı
5. Yatak kapasitesi
6. Hekim sayısı
7. Hekim dışı personel sayısı özellikleri dikkate alınarak analiz yapılmıştır.

3.3.1.5.1. Hastanelerin Mülkiyet Biçimleri ile İlgili Analizler

Hastanelerin mülkiyet biçimleri ile stratejik tipleri arasında bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Ancak, çapraz tablo incelendiğinde kamu hastanelerinin daha çok savunmacı yapı (%25,5) içerisinde oldukları görülmektedir. Bunu analizci (%20,4) ve atılgan (%17,2) tipteki hastaneler izlemektedir. Özel hastanelerde ise analizci (%10,8) hastaneler en önde gelmektedir. Bu hastane tipini atılgan (%7,0) ve savunmacı (%5,7) hastaneler izlemektedir. Toplam hastanelerin %13,4'ünü oluşturan tepkici hastaneler de büyük oranda (%9,6) kamu hastaneleri arasında yer almaktadır (Tablo 27).

Tablo 27. Hastanelerin mülkiyet biçimleri ile geliştirdikleri stratejik tipler arasındaki ilişki

Mülkiyet		Stratejik Tipler				Toplam	p
		Savunmacı	Atılgan	Analizci	Tepkici		
Kamu	Beklenen	35,6	27,6	35,6	15,2	114,0	0,336
	Gözlenen%	%25,5	%17,2	%20,4	%9,6		
Özel	Beklenen	13,4	10,4	13,4	5,8	43,0	
	Gözlenen%	%5,7	%7,0	%10,8	%3,8		
Toplam	Beklenen					157,0	
	Gözlenen%	%31,2	%24,2	%31,2	%13,4		

Hastanelerin mülkiyet biçimleri ile jenerik stratejileri uygulamaları arasında bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Ancak çapraz olarak incelendiğinde kamu (%34,5) ve özel (%15,8)

hastanelerin büyük oranda farklılaştırma stratejisini tercih ettikleri görülmektedir. Burada hastane hizmetlerinde fiyat esnekliğinin katı olması sebebi ile hastanelerin daha fazla hasta çekebilmek için hizmetlerin daha kaliteli sunulmasına yönelik faaliyetlerinin etkili olduğu düşünülmektedir (Tablo 28).

Tablo 28. Hastanelerin mülkiyet biçimleri ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasındaki ilişki

Mülkiyet		Jenerik Stratejiler			Toplam	p
		Farklılaştırma	Top. Mal. Liderliği	Odaklanma		
Kamu	Beklenen	50,4	23,0	26,6	100	0,671
	Gözlenen%	%34,5	%17,3	%20,1		
Özel	Beklenen	19,6	9,0	10,4	39	
	Gözlenen%	%15,8	%5,8	%6,5		
Toplam	Beklenen				139,0	
	Gözlenen%	%50,3	%23,1	%26,6	%100	

Hastanelerin mülkiyet yapıları ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasında bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Kamu hastaneleri ağırlıklı olarak çeşitlendirme (%44,7) ve dikey bütünleşme (%14,6) stratejileri uygularken, özel hastaneler çeşitlendirme (%15,5) ve yatay bütünleşme (%14,6) stratejisi uygulamaktadır (Tablo 29).

Tablo 29. Hastanelerin mülkiyet biçimleri ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasındaki ilişki

Mülkiyet		Büyüme Stratejileri			Toplam	p
		Çeşitlendirme	Yatay Bütünleşme	Dikey Bütünleşme		
Kamu	Beklenen	40,3	13,7	13,0	67	0,000
	Gözlenen%	%44,7	%5,8	%14,6		
Özel	Beklenen	21,7	7,3	7,0	36	
	Gözlenen%	%15,5	%14,6	%4,9		
Toplam	Beklenen				103	
	Gözlenen%	%60,2	%20,4	%19,4	%100	

3.3.1.5.2. Hastanelerin Eğitim Verme Statüsü ile İlgili Analizler

Hastanelerin eğitim verme statüleri ile geliştirdikleri stratejik tipler arasında bir ilişki yoktur ($p > 0,005$). Ancak çapraz olarak incelendiğinde eğitim verme statüsü olan hastaneler arasında tepkici tipteki hastanelerin (%1,3) oranlarının çok düşük olduğu görülmektedir (Tablo 30).

Tablo 30. Hastanelerin eğitim verme statüleri ile geliştirdikleri stratejik tipler arasındaki ilişki

Eğitim Verme Statüsü		Stratejik Tipler				Toplam	p
		Savunmacı	Atılgan	Analizci	Tepkici		
Var	Beklenen	13,1	10,2	13,1	5,6	42	0,284
	Gözlenen%	%8,9	%7,6	%8,9	%1,3		
Yok	Beklenen	35,9	27,8	35,9	15,4	115	
	Gözlenen%	%22,3	%16,6	%22,3	%12,1		
Toplam	Beklenen					157	
	Gözlenen%	%31,2	%24,2	%31,2	%13,4		

Hastanelerin eğitim verme statüleri ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasında bir ilişki yoktur ($p>0,005$). Ancak çapraz olarak incelendiğinde eğitim verme statüsü olmayan hastanelerin farklılaştırma (%37,4), toplam maliyet liderliği (%18,0) ve odaklanma (%16,6) stratejilerini uygulamaya daha eğilimli oldukları görülmektedir (Tablo 31).

Tablo 31. Hastanelerin eğitim statüleri ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasındaki ilişki

Eğitim Verme Statüsü		Jenerik Stratejiler			Toplam	p
		Farklılaştırma	Top. Mal. Liderliği	Odaklanma		
Var	Beklenen	19,6	9,0	10,4	39,0	0,671
	Gözlenen%	%12,9	%5,0	%10,1		
Yok	Beklenen	50,4	23,0	26,6	100,0	
	Gözlenen%	%37,4	%18,0	%16,6		
Toplam	Beklenen				139	
	Gözlenen%	%50,3	%23,0	%26,7		

Hastanelerin eğitim statüleri ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasında bir ilişki vardır ($p<0,05$). Eğitim statüsü olan hastaneler yalnızca çeşitlendirme (%16,5) stratejisi uygularken, eğitim statüsü olmayan hastaneler çeşitlendirme (%43,7), yatay bütünleşme (%15,3) ve dikey bütünleşme (%14,6) stratejilerinin her üçünü de uygulamaktadırlar (Tablo 32). Burada eğitim statüsü olmayan hastaneler arasında özel hastanelerin fazlalığının da etkili olduğu düşünülmektedir. Eğitim statüsü olan hastaneler üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri arasında yer almaktadır. Yani genellikle kamu hastanelerinden oluşmaktadır. Çalışma yapılan kamu hastaneleri arasında eğitim statüsü olan hastaneler %33,3 olmasına karşılık, özel hastanelerde yalnızca %4,4'dür. Kamu hastaneleri çeşitlendirme ve yatay bütünleşme stratejisi uygularken, özel hastaneler çeşitlendirme ve yatay bütünleşme stratejisi

uygulamaktadırlar. Bu özelliklerin bileşimi olarak eğitim statüsü olmayan hastaneler her üç stratejiyi de takip etmektedirler.

Tablo 32. Hastanelerin eğitim statüleri ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasındaki ilişki

Eğitim Verme Statüsü		Büyüme Stratejileri			Toplam	p
		Çeşitlendirme	Yatay Bütünleşme	Dikey Bütünleşme		
Var	Beklenen	16,9	5,7	5,4	28,0	0,038
	Gözlenen %	%16,5	%1,9	%8,7		
Yok	Beklenen	45,1	15,3	14,6	75,0	
	Gözlenen %	%43,7	%18,5	%10,7		
Toplam	Beklenen				103	
	Gözlenen %	%60,2	%20,4	%19,4		

3.8.1.5.3. Hastanelerin Hizmet Sunum Biçimi ile İlgili Analizler

Hastanelerin hizmet sunum biçimi ile stratejik tipleri arasında bir ilişki yoktur ($p>0,005$). Ancak çapraz ilişkiler incelendiğinde özel dal hastanelerinin ağırlıklı olarak savunmacı (%8,3) strateji tipi geliştirdikleri görülmektedir. Genel hastanelerde ise başta analizci (%28,0) olmak üzere, savunmacı (%22,9), atılgan (%19,7) ve tepkici (%12,1) tipte hastanelerin tamamına rastlanmaktadır (Tablo 33).

Tablo 33. Hastanelerin hizmet sunum biçimi ile geliştirdikleri stratejik tipler arasındaki ilişki

Hizmet Sunum Biçimi		Stratejik Tipler				Toplam	p
		Savunmacı	Atılgan	Analizci	Tepkici		
Özel Dal	Beklenen	8,4	6,5	8,4	3,6	27	0,133
	Gözlenen%	%8,3	%4,5	%3,2	%1,3		
Genel	Beklenen	40,6	31,5	40,6	17,4	130	
	Gözlenen%	%22,9	%19,7	%28,0	%12,1		
Toplam	Beklenen					157	
	Gözlenen%	%31,2	%24,2	%31,2	%13,4		

Hastanelerin hizmet sunum biçimleri ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasında bir ilişki vardır ($p<0,005$). Özel dal hastaneleri jenerik stratejilerden yalnızca odaklanma (%12,2) uygularken, genel hastaneler farklılaştırma (%48,9), toplam maliyet liderliği (%18,0) ve odaklanma (%14,4) stratejilerinin her üçünü de uygulamaktadırlar (Tablo 34).

Tablo 34. Hastanelerin hizmet sunum biçimi ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasındaki ilişki

Hizmet Sunum Biçimi		Jenerik Stratejiler			Toplam	p
		Farklılaştırma	Top. Mal. Liderliği	Odaklanma		
Özel Dal	Beklenen	13,1	6,0	6,9	26	0,000
	Gözlenen%	%1,4	%5,0	%12,2		
Genel	Beklenen	56,9	26,0	31,0	113	
	Gözlenen%	%48,9	%18,0	%14,4		
Toplam	Beklenen				139	
	Gözlenen%	%50,4	%23,0	%26,6	%100	

Hastanelerin hizmet sunum biçimleri ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasında bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Çapraz karşılaştırmada genel hastanelerin ağırlıklı olarak çeşitlendirme stratejisini (%53,4) takip etmektedirler. Benzer durum büyüme stratejileri için de sözkonusudur (Tablo 35).

Tablo 35. Hastanelerin hizmet sunum biçimleri ile uyguladıkları büyüme stratejiler arasındaki ilişki

Hizmet Sunum Biçimi		Büyüme Stratejileri			Toplam	p
		Çeşitlendirme	Yatay Büyüme	Dikey Büyüme		
Özel Dal	Beklenen	7,2	2,5	2,3	12,0	0,306
	Gözlenen%	%6,8	%1,0	%3,9		
Genel	Beklenen	54,8	18,5	17,7	91,0	
	Gözlenen%	%53,4	%19,4	%15,5		
Toplam	Beklenen				103	
	Gözlenen%	%60,2	%20,4	%19,4	%100	

3.3.1.3.4. Hastanelerin Kuruluş Yılları ile İlgili Analizler

Hastanelerin kuruluş yılları ile stratejik tipleri arasında bir ilişki yoktur ($p>0,005$). Ancak, çapraz olarak incelendiğinde 1960 ve daha önce yıllarda kurulan hastanelerin savunmacı strateji tipine eğilimleri görülürken, özelleştirmelerin ağırlık kazandığı ve özel ya da özerk sağlık hizmetleri sunumunun yoğun bir şekilde tartışılmaya başlandığı yılların başlangıcı olan 1991 ve daha sonraki yıllarda kurulan hastanelerde dört stratejik tipin de geliştirildiği görülmektedir. 1961-1990 yılları arasında kurulan hastanelerde ise analizeci yapı daha önplana çıkmaktadır (Tablo 36).

Tablo 36. Hastanelerin kuruluş yılları ile geliştirdikleri stratejik tipler arasındaki ilişki

Kuruluş Yılı		Stratejik Tipler				Toplam	p
		Savunmacı	Atılgan	Analizci	Tepkici		
≤1960	Beklenen	11,9	9,0	11,9	5,1	38,0	0,437
	Gözlenen%	%10,2	%5,1	%5,8	%3,2		
1961-1990	Beklenen	11,9	9,0	11,9	5,1	38,0	
	Gözlenen%	%5,8	%6,4	%10,2	%1,9		
≥1991	Beklenen	25,1	19,0	25,1	10,8	80,0	
	Gözlenen%	%15,4	%12,2	%15,4	%8,4		
Toplam	Beklenen	%31,4	%23,7	%31,4	%13,5	156	
	Gözlenen%				%100		

Hastanelerin kuruluş yılları ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasında bir ilişki yoktur ($p>0,005$). Ancak çapraz karşılaştırmada genelde hastanelerin farklılaştırma stratejisi uygulama eğiliminde olmakla birlikte, 1991 yılından sonra kurulan hastanelerde odaklanma ve toplam maliyet liderliği stratejilerinin uygulanma eğilimi de görülmektedir (Tablo 37).

Tablo 37. Hastanelerin kuruluş yılları ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasındaki ilişki

Kuruluş Yılı		Jenerik Stratejiler			Toplam	p
		Farklılaştırma	Top. Mal. Liderliği	Odaklanma		
≤1960	Beklenen	16,7	7,4	8,9	33,0	0,972
	Gözlenen%	%10,9	%5,8	%7,3		
1961-1990	Beklenen	18,3	8,1	9,6	36,0	
	Gözlenen%	%13,7	%5,8	%6,5		
≥1991	Beklenen	35,0	15,5	18,5	69,0	
	Gözlenen%	%26,1	%10,9	%13,0		
Toplam	Beklenen				138,0	
	Gözlenen%	%50,7	%22,5	%26,8		

Hastanelerin kuruluş yılları ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasında bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Ancak yıllar itibari ile hastanelerin çeşitlendirme stratejisi uygulama eğilimleri daha önde görülmektedir ki, bu durum farklılaştırma stratejisinin daha önde ortaya çıkması ile de uyumludur. Çünkü, çeşitlendirme yolu ile hastaneler hizmetlerini farklılaştırabilirler. Bunun dışında 1991 ve sonrası yıllarda kurulan hastanelerde yatay ve dikey bütünleşme eğilimleri de görülmektedir (Tablo 38).

Tablo 38. Hastanelerin kuruluş yılları ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasındaki ilişki

Kuruluş Yılı		Büyüme Stratejileri			Toplam	p
		Çeşitlendirme	Yatay Bütünleşme	Dikey Bütünleşme		
≤1960	Beklenen	14,6	4,9	4,5	24,0	0,144
	Gözlenen%	%16,7	%1,0	%5,9		
1961-1990	Beklenen	13,4	4,5	4,1	22,0	
	Gözlenen%	%11,8	%5,9	%3,9		
≥1991	Beklenen	34,0	11,5	10,5	56,0	
	Gözlenen%	%32,3	%13,7	%8,8		
Toplam	Beklenen	%60,8	%20,6	%18,6	102	
	Gözlenen%					

3.3.1.3.5. Hastanelerin Yatak Kapasitesi ile İlgili Analizler

Hastanelerin yatak kapasiteleri ile ilgili analiz yapılırken yatak sayıları küçük, orta ve büyük olarak tasnif edilmiştir. ≤99 yatak kapasiteli hastaneler küçük, 100-399 arası yatağa sahip hastaneler orta ve ≥400 yatak kapasiteli hastaneler ise büyük hastane olarak nitelenmiştir. Bu ayrıma göre yapılan analiz neticesinde hastanelerin yatak kapasiteleri ile stratejik tipleri arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,005$). Ancak çapraz incelemede büyük grubunda nitelenen hastanelerin daha çok analizci (%11,5), orta gruptaki hastanelerin ise savunmacı (%12,2) tip geliştirdikleri görülmüştür. ≤99 yatak kapasiteli hastaneler de ise başta analizci (%12,8) olmak üzere atılgan (%10,3), savunmacı (%9,6) ve tepkici (%6,4) hastane tiplerinin tamamı gözlenmektedir (Tablo 39).

Tablo 39. Hastanelerin yatak kapasiteleri ile geliştirdikleri stratejik tipler arasındaki ilişki

Yatak Kapasitesi		Stratejik Tipler				Toplam	p
		Savunmacı	Atılgan	Analizci	Tepkici		
≤99	Beklenen	18,8	14,8	19,2	8,2	61,0	0,387
	Gözlenen%	%9,6	%10,3	%12,8	%6,4		
100-399	Beklenen	15,7	12,4	16,0	6,9	51,0	
	Gözlenen%	%12,2	%9,0	%7,1	%4,5		
≥400	Beklenen	13,6	10,7	13,8	5,9	44,0	
	Gözlenen%	%9,0	%5,1	%11,5	%2,6		
Toplam	Beklenen					156	
	Gözlenen%	%30,8	%24,4	%31,4	%13,5		

Tepkici tipteki hastanelerin küçük hastane grubunda daha fazla olmasında, hastanelerin büyümesine paralel olarak profesyonelleşmenin ve kurumsallaşmanın etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü toplam 21 tepkici hastane tipinden 10 tanesi ≤ 99 yatak kapasiteli hastaneler arasında yer almaktadır. Bu rakam 100-399 yatak kapasiteli hastanelerde 7 ve ≥ 400 yatak kapasitesine sahip hastanelerde ise yalnızca 4'dür.

Hastanelerin yatak kapasiteleri ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasında bir ilişki yoktur ($p > 0,005$). Ancak çapraz incelemede, ≤ 99 yatak kapasiteli hastanelerin farklılaştırma (%20,3) ve toplam maliyet liderliği (%10,1); 100-399 yatak kapasiteli hastanelerin farklılaştırma (%14,5) ve odaklanma (%10,9) ve ≥ 400 yatak kapasiteli hastanelerin ise daha çok farklılaştırma (%15,9) stratejisi uygulama eğiliminde oldukları görülmektedir (Tablo 40).

Tablo 40. Hastanelerin yatak kapasiteleri ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasındaki ilişki

Yatak Kapasitesi		Jenerik Stratejiler			Toplam	p
		Farklılaştırma	Top. Mal. Liderliği	Odaklanma		
≤ 99	Beklenen	27,4	12,5	14,1	54,0	0,631
	Gözlenen%	%20,3	%10,1	%8,7	%39,1	
100-399	Beklenen	23,3	10,7	12,0	46,0	
	Gözlenen%	%14,5	%8,0	%10,9	%33,3	
≥ 400	Beklenen	19,3	8,8	9,9	38,0	
	Gözlenen%	%15,9	%5,1	%6,5	%27,5	
Toplam	Beklenen	%50,7	%23,2	%26,1	138	
	Gözlenen%				%100	

Hastanelerin kuruluş yılları ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasında bir ilişki yoktur ($p > 0,05$). Ancak çapraz olarak incelendiği zaman ≤ 99 yatak kapasiteli hastanelerin çeşitlendirme ve yatay bütünleşme stratejileri uygulama eğiliminde oldukları görülmektedir. Yatay bütünleşme stratejisinde özel hastanelerin etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü özel hastaneler genellikle ≤ 99 yatak kapasiteli hastanelerden (%90,7) oluşmaktadır ve bu hastanelerde de yatay bütünleşme stratejisi yaygındır. 100-399 ve ≥ 400 hastaneler de çeşitlendirme (%22,8 ve %14,8) stratejisi daha yaygın bir şekilde görülmektedir (Tablo 41).

Tablo 41. Hastanelerin yatak kapasiteleri ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasındaki ilişki

Yatak Kapasitesi		Büyüme Stratejileri			Toplam	p
		Çeşitlendirme	Yatay Bütünleşme	Dikey Bütünleşme		
≤99	Beklenen	26,0	8,5	8,5	43,0	0,219
	Gözlenen%	%22,8	%12,8	%6,9		
100–399	Beklenen	21,2	6,9	6,9	35,0	
	Gözlenen%	%22,8	%5,0	%6,9		
≥400	Beklenen	13,8	4,6	4,6	23,0	
	Gözlenen%	%14,8	%2,0	%6,0		
Toplam	Beklenen				101	
	Gözlenen%	%60,4	%19,8	%19,8		

3.3.1.5.6. Hastanelerin Hekim Sayıları ile İlgili Analizler

Hastanelerin hekim sayıları ≤49 hekim, 50-99 hekim, 100-299 hekim ve ≥300 hekim istihdam eden hastaneler şeklinde tasnif edilerek incelendi. Yapılan analizde hastanelerin hekim sayıları ile stratejik tipleri arasında bir ilişki bulunamadı (p>0,005). Çapraz incelemede ≤49 hekim istihdam eden hastanelerin analizci (%15,5), atılğan (%13,5), savunmacı (%12,3) ve tepkici (%6,5) strateji tiplerinin hepsini geliştirdikleri görüldü. Bu dağılımda özel hastanelerin etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü özel hastanelerin %84,2'si ≤49 hekim istihdam etmektedir. 50-99 (%7,1) ve 100-299 (%7,7) hekim istihdam eden hastaneler savunmacı strateji tipine daha eğilimli olmasına karşılık, ≥300 hekim istihdam eden hastaneler (%7,7) analizci yapıya eğilimli görülmektedir (Tablo 42).

Tablo 42. Hastanelerin hekim sayıları ile geliştirdikleri stratejik tipler arasındaki ilişki

Hekim Sayısı		Stratejik Tipler				Toplam	p
		Savunmacı	Atılğan	Analizci	Tepkici		
≤49	Beklenen	22,4	18,1	23,5	10,0	74,0	0,200
	Gözlenen%	%12,3	%13,5	%15,5	%6,4		
50-99	Beklenen	8,2	6,6	8,5	3,7	27,0	
	Gözlenen%	%7,1	%3,9	%3,9	%2,6		
100-299	Beklenen	8,8	7,1	9,2	3,9	29,0	
	Gözlenen%	%7,7	%2,6	%4,5	%3,9		
≥300	Beklenen	7,6	6,1	7,9	3,4	25,0	
	Gözlenen%	%3,2	%4,5	%7,7	%0,6		
Toplam	Beklenen					155	
	Gözlenen%	%30,3	%24,5	%31,6	%13,5		

Hastanelerin hekim sayıları ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasında bir ilişki yoktur ($p>0,005$). Yapılan çapraz incelemede ≤ 49 hekim istihdam eden hastanelerin farklılaştırma (%21,9), toplam maliyet liderliği (%13,9) ve odaklanma (%11,7) stratejilerinin her üçünü de uygulamaya eğilimli oldukları görüldü. Buna karşılık 50-99 (%11,7) ve ≥ 300 (%10,9) hekim istihdam eden hastanelerin farklılaştırma stratejisi uygulamaya eğilimli oldukları görülmektedir (Tablo 43).

Tablo 43. Hastanelerin hekim sayıları ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasındaki ilişki

Hekim Sayısı		Jenerik Stratejiler			Toplam	p
		Farklılaştırma	Top. Mal. Liderliği	Odaklanma		
≤ 49	Beklenen	32,7	15,2	17,1	65,0	0,358
	Gözlenen%	%21,9	%13,9	%11,6		
50-99	Beklenen	13,6	6,3	7,1	27,0	
	Gözlenen%	%11,7	%2,9	%5,1		
100-299	Beklenen	11,1	5,1	5,8	22,0	
	Gözlenen%	%5,8	%4,4	%5,8		
≥ 300	Beklenen	11,6	5,4	6,0	23,0	
	Gözlenen%	%10,9	%2,2	%3,6		
Toplam	Beklenen				137	
	Gözlenen%	%50,3	%23,4	%26,3		

Hastanelerin hekim sayıları ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasında bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Çapraz olarak yapılan incelemede ≤ 49 hekim istihdam eden hastanelerin çeşitlendirme (%26,7) ve yatay bütünleşme (%12,9); 50-99 (%13,9), 100-299 (%8,9) ve ≥ 300 (%11,9) hekim istihdam eden hastanelerin çeşitlendirme stratejisi uygulamaya eğilimli oldukları görülmektedir. Analizden elde edilen en önemli sonuç ≥ 300 hekim istihdam eden hastanelerde yatay bütünleşme stratejisi uygulama eğiliminin görülmemesidir. Burada ölçek ekonomisinin devreye girdiği ve belirli bir büyüklüğe ulaşan hastanelerin daha fazla büyüme ihtiyacı hissetmedikleri düşünülmektedir (Tablo 44).

Tablo 44. Hastanelerin hekim sayıları ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasındaki ilişki

Hekim Sayısı		Büyüme Stratejileri			Toplam	p
		Çeşitlendirme	Yatay Bütünleşme	Dikey Bütünleşme		
≤49	Beklenen	29,5	9,5	9,0	48,0	0,091
	Gözlenen%	%26,7	%12,9	%7,9		
50-99	Beklenen	12,2	4,0	3,8	20,0	
	Gözlenen%	%13,9	%3,9	%2,0		
100-299	Beklenen	9,8	3,2	3,0	16,0	
	Gözlenen%	%8,9	%3,0	%4,0		
≥300	Beklenen	10,4	3,4	3,2	17,0	
	Gözlenen%	%11,9	%0,0	%4,9		
Toplam	Beklenen	%61,4	%19,8	%18,8	101	
	Gözlenen%					

3.3.1.5.7. Hastanelerin Hekim Dışı Personel Sayıları ile İlgili Analizler

Hastanelerde görevli hekim dışı personel ≤199, 200-599 ve ≥600 olmak üzere üç grupta toplanarak incelenmiştir. Bu sınıflandırmaya göre hastanelerin hekim dışı personel sayıları ile stratejik tipleri arasında bir ilişki yoktur ($p>0,005$). Ancak yapılan çapraz incelemede ≤199 personel istihdam eden hastanelerin atılgan (%13,1), analizci (%13,1) ve savunmacı (%11,1) strateji tiplerini benimsedikleri görülmektedir. 200-599 ve ≥600 hekim dışı personel istihdam eden hastaneler savunmacı (sıra ile %11,1, %7,8)) ve analizci (sıra ile %10,5 ve %7,8) yapı içerisindedirler (Tablo 45).

Tablo 45. Hastanelerin hekim dışı personel sayıları ile geliştirdikleri stratejik duruş arasındaki ilişki

Hekim Dışı Personel Sayısı		Stratejik Tipler				Toplam	p
		Savunmacı	Atılgan	Analizci	Tepkici		
≤199	Beklenen	20,4	16,9	21,4	9,3	68,0	0,787
	Gözlenen%	%11,1	%13,1	%13,1	%7,2		
200-599	Beklenen	15,3	12,7	16,0	7,0	51,0	
	Gözlenen%	%11,1	%7,8	%10,5	%3,9		
≥600	Beklenen	10,2	8,4	10,7	4,7	34,0	
	Gözlenen%	%7,9	%3,9	%7,8	%2,6		
Toplam	Beklenen	%30,1	%24,8	%31,4	%13,7	153	
	Gözlenen%						

Hastanelerin hekim dışı personel sayıları ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasında bir ilişki yoktur ($p>0,005$). Ancak çapraz olarak incelendiğinde ≤199 (%20,9), 200-599 (%17,9) ve ≥600 hekim dışı personel istihdam eden hastanelerin farklılaştırma

stratejisi uygulama eğilimde oldukları görülmektedir. Bunlara ilave olarak ≤ 199 hekim dışı personel istihdam eden hastaneler toplam maliyet liderliği (%11,9) ve odaklanma (%10,4) stratejisi uygulamaya da eğilimlidir (Tablo 46).

Tablo 46. Hastanelerin hekim dışı personel sayıları ile uyguladıkları jenerik stratejiler arasındaki ilişki

Hekim Dışı Personel Sayısı		Jenerik Stratejiler			Toplam	p
		Farklılaştırma	Top. Mal. Liderliği	Odaklanma		
≤ 199	Beklenen	29,9	13,0	15,1	58	0,426
	Gözlenen%	%20,9	%11,9	%10,4		
200-599	Beklenen	23,7	10,3	12,0	46	
	Gözlenen%	%17,9	%8,2	%8,2		
≥ 600	Beklenen	15,5	6,7	7,8	30	
	Gözlenen%	%12,7	%2,3	%7,5		
Toplam	Beklenen				134	
	Gözlenen%	%51,5	%22,4	%26,1		

Hastanelerin hekim dışı personel sayıları ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasında bir ilişki vardır ($p > 0,05$). ≤ 199 hekim dışı personel istihdam eden hastaneler çeşitlendirme (%25,0) ve yatay bütünleşme (%13,0) stratejileri uygulamasına karşılık, 200-599 (%23,0) ve ≥ 600 (%14,0) hekim dışı personel istihdam eden hastaneler çeşitlendirme stratejisi uygulamaktadır (Tablo 47).

Tablo 47. Hastanelerin hekim dışı personel sayıları ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasındaki ilişki

Hekim Dışı Personel Sayısı		Büyüme Stratejileri			Toplam	p
		Çeşitlendirme	Yatay Bütünleşme	Dikey Bütünleşme		
≤ 199	Beklenen	27,9	8,6	8,5	45,0	0,036
	Gözlenen%	%25,0	%13,0	%7,0		
200-599	Beklenen	19,8	6,1	6,1	32,0	
	Gözlenen%	%23,0	%5,0	%4,0		
≥ 600	Beklenen	14,2	4,4	4,4	23,0	
	Gözlenen%	%14,0	%1,0	%8,0		
Toplam	Beklenen				100	
	Gözlenen%	%62,0	%19,0	%19,0		

Sonuç olarak hastanelerin;

1. Mülkiyet biçimleri ile uyguladıkları büyüme stratejileri,
2. Eğitim verme statüleri ile uyguladıkları büyüme stratejileri,

3. Hizmet sunum biçimleri ile uyguladıkları jenerik stratejiler ve
4. Hekim dışı personel sayıları ile uyguladıkları büyüme stratejileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki vardır.

Buradan hareketle “H₃: Hastanelerin özellikleri ile uyguladıkları stratejiler arasında bir ilişki vardır” hipotezi yukarıdaki özellikler ve stratejiler bakımından kabul edilmiştir. Buna karşılık, hastanelerin diğer nitelikleri ile geliştirdikleri stratejik tipler, uyguladıkları jenerik stratejiler ve büyüme stratejileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. Dolayısı ile “H₃: Hastanelerin özellikleri ile uyguladıkları stratejiler arasında bir ilişki vardır” hipotezi hastanelerin diğer nitelikleri ile uyguladıkları stratejiler ve geliştirdikleri stratejik tipler bakımından reddedilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzün hızla değişen teknolojik, politik ve ekonomik ortamında, hastanelerin ayakta kalabilmelerinin tek şartı bu değişimlere ayak uyduracak güç ve esneklikte olmalarıdır. Ayrıca sağlık sektöründe hastane hizmetleri giderek pahalalanmakta, sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların büyük bir bölümü yataklı tedavi kurumlarına gitmekte ve bunun sonucu olarak da sosyal güvenlik kurumları ödeme problemleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Sosyal güvenlik açıkları devlet bütçesinden karşılanmakta ve bu durum kamu giderleri içerisinde sosyal güvenlik açıklarının giderek büyümesine neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak kamu hastanelerinin, özel hastanelere benzer bir yapıya dönüştürülmesi ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılaması için çalışmalar yapılmaktadır. Çözüm olarak kendi kendine yetecek özerk hastane yapılarının oluşturulması ve bu hastanelerin teknik, idari ve mali bakımdan kendi kendine yeter hale gelmesi öngörülmektedir. Bu yolla kamu hastaneleri ve özel hastaneler sektöründe birlikte hizmet verecekler ve aralarında oluşan rekabetle birlikte kamu ve özel hastaneler daha kaliteli ve verimli hizmetler üreteceklerdir.

Çalışma temelde Türkiye’de hastanelerin hangi stratejileri uyguladıkları, farklı stratejiler uygulayan hastaneler arasında bir performans farkının olup olmadığı ve Türkiye’de faaliyette bulunan hastaneler için uygun strateji önerisinde bulunulup bulunulamayacağı sorularına cevap alabilmek amacı ile kurgulanmıştır.

Özel ve Kamu Hastanelerin Uyguladıkları Stratejiler

Porter’ın jenerik stratejilerinden herhangi birini uygulayan 139 kamu hastanesinin %48,0’ı farklılaştırma, %28,0’ı odaklanma ve %24,0’ı toplam maliyet liderliği stratejisini tercih etmektedir. Bu oranlar özel hastanelerde sırası ile %56,4, 23,1 ve 20,5’dir. Buradan hareketle kamu ve özel hastanelerin daha çok farklılaştırma stratejisi (%50,4) uyguladıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bunu sırası ile odaklanma (%26,6) ve toplam maliyet liderliği (23,0) stratejileri izlemektedir. Bu sonuçlarda son yıllarda ülkemizde gelişen toplam kalite yönetim uygulamalarının yanı sıra, ISO kalite belgesine yönelik çalışmalar ve akreditasyon çalışmalarının etkileri olduğu düşünülmektedir.

Benzer durum Miles ve Snow'un stratejik tipolojisi bakımından da söz konusudur. Miles ve Snow'un tipolojisine göre özel hastanelerin % 25,6'sı atılğan, %39,5'i analizci ve %20,9'u savunmacı yapıdadır. Buna karşılık kamu hastanelerinin %23,7'si atılğan, %28,1'i analizci ve %35,1'i savunmacı yapıdadır.

Mülkiyet bakımından incelendiğinde, odaklanma stratejisi uygulayan kamu hastaneleri özel hastanelere oranla daha yoğundur. Savunmacı strateji tipi geliştiren kamu hastanelerinin sayısı daha fazladır. Özel hastanelerde dikkat çeken bir sonuç analizci tipteki hastane sayısının daha fazla olmasıdır. Burada bir taraftan mevcut kaynaklardan yararlanırken, diğer yandan yeni gelişen hizmet alanlarına girme ve yeni teknolojileri kullanma eğiliminin özel hastanelerde daha fazla olduğu söylenebilir. Kamu hastanelerinde analizci ve savunmacı yapının daha fazla olması da bu hastanelerin çevresel faktörleri daha az dikkate aldığını göstermektedir. Özel hastaneler mevcut kaynaklarını, çevresel faktörleri daha fazla analiz ederek kararlar vermektedirler.

Çarpaz olarak karşılaştırıldığında atılğan strateji tipi geliştiren hastanelerin farklılaştırma; analizci strateji tipi geliştiren hastanelerin farklılaştırma ve toplam maliyet liderliği ve savunmacı strateji tipi geliştiren hastanelerin odaklanma stratejisi uyguladıkları bulunmuştur.

Büyüme stratejileri bakımından incelendiği zaman 120 kamu hastanesinden 67'si ve 45 özel hastanenin 36'sı büyüme stratejilerinden herhangi birini uyguladığını bildirmiştir. Burada dikkate değer konu kamu ve özel hastaneler arasında en fazla çeşitlendirme stratejisi uyguladığının bildirilmiş olmalarıdır. Kamu hastanelerinin %68,7'si, özel hastanelerin %44,4'ü çeşitlendirme stratejisi uygulamaktadırlar.

Dikkate değer bir sonuç özel hastanelerin yatay bütünleşme stratejisini (%41,7) kamu hastanelerinden (%9,0) daha fazla uygulama eğiliminde olmasıdır. Son yıllarda ülkemizde çığ gibi gelişen hastane zincirlerinin bu sonuçta etkisi olduğu düşünülmektedir. 1980'li yılların başlarından itibaren ABD'de uygulanmaya başlanılan Managed Care uygulamaları ile birlikte bu ülkede de pek çok hastane rekabet şartlarının ağırlaşması sebebi ile çeşitli hastane zincirlerine katılmışlar ya da kapanmışlardır. Ayrıca halen komisyondan geçen ve Meclis Genel Kurulu'nda oylamayı bekleyen Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Kanun Tasarısı ile de

kamu hastane birliklerini oluşturulması öngörülmektedir ki, bu yolla kamu hastanelerinin yatay olarak bütünleştirilerek rekabet gücünün artırılması öngörülmektedir.

Dikey bütünleşme stratejisi uygulama bakımından kamu hastanelerinin (%22,4) özel hastanelerden (%13,9) daha önde olduğu görülmektedir. Burada hastaneler tarafından çeşitli semtlerde açılan poliklinik ya da sağlık merkezlerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Kamu hastanelerine bağlı olarak çalışan bu merkezler daha çok ayakta tedavi hizmetlerini sürdürmekte ve yatırılarak tedavi edilmesi gereken hastalar yataklı birimlerin bulunduğu hastaneye yönlendirilmektedir. Son dönemlerde bu akım özel sektörde de yerini bulmaya başlamış ve hastanelere bağlı olarak poliklinik ve sağlık merkezler kurulmaya başlanmıştır. Bu yöntemle hastaneler temel hizmeti olan yatan hastalar için hastanelerde hizmet sunmakta ve ayakta tedavi hizmetlerinin sunulduğu merkezlerde yataklı bölümler ayırmadığı için daha düşük maliyetlerle hizmet sunabilmektedir.

Çalışma yapılan 165 hastaneden 19 kamu ve bir özel hastane hiçbir strateji uygulamadığını bildirmiştir. Bu rakamlar çalışma yapılan hastanelerin toplamının %12,3'üne tekabül etmektedir. Kamu ve özel ayrımı yapılarak incelendiği zaman, kamu hastanelerinin %16,0'ı ve özel hastanelerin %2,3'ü Porter'ın arada sıkışıp kalmak olarak tanımladığı düşük karlılık ve verimsiz bir yapıda faaliyetlerini sürdürüyor denilebilir. Toplam değerler üzerinden bakıldığı zaman bu rakamlar Miles ve Snow'un tepkici hastane tipi (21) ile de örtüşmektedir.

Sonuç olarak Porter'ın jenerik stratejileri bakımından incelendiği zaman, özel hastaneler daha önde olmakla birlikte hastaneler farklılaştırma stratejisi uygulama konusunda öne çıkmaktadırlar. Burada son yıllarda gerek kamu, gerekse özel sektörde ortaya çıkan kalite çalışmaları ve akreditasyon uygulamalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Benzer bir durum Miles ve Snow'un tipoljisi için de geçerlidir. Özel hastaneler daha önde olmakla birlikte hastaneler daha çok atılgan ve analizci bir yapıyı benimsemektedirler. Savunmacı strateji tipi özel hastanelerde kamu hastanelerine oranla daha az görülmektedir. Buna karşılık kamu ve özel hastanelerde tepkici hastane tipi oranı benzer seviyelerde ortaya çıkmıştır. Büyüme stratejileri bakımından hastaneler daha çok çeşitlendirme stratejisi izlediklerini bildirmişlerdir ve kamu ve

özel hastaneler arasında çok belirgin bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Hastaneler gerek sundukları hizmetler, gerekse sağlık hizmetlerine destek olarak sundukları hizmetlerle hastalarına kolaylıklar sağlamaya çaba harcamaktadırlar. Buna karşılık özel hastaneler yatay bütünleşme stratejisini uygulamada daha önde görülmektedir. Bunda son yıllarda hızla gelişen özel hastane zincirlerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Kamu hastaneleri ise dikey bütünleşme konusunda özel hastanelere oranla daha önplana çıkmaktadır. Burada da kamu hastanelerinin poliklinik ve merkezlerde sundukları ayakta tedavi hizmetlerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastanelerinin Rekabeti Algılama ve Rekabet Stratejileri Uygulama Yetenekleri Arasındaki İlişki

Hastanelerin mülkiyet biçimleri ile Porter'ın jenerik stratejileri ve Miles ve Snow'un stratejik tipolojisi arasında bir ilişki yoktur. Yani kamu ve özel hastaneler herhangi bir stratejik tipi geliştirebilir ve herhangi bir jenerik stratejiyi uygulayabilir. Ancak hastanelerin mülkiyet biçimleri ile büyüme stratejilerini uygulamaları arasında bir ilişki vardır. Kamu hastaneleri dikey bütünleşme ve çeşitlendirme stratejisi uygularken, özel hastaneler yatay bütünleşme ve çeşitlendirme stratejilerini takip etmektedir.

Örgütsel ve çevresel özellikler ile hastanelerin örgütsel stratejileri arasındaki ilişkiyi inceleyen Ginn ve Young (1992), mülkiyet yapısının izlenen stratejinin sonuca ulaşabilme derecesini etkilediğini; bu bağlamda kâr amaçlı hastanelerin kâr amacı gütmeyen hastanelere göre amaçlarını gerçekleştirmede daha etkili olduğunu tespit etmiştir. Büyüme stratejileri ile hastanelerin mülkiyet biçimleri arasındaki ilişki bu görüşü doğrulamaktadır. Kamu ve özel hastaneler öncelikle çeşitlendirme stratejisi uygulayarak büyümeye çalışmaktadırlar. Bunun yanı sıra karmaşık bir yapı içeren sağlık çevresinde özel hastaneler yatay bütünleşme stratejisi uygulayarak kendilerini çevresel risklere karşı korumaktadırlar. Buna karşılık kamu hastaneleri yatay bütünleşme şansına sahip olmadıkları için dikey bütünleşmeye yönelmişlerdir. Ancak Kamu Hastane Birliklerinin oluşturulması ile birlikte kamu hastaneleri de yatay olarak bütünleşmek sureti ile ölçek ekonomisinin imkanlarından yararlanma şansı bulacaklardır.

Farklı Rekabet Stratejilerini Uygulayan Hastanelerin Uyguladıkları Stratejiye Göre Performans Farklılıkları

Hastanelerin Porter'ın jenerik stratejileri ve Miles ve Snow'un tipolojisi esas alınarak yapılan tek yönlü varsyans analizinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak büyüme stratejileri bakımından yapılan incelemede kimi performans ölçütlerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

Buna karşılık uygulanan stratejilerden yalnız biri esas alınarak, o stratejiyi uygulayan ve uygulamayan hastaneler bağımsız örneklerde t testi kullanılarak analiz yapıldığında farklılıklar olduğu bulunmuştur.

Porter'ın jenerik stratejileri dikkate alınarak incelendiği zaman, farklılaştırma ve toplam maliyet liderliği stratejisi uygulayan hastaneler arasında performans farklılıkları belirgin bir şekilde görülmektedir. Toplam maliyet liderliği uygulayan hastanelerde çıktılar rakamsal olarak daha yüksek bulunmaktadır. Ancak hastalara hekimlerin daha fazla zaman ayırması, hastane yataklarının doluluk oranlarının daha yüksek olması ve devir aralığı gibi değerlendirmelerde farklılaştırma stratejisi uygulayan hastaneler daha önde görülmektedir.

Sonuç olarak Porter'ın jenerik stratejilerinden toplam maliyet liderliğini uygulayan hastanelerde genel olarak çıktı değerleri daha yüksek, buna karşılık hastalara daha fazla zaman ayrılmasını öngören değerlendirmeler ise daha düşüktür. Örneğin hekim başına toplam ameliyat sayıları, toplam maliyet liderliği stratejisi uygulayan hastanelerde daha yüksek (76), farklılaştırma stratejisi (66) ve odaklanma stratejisi (63) uygulayan hastaneler de ise daha düşüktür. Buradan hareketle karakteristik özelliklerine uygun olarak toplam maliyet liderliği stratejisi uygulayan hastanelerin daha fazla hizmet üreterek öne çıktığını; buna karşılık farklılaştırma stratejisini uygulayan hastanelerin ise daha fazla hizmet üretmek yerine hastalarına daha fazla zaman ayırdığını ve bunun doğal sonucu olarak daha özelleştirilmiş vakalarla ilgilendiklerini söylemek mümkündür. Bir hastanın ortalama kalış gün sayısı ve hekim başına yatan hasta sayısı rakamları da bu durumu desteklemektedir.

Miles ve Snow'un tipolojisi dikkate alınarak yapılan incelemede de jenerik stratejileri destekleyen bir durum ortaya çıkmaktadır. Farklılaştırma stratejisine benzer özellikler

gösteren atılgan strateji tipinde kapasite kullanma oranı ve yatak devir hızı daha yüksek, buna karşılık devir aralığı rakamları daha düşük bulunmuştur. Buradan hareketle atılgan tipteki hastanelerin yataklarını daha verimli kullandıkları söylenebilir. Analizcilere bakıldığı zaman bir hastanın ortalama kalış gün sayılarının ve yatan hasta oranlarının daha yüksek olduğu ve diğer değerlerinin atılganlar ve analizciler arasında yer aldığı görülmektedir. Savunmacı tipte olduğunu bildiren hastanelerde ise tepkiciler göz ardı edilirse kapasite kullanma oranı ve yatak devir hızı rakamlarının daha düşük, buna karşılık devir aralığı rakamlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak gerek Porter'in jenerik stratejileri, gerek Miles ve Snow'un tipolojisi ve gerekse büyüme stratejileri bakımından incelendiği zaman, farklılaştırma, çeşitlendirme ve dikey bütünleşme gibi daha agresif strateji izleyen hastanelerin kapasite kullanım oranları pozitif yönde gelişmektedir. Buna karşılık toplam maliyet liderliği, ve yatay bütünleşme stratejisi gibi agresif olmayan ve daha içe dönük hastanelerin hizmet hacimlerinde büyüme olmasına karşılık, yatak kapasite kullanımı ile ilgili değerleri daha gerilerde kalmaktadır. Savunmacı tipinde olan ve odaklanma stratejisi izleyen hastaneler ise bazı alanlarda başarılı olmakla birlikte, hiçbir zaman atılgan strateji tipi geliştiren ya da farklılaştırma stratejisi uygulayan hastaneler gibi öne çıkamamaktadırlar. Hiçbir strateji uygulamadığını bildiren hastaneler ile tepkici tipteki hastaneler ise performans değerlendirmede diğer hastanelerden daha gerilerde kalmaktadırlar.

Farklı Özelliklere Sahip Hastanelerin Performans Farkları

Hastanelerin özellikleri performanslarını etkilemektedir. Özellikle mülkiyet biçimleri hastanelerin performanslarında büyük farklılıklara sebep olmaktadır.

Bu amaçla hastanelerin mülkiyet esasına göre performans değerleri incelenmiştir. Çalışmaya katılan hastanelerin mülkiyet biçimleri esas alınarak %95 anlamlılık düzeyinde ($p < 0,05$) yapılan bağımsız örneklerde t testi analizi sonuçlarına göre performans değerlendirmesi yapılan 14 ölçütten devir aralığı ve hekim başına yatan hasta sayısı ölçütleri dışındaki tüm değerlendirmelerde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Ek-7). Kamu hastanelerinde kapasite kullanma oranı, bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, kaba ölüm hızı, hekim başına poliklinik sayısı, hekim başına

fiili yatak sayısı, hekim başına fiili hasta günü, hekim başına teorik hasta günü, personel başına fiili hasta günü ve personel başına teorik hasta günü değerleri kamu hastanelerinde daha yüksektir. Buna karşılık yatak devir hızı, yatan hasta oranı, hekim başına yatan hasta sayısı ve personel başına yatan hasta sayısı değerleri özel hastanelerde daha yüksektir.

Kamu hastanelerinin kapasite kullanma oranlarının özel hastanelerden daha yüksek olması, kamu hastanelerinin yataklarını daha verimli kullandığının bir göstergesi olarak görülebilir. Ancak, bu durumu diğer ölçütler desteklememektedir. Örneğin bir hastanın ortalama kalış gün sayısı ve yatak devir aralıkları dikkate alındığında kamu hastanelerinde tedavi gören hastaların daha uzun süre yattıkları ve kamu hastanelerinde devir aralığının özel hastanelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Kamu hastanelerinde hastaların ortalama kalış süreleri daha uzundur. Bu durum, hasta hastaneden çıktığında yataklar daha uzun süre boş kalmasına rağmen kapasite kullanım oranlarının daha yüksek çıkmasına neden olmaktadır. Özel hastaneler 2007 yılında bir yataktan yararlanarak yaklaşık 124 hastaya yataklı tedavi hizmeti sunmasına karşılık kamu hastanelerinde bu rakam yaklaşık 53'e düşmektedir. Dolayısı ile özel hastaneler bir yatağını kullanarak kamu hastanelerinden iki kat daha fazla hasta tedavi etmektedir.

Hekim başına poliklinik rakamları incelendiğinde kamu hastanelerinde görevli hekimlerin daha fazla poliklinik yaptığı ancak yatan hasta oranının daha düşük olduğu görülmektedir. Kamu hastanelerinde poliklinik muayenesi olan her 100 hastadan 3,81'i hastaneye yatırılırken, bu rakam özel hastanelerde 8,71'e yükselmektedir. Bu durum özel hastanelerin daha çok yatan hasta hizmetlerine yönelirken kamu hastanelerinde ise ayaktan tedavi hizmetlerinin ağırlık kazandığını göstermektedir.

Wilcox-Gök tarafından 2002 yılında Florida'da 573 hastaneyi kapsayan bir örneklem üzerinde hastane mülkiyetinin finansal performansa etkilerini inceledikleri çalışma bu bilgileri doğrulamaktadır. Araştırma sonucunda kâr amaçlı hastanelerde ortalama gider, ortalama gelir ve hasta başına net gelirin kâr amaçsız hastanelerdekine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiş ve hastanelerin mülkiyet yapısı ile finansal performansı arasında pozitif ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre kâr amaçlı hastanelerdeki verimlilik oranlarının kâr amaçsız hastanelere göre daha iyi ve yüksek bulunmuştur.

Chang ve arkadaşlarının (2004) Tayvan'daki hastanelerin mülkiyetlerine göre faaliyet verimliliğini araştırdıkları çalışma ile elde ettikleri bulgular da bu çalışma ile örtüşmektedir. Yazarlar çalışmalarında kamu hastanelerinin özel hastanelerden daha verimsiz çalıştıklarını tespit etmişlerdir. Bununla birlikte bu sonucun, özel hastanelerin tedavisi daha zor/karmaşık hastaları kabul etmedikleri ve sınırlı sayıdaki daha kârlı hizmetlere odaklandıkları için özel hastanelerin daha iyi çalıştıklarını göstermediğini de vurgulamışlardır.

Türkiye'de bu konuda tek çalışma Ersoy ve Kavuncubaşı (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmada hastaneler Sağlık Bakanlığı, SSK, Özel, Üniversite, Belediye, Vakıf-Dernek, KİT ve Diğer Bakanlık ve Yabancı-Azınlık hastaneleri olmak üzere mülkiyetlerine göre sınıflandırılmıştır. Daha sonra kapasite kullanım oranı, ortalama yatış süresi, kaba ölüm hızı, bir uzman hekime düşen ameliyat sayısı, bir hekime düşen yatan hasta sayısı, bir hekime düşen poliklinik sayısı gibi çeşitli performans göstergelerinin hastanenin mülkiyet yapısından nasıl etkilendiği incelenmiştir. Çalışmada kâr amaçlı olarak nitelenen özel hastanelerin, beklenenin tersine performans oranlarının daha iyi olmadığı bulunmuştur.

Sonuç olarak özel hastaneler, daha az hekim ile daha fazla hastaya hizmet sunmak sureti ile sektörde rekabet etmektedirler. Bu durum hekim başına hasta maliyetlerini azaltmaktadır. Buna karşılık kamu hastanelerindeki daha uzun süreli kalışlar hasta maliyetlerini artırmaktadır. Ancak kamu hastaneleri emek yoğun olan bu sektörde hekim başına hizmet miktarlarını artırarak bu durumu dengelemeye çalışmaktadırlar.

Tokat'a (1991) göre, hastanelerde genel olarak kapasite, hastanenin büyüklüğünü ifade etmekte olup hastanenin sahip olduğu yatak sayısı, teknolojik düzeyi, personel sayısı gibi farklı unsurlar dikkate alınarak belirlenmektedir. Ancak kapasite ile ilgili yaygın olarak kullanılan ölçü birimi fiili yatak sayısıdır. Hasta yataklarının etkin bir şekilde kullanımı hastanenin genel ekonomik performansını etkileyen en önemli unsurdur. O halde fiili performans değerlendirmelerinde önemli bir rol oynayan hastane büyüklüğü genel olarak hastalar için kullanılan fiili yatak sayısı ile ölçülmektedir.

Hastanelerin maliyet fonksiyonunu fiili yatak sayısı, istihdam edilen hekim ve diğer insan gücü, makine ve teçhizat stoku ve para kaynağı gibi çeşitli değişkenler

etkilemektedir. Ancak bu değişkenler içersinde sadece yatak sayısı belirleyici faktör olup, istihdam edilen hekim ve diğer insan gücü, hizmet sunan makine-teçhizat ve tahsis edilen bütçe, büyük ölçüde hastanedeki yatak sayısına bağlıdır. Hangi hastanede kaç hekim istihdam edileceği veya hangi tıbbi cihazların satın alınacağı hususunda karar verilirken o hastanedeki fiili yatak sayısı temel ölçüt olarak alınmaktadır (Yıldırım, 1994: 137). Çalışmada yatak sayılarına göre yapılan sınıflandırma esas alınarak yapılan değerlendirmede hastanelerin farklı performans değerlerine sahip olduğu bulunmuştur.

Hastanelerin nitelikleri dikkate alınarak yapılan analizde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Hastanelerin stratejik duruşları ve uyguladıkları jenerik stratejiler ile mülkiyet biçimleri arasında bir ilişki yoktur. Buna karşılık, uyguladıkları büyüme stratejileri ile mülkiyet biçimleri arasında bir ilişki vardır. Kamu hastaneleri daha çok çeşitlendirme ve dikey bütünleşme, özel hastaneler ise yatay bütünleşme stratejileri uygulama eğilimindedir.
- Hastanelerin stratejik duruşları ve büyüme stratejilerini uygulamaları ile hizmet sunum biçimleri bakımından aralarında bir ilişki yoktur. Buna karşılık jenerik stratejileri uygulama bakımından bir ilişki vardır. Genel hastaneler jenerik stratejilerin her üçünü de uygularken, özel dal hastaneleri yalnızca odaklanma stratejisi uygulama eğilimindedir.
- Hastanelerin stratejik duruşları ve jenerik stratejileri uygulamaları ile hekim dışı personel sayıları arasında bir ilişki yoktur. Buna karşılık büyüme stratejileri bakımından ilişki vardır. ≤199 personel sayısına sahip hastaneler çeşitlendirme ve yatay bütünleşme; 200-599 ve ≥600 personel sayısına sahip hastaneler ise çeşitlendirme stratejisi uygulamaktadır.

Bu sonuçlar hastanelerin uyguladıkları stratejiler ve performanslarının, hastanelerin niteliklerinden etkilendiğini göstermektedir.

Hastane yöneticileri daha önce yapılan değerlendirmeler ışığında, aşağıdaki önlemleri uygulamaya sokarak hastanelerinin rekabet gücünü geliştirebilir veya sürdürülebilir bir yönetim ve rekabet politikaları oluşturabilir:

1. Hastanelerin dış çevreyi etkileme şansları kısıtlıdır. Ancak buna rağmen hastane yöneticileri/yönetimleri dış çevredeki değişimleri izlemeli, bu değişimlere uygun stratejiler geliştirerek rekabet üstünlüklerini yeni durumlarla uyumlu hale getirmeye çalışmalıdırlar. Dış çevrede oluşabilecek şoklara karşı proaktif yöntemler izlenerek olumsuzluklar en aza indirgenebilir. Sonuç olarak çoğu zaman önlenmesi mümkün olmayan dış şoklara karşı hastane yönetimleri tedbir alarak, tehditlerin avantaja dönüştürülmenin yollarını aramalıdırlar.
2. Hizmet sunulan bölgenin pazar şartlarını ve bölge nüfusunun hizmet ihtiyacını ortaya koyan ayrıntılı bir pazarlama planı hazırlanmalıdır. Bu planlarda rakiplerin durumu, nüfusun yapısı, hangi hizmetlere daha çok talep olduğu, hangi hizmetlerden daha fazla gelir elde edileceği gibi çeşitli sorulara cevaplar aranmalı ve bu cevaplara uygun rekabet stratejileri geliştirilmelidir.
3. Hastanelerin hasta yatak sayıları, yatak işgal oranları, yatan hasta oranı, hasta yoğunluğu, personel sayısı, personelin dağılımı, vb. istatistikler hastanenin yönetsel süreçlerini ve verimliliğini değerlendirmede kullanılmalı ve hastanenin zayıf ve güçlü yönleri ortaya konularak, buna uygun stratejiler geliştirilmelidir.
4. Hastanelerde yürütülen faaliyetlerin maliyet kontrolü sağlanmalıdır. Özellikle yatak sayısı ve yatılan gün sayıları baz alınarak, yatak başına ve hasta günü başına sağlanan net gelir ortaya konulmalıdır. Bu yöntemle hastaneler ölçek ekonomisi geliştirebilirler ve küçük hastaneler birleşerek ya da mevcut hastane zincirlerine dahil olarak, büyük hastaneler ise küçülme stratejileri uygulayarak gereksiz maliyetleri ortadan kaldırabilirler.
5. Hastaneler ödeme sistemlerindeki değişimlere uygun stratejiler geliştirmek zorundadırlar. Türkiye’de pek çok ülkede olduğu gibi geriye doğru ödeme sistemi (retrospective payment system) terk edilerek ileriye dönük ödeme sistemlerine (Prospective Payment Systems) geçilmektedir. Bu değişim hastanelerin finansal durumlarında büyük değişikliklere neden olmaktadır. İleriye dönük ödeme sistemlerinde hastaneler yatan hastalar için yapmış oldukları harcamaları ödeme kurumlarından belli bir tavan fiyat veya hastalık sınıflandırmasının tabii olduğu

limitler içinde tahsil etmektedir. Ödeme sistemleriyle ilgili vurgulanması gereken ikinci önemli bir nokta; bazı hizmetler için maksimum ödeme sınırı getirilmesidir. Örneğin ödeme kurumları poliklinik ve acil servis hizmetleri için maksimum fiyatlar belirlemektedirler. Bu sistemde limitlerin üzerinde gerçekleşen harcamaları ödeme kurumlarının reddetmesi söz konusudur. Yani ödeme yapan kurumlara gönderilen faturalarda limit aşımı söz konusu ise ödeme yapılmaması söz konusudur. O halde hastaneler SGK tarafından kendilerine bildirilen maksimum fiyatları geçmeyecek, başka bir ifade ile maliyetleri minimum düzeye indirecek bir üretim sistemi geliştirmek için çalışmak zorundadırlar. Bunun doğal sonucu personel ve tedavi süreçlerinin verimli bir şekilde kullanılmasını sağlayacak önlemlerin alınmasıdır. Bu durumda hastaneler için toplam maliyet liderliği ve odaklanma stratejilerini uygulamaları daha önemli hale gelmektedir. Ayrıca hastaneler maliyet baskılarından kendilerini korumak için SGK kapsamı dışında kalan hizmetlere yöneldikleri gibi yatay ve dikey birleşmeler ile kaynak ve üretim maliyetlerinde avantajlar elde edebilirler.

6. Hastaneler, özellikle de özel hastaneler siyasi partiler ve sivil toplum kuruluşları nezdinde lobicilik faaliyetleri düzenleyerek meclis komisyonlarını ve hükümeti etkileme; dolayısı ile dış çevreden hastaneleri etkileyen olumsuzlukların giderilmesi konusunda yasal düzenlemelerin yapılması konusunda çalışmalar yapabilirler. Böylece kısıtlı da olsa dış çevreyi etkileyerek hastanelerin genel olarak rekabet gücünü artırmaya katkı sağlayabilirler.

İleride Yapılacak Çalışmalar İçin Öneriler

Hastanelerde rekabet stratejileri üzerine gerçekleştirilen ilk çalışma olması sebebi ile gelecekteki çalışmalar yol gösterme bakımından bu çalışmanın faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu bakış açısı ile gelecekte çalışma yapacak araştırmacılar için aşağıdaki tavsiyelerde bulunulması uygun görülmüştür:

Bu çalışma 165 hastane üzerinde gerçekleştirilmiştir. Gelecekte birinci basamak sağlık kuruluşları, yaşlı bakım merkezleri ve evde bakım merkezleri ve hemşirelik bakım merkezleri gibi sağlık sektörünün diğer alanlarını da kapsayacak şekilde bu türden çalışmaların tekrarlanması sağlık sektörünün genel bir fotoğrafını çekme bakımından faydalı olacaktır. Bu yolla çeşitli alanlarda sağlık kuruluşlarının diğer sağlık kuruluşları ile rekabeti incelendiği gibi aynı türden hizmet üreten sağlık kuruluşlarının birbirleri ile rekabetleri de incelenebilecektir.

Çalışmada hastane yöneticilerine uygulanan bir anket ve anket uygulanan kuruluşların fiili performanslarından elde edilen veriler kullanılarak değerlendirmeler yapılmıştır. Bu tür yaygın bir çalışma yerine çok spesifik ölçütler belirlenerek, örnek olay yöntemi ile sağlık kuruluşları ya da hastaneler üzerinde derinlemesine incelemeler yapılabilir.

Ayrıca çalışmada mali veriler elde edilemediği için mali performans değerlendirmeleri yerine fiili performans değerleri kullanılarak analizler yapılmıştır. Özellikle hastane zincirlerinin gelişmesi, kamuda hastane birliklerinin oluşturulmasına yönelik çalışmalar hastanelerin mali bilgilerinin açıklanması bakımından ilerlemeler sağlayacaktır. Gelecekte çalışma yapacak araştırmacıların fiili performans değerlerinin yanı sıra mali performans değerlerini de kullanmak suretiyle yapacakları çalışmaların hem literatüre, hem de sektöre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- AARON, Henry J. ve William B. Schwartz (1993), “Managed Competition: Little Cost Containment without Budget Limits”, *Health Affairs*, Supplement, s. 204–215.
- ACAR, Durmuş (2005), *Küresel Rekabette Maliyet Yönetimi ve Yaklaşımları: Tekstil Sektörü ile ilgili Bir Araştırma*, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti., Ankara.
- AK, Bilal (1990), *Hastane Yöneticiliği*, Özkan Matbaacılık, Ankara.
- AKAR, Çetin ve Hüseyin Özalp, (1999), *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Somgür Eğitim Hizmetleri ve Yayıncılık, Ankara.
- AKDEMİR, Nuran (2001), “Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik Evde Bakım Hizmeti”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları, Sağlık Özel Sayısı I, Yıl:7, Sayı:39. s. 926–934.
- AKDUR, Recep (1998), “Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler”, *Halk Sağlığı*, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara, s. 5–14.
- AKIN, H. Bahadır (1999), “Rekabetçi Üstünlük ve Teknoloji: Küresel Bir Yaklaşım”, *Verimlilik Dergisi*, Sayı. 4, MPM Yayınları, Ankara, s.57–80.
- AKTAN, Coşkun Can ve İstiklal Y. Vural (2004a), *Yeni Ekonomi ve Yeni Rekabet*, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, Rekabet Dizisi:1, Yayın No. 253, Ankara.
- AKTAN, Coşkun Can ve İstiklal Y. Vural (2004b), *Rekabet Gücü ve Rekabet Stratejileri*, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, Rekabet Dizisi: 2, Ankara.
- ALEXANDER, Jeffrey A. (1990), “Diversification Behavior of Multihospital Systems: Patterns of Change, 1983-1985”, *Hospital & Health Services Administration*, Vol. 35, No. 1, s. 83–102.
- ALPUGAN, Oktay ve Vasfi Haftacı (1995), “Muhasebe Uygulama Genel Tebliğine Göre Hastane İşletmelerinde Maliyet Hesaplarının İşleyişi”, *Hastane İşletmeciliği: Seçme yazılar*, Editör, Hikmet Seçim, Eskişehir, s.271–297.
- ALTUNIŞIK, Remzi, Recai Coşkun, Serkan Bayraktaroğlu ve Engin Yıldırım (2005), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, Sakarya Kitabevi, Sakarya.
- ARNOLD, Alan (1994), “The Big Bang. Theory of Competition in Health Care”, *Health Care Marketing A Foundation For Managed Quality*, Edit: Philip D. Cooper, Third Edition, An Apsen Publication Apsen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland, s.13–18.
- ATEŞ, Metin, Ayşegül Yıldırım, Egemen Cevahir ve Gülfer Bektaş (2002), “Türkiye’deki Özel hastanelerin Değerlendirilmesi”, *5. Ulusal Sağlık Kuruluşları*

ve *Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı*, Editörler: Erol Göktürk, Adnan Şahin ve Yaşar Odacıoğlu, 16–19 Ekim, Eskişehir, s.274–279.

- BAMEZAI, Anil, Jack Zwanzigera, Glenn A. Melnick ve Joyce M. Mann, (1999), “Price Competition and Hospital Cost Growth in The United States (1989-1994)”, *Health Economics*, No. 8, s. 233–243.
- BARCA, Mehmet (2002a), “Stratejik Açık: Stratejik Düşünme Düzeyi, Tarzı ve Gerekliliği”, *Stratejik Boyutuyla Modern Yönetim Yaklaşımları*, Editörler: İsmail Dalay, Recai Coşkun ve Remzi Altunışık, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, s. 9–26.
- BARCA Mehmet (2002b), “Stratejik Yönetim Yaklaşımları: Rekabet Avantajı Yaratmada Sinerjik Etki”, Editörler: İsmail Dalay, Recai Coşkun ve Remzi Altunışık, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, s.27-45.
- Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, Kanun tarih ve sayısı, 06.01.2005/5283, yayımlandığı Resmi Gazetenin tarih ve sayısı, 19.01.2005/25705-mükerrer
- BERMAN, Peter ve Mehtap Tatar, (2004), *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999–2000*, Cilt I, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- BERNSTEIN, Amy B. ve Anne K. Gauthier (1998), “Defining Competition in Markets: Why and How?”, *Health Services Research*, Vol. 33, No. 5, s. 1421–1438.
- BIGELOW, Brian ve John F. Mahon, (1989), “Strategic Behavior of Hospitals: A Framework for Analysis”, *Medical Care Review*, Vol. 46, No. 3, s. 295-311.
- BROOK, Robert H. ve Jacqueline B. Kosecoff (1988), “Competition and Quality”, *Health Affairs*, Summer, s. 150–161.
- BURDA, D. (1989), “Why Hospitals Close”, *Modern Healthcare*, Vol. 19, No. 12, s. 24–35.
- BURNS, Lawton R., Gloria J. Bazzoli, Linda Dynan ve Douglas R. Wholey (2000), “Impact of HMO Market Structure on Physician-Hospital Strategic Alliances”, *Health Services Research*, Vol. 35, No. 1, s. 101–132.
- BUTLER, Timothy W ve G. Keong Leong (2000) “The Impact of Operations Competitive Priorities on Hospital Performance” *Health Care Management Science*, No. 3, s. 227–235.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Şener (2003), *Sosyal Bilimler İçin Veri Hazırlama El Kitabı*, Pegem A Yayıncılık, Ankara.
- CAMPBELL-HUNT, Colin (2000), “What Have We Learned About Generic Competitive Strategy? A Meta-Analysis”, *Strategic Management Journal*, No. 21, s. 127–154.

- CAPPS, Cory, David Dranove ve Mark Satterthwaite (2003), "Competition and Market Power in Option Demand Markets", *The RAND Journal of Economics*, Vol. 34, No. 4, s. 737–763.
- CHANG, Hsihui, Mei-Ai Cheng, ve Somnath Das (2004), "Hospital Ownership and Operating Efficiency: Evidence from Taiwan", *European Journal of Operational Research*, No. 159, s. 513–527.
- CHENG, Shou-Hsia, Yu-Jung Wei ve Hong-Jen Chang (2006), "Quality Competition among Hospitals: The Effects of Perceived Quality and Perceived Expensiveness on Health Care Consumers", *American Journal of Medical Quality*, Vol. 21, No. 1, Jan/Feb, s.68–75.
- CHRISMAN, James J., Charles W. Hofer ve William R. Boulton (1988), "Toward a System for Classifying Business Strategies", *The Academy of Management Review*, Vol. 13, No. 3. s. 413–428.
- CLEMENT, Jan P. (1988), "Vertical Integration and Diversification of Acute Care Hospitals: Conceptual Definitions", *Hospital & Health Services Administration*, Vol. 33, No. 1, s. 99–110.
- CLEVERLEY, William O. ve Roger K. Harvey (1992), "Competitive Strategy for Successful Hospital Management", *Hospital & Health services Administration*, Vol. 37, No. 1, s. 53–69.
- COLLINS, David J. ve Cynthia A. Montgomery (2000), "Kaynaklara Dayalı Rekabet 1990'lı Yıllarda Strateji", *Şirket Stratejisi, Harvard Business Review*, Çev. Ahmet Gürsel, MESS (Türk Metal Sanayicileri Sendikası), İstanbul, s. 41–67.
- CONANT, Jeffrey S., Michael P. Mokwa ve P. Rajan Varadarajan (1990),"Strategic Types, Distinctive Marketing Competencies and Organizational Performance: A Multiple Measures-Based Study", *Strategic Management Journal*, Vol. 11, No. 5, s. 365–383.
- CONNOR, Robert A., Roger D. Feldman ve Bryan E. Dowd (1998), "The Effects of Market Concentration and Horizontal Mergers on Hospital Costs and Prices", *International Journal of the Economics of Business*, Vol. 5, No. 2, s. 159–180.
- CONRAD, Douglas A. ve William L. Dowling (1990), "Vertical Integration in Health Services: Theory and Managerial Implications", *Health Care management Review*, Vol.15, No.4, s.9–21.
- CRAIG, James C. ve Robert M. Grant, (1993), *Strategic management*, Kogan Page in association with AMED, London.
- ÇİÇEK, Recep, (2003), "Rekabet Stratejileri ve Michael Porter'in Jenerik Rekabet Stratejilerinin Pazarlama Karması (4P) Elemanlarında Kullanılması", *Verimlilik Dergisi*, No.1, s.115–138.
- DEMING, Edwards, W. (1997), *Out of Crises*, MIT Center, 25. pres., New York.

- DEMİREL, Hüseyin, Yamen Atak, Mine Tunçel, Osman Güzelgöz ve Emine Işık Bora (2005), *Sağlık 2005*, Editör: Sabahattin Aydın, T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.
- DESARBO Wayne S., C. Anthony Di Benedetto, Michael Song ve Indrajit Sinha (2005), “Revisiting The Miles And Snow Strategic Framework: Uncovering Interrelationships Between Strategic Types, Capabilities, Environmental Uncertainty, And Firm Performance”, *Strategic Management Journal*, No. 26, s. 47–74.
- DESS, Gregory G., Peter S. Davis (1984), “Porter's Generic Strategies as Determinants of Strategic Group Membership and Organizational Performance”, *The Academy of Management Journal*, Vol. 27, No. 3, s. 467–488.
- DEVERS, Kelly J., Linda R. Brewster, ve Lawrence P. Casalino (2003) “Changes in Hospital Competitive Strategy: A New Medical Arms Race?”, *Health Services Research*, Vol. 38, No. 1, February, s. 447–469.
- DİNÇER, Ömer (2003), *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*, Beta Basım Yayım Dağıtım, 6. Baskı, İstanbul.
- DONABEDIAN, Avedis (2005), “Evaluating The Quality of Medical Care”, *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, s. 691–729 (Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966, pp. 166–203).
- DONABEDIAN, Avedis (1992), “Kalite Güvencesi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 1, No.1, s.15–49.
- DOUGLAS, Thomas J. ve Joel A. Ryman (2003), “Understanding Competitive Advantage in The General Hospital Industry: Evaluating Strategic Competencies”, *Strategic Management Journal*, No. 24, s.333–347.
- DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) (1994), “Rekabet Hukuku ve Politikası Özel İhtisas Komisyonu Raporu”, *Özel İhtisas Komisyonu Raporları*, (DPT. 2364; ÖİK. 432), Ankara.
- DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) (2001) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT: 2561, ÖİK: 577, Ankara, <http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/oik577.pdf>. 8.
- DUNCAN, W. Jack, Peter M Ginter ve Linda E Swayne (1998), “Competitive Advantage and Internal Organizational Assessment”, *The Academy of Management Executive*; August, Vol. 12, No. 3, s. 6–16.
- EREN, Erol (2000), *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*, Genişletilmiş Beşinci Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
- EREN, Nevzat, (1985), *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
- ERGÖR, Gül ve Zafer Öztekin (2000), *Exploring Health Policy Development in Europe*, WHO Regional Publications, European Series, No:86, Copenhagen.

- EASTAUGH, Steven R. (1992), "Hospital Strategy and Financial Performance", *Health Care management Review*, Vol. 17, No.3, s. 19-31.
- EASTAUGH, Steven R., (1984), "Hospital Diversification and Financial Management", *Medical Care Review*, Vol. 22, No. 8, s. 704–723.
- ERSOY, Korkut ve Şahin Kavuncubaşı (1995), "Mülkiyet Yapısı ve Örgütsel Performans", *Toplum ve Hekim*, Vol. 10, No. 66, s. 107–113.
- FİŞEK, Nusret (1983), *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Yetiştirici Yayınları, Ankara.
- FRIEDMAN, Bernard ve Stephen Shortell (1988), "The Financial Performance of Selected Investor-Owned and Not-Profit System Hospitals Before and After Medicare Prospective Payment", *Health Services Research*, Vol. 23, No. 2, s. 237-267
- FUCHS, Victor R. (1988), "The "Competition Revolution in Health Care", *Health Affairs*, Summer, s. 5–24.
- GARCÍA, Cristina Madorrán ve Isabel de Val Pardo (2004), "Strategies and Performance in Hospitals", *Health Policy*, No. 67, s. 1–13.
- GAYNOR, Martin ve Deborah Haas-Wilson (1999), "Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets", *The Journal of Economic Perspectives*, Vol. 13, No. 1, s. 141–164.
- GINN, Gregory O., (1990), "Strategic Change in Hospitals: An Examination of the Response of the Acute Care Hospital to the Turbulent Environment of the 1980s", *Health Services Research*, Vol. 25, No. 4, s. 565–591.
- GINN Gregory O., G. J. Young ve R. Beekun, (1995), "Business Strategy and Financial Structure: An Empirical Analysis of Acute Care Hospitals", *Hospital and Health Services Administration*, Vol. 40, No. 2, s. 191–209.
- GINN, Gregory O. ve G. J. Young, (1992), "Organizational and Environmental Determinants of Hospital Strategy", *Hospital and Health Services Administration*, Vol. 37, No. 3, s. 291–302.
- GINTER Peter M, Linda E Swayne ve W. Jack Duncan (1998), "Strategic Management", *Handbook of Health Care Management*, Editörler: W. Jack Duncan, Peter M. Ginter ve Linda E Swayne, Blackwell Business, USA, s. 117–151.
- GLUECK, William F. (1980), *Business Policy and Strategic Management*, McGraw-Hill Book Company, New York.
- GOLDSTEIN, Susan Meyer, Peter T. Ward, G. Keong Leong ve Timothy W. Butler (2002), "The Effect of Location, Strategy, and Operations Technology on Hospital Performance", *Journal of Operations Management*, No. 20, s. 63–75.
- GRAIG, James C. ve Robert M. Grant (1997), *Strategic Management*, Clays Ltd, St Ives Plc, England.

- GROSSKOPF, Shawna, Dimitri Margaritis ve Vivian Valdmanis (2004), “Competitive Effects on Teaching Hospitals”, *European Journal of Operational Research*, No. 154, s. 515–525.
- FAULKNER, David ve Cliff Browman (1995), *The Esence of Competitive Strategy*, Upper Saddle River, NJ: Practice Hall.
- HAMBRICK, Donald. C. (1983), “Some Tests of The Effectiveness and Functional Attributes of Miles and Snow's Strategic Types”, *Academy of Management journal*, Vol. 26, No. 1, s. 5–26.
- HANNAN, Mack (1996) *Yarının Rekabeti*, Çev., Ziya Kütevin ve Eshar Kütevin, İnkılap Kitabevi, İstanbul.
- HATİBOĞLU, Zeyyat (1995), *İşletmelerde Stratejik Yönetim*, Sedok Yayınları, İstanbul.
- HAYRAN, Osman (1998), “Sağlık Hizmetleri”, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur, Yüce Yayım, İstanbul, s. 15–32.
- HOMBURG, Christian, Harley Krohmer ve John P. Workman, Jr. (1999), “Strategic Consensus and Performance: The Role of Strategy Type and Market-Related Dynamism”, *Strategic Management Journal*, No. 20, s. 339–357.
- HUCKMAN, Robert S. (2006), “Hospital Integration and Vertical Consolidation: An Analysis of Acquisitions in New York State”, *Journal of Health Economics*, No. 25, s. 58–80.
- İPLİKÇİOĞLU, İsa (2003), “Kapitalist Sistem ve Küresel Pazarda Rekabet Avantajı Sağlamayı Amaçlayan Firmalar İçin Olası Alternatif Rekabet Stratejilerinin Analizi”, *Verimlilik Dergisi*, No. 4, s. 79–106.
- JOSKOW Paul L., (1980), “The Effects of Competition and Regulation on Hospital Bed Supply and the Reservation Quality of Hospital”, *The Bell Journal of Economics*, Vol. 11, No. 2, s. 41–447.
- KALUZNY, Arnold D., Howard S. Zuckerman, and Dona J. Rabiner (1998), “Interorganizational Factors Affecting the Delivery of Primary Care to Older Americans”, *Health Services Research*, Vol. 33, No. 2, s. 382–401.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin (2000), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- KISA, Adnan, (2002), *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- KISACIK, Sadullah (2005), *Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerin İzledikleri Rekabet Stratejileri: Adana'daki Kobiler Üzerinde Bir Çalışma*, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- KISAER, Hülya (2003), “Sağlık Sektörü, Kalkınma ve Verimlilik”, *Verimlilik Dergisi*, No. 2, s.97–112.

- KUMAR, Kamalesh, Ram Subramanian ve Charles Yauger (1997), "Pure Versus Hybrid: Performance Implications of Porter's Generic Strategies", *Health Care Management Review*, Vol. 22, No. 4, s. 47–60.
- KURTULMUŞ, Sevgi (1998), *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları*, İstanbul.
- LAMONT, Bruce T., Dan Marlin ve James J. Hoffman (1993), "Porter's Generic Strategies, Discontinuous Environments, and Performance: A Longitudinal Study of Changing Strategies in The Hospital Industry," *Health Services Research*, Vol. 28, No.5, s. 623–640.
- LANGABEER, James Robert II, (1998), "Competitive Strategy in Turbulent Healthcare Markets: An Analysis of Financially Effective Teaching Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, Vol. 43, No. 6, s.512–526.
- LANGABEER, James Robert II., (1996), *Competitive Strategy in Turbulent Markets: A Multivariate Analysis of Strategic Management in Teaching Hospitals*, Doctor of Education Dissertation, University of Houston.
- LUFT Harold S., Deborah. W. Garnick, Ronda G. Hughes, Sandra S. Hunt, Stephen J. McPhee ve James C. Robinson (1988), "Hospital Competition, Cost, and Medical Practice", *The Journal of Medical Practice Management*, Vol, 4, No. 1, s. 10-15
- LYNCH, Robert Porter (1989), *The Practical Guide to Joint Ventures and Corporate Alliances*, John Wiley and Sons, New York.
- LYNCH, John R. ve Yaşar A. Özcan (1994), "Hospital Closure: An Efficiency Analysis", *Hospital and Health Services Administration*, Vol. 39, No. 2, s. 205–220.
- MACEIRA, Daniel (1998), *Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes and Organizational Impact in Developing Countries*, Partnership for Health Reform, Major Applied Research 2, Working Paper.
- MACSTRAVIC, Scott. (1994), "Price of Services", *Health Care Marketing A Foundation For Managed Quality*, Edit: Philip D. Cooper, Third Edition, An Aspen Publication Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland, s.337–341.
- MARKIDES, Contantinos C. (1999), "Çeşitlendirmek ya da Çeşitlendirmemek", *Harvard Business Review Büyüme Stratejileri*, MESS Yayınları, İstanbul, s. 81–97.
- MELNICK, Glenn A, Emmett Keeler ve Jack Zwanziger (1999), "Market Power and Hospital Pricing: Are Nonprofits Different?", *Health Affairs*, Vol. 18, No. 3, s. 167–173.
- MELNICK, Glenn A. ve Jack Zwanziger (1988), "Hospital Behavior under Competition and Cost-Containment Policies. The California Experience, 1980 to 1985", *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 260, No. 18, s. 2669–2675.

- MENDERES, Münevver (1995). “Sağlık Kurumlarında Muhasebenin Önemi”, *Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar*, Editör: Hikmet Seçim, Eskişehir, s.311–327.
- MENDERES, Münevver ve Korkut Ersoy (1995), “Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi”, *Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar*, Editör: Hikmet Seçim, Eskişehir, s.43–72.
- MILES, Raymond E. ve Charles C. Snow (2003), *Organizational Strategy, Structure, and Process*, Stanford University Press, Stanford, California.
- MILES, Raymond E., Charles C. Snow, Alan D. Meyer ve Henry J. Coleman, Jr. (1978), “Organizational Strategy, Structure, and Process”, *The Academy of Management Review*, Vol. 3, No. 3, s. 546–562.
- MORRISEY, Michael A. (2001, “Competition in Hospital and Health Insurance Markets: A Review and Research Agenda”, *Health Services Research*, Vol. 36, No. 1, s. 191–221.
- O’LEARY, June Fu (2000), *Competition and Quality of Hospital Care*, Doctor of Philosophy in Health Services University of California, Los Angeles.
- ONAL, Güngör (1997), *Temel İşletmecilik Bilgisi*, Türkmen Kitabevi, İstanbul.
- ÖZCAN, Cihangir (2001), “Türkiye’de Tedavi Hizmetlerinin Analizi”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları, Sağlık Özel Sayısı I, Yıl:7, Sayı:39. s. 868–874.
- ÖZDAMAR, Kazım (2003), *Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- ÖZDAMAR, Kazım (1999), *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*, Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- ÖZDEMİR, Yusuf Ekrem (2001), “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları–Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları, Sağlık Özel Sayısı I, Yıl:7, Sayı: 39. s. 276–293.
- ÖZGÜLBAŞ, Nermin (2003, “Sağlık Bakanlığı’na Ait Hastanelerde Veri Zarflama Analizi ile Teknik Etkinliğin Ölçümü”, *Verimlilik Dergisi*, No.1, s.69–87.
- ÖZKAN, Azzem (2003) “Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yaklaşımları”, *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt XXII, No. 2, s. 113–130.
- ÖZSARI, S. Haluk (2001), “Sağlık Reformu Sürecinde Hastanecilik Hizmetlerini Yeri”, *Hastane-Hospital News Dergisi*, Cilt 2, No.12, s.66–68.
- PORTER, Michale E ve Elizabeth Olmsted Teisberg (2004), “Redefining Competition in Health Care”, *Harvard Business Review*, June, s.1–14.

- PORTER, Michael E. (2000), *Rekabet Stratejisi Sektörler ve Rakip Analizi Teknikleri*, Çev., Gülen Ulubilgen, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- PORTER, Michael E. (19??), *Rekabet Dersleri*, Capital Yönetim Dizisi:3, İstanbul.
- PORTER, Michael E. (1998), *On Competition*, Harvard Business School Pres.
- PORTER, Michael E. (2002), “What is Strategy?”, *Strategy For Business*, Published in association with The Open University, Sage Publications Ltd, s. 10–31.
- PORTER, Michael E. (1991), “Towards a Dynamic Theory of Strategy”, *Strategic Management Journal*, Vol. 12, s. 95–117.
- PORTER, Michael E. (1985), *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*, Simon and Schuster Trade, New York.
- RABIG, Judith, William Thomas, Rosalie A Kane, Lois J Cutler ve Steve McAlilly, (2006), “Radical Redesign of Nursing Homes: Applying the Green House Concept in Tupelo, Mississippi”, *The Gerontologist*, Vol. 46, No. 4, s. 533–539.
- ROBINSON, James C. ve Lawrence P. Casalino (1996), “Vertical Integration and Organizational Networks in Healthcare”, *Health Affairs*, Vol. 15, No. 1, s. 7–22.
- ROBINSON, James C. ve Harold S. Luft (1987), “Competition and the Cost of Hospital Care, 1972 to 1982”, *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 257, No. 23, s. 3241–3245.
- ROBINSON, James C. ve Harold S. Luft (1985), “The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Average Length of Stay, And The Cost of Care”, *Journal of Health Economics*, Vol. 4, No. 4, s. 333-356.
- ROUNTREE, George D. (1993), “Özel Sağlık Kuruluşlarının Gelişmiş ülkelerdeki Genel Görünümü”, *Ülkemizde Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi*, İTO Yayın No: 1993-9, s.77–91.
- SADLER, Philip (1993), *Strategic Management*, Kogan Page Limited, Milford, CT, USA.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, Kanun Tarih ve Sayısı: 3.7.2005/5396. Yayımlandığı Resmi Gazete'nin tarih ve sayısı: 15.07.2005/25876.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kanun Tarih ve Sayısı: 17.07.2004/5220, Yayımlandığı Resmi Gazete'nin tarih ve sayısı: 21.07.2004/25529
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun tarih ve sayısı: 05.01.1961/224, yayımlandığı Resmi Gazete'nin tarih ve sayısı, 12.01.1961/ 10705.
- SALTMAN, Richard B. ve Joseph Figueras (1998), *Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

- SANTERRE, Rexford E. ve Ammon S. Adams (2002), “The Effect of Competition on Reserve Capacity: The Case of California Hospitals in the Late 1990s”, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, Vol. 2, No. 3, s. 205–218.
- SB (T.C. Sağlık Bakanlığı) (2007), *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- SB (T.C. Sağlık Bakanlığı) (2007), *2006 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (YTKİY)*, <http://www.saglik.gov.tr>, 29.08.2007
- SB (T.C. Sağlık Bakanlığı) (2006) Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, 22. 07. 2006 tarih ve 26236 sayılı Resmi Gazete, Ankara.
- SB (T.C. Sağlık Bakanlığı) (2005), Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete.
- SB (T.C. Sağlık Bakanlığı) (2003), *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara.
- SB (T.C. Sağlık Bakanlığı) (1997), “*Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezleri Yönetmeliği*”, 06.02.1997 tarih ve 22900 sayılı Resmi Gazete.
- SB (T.C. Sağlık Bakanlığı) (1992) *I. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları*, Ankara.
- SB (T.C. Sağlık Bakanlığı) (1983) *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*, 13.1.1983 tarih ve 17927 mükerrer sayılı Resmi Gazete, Yapılan Değişiklikler için 05/05 2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazete, Ankara.
- SCHERMERHORN, John R., Jr. (2007), *Management 9e*, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken New Jersey.
- SEÇİM, Hikmet (1991), *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi*, İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.
- SEGEV, Eli (1989), “A Systematic Comparative Analysis and Synthesis of Two Business-Level Strategic Typologies”, *Strategic Management Journal*, Vol. 10, No. 5, s. 487–505.
- SHORTELL Stephen M., Elaine Morrison ve Sarah Hughes (1989), “The Keys to Successful Diversification: Lessons from Leading Hospital Systems”, *Hospital & Health Services Administration*, Vol. 34, No. 4, s. 471–492.
- SOHN, Min-Woong (2002), “A Relational Approach to Measuring Competition among Hospitals”, *Health Services Research*, Vol. 37, No. 2, April, s. 457–482
- SOYER, Ata (2006), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Sağlık, Hekimler ve Eşitsizlikler; Bugünden Yarına”, *2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı* Öngörülebilir, Oluşturulabilir?, http://www.ttb.org.tr/eweb/2020/ata_soyer.doc, 29.08.2006

- SOYER Ata, Aytekin Yazgan, Bülent Kılıç, Cavit I. Yavuz, Coşkun O. Şeyhoğlu, Ergün Akyol, Eylem Yentürk, Füsün Erdoğan, İlker Belek, Jale Erdoğan, Kayıhan Pala, Lüey Özelsöy, Nihan Keysan, Nilay Etiler, Onur Günay, Onur Hamzaoğlu, Osman Keysan, Ömür Kayıkçı, Umut Özcan, Yahya Taş, Yeşim Akyol , (2003) “Hangi Türkiye Sağlık Sektörü?” *Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye’inde Halka ve Hekimlere /Sağlık Personeline Ne Getiriyor?*, http://www.ttb.org.tr/eweb/s_donusum/index.htm, 29.08.2006
- SPARKS, Janet D. (1999), *A Methodology for Estimating the Level of Aggressiveness in Competitive Bidding Markets*, A Dissertation of the Degree Master of Science in Civil and Environmental Engineering, Blacksburg, Virginia.
- SUR, Haydar, (1998), “Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Hizmetleri”, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur, Yüce Yayım, İstanbul, s. 229–270.
- SWAYNE, Linda E., W. Jack Duncan, Peter M Ginter, (2006) *Strategic Management of Health Care Organizations*, Fifth edition, Blackwell Publishing.
- SZILAGYI, Andrew D, Jr. ve David M. Schweiger (1984), “Matching Managers to Strategies: A Review and Suggested Framework”, *The Academy of Management Review*, Vol. 9, No. 4, s. 626–637.
- ŞİMŞEK, Şerif (1998), *İşletme Bilimine Giriş*, Yenilenmiş 5. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- TDK (Türk Dil Kurumu) Güncel *Türkçe Sözlük*, <http://www.tdk.gov.tr>, 02.11.2006
- TOKAT, Mehmet (1991), Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Organizasyonu, Friedrich Ebert Foundation, İstanbul.
- TOP, Mehmet ve Ömer Gider (2003), “Otonominin Hastane Yönetim Politikalarına Getirdikleri”, *Verimlilik Dergisi*, No. 4, s.147–168.
- TSAUNG, Ming-Sion (2003), *A Marketing Process-Planning Model for Sinlau Christian Hospital, Tainan, Taiwan*, Degree of Doctor of Philosophy in the Department of Health Administration Norman J. Arnold School of Public Health University of South Carolina
- TTB (Türk Tabipler Birliği) (2005), *Genel Sağlık Sigortası*, Yenilenmiş II. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) Sosyal Güvenlik ve Sağlık İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr>, 29.08.2006
- TÜRKAN, Erdal (2006) “Rekabet Nedir?”
<http://www.rekabetderneği.org/rekabethakkında.htm#rekabet%20nedir>, 02.11.2006
- TÜSİAD (Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği) (2004), *Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri*, Yayın No. TUSİAD-T/2004-09/380, İstanbul

- ÜNÜ, Mehmet (1986), "Türkiye'de Yataklı Tedavi Hizmetleri", *Sosyal Siyasetimizde Yeni Boyutlar Semineri*, Kutuyay, İstanbul, s.27-35.
- WHEELER, Tom L. ve J. David Hunger (2002), *Strategic Management and Business Policy*, Eighth Edition, Prentice Hall, New Jersey.
- WHITE, Roderick E. (1986), "Generic Business Strategies, Organizational Context and Performance: An Empirical Investigation", *Strategic Management Journal*, Vol. 7, No. 3, s. 217-231
- WILCOX-GÖK, Virginia, (2002), "The Effects of For-Profit Status and System Membership on the Financial Performance of Hospitals", *Applied Economics*, No. 34, s. 479-489.
- WOLPER, Lawrence F. ve Jesus J. Peña (2004), "The History of Hospitals", *Health Care Administration Planning, Implementing and Managing Organized Delivery Systems*, (Edit. Lawrence F. Wolper), Fourth Edition, Chapter 18, s. 637-650
- WOUTERS, Angela (1999), Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery. Partnerships for Health Reform (PHR) Premier for Policymakers.
- YILDIRIM, Savaş (1994), *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, DPT Yayın No:2350, Ankara.
- ZAJAC, Edward J. ve Stephen M. Shortell (1989), "Changing Generic strategies: Likelihood, Direction and Performance Implications", *Strategic Management Journal*, Vol. 10, No. 5, s. 413-430.
- ZUCKERMAN, Alan M. (2002), *Improve Your Competitive Strategy A Guide for The Healthcare Executive*, Health Administration Pres, Chicago
- ZUCKERMAN, Alan M. ve Christine H. Markham (2006), "Centers of Excellence: Big Opportunities, Big Dividends", *Healthcare Financial Management*, Vol. 60, No. 2, s. 150-154.
- ZUCKERMAN Howard S. ve Arnold D. Kaluzny, (1991), "Strategic Alliances in Health Care: The Challenges of Cooperation", *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 7, No. 3, s. 3-23.
- ZWANZIGER, Jack, Glenn A. Melnick ve Anil Bamezai, (2000), "The Effect of Selective Contracting on Hospital Costs and Revenues", *Health Services Research*, Vol. 35, No.4, s. 849-867.

EKLER

EK 1. DPT'nin İllerin Gelişmişlik Derecelerine Göre Türkiye'deki Hastanelerin Bölge Sınıflandırılması ile Kurumların Yatak, Nüfus ve 10 000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı, (2007)

Gelişmişlik Derecesine Göre İller	Toplam		Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Diğer		Nüfus 2007	10.000 Nüfusa düşen Yatak Sayısı
	Kur.	Yatak	Kur.	Yatak	Kur.	Yatak	Kur.	Yatak	Kur.	Yatak		
I. BÖLGE												
Adana	20	5195	13	3552	2	1412	5	231	0		2.006.650	25,9
Ankara	69	16027	35	9944	10	4489	21	1334	3	260	4.466.756	35,9
Bursa	31	6281	22	4747	1	895	8	639		0	2.439.876	25,7
Gaziantep	18	3092	10	2224	1	383	7	485			1.560.023	19,8
Mersin	18	3473	12	2942	1	344	5	187			1.595.938	21,8
İstanbul	201	32412	53	19080	7	4083	139	7861	2	1388	12.573.836	25,8
İzmir	47	11311	26	6805	3	3145	17	961	1	400	3.739.353	30,2
Kocaeli	22	3372	11	2520	1	510	10	342			1.437.926	23,5
I. Bölge Toplamı	426	81.163	182	51.814	26	15.261	212	12.040	6	2.048	29.820.358	27,2
II. BÖLGE												
Aydın	13	2057	10	1751	1	252	2	54	0	0	946.971	21,7
Balıkesir	24	3102	21	3041			3	61	0		1.118.313	27,7
Çanakkale	11	1146	10	1102	0	0	1	44	0	0	476.128	24,1
Denizli	21	1912	14	1467	1	292	6	153			907.325	21,1
Edirne	12	1818	8	850	1	901	3	67	0	0	396.462	45,9
Kayseri	26	3276	13	1670	1	1114	12	492			1.165.088	28,1
Tekirdağ	15	1507	9	1275	0	0	6	232	0	0	728.396	20,7
Konya	34	5181	22	3490	2	1308	10	383			1.959.082	26,4
Manisa	24	3427	19	2993	1	312	4	122	0	0	1.319.920	26,0
Muğla	19	1769	11	1410	0		8	359			766.156	23,1
Sakarya	17	1577	12	1420	0	0	5	157	0	0	835.222	18,9
Antalya	34	4427	15	3037	2	585	17	805			1.789.295	24,7
Hatay	16	1952	10	1635	1	81	5	236	0		1.386.224	14,1
Zonguldak	10	2141	8	1874	1	220	1	47	0		615.890	34,8
Eskişehir	14	2834	9	1750	2	991	3	93			724.849	39,1
Yalova	3	335	2	323	0	0	1	12	0	0	181.758	18,4
II. Bölge Toplamı	293	38.461	193	29.088	13	6.056	87	3.317	0	0	15.317.079	25,1
III. BÖLGE												
Afyonkarahisar	20	2367	16	1948	1	346	3	73	0	0	701.572	33,7
Bilecik	6	298	6	298				0	0	0	203.777	14,6
Bolu	10	1225	8	1025	1	140	1	60	0	0	270.417	45,3

Burdur	8	749	7	700	0	0	1	49	0	0	251.181	29,8
Düzce	4	879	2	650	1	180	1	49			323.328	27,2
Giresun	13	1266	13	1266					0	0	417.505	30,3
Isparta	16	3086	12	2480	1	519	3	87			419.845	73,5
Kütahya	12	1567	11	1517	1	50			0	0	583.910	26,8
Ordu	14	1843	13	1794			1	49	0	0	715.409	25,8
Osmaniye	9	794	5	629			4	165			452.880	17,5
Rize	8	1045	7	1002			1	43			316.252	33,0
Samsun	20	4190	16	3268	1	792	3	130	0	0	1.228.959	34,1
Kırklareli	7	810	6	786	0	0	1	24	0	0	333.256	24,3
Trabzon	19	2945	16	2173	1	641	2	131		0	740.569	39,8
Uşak	6	930	5	910		0	1	20	0	0	334.115	27,8
Bartın	4	495	4	495	0	0		0	0	0	182.131	27,2
Karabük	7	796	6	743	0	0	1	53			218.463	36,4
Kırıkkale	8	1020	7	870	1	150		0	0	0	280.234	36,4
III. Bölge Toplamı	191	26.305	160	22.554	8	2.818	23	933	0	0	7.973.803	33,0
IV. BÖLGE												
Amasya	6	960	6	960					0		328.674	29,2
Çankırı	9	555	8	480	0	0	1	75	0	0	174.012	31,9
Çorum	16	1827	15	1779	0	0	1	48	0	0	549.828	33,2
Kastamonu	17	1125	15	1010	0		2	115			360.366	31,2
Kırşehir	6	525	6	525	0	0			0	0	223.170	23,5
Nevşehir	7	507	5	440	0		2	67	0	0	280.058	18,1
Niğde	8	689	7	660			1	29	0	0	331.677	20,8
Sinop	6	605	6	605	0	0		0	0	0	198.412	30,5
Tokat	15	1715	13	1567	1	101	1	47	0	0	620.722	27,6
Yozgat	13	1071	12	1025	0	0	1	46	0	0	492.127	21,8
Aksaray	13	767	10	702	0	0	3	65	0	0	366.109	21,0
Karaman	5	595	5	595	0	0		0	0	0	226.049	26,3
Kilis	3	190	3	190	0	0		0	0	0	118.457	16,0
IV. Bölge Toplamı	124	11.131	111	10.538	1	101	12	492	0	0	4.269.661	26,1
V. BÖLGE												
Artvin	8	690	8	690		0			0	0	168.092	41,0
Elazığ	12	3289	9	2370	1	838	2	81		0	541.258	60,8
Erzincan	9	525	9	525		0		0	0		213.538	24,6
Erzurum	16	3239	14	1998	1	1144	1	97			784.941	41,3
K.Maraş	13	1589	9	1417	1	100	3	72			1.004.414	15,8
Malatya	16	2190	10	1320	1	723	5	147	0		722.065	30,3
Sivas	20	2691	18	1700	1	907	1	84			638.464	42,1
Şanlıurfa	15	1875	13	1646	1	210	1	19	0	0	1.523.099	12,3

Diyarbakır	18	3262	11	1975	1	1040	6	247		0	1.460.714	22,3
V. Bölge Toplamı	127	19.350	101	13.641	7	4.962	19	747	0	0	7.056.585	27,4
VI. BÖLGE												
Adıyaman	8	855	8	855				0	0	0	582.762	14,7
Ağrı	9	484	8	455	0		1	29	0	0	530.879	9,1
Bingöl	6	430	6	430		0		0		0	251.552	17,1
Bitlis	8	475	8	475		0		0	0	0	327.886	14,5
Hakkari	3	205	3	205					0	0	246.469	8,3
Kars	6	385	6	385						0	312.205	12,3
Mardin	10	600	10	600	0			0	0	0	745.778	8,0
Muş	6	630	6	630	0				0	0	405.509	15,5
Siirt	8	423	6	380	0	0	2	43	0	0	291.528	14,5
Tunceli	5	150	5	150	0	0		0	0	0	84.022	17,9
Ardahan	3	155	3	155	0	0		0	0	0	112.721	13,8
Iğdır	5	290	4	280	0	0	1	10	0	0	181.866	15,9
Batman	11	880	6	615	0	0	5	265	0	0	472.487	18,6
Şırnak	5	310	5	310	0	0			0	0	416.001	7,5
Gümüşhane	6	300	6	300					0	0	130.825	22,9
Bayburt	1	150	1	150	0	0		0	0	0	76.609	19,6
Van	15	1851	11	1230	1	502	3	119		0	979.671	18,9
VI. Bölge Toplamı	115	8573	102	7605	1	502	12	466	0	0	6.148.770	13,9
Genel Toplam	1276	184.983	849	135.240	56	29.700	365	17.995	6	2.048	70.586.256	26,2

NOT: MSB'na ait 42 kurum 15900 yatak hariçtir. Bu sayıların dâhil edilmesi halinde kurum 1318, yatak 200.883, 10 000 nüfusa düşen yatak sayısı ise 28,5'dir.

EK 2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

SAYIN HASTANE YÖNETİCİSİ

Bu anket, Türkiye’de faaliyette bulunan tüm kamu ve özel hastanelere yönelik olarak hazırlanmıştır. Anketten elde edilecek bilgiler Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim dalında sürdürülen bir doktora tez çalışmasında kullanılacaktır. **ANKETTEN ELDE EDİLEN BİLGİLER KESİNLİKLE GİZLİ TUTULACAK, BAŞKA AMAÇLAR İÇİN KULLANILMAYACAKTIR. AYRICA ÇALIŞMADA HİÇ BİR SAĞLIK KURULUŞUNUN İSMİ VERİLEREK DEĞERLENDİRME YAPILAMAYACAKTIR.** Araştırmanın doğruları yansıtabilmesi, olabildiğince objektif olmanıza bağlıdır. Lütfen anketteki her soruyu olabildiğince açık bir şekilde cevaplayınız. Katkılarınız için teşekkür eder, saygılar sunarım.

Mahmut AKBOLAT

ADRES: Sakarya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Bahçelievler Mah. Serdivan Yolu üzeri SAKARYA
Tel: 02642765853, GSM: 0532 6018072
E.mail: M.akbolat@gmail.com, makbolat@sakarya.edu.tr

ANKET

1. Hastaneniz hangi yılda faaliyete başlamıştır?
2. Hastaneniz toplam kaç hasta yatağı ile hizmet vermektedir?
3. Hastanenizde çalışan hekim sayısı:
4. Hastanenizde çalışan hekim dışı personel sayısı:
5. Hastaneniz aşağıdaki hedef kitlelerden hangisine ulaşmak istemektedir?
 Genel Alt gelir grubu
 Orta Gelir Grubu Üst Gelir Grubu
6. Başlıca rakiplerinizle karşılaştırdığınızda hastanenizin performansına 100 üzerinden kaç puan verirsiniz?
7. Hastanenizin bir rekabet stratejisi var mıdır?
 Evet Hayır
8. Hastaneniz son 3 yıl içerisinde aşağıdaki stratejilerden hangisini takip etmiştir?
(Bu soruya cevap vermek için aşağıdaki notlardan yararlanılabilir ve birden fazla seçim yapılabilir)
 Farklılaştırma Toplam Maliyet Liderliği
 Odaklanma Hiçbiri

NOTLAR:

- **Farklılaştırma**, hastanenin sunduğu hizmeti farklılaştırarak, tüm sektörde benzersiz olarak kabul edilmesidir.
- **Toplam Maliyet Liderliği**, hizmetlerin rakiplere oranla daha az maliyetle üretilmesi, daha düşük fiyatla sunulmasıdır.
- **Odaklanma**, özgül hasta/müşteri grubu, ürün yelpazesinin bir kesiti veya belirli bir coğrafi Pazar üzerine odaklanmak, yalnızca o alana ilişkin hizmetleri sunmaktır.

9. Hastaneniz son 3 yıl içerisinde aşağıdaki stratejilerden hangisini takip etmiştir?
(Bu soruya cevap vermek için aşağıdaki notlardan yararlanılabilir ve birden fazla seçim yapılabilir)
 Çeşitlendirme Dikey büyüme
 Yatay büyüme Hiç biri

NOTLAR:

- **Çeşitlendirme**, yeni pazarlara girerek veya yeni ürünler geliştirerek büyümeye çalışmaktır.
- **Dikey büyüme**, hastanenin tedarikçi ve hizmet alıcılarını kendi bünyesine katmasıdır. Hastanenin tedarikçi bir firmayı satın alması veya kendisi firmanın malzemelerini üretmesi ya da tedavi sonrası bakım verecek kuruluşları satın alması veya kendisinin tedavi sonrası bakım vermesi gibi.
- **Yatay büyüme**, benzer hizmetleri üreten hastanelerin kendi aralarında anlaşmaları veya bir yönetim altında bütünleşmeye gitmeleridir.

10. Aşağıda dört tür hastane tanımlanmıştır. Bu tanımlardaki hastane türlerine bakarak hangisinin hastanenize benzediğini belirtiniz.

A Hastanesi

B Hastanesi

C Hastanesi

D Hastanesi

TANIMLAMALAR:

A Hastanesi: Öncelikle halihazırda sunduğu hizmetlere odaklanır ve verimliliğini artırarak ürettiği hizmetler ve pazardaki konumunu korumaya çalışır. Yeni fırsatları kovalamak yerine daha dengeli Pazar bölümlerinde güvenli bir şekilde konumunu korumaya odaklanır. Potansiyel pazarın dar bir bölümünde sınırlı sayıda ürün ya da hizmet üretir. Merkezi kontrolün hakim olduğu fonksiyonel bir organizasyon yapısı vardır.

B Hastanesi: Sürekli Pazar fırsatlarını araştırır. Doğasında girişimcilik vardır. Teknolojik olarak yenilikçidir. Büyümek, yeni ürün/hizmet geliştirmek, çeşitlendirme yapmak, yeni pazarlara girmek ve fırsatları olağanüstü başarıya dönüştürmek için çalışır. Daha dinamik bir çevrede çalışmayı tercih eder. Çevresel değişikliklere etkili şekilde karşılık veren esnek teknolojileri kullanır. Desantralize edilmiş kontrol ile bölümlere ayrılabilen bir organizasyon yapısına sahiptir.

C Hastanesi: Yenilik ve kararlılık arasında denge oluşturmaya çalışır. Bir taraftan mevcut hizmetleri sürdürürken, bir taraftan da yeni ürün ve Pazar fırsatlarını araştırır. Dikkatli bir şekilde rakiplerini izler ve rakipleri tarafından mükemmel bir şekilde gerçekleştirilen davranış ve taktikleri benimser. Matriks organizasyon yapısına sahiptir.

D Hastanesi: Örgüt çevresinde meydana gelen değişiklik ve belirsizlikleri algılar. Fakat bunlara etkili bir şekilde cevap veremez. Başarılı rakiplerini takip eder ve onların taktik ve davranışlarını uygular. Değişime genel olarak kapalıdır. Dış baskılar olmazsa çok nadiren değişiklikler yapar. Kısa dönemli çevresel gereklere derhal karşılık vermeye çalışır.

11. Çevrenizde hizmet sunan hastanelerin yukarıda tanımlanan hastane türlerinden hangisine ya da hangilerine benzediğini belirtiniz.

- A Hastanesi B Hastanesi
 C Hastanesi D Hastanesi

12. Hastanecilik sektörüne yeni girecek bir hastaneye engel oluşturmaları bakımından aşağıdaki faktörleri değerlendiriniz.

	<u>1</u> Hiç engellemektedir	<u>2</u>	<u>3</u> Orta düzeyde engellemektedir	<u>4</u>	<u>5</u> Çok engellemektedir
1	Giriş maliyetlerinin yüksek olması	→	→		
2	Yasal zorunlulukların çok ağır olması				
3	Mevcut hastaneler arasındaki rekabetin yoğunluğu				
4	Kar marjlarının düşük olması				
5	Sektörün doymuş olması (çok fazla sayıda hastane olması)				
6	Hasta veya sosyal güvenlik kuruluşlarının pazarlık gücü				

13. Aşağıda belirtilen konularda stratejik kararlar alınırken, hastane yönetiminiz rakip kuruluşlar ve çevreyi ne oranda dikkate almaktadır?

	<u>1</u> Hiç dikkate alınmamaktadır	<u>2</u>	<u>3</u> Orta düzeyde dikkate alınmaktadır	<u>4</u>	<u>5</u> En üst düzeyde dikkate alınmaktadır
7	Yeni hizmet alanlarına girmek için alınan kararlar	→	→		
8	Yeni şubeler açmak için alınan stratejik kararlar				
9	Hedeflenen hasta kitlesine ilişkin kararlar				
10	Rekabet amacıyla kullanılacak araçlara ilişkin kararlar				

14. Hastanenizin son üç yıl içerisindeki (yeni kurulmuş ise kurulduğundan itibaren) faaliyetlerini dikkate alarak strateji oluşturmada aşağıdaki faktörlerin önem derecelerini belirtiniz.

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Hiçbir önemi yok →		Bazen önemlidir →		Her zaman önemlidir
11	Performans geliştirmek				① ② ③ ④ ⑤
12	Yeni hizmet alanlarına girmek				① ② ③ ④ ⑤
13	Müşteri hizmetlerini geliştirmek				① ② ③ ④ ⑤
14	Yasal/politik konuların analiz etmek				① ② ③ ④ ⑤
15	Mevcut pazar payını korumak				① ② ③ ④ ⑤
16	Tedarikçilerle işbirliği ve ortaklıklar geliştirmek				① ② ③ ④ ⑤
17	Kullanılan teknolojiyi yenilemek				① ② ③ ④ ⑤
18	Birimleri işlevsel olarak ayırarak daha aktif hale getirmek				① ② ③ ④ ⑤
19	Katı bir şekilde planlamaya uygun davranmak				① ② ③ ④ ⑤
20	Düşük maliyetli personel çalıştırmak				① ② ③ ④ ⑤
21	Belirli bir bölgenin hastalarına odaklanmak				① ② ③ ④ ⑤
22	Benzer hizmetleri üreten hastanelerle iş birliği yapmak				① ② ③ ④ ⑤
23	Hizmet üretim süreçlerini geliştirmek				① ② ③ ④ ⑤
24	Tedavi sonrası bakım veren kuruluşlarla işbirliği yapmak				① ② ③ ④ ⑤
25	Yeni hastalara ulaşmak (Pazar payını artırmak)				① ② ③ ④ ⑤
26	Hastalara kişisel konfor sağlamak				① ② ③ ④ ⑤
27	Müşteri gruplarıyla işbirliği yapmak (Hasta, sigorta, vb.)				① ② ③ ④ ⑤
28	Performans değerlemede önceki yılları dikkate almak				① ② ③ ④ ⑤
29	Performans değerlemede rakiplerin performansını dikkate almak				① ② ③ ④ ⑤
30	Birimler arasında resmi ilişkileri önplana çıkarmak				① ② ③ ④ ⑤
31	Gereksiz maliyetleri ortadan kaldırmak				① ② ③ ④ ⑤
32	Düşük maliyetli hizmetler üretmek				① ② ③ ④ ⑤

	1	2	3	4	5
	Hiçbir önemi yok	→	Bazen önemlidir	→	Her zaman önemlidir
33	Hastaların hizmetlere ulaşmasını kolaylaştırmak				① ② ③ ④ ⑤
34	Sağlık hizmetleri dışına yatırım yapmak				① ② ③ ④ ⑤
35	Sağlıkla ilgili diğer alanlara yatırım yapmak				① ② ③ ④ ⑤
36	Yüksek maliyetli alanlarda diğer hastanelerle ortak yatırım yapmak				① ② ③ ④ ⑤
37	Sosyal güvenceye sahip hasta sayısını artırmak				① ② ③ ④ ⑤
38	Önceden hizmet sunduğu hastalara hizmet vermeyi sürdürmek				① ② ③ ④ ⑤
39	Ücretli hasta sayısını artırmak				① ② ③ ④ ⑤
40	Üst gelir grubu hastalara hizmet sunmak				① ② ③ ④ ⑤
41	Yeni gelişen hizmet alanlarına girmek				① ② ③ ④ ⑤
42	Toplumun her kesiminden hastalara ulaşmak				① ② ③ ④ ⑤
43	Hastalar üzerinde hastanenin olumlu imaj oluşturmasını sağlamak				① ② ③ ④ ⑤
44	Belirli uzmanlık alanlarında sektörde en iyi olmak				① ② ③ ④ ⑤
45	Kaynak kullanım maliyetlerini düşürmek				① ② ③ ④ ⑤
46	Çok çeşitli alanlarda hizmet sunmak				① ② ③ ④ ⑤
47	Rakip hastanelerle benzer hizmetleri sunmak				① ② ③ ④ ⑤
48	Verimliliği yüksek personel çalıştırmak				① ② ③ ④ ⑤
49	Üretilen hizmetlerin kalitesini geliştirmek				① ② ③ ④ ⑤
50	Rekabetçi fiyat uygulamak				① ② ③ ④ ⑤
51	Ayakta tedavi hizmeti veren kuruluşlarla işbirliği ve ortaklıklar geliştirmek				① ② ③ ④ ⑤

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Ekleme istedikleriniz varsa lütfen yazınız:

Ek 3. Hastanelerin Niteliklerine Göre Uyguladıkları Stratejilerin Dağılımı

Ek 3.1. Hastanelerin Niteliklerine Göre Porter'ın Jenerik Stratejilerinin Dağılımı

NİTELİK		JENERİK STRATEJİLER						Toplam	
		Farklılaştırma		Top.Mal. Lid.		Odaklanma			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Mülkiyet	Kamu	48	48,0	24	24,0	28	28,0	100	71,9
	Özel	22	56,4	8	20,5	9	23,1	39	28,1
	Toplam	70	50,4	32	23,0	37	26,6	139	100,0
Eğitim Statüsü	Var	18	46,2	7	17,9	14	35,9	39	28,1
	Yok	52	52,0	25	25,0	23	23,0	100	71,9
	Toplam	70	50,4	32	23,0	37	26,6	139	100,0
Hizmet Sunum Biçimi	Özel dal	2	7,7	7	26,9	17	65,4	26	18,7
	Genel	68	60,2	25	22,1	20	17,7	113	81,3
	Toplam	70	50,4	32	23,0	37	26,6	139	100,0
Kuruluş Yılı	≤1960	15	45,5	8	24,2	10	30,3	33	23,9
	1961-1990	19	52,8	8	22,2	9	25,0	36	26,1
	≥1991	36	52,2	15	21,7	18	26,1	69	50,0
	Toplam	70	50,7	31	22,5	37	26,8	138	100,0
Yatak Kapasitesi	≤99	28	51,9	14	25,9	12	22,2	54	39,1
	100-399	20	43,5	11	23,9	15	32,6	46	33,3
	≥400	22	57,9	7	18,4	9	23,7	38	27,5
	Toplam	70	50,7	32	23,2	36	26,1	138	100,0
Hekim Sayısı	≤49	30	46,2	19	29,2	16	24,6	65	47,4
	50-99	16	59,3	4	14,8	7	25,9	27	19,7
	100-299	8	36,4	6	27,3	8	36,4	22	16,1
	≥300	15	65,2	3	13,0	5	21,7	23	16,8
	Toplam	69	50,4	32	23,4	36	26,3	137	100,0
Hekim Dışı Personel Sayısı	≤199	28	48,3	16	27,6	14	24,1	58	43,3
	200-599	24	52,2	11	23,9	11	23,9	46	34,3
	≥600	17	56,7	3	10,0	10	33,3	30	22,4
	Toplam	69	51,5	30	22,4	35	26,1	134	100,0
Hedef Kitle	Genel	55	49,1	29	25,9	28	25,0	112	1600,0
	Alt gelir grubu		0,0	1	25,0	3	75,0	4	2,9
	Orta gelir grubu	10	71,4	2	14,3	2	14,3	14	10,2
	Üst gelir grubu	4	57,1		0,0	3	42,9	7	5,1
	Toplam	69	50,4	32	23,4	36	26,3	137	100,0
Yöneticilerin Hastaneye Verdiği Performans Puanı	40-79	7	33,3	5	23,8	9	42,9	21	15,6
	80-84	13	54,2	8	33,3	3	12,5	24	17,8
	85-89	13	76,5	4	23,5		0,0	17	12,6
	90-94	26	55,3	9	19,1	12	25,5	47	34,8
	≥95	9	34,6	5	19,2	12	46,2	26	19,3
	Toplam	68	50,4	31	23,0	36	26,7	135	100,0

Ek 3.2. Hastanelerin Niteliklerine Göre Büyüme Stratejilerinin Dağılımı

NİTELİK		BÜYÜME STRATEJİLERİ						Toplam	
		Çeşitlendirme		Yatay Bütünleşme		Dikey Bütünleşme			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Mülkiyet	Kamu	46	68,7	6	9,0	15	22,4	67	65,0
	Özel	16	44,4	15	41,7	5	13,9	36	35,0
	Toplam	62	60,2	21	20,4	20	19,4	103	100,0
Eğitim Statüsü	Var	17	60,7	2	7,1	9	32,1	28	27,2
	Yok	45	60,0	19	25,3	11	14,7	75	72,8
	Toplam	62	60,2	21	20,4	20	19,4	103	100,0
Hizmet Sunum Biçimi	Özel dal	7	58,3	1	8,3	4	33,3	12	11,7
	Genel	55	60,4	20	22,0	16	17,6	91	88,3
	Toplam	62	60,2	21	20,4	20	19,4	103	100,0
Kuruluş Yılı	≤1960	17	70,8	1	4,2	6	25,0	24	23,5
	1961-1990	12	54,5	6	27,3	4	18,2	22	21,6
	≥1991	33	58,9	14	25,0	9	16,1	56	54,9
	Toplam	62	60,8	21	20,6	19	18,6	102	100,0
Yatak Kapasitesi	≤99	23	53,5	13	30,2	7	16,3	43	42,6
	100-399	23	65,7	5	14,3	7	20,0	35	34,7
	≥400	15	65,2	2	8,7	6	26,1	23	22,8
	Toplam	61	60,4	20	19,8	20	19,8	101	100,0
Hekim Sayısı	≤49	27	56,3	13	27,1	8	16,7	48	47,5
	50-99	14	70,0	4	20,0	2	10,0	20	19,8
	100-299	9	56,3	3	18,8	4	25,0	16	15,8
	≥300	12	70,6		0,0	5	29,4	17	16,8
	Toplam	62	61,4	20	19,8	19	18,8	101	100,0
Hekim Dışı Personel Sayısı	≤199	25	55,6	13	28,9	7	15,6	45	45,0
	200-599	23	71,9	5	15,6	4	12,5	32	32,0
	≥600	14	60,9	1	4,3	8	34,8	23	23,0
	Toplam	62	62,0	19	19,0	19	19,0	100	100,0
Hedef Kitle	Genel	52	66,7	13	16,7	13	16,7	78	1114,3
	Alt gelir grubu	1	33,3	2	66,7		0,0	3	2,9
	Orta gelir grubu	6	42,9	2	14,3	6	42,9	14	13,7
	Üst gelir grubu	3	42,9	3	42,9	1	14,3	7	6,9
	Toplam	62	60,8	20	19,6	20	19,6	102	100,0
Yöneticilerin Hastaneye Verdiği Performans Puanı	40-79	6	66,7	3	33,3		0,0	9	8,9
	80-84	12	66,7	3	16,7	3	16,7	18	17,8
	85-89	9	56,3	1	6,3	6	37,5	16	15,8
	90-94	20	57,1	8	22,9	7	20,0	35	34,7
	≥95	14	60,9	5	21,7	4	17,4	23	22,8
	Toplam	61	60,4	20	19,8	20	19,8	101	100,0

Ek 3.3. Hastanelerin Niteliklerine Göre Miles ve Snow Tipolojisinin Dağılımı

NİTELİK		STRATEJİK TİPOLOJİ								Toplam	
		Savunmacı		Atılgan		Analizci		Tepkici			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Mülkiyet	Kamu	40	35,1	27	23,7	32	28,1	15	13,2	114	72,6
	Özel	9	20,9	11	25,6	17	39,5	6	14,0	43	27,4
	Toplam	49	31,2	38	24,2	49	31,2	21	13,4	157	100,0
Eğitim Statüsü	Var	14	33,3	12	28,6	14	33,3	2	4,8	42	26,8
	Yok	35	30,4	26	22,6	35	30,4	19	16,5	115	73,2
	Toplam	49	31,2	38	24,2	49	31,2	21	13,4	157	100,0
Hizmet Sunum Biçimi	Özel dal	13	48,1	7	25,9	5	18,5	2	7,4	27	17,2
	Genel	36	27,7	31	23,8	44	33,8	19	14,6	130	82,8
	Toplam	49	31,2	38	24,2	49	31,2	21	13,4	157	100,0
Kuruluş Yılı	≤1960	16	42,1	8	21,1	9	23,7	5	13,2	38	24,4
	1961-1990	9	23,7	10	26,3	16	42,1	3	7,9	38	24,4
	≥1991	24	30,0	19	23,8	24	30,0	13	16,3	80	51,3
	Toplam	49	31,4	37	23,7	49	31,4	21	13,5	156	100,0
Yatak Kapasitesi	≤99	15	24,6	16	26,2	20	32,8	10	16,4	61	39,1
	100-399	19	37,3	14	27,5	11	21,6	7	13,7	51	32,7
	≥400	14	31,8	8	18,2	18	40,9	4	9,1	44	28,2
	Toplam	48	30,8	38	24,4	49	31,4	21	13,5	156	100,0
Hekim Sayısı	≤49	19	25,7	21	28,4	24	32,4	10	13,5	74	47,7
	50-99	11	40,7	6	22,2	6	22,2	4	14,8	27	17,4
	100-299	12	41,4	4	13,8	7	24,1	6	20,7	29	18,7
	≥300	5	20,0	7	28,0	12	48,0	1	4,0	25	16,1
	Toplam	47	30,3	38	24,5	49	31,6	21	13,5	155	100,0
Hekim Dışı Personel Sayısı	≤199	17	25,0	20	29,4	20	29,4	11	16,2	68	44,4
	200-599	17	33,3	12	23,5	16	31,4	6	11,8	51	33,3
	≥600	12	35,3	6	17,6	12	35,3	4	11,8	34	22,2
	Toplam	46	30,1	38	24,8	48	31,4	21	13,7	153	100,0
Hedef Kitle	Genel	37	29,8	34	27,4	40	32,3	13	10,5	124	1550,0
	Alt gelir grubu	2	50,0		0,0	1	25,0	1	25,0	4	2,6
	Orta gelir grubu	6	33,3	1	5,6	6	33,3	5	27,8	18	11,7
	Üst gelir grubu	4	50,0	1	12,5	1	12,5	2	25,0	8	5,2
	Toplam	49	31,8	36	23,4	48	31,2	21	13,6	154	100,0
Yöneticilerin Hastaneye Verdiği Performans Puanı	40-79	12	50,0	2	8,3	6	25,0	4	16,7	24	15,8
	80-84	9	34,6	4	15,4	10	38,5	3	11,5	26	17,1
	85-89	4	19,0	8	38,1	7	33,3	2	9,5	21	13,8
	90-94	13	26,0	15	30,0	17	34,0	5	10,0	50	32,9
	≥95	10	32,3	8	25,8	7	22,6	6	19,4	31	20,4
	Toplam	48	31,6	37	24,3	47	30,9	20	13,2	152	100,0

Ek 3.4. Hastanelerin Niteliklerine Göre Bir stratejisinin Olup Olmaması Durumunun Dağılımı

NİTELİK		Bir Strateji Uygulayan		Bir Strateji Uygulamayan		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Mülkiyet	Kamu	100	84,0	19	16,0	119	73,5
	Özel	42	97,7	1	2,3	43	26,5
	Toplam	142	87,7	20	12,3	162	100,0
Eğitim Statüsü	Var	37	92,5	3	7,5	40	24,7
	Yok	105	86,1	17	13,9	122	75,3
	Toplam	142	87,7	20	12,3	162	100,0
Hizmet Sunum Biçimi	Özel dal	22	84,6	4	15,4	26	16,0
	Genel	120	88,2	16	11,8	136	84,0
	Toplam	142	87,7	20	12,3	162	100,0
Kuruluş Yılı	≤1960	33	86,8	5	13,2	38	23,6
	1961-1990	36	87,8	5	12,2	41	25,5
	≥1991	72	87,8	10	12,2	82	50,9
	Toplam	141	87,6	20	12,4	161	100,0
Yatak Kapasitesi	≤99	59	92,2	5	7,8	64	39,8
	100-399	45	84,9	8	15,1	53	32,9
	≥400	38	86,4	6	13,6	44	27,3
	Toplam	142	88,2	19	11,8	161	100,0
Hekim Sayısı	≤49	66	89,2	8	10,8	74	46,3
	50-99	27	84,4	5	15,6	32	20,0
	100-299	23	79,3	6	20,7	29	18,1
	≥300	24	96,0	1	4,0	25	15,6
	Toplam	140	87,5	20	12,5	160	100,0
Hekim Dışı Personel Sayısı	≤199	62	88,6	8	11,4	70	44,3
	200-599	46	85,2	8	14,8	54	34,2
	≥600	31	91,2	3	8,8	34	21,5
	Toplam	139	88,0	19	12,0	158	100,0
Hedef Kitle	Genel	112	85,5	19	14,5	131	81,9
	Alt gelir grubu	3	100,0		0,0	3	1,9
	Orta gelir grubu	17	94,4	1	5,6	18	11,3
	Üst gelir grubu	8	100,0		0,0	8	5,0
	Toplam	140	87,5	20	12,5	160	100,0
Yöneticilerin Hastaneye Verdiği Performans Puanı	40-79	15	62,5	9	37,5	24	15,3
	80-84	22	75,9	7	24,1	29	18,5
	85-89	19	90,5	2	9,5	21	13,4
	90-94	50	98,0	1	2,0	51	32,5
	≥95	32	100,0		0,0	32	20,4
	Toplam	138	87,9	19	12,1	157	100,0

Ek 4. Jenerik Stratejileri Uygulama Biçimlerine Göre Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Ek 4.1. Farklılaştırma Stratejisi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Performans Değeri	Farklılaştırma	n	\bar{x}	S.S.	F	p
Kapasite Kullanma Oranı	Uygulayan	70	63,69	23,460	-0,727	0,424
	Uygulamayan	69	66,54	22,728		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Uygulayan	70	4,25	2,257	-1,268	0,042
	Uygulamayan	69	5,04	4,649		
Yatak Devir Hızı	Uygulayan	70	72,05	56,622	-0,442	0,273
	Uygulamayan	69	76,48	61,394		
Devir aralığı	Uygulayan	70	3,57	5,699	-0,721	0,157
	Uygulamayan	69	4,70	11,786		
Yatan Hasta Oranı	Uygulayan	70	4,48	3,942	-1,493	0,056
	Uygulamayan	69	6,41	10,031		
Kaba Ölüm Hızı	Uygulayan	70	1,33	1,242	1,303	0,357
	Uygulamayan	69	1,07	1,067		
Hekim başına poliklinik sayısı	Uygulayan	70	4654,32	3460,271	0,474	0,308
	Uygulamayan	69	4394,39	2986,382		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	70	141,92	105,792	-1,853	0,015
	Uygulamayan	69	182,71	149,784		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Uygulayan	70	2,34	1,425	-1,860	0,008
	Uygulamayan	69	3,06	2,900		
Hekim başına fiili hasta günü	Uygulayan	70	512,26	334,436	-2,082	0,015
	Uygulamayan	69	729,62	801,188		
Hekim başına teorik hasta günü	Uygulayan	70	854,94	519,992	-1,861	0,008
	Uygulamayan	69	1118,83	1058,583		
Personel başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	69	39,95	27,008	-0,326	0,923
	Uygulamayan	65	41,45	26,122		
Personel başına fiili hasta günü	Uygulayan	69	155,92	120,734	-0,847	0,401
	Uygulamayan	65	176,31	156,657		
Personel başına teorik hasta günü	Uygulayan	69	237,27	139,937	-0,916	0,334
	Uygulamayan	65	263,37	187,623		

Ek 4.2. Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Toplam Maliyet Liderliği		n	\bar{x}	S.S.	F	p
Performans Değeri						
Kapasite Kullanma Oranı	Uygulayan	32	68,54	20,522	0,958	0,238
	Uygulamayan	107	64,08	23,760		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Uygulayan	32	4,18	2,326	-0,805	0,529
	Uygulamayan	107	4,78	3,964		
Yatak Devir Hızı	Uygulayan	32	85,78	68,141	1,265	0,060
	Uygulamayan	107	70,80	55,690		
Devir aralığı	Uygulayan	32	2,50	2,827	-1,142	0,112
	Uygulamayan	107	4,62	10,358		
Yatan Hasta Oranı	Uygulayan	32	5,12	4,664	-0,265	0,663
	Uygulamayan	107	5,53	8,336		
Kaba Ölüm Hızı	Uygulayan	32	1,17	0,957	-0,180	0,196
	Uygulamayan	107	1,21	1,220		
Hekim başına poliklinik sayısı	Uygulayan	32	5101,78	3135,275	1,154	0,910
	Uygulamayan	107	4352,88	3245,360		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	32	205,40	156,638	2,162	0,100
	Uygulamayan	107	149,24	119,645		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Uygulayan	32	3,10	2,565	1,132	0,106
	Uygulamayan	107	2,58	2,214		
Hekim başına fiili hasta günü	Uygulayan	32	727,92	556,391	1,122	0,359
	Uygulamayan	107	587,93	636,390		
Hekim başına teorik hasta günü	Uygulayan	32	1133,24	936,278	1,132	0,106
	Uygulamayan	107	941,88	807,980		
Personel başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	30	44,91	25,402	0,993	0,583
	Uygulamayan	104	39,46	26,793		
Personel başına fiili hasta günü	Uygulayan	30	191,15	160,868	1,133	0,270
	Uygulamayan	104	158,50	132,214		
Personel başına teorik hasta günü	Uygulayan	30	279,13	199,569	1,103	0,187
	Uygulamayan	104	241,50	153,262		

Ek 4.3. Odaklanma Stratejisi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Performans Değeri	Odaklanma	n	\bar{x}	S.S.	F	p
Kapasite Kullanma Oranı	Uygulayan	37	64,82	24,627	-0,089	0,911
	Uygulamayan	102	65,21	22,591		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Uygulayan	37	5,78	5,912	1,550	0,001
	Uygulamayan	102	4,23	2,267		
Yatak Devir Hızı	Uygulayan	37	68,44	54,572	-0,699	0,603
	Uygulamayan	102	76,36	60,468		
Devir aralığı	Uygulayan	37	6,60	15,732	1,279	0,001
	Uygulamayan	102	3,23	4,989		
Yatan Hasta Oranı	Uygulayan	37	7,52	12,985	1,304	0,010
	Uygulamayan	102	4,68	4,169		
Kaba Ölüm Hızı	Uygulayan	37	0,99	1,161	-1,302	0,963
	Uygulamayan	102	1,28	1,158		
Hekim başına poliklinik sayısı	Uygulayan	37	3782,60	2748,063	-1,646	0,218
	Uygulamayan	102	4794,70	3352,693		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	37	163,09	142,816	0,050	0,463
	Uygulamayan	102	161,83	126,701		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Uygulayan	37	3,03	3,197	1,018	0,170
	Uygulamayan	102	2,58	1,879		
Hekim başına fiili hasta günü	Uygulayan	37	731,09	972,575	1,274	0,069
	Uygulamayan	102	579,92	426,076		
Hekim başına teorik hasta günü	Uygulayan	37	1106,36	1166,823	1,019	0,170
	Uygulamayan	102	942,25	686,020		
Personel başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	35	38,48	26,728	-0,569	0,769
	Uygulamayan	99	41,45	26,502		
Personel başına fiili hasta günü	Uygulayan	35	163,60	154,149	-0,109	0,873
	Uygulamayan	99	166,59	134,303		
Personel başına teorik hasta günü	Uygulayan	35	249,86	178,565	-0,003	0,888
	Uygulamayan	99	249,95	160,460		

Ek 5. Geliştirdikleri Stratejik Tipe Göre Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Ek 5.1. Savunmacı Strateji Tipi Geliştiren Hastaneler ile Diğer Tiplerdeki Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Performans Değeri	Savunmacı Strateji Tipi		n	\bar{x}	S.S.	F	p
	Geliştiren	Geliştirmeyen					
Kapasite Kullanma Oranı	Geliştiren		49	63,71	23,056	-0,168	0,964
	Geliştirmeyen		107	64,38	23,386		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Geliştiren		49	5,61	5,186	1,753	0,013
	Geliştirmeyen		107	4,24	2,419		
Yatak Devir Hızı	Geliştiren		49	62,36	52,861	-1,396	0,116
	Geliştirmeyen		107	76,05	58,607		
Devir aralığı	Geliştiren		49	5,33	13,196	-0,189	0,647
	Geliştirmeyen		107	6,13	28,364		
Yatan Hasta Oranı	Geliştiren		49	6,64	11,694	1,151	0,018
	Geliştirmeyen		107	4,66	3,885		
Kaba Ölüm Hızı	Geliştiren		49	1,25	1,140	0,289	0,578
	Geliştirmeyen		107	1,19	1,180		
Hekim başına poliklinik sayısı	Geliştiren		49	4723,48	3436,001	0,104	0,516
	Geliştirmeyen		108	4662,56	3363,494		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Geliştiren		49	160,91	133,083	0,210	0,693
	Geliştirmeyen		108	156,41	120,569		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Geliştiren		49	3,25	2,889	1,873	0,186
	Geliştirmeyen		108	2,52	1,902		
Hekim başına fiili hasta günü	Geliştiren		49	753,47	877,236	1,819	0,108
	Geliştirmeyen		108	564,10	428,943		
Hekim başına teorik hasta günü	Geliştiren		49	1186,49	1054,591	1,873	0,187
	Geliştirmeyen		108	921,07	694,203		
Personel başına yatan hasta sayısı	Geliştiren		46	40,06	33,448	-0,022	0,792
	Geliştirmeyen		107	40,18	28,165		
Personel başına fiili hasta günü	Geliştiren		46	185,83	192,126	1,024	0,411
	Geliştirmeyen		107	158,22	132,775		
Personel başına teorik hasta günü	Geliştiren		46	273,41	216,428	1,102	0,246
	Geliştirmeyen		107	239,36	154,493		

Ek 5.2. Atılgan Strateji Tipi Geliştiren Hastaneler ile Diğer Tiplerdeki Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Performans Değeri	Atılgan Strateji Tipi		n	\bar{x}	S.S.	F	p
	Geliştiren	Geliştirmeyen					
Kapasite Kullanma Oranı	Geliştiren		38	66,29	22,097	0,645	0,552
	Geliştirmeyen		118	63,49	23,609		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Geliştiren		38	4,57	2,958	-0,209	0,874
	Geliştirmeyen		118	4,71	3,754		
Yatak Devir Hızı	Geliştiren		38	72,38	51,277	0,077	0,424
	Geliştirmeyen		118	71,55	58,995		
Devir aralığı	Geliştiren		38	2,99	3,764	-0,834	0,203
	Geliştirmeyen		118	6,81	28,150		
Yatan Hasta Oranı	Geliştiren		38	3,75	2,089	-2,434	0,027
	Geliştirmeyen		118	5,78	8,276		
Kaba Ölüm Hızı	Geliştiren		38	1,26	1,103	0,295	0,987
	Geliştirmeyen		118	1,19	1,187		
Hekim başına poliklinik sayısı	Geliştiren		38	5117,29	3686,509	0,914	0,445
	Geliştirmeyen		119	4542,43	3274,139		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Geliştiren		38	156,80	117,860	-0,057	0,969
	Geliştirmeyen		119	158,14	126,633		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Geliştiren		38	2,62	2,038	-0,394	0,775
	Geliştirmeyen		119	2,79	2,349		
Hekim başına fiili hasta günü	Geliştiren		38	587,98	419,186	-0,409	0,495
	Geliştirmeyen		119	634,45	659,160		
Hekim başına teorik hasta günü	Geliştiren		38	957,48	743,680	-0,395	0,772
	Geliştirmeyen		119	1018,73	857,433		
Personel başına yatan hasta sayısı	Geliştiren		38	43,22	29,296	0,736	0,579
	Geliştirmeyen		115	39,12	29,941		
Personel başına fiili hasta günü	Geliştiren		38	178,50	148,156	0,556	0,348
	Geliştirmeyen		115	162,56	154,887		
Personel başına teorik hasta günü	Geliştiren		38	259,59	181,415	0,404	0,448
	Geliştirmeyen		115	246,29	174,023		

Ek 5.3. Analizci Strateji Tipi Geliştiren Hastaneler ile Diğer Tiplerdeki Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Analizci Strateji Tipi		n	\bar{x}	S.S.	F	p
Performans Değeri						
Kapasite Kullanma Oranı	Geliştiren	48	66,29	23,889	0,759	0,710
	Geliştirmeyen	108	63,23	22,953		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Geliştiren	48	4,10	2,174	-1,345	0,263
	Geliştirmeyen	108	4,93	4,019		
Yatak Devir Hızı	Geliştiren	48	81,23	64,250	1,292	0,022
	Geliştirmeyen	108	67,54	53,325		
Devir aralığı	Geliştiren	48	3,46	6,336	-0,819	0,204
	Geliştirmeyen	108	6,96	29,221		
Yatan Hasta Oranı	Geliştiren	48	5,91	4,889	0,706	0,786
	Geliştirmeyen	108	5,01	8,171		
Kaba Ölüm Hızı	Geliştiren	48	1,37	1,301	1,156	0,449
	Geliştirmeyen	108	1,13	1,096		
Hekim başına poliklinik sayısı	Geliştiren	49	4291,11	3272,734	-0,976	0,632
	Geliştirmeyen	108	4858,73	3421,129		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Geliştiren	49	168,64	135,016	0,735	0,205
	Geliştirmeyen	108	152,90	119,301		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Geliştiren	49	2,51	1,866	-0,890	0,465
	Geliştirmeyen	108	2,86	2,435		
Hekim başına fiili hasta günü	Geliştiren	49	590,44	466,299	-0,453	0,720
	Geliştirmeyen	108	638,07	665,017		
Hekim başına teorik hasta günü	Geliştiren	49	916,40	681,473	-0,890	0,466
	Geliştirmeyen	108	1043,61	888,593		
Personel başına yatan hasta sayısı	Geliştiren	48	43,68	29,886	0,996	0,757
	Geliştirmeyen	105	38,52	29,673		
Personel başına fiili hasta günü	Geliştiren	48	166,52	135,364	0,000	0,539
	Geliştirmeyen	105	166,52	160,919		
Personel başına teorik hasta günü	Geliştiren	48	248,77	147,797	-0,039	0,343
	Geliştirmeyen	105	249,97	187,300		

Ek 5.4. Tepkici Strateji Tipi Geliştiren Hastaneler ile Diğer Tiplerdeki Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Performans Değeri	Tepkici Strateji Tipi		n	\bar{x}	S.S.	F	p
	Geliştiren	Geliştirmeyen					
Kapasite Kullanma Oranı	Geliştiren		21	56,58	23,973	-1,619	0,931
	Geliştirmeyen		135	65,35	22,956		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Geliştiren		21	4,00	1,844	-0,931	0,245
	Geliştirmeyen		135	4,78	3,760		
Yatak Devir Hızı	Geliştiren		21	70,88	59,336	-0,075	0,959
	Geliştirmeyen		135	71,89	56,916		
Devir aralığı	Geliştiren		21	17,93	62,937	1,013	0,000
	Geliştirmeyen		135	4,01	9,023		
Yatan Hasta Oranı	Geliştiren		21	3,49	2,999	-1,212	0,247
	Geliştirmeyen		135	5,56	7,744		
Kaba Ölüm Hızı	Geliştiren		21	0,66	0,874	-2,361	0,158
	Geliştirmeyen		135	1,29	1,183		
Hekim başına poliklinik sayısı	Geliştiren		21	4706,42	2990,661	0,036	0,163
	Geliştirmeyen		136	4677,74	3440,955		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Geliştiren		21	127,15	84,014	-1,217	0,249
	Geliştirmeyen		136	162,55	128,879		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Geliştiren		21	2,37	1,806	-0,819	0,619
	Geliştirmeyen		136	2,81	2,336		
Hekim başına fiili hasta günü	Geliştiren		21	459,45	350,934	-1,327	0,413
	Geliştirmeyen		136	648,49	636,662		
Hekim başına teorik hasta günü	Geliştiren		21	866,06	659,379	-0,817	0,621
	Geliştirmeyen		136	1025,19	852,741		
Personel başına yatan hasta sayısı	Geliştiren		21	26,64	16,677	-3,460	0,032
	Geliştirmeyen		132	42,29	30,820		
Personel başına fiili hasta günü	Geliştiren		21	102,55	74,601	-2,087	0,093
	Geliştirmeyen		132	176,70	159,755		
Personel başına teorik hasta günü	Geliştiren		21	181,23	98,709	-1,941	0,103
	Geliştirmeyen		132	260,47	182,572		

Ek 6. Büyüme Stratejileri Uygulama Biçimlerine Göre Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Ek 6.1. Çeşitlendirme Stratejisi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Performans Değeri	Çeşitlendirme	n	\bar{x}	S.S.	F	p
Kapasite Kullanma Oranı	Uygulayan	62	65,634	21,221	0,700	0,062
	Uygulamayan	41	62,284	27,225		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Uygulayan	62	4,123	2,076	-0,030	0,017
	Uygulamayan	41	4,139	3,059		
Yatak Devir Hızı	Uygulayan	62	77,687	60,242	0,140	0,940
	Uygulamayan	41	76,078	52,464		
Devir aralığı	Uygulayan	62	2,755	3,084	-1,403	0,002
	Uygulamayan	41	6,227	15,648		
Yatan Hasta Oranı	Uygulayan	62	4,342	3,428	-1,559	0,017
	Uygulamayan	41	7,501	12,673		
Kaba Ölüm Hızı	Uygulayan	62	1,264	1,225	1,090	0,706
	Uygulamayan	41	1,003	1,132		
Hekim başına poliklinik sayısı	Uygulayan	62	5044,734	3330,840	1,565	0,591
	Uygulamayan	41	3998,539	3305,100		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	62	154,060	113,733	0,109	0,744
	Uygulamayan	41	151,668	102,246		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Uygulayan	62	2,335	1,516	0,069	0,985
	Uygulamayan	41	2,314	1,522		
Hekim başına fiili hasta günü	Uygulayan	62	521,171	327,173	-0,162	0,234
	Uygulamayan	41	533,399	436,414		
Hekim başına teorik hasta günü	Uygulayan	62	852,266	553,360	0,069	0,982
	Uygulamayan	41	844,565	555,782		
Personel başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	62	42,983	29,995	1,245	0,076
	Uygulamayan	38	36,070	20,969		
Personel başına fiili hasta günü	Uygulayan	62	157,092	110,879	1,122	0,432
	Uygulamayan	38	132,980	92,345		
Personel başına teorik hasta günü	Uygulayan	62	236,968	129,544	1,232	0,679
	Uygulamayan	38	205,168	117,830		

Ek 6.2. Dikey Bütünleşme Stratejisi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Dikey Bütünleşme		n	\bar{x}	S.S.	F	p
Performans Değeri						
Kapasite Kullanma Oranı	Uygulayan	20	71,501	23,845	1,522	0,779
	Uygulamayan	83	62,565	23,505		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Uygulayan	20	5,275	3,434	2,332	0,083
	Uygulamayan	83	3,853	2,154		
Yatak Devir Hızı	Uygulayan	20	71,244	54,006	-0,505	0,584
	Uygulamayan	83	78,445	57,941		
Devir aralığı	Uygulayan	20	3,222	6,840	-0,444	0,618
	Uygulamayan	83	4,357	10,911		
Yatan Hasta Oranı	Uygulayan	20	5,259	3,822	-0,199	0,620
	Uygulamayan	83	5,682	9,310		
Kaba Ölüm Hızı	Uygulayan	20	1,173	1,214	0,055	0,976
	Uygulamayan	83	1,157	1,192		
Hekim başına poliklinik sayısı	Uygulayan	20	4174,765	3624,081	-0,674	0,525
	Uygulamayan	83	4737,570	3287,214		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	20	141,582	96,580	-0,526	0,558
	Uygulamayan	83	155,886	111,903		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Uygulayan	20	2,365	1,698	0,125	0,390
	Uygulamayan	83	2,317	1,473		
Hekim başına fiili hasta günü	Uygulayan	20	623,118	498,307	1,303	0,076
	Uygulamayan	83	502,645	334,951		
Hekim başına teorik hasta günü	Uygulayan	20	863,059	620,177	0,125	0,389
	Uygulamayan	83	845,861	537,874		
Personel başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	19	39,530	23,396	-0,147	0,456
	Uygulamayan	81	40,550	27,930		
Personel başına fiili hasta günü	Uygulayan	19	167,265	92,450	0,896	0,480
	Uygulamayan	81	143,394	107,037		
Personel başına teorik hasta günü	Uygulayan	19	241,183	128,015	0,627	0,700
	Uygulamayan	81	221,061	125,499		

Ek 6.3. Yatay Bütünleşme Stratejisi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaneler Arasındaki Performans Farklılıkları

Yatay Bütünleşme		n	\bar{x}	S.S.	F	p
Performans Değeri						
Kapasite Kullanma Oranı	Uygulayan	21	53,506	27,864	-2,390	0,062
	Uygulamayan	82	67,065	21,885		
Bir Hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Uygulayan	21	3,058	2,234	-2,245	0,548
	Uygulamayan	82	4,404	2,502		
Yatak Devir Hızı	Uygulayan	21	80,681	51,851	0,326	0,754
	Uygulamayan	82	76,116	58,523		
Devir aralığı	Uygulayan	21	9,089	20,680	1,371	0,000
	Uygulamayan	82	2,869	4,264		
Yatan Hasta Oranı	Uygulayan	21	9,637	17,248	1,340	0,000
	Uygulamayan	82	4,566	3,526		
Kaba Ölüm Hızı	Uygulayan	21	0,840	1,052	-1,384	0,481
	Uygulamayan	82	1,241	1,216		
Hekim başına poliklinik sayısı	Uygulayan	21	3830,706	3051,143	-1,228	0,150
	Uygulamayan	82	4832,546	3402,531		
Hekim başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	21	161,274	108,850	0,384	0,861
	Uygulamayan	82	151,017	109,354		
Hekim başına fiili yatak sayısı	Uygulayan	21	2,265	1,374	-0,207	0,418
	Uygulamayan	82	2,342	1,552		
Hekim başına fiili hasta günü	Uygulayan	21	447,951	359,588	-1,078	0,767
	Uygulamayan	82	546,036	375,230		
Hekim başına teorik hasta günü	Uygulayan	21	826,952	501,728	-0,206	0,421
	Uygulamayan	82	854,898	566,429		
Personel başına yatan hasta sayısı	Uygulayan	19	32,611	18,198	-1,395	0,136
	Uygulamayan	81	42,173	28,484		
Personel başına fiili hasta günü	Uygulayan	19	98,695	80,627	-2,335	0,281
	Uygulamayan	81	159,478	106,377		
Personel başına teorik hasta günü	Uygulayan	19	169,154	97,022	-2,190	0,216
	Uygulamayan	81	237,956	128,400		

Ek 7. Mülkiyet Biçimine Göre Hastanelerin Performans Değerlerinin Karşılaştırılması

Performans Ölçütleri	Mülkiyet	n	\bar{x}	S.S	F	p
kapasite kullanma oranı	Kamu	119	67,43	20,267	2,523	0,000
	Özel	45	56,03	27,618		
bir hastanın ortalama kalış gün sayısı	Kamu	119	5,65	3,582	10,789	0,003
	Özel	45	1,92	0,743		
yatak devir hızı	Kamu	119	52,54	27,035	-5,992	0,000
	Özel	45	123,71	77,925		
devir aralığı	Kamu	119	5,86	26,766	0,116	0,992
	Özel	45	5,37	14,505		
yatan hasta oranı	Kamu	119	3,81	3,197	-2,693	0,001
	Özel	45	8,71	12,043		
kaba ölüm hızı	Kamu	119	1,42	1,198	5,920	0,000
	Özel	45	0,53	0,675		
hekim başına poliklinik sayısı	Kamu	120	5473,44	3524,740	6,643	0,000
	Özel	45	2804,58	1613,998		
hekim başına yatan hasta sayısı	Kamu	120	153,59	130,550	-0,617	0,425
	Özel	45	166,90	101,734		
hekim başına fiili yatak sayısı	Kamu	120	3,15	2,437	6,513	0,000
	Özel	45	1,53	0,753		
hekim başına fiili hasta günü	Kamu	120	739,28	652,492	7,201	0,000
	Özel	45	282,88	145,240		
hekim başına teorik hasta günü	Kamu	120	1150,56	889,441	6,511	0,000
	Özel	45	558,35	274,990		
personel başına yatan hasta sayısı	Kamu	117	38,17	27,306	-1,268	0,014
	Özel	43	45,61	34,737		
personel başına fiili hasta günü	Kamu	117	195,95	160,818	6,500	0,005
	Özel	43	80,20	64,267		
personel başına teorik hasta günü	Kamu	117	283,36	180,422	5,831	0,045
	Özel	43	149,91	102,752		

ÖZGEÇMİŞ

15/09/1964 tarihinde Yozgat'ın Sorgun İlçesine bağlı Karaveli Köyü'nde doğdu. İlk öğrenimini köyünde, orta öğrenimini Sorgun'da tamamladı. 1987 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu'nu bitirdi. 1999 Yılında Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi'nde yüksek lisans eğitimini tamamladı.

Ocak 1988- Temmuz 1992 yılları arasında Karaman Devlet Hastanesi ve İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalıştıktan sonra Samsun Ruh sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne Müdür Yardımcısı olarak atandı. Ekim 1996'da Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladı. Aynı okulda müdür yardımcılığı görevini de yürüttü. Ekim 1998'de Sakarya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na öğretim görevlisi olarak atandı ve farklı tarihlerde müdür yardımcılığı ve program başkanlığı görevlerini de yürüttü. Halen aynı okulda öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.

İngilizce bilen Akbolat, evli ve üç çocuk babasıdır.