

## Hastanelerde Rekabet Stratejileri ve Performans

Mahmut AKBOLAT (\*)

Oğuz IŞIK (\*\*)

**Özet:** Bu çalışmada Türkiye’de faaliyette bulunan hastanelerin bir rekabet stratejisinin olup olmadığı, rekabet stratejileri varsa hangi stratejileri izledikleri ve rekabet stratejileri ile performansları arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmaktadır. Çalışmada veri toplama aracı olarak hastane yöneticilerine uygulanan bir anket ve Sağlık Bakanlığı 2007 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı kullanılmıştır. Çalışma 165 hastane üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre sağlık sektörüne girişte en önemli engeller, giriş maliyetlerinin yüksek olması ve yasal düzenlemelerdir. Hastane yöneticileri yeni hizmet alanlarına girerken rakiplerinin pozisyonlarını dikkate almaktadırlar. Özel hastaneler daha önde olmak üzere tüm hastaneler farklılaşma stratejisini izlemektedir. Bunu odaklanma ve toplam maliyet liderliği stratejileri takip etmektedir. Herhangi bir rekabet stratejisi izlediğini belirten hastanelerin performansı, hiçbir strateji izlemeyen hastanelerden daha yüksektir. Ancak, rekabet stratejilerinden herhangi birini izleyen hastanelerin performansları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır. Ayrıca hastanelerin mülkiyet biçimi de performanslarını etkilemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Rekabet Stratejileri, Performans, Hastane.

## Competitive Strategies and Performance in Hospitals

**Abstract:** The purpose of this study is to investigate hospitals, have been operating in Turkey whether they have a competitive strategy, and to investigate if they have a competitive strategy, what strategies are followed, and to investigate whether relationship between competitive strategies and performance. The data that used in the study was obtained from a questionnaire that was created by utilizing related literature and 2007 Inpatient Facilities Statistical Almanacs of Ministry of Health. Study was conducted on 165 hospitals. According to the findings of study, the most important barriers to entry in the health sector are high entry costs and legal regulations. Hospital administrators have been taking into account of the positions of their competitors, while they enter to new service areas. Although private hospitals are more ahead, all hospitals have been following to differentiation strategy. Total cost leadership and focus have been following it. Performances of hospitals that have a strategy are higher than hospitals that have not have a strategy. However, if they have any competitive strategies, there is not any statistically significant difference of performance among hospitals. In addition performances of hospitals are affected from ownership of hospitals.

**Keywords:** Competitive Strategies, Performance, Hospital.

\*) Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü Öğretim Üyesi  
(e-posta: m.akbolat@gmail.com; makbolat@sakarya.edu.tr)

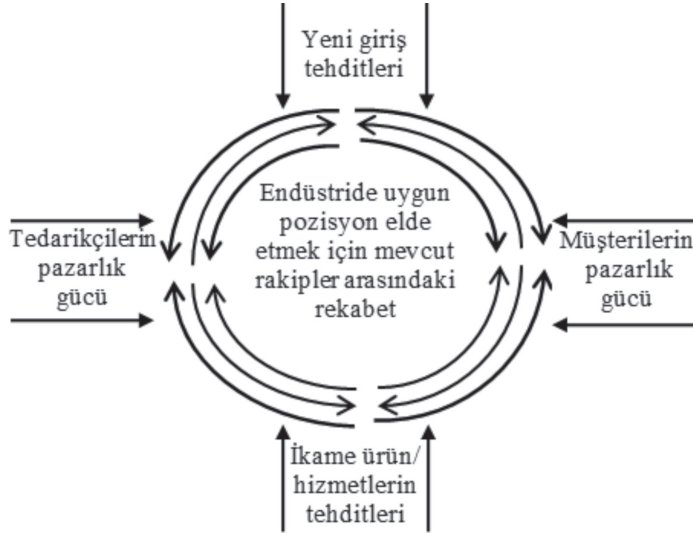
\*\*\*) Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi  
(e-posta: oguz.isik@gmail.com)

## **Giriş**

Günümüz sağlık hizmetleri hızla değişen teknoloji ve hizmet sunumundaki gelişmelere paralel olarak gittikçe pahalalanmakta, tedavi hizmetlerine harcanan kaynağın toplam sağlık harcamaları içindeki payı artmakta ve sosyal güvenlik kurumları ödeme problemleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetleri içerisinde kaynakların önemli bir bölümünü tüketen tedavi hizmetlerinin maliyetlerinin düşürülmesi ve kaynakların verimli kullanılmasını zorunlu hale getirmektedir. Bu amaçla kamu hastanelerinin özleştirilmesi, kendi kendine yeter hale getirilmesi ve özel hastanelerle birlikte verimlilik ilkesine uygun olarak rekabetçi bir ortamda hizmet sunması için çalışmalar sürdürülmektedir. Nihai amacı kamu ve özel hastanelerin sektörde birlikte ve rekabet koşulları altında daha kaliteli ve verimli hizmet üretmelerini amaçlayan bu çalışmalar sağlık sektöründe rekabeti zorunlu kılmaktadır.

Kıtlık olan yerde her zaman rekabet vardır. Ancak, sağlık hizmetleri pazarlarının kendine has özellikleri, bu rekabeti diğer pazarların çoğundan farklı bir şekilde meydana getirmektedir (Morrisey, 2001:193). Dolayısı ile sağlık kuruluşları rekabet stratejilerini belirlerken sağlık hizmetlerinin özelliklerini dikkate almak zorundadırlar. Çünkü rekabet stratejisi belirlemenin temelinde, rekabet ortamında başarılı olmak yatmaktadır. Bir işletme için uygun rekabet stratejilerinin belirlenmesi, her şeyden önce işletmenin faaliyet gösterdiği sektörün ve rekabet durumunun incelenmesini gerektirmektedir. Her sektörde başarılı olmak için farklı ihtiyaçların karşılanması gerekmektedir. Aynı zamanda sektörler arasında yoğunlaşma, ölçek ekonomileri, ürün farklılaştırılması ve giriş engelleri gibi faktörlere de bağlı olarak çeşitli farklılıklar söz konusu olabilmektedir (Acar, 2005:20).

Bu durumda rekabet stratejisi geliştirmek, bir şirketin nasıl rekabet edeceği, hedeflerinin neler olması gerektiği ve bu hedefleri gerçekleştirmek için hangi politikaların gerektiği konularında genel bir formül geliştirmek demektir (Porter, 2000: xxvi). Dolayısı ile bir işletme rekabet stratejisi geliştirmeden önce pazarı incelemeli ve ona göre rekabet stratejisi geliştirmelidir. Rekabet stratejisinin amacı işletmenin sektörde kendisini rekabetçi güçlere karşı en iyi şekilde savunabileceği bir yer bulmasıdır. Bu savunma şekil 1’de gösterilen pazar ve rekabetçi güçlerin yapısı incelenerek gerçekleştirilebilir (Sparks, 1999: 6). Daha açık bir ifade ile bir ürün ya da hizmetin geliştirilmesinde yalnızca organizasyonun yetenekleri değil, aynı zamanda rekabetçi durum ya da dış riskler de esas alınarak pozisyon oluşturulmalıdır. Bu nedenle pozisyon stratejileri iç gereksinimler ve dış riskler dikkate alınarak seçilmelidir (Ginter vd., 1998: 143-145). O halde strateji oluşturmanın özü, rekabetin üstesinden gelmektir. Bir sektördeki rekabet durumu şekil 1’de gösterilen beş güce dayanmaktadır. Bu güçlerin toplamının gücü, sektörün nihai kâr potansiyelini belirlemektedir (Porter, 1998: 21).



Şekil 1. Bir endüstride rekabeti etkileyen güçler

Kaynak: Porter, 1998:22

### I. Pozisyon Stratejileri

Rekabet stratejileri konusunda en çok bilinen kavramlar, rekabet stratejisinin büyük otoritelerinden Porter tarafından ileri sürülen pozisyon (jenerik) stratejileridir. Porter'ın rekabet stratejileri firmaların (ya da stratejik iş birimlerinin) stratejik avantajlarının (düşük maliyet pozisyonu ya da müşteriler tarafından eşsiz olarak algılanmak) ve stratejik hedeflerinin (sektörün tamamında veya özel bir bölümde) bir analizini esas almaktadır (Szilagyı ve Schweiger, 1984: 629). Bu analizden yararlanan Porter, belirli bir sektörde 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 pazara ya da ürün hattı bölümüne yoğunlaşmasıdır (Dess ve Davis, 1984: 469). Porter'a göre bunların yanı sıra bir de düşük kârlılık stratejisi bulunmaktadır: Ortada şaşırıp kalmak (stuck in the middle). Maliyet liderliği ve farklılaştırma arasından birinin seçimindeki başarısızlık, performans düşüklüğü ile sonuçlanacaktır (Campbell-Hunt, 2000:127; Chrisman vd., 1988:417, Segev, 1989: 487).

Şekil 2'de görüldüğü gibi 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 farklılaştırmaya odaklanma şeklinde iki farklı ele alınabilir (Sadler, 1993: 183; Dinçer, 2003:198, Ginter vd., 1998:143).



Şekil 2. Rekabet avantajının kaynağı

Kaynak: Schermerhorn, 2007:219.

### A. 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 (Swayne ve diğ., 2006:264). Maliyet avantajının hedefi endüstride maliyet lideri olmaktır. Eğer bir firma maliyet liderliği pozisyonunu oluşturabilirse o zaman maliyet avantajını fiyat üzerinde rekabet yapan rakiplerinin altında tutmak amacı ile kullanılabilir (Craig ve Grant, 1993:66). 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).

Girdi maliyetleri, işlem teknolojisi, ürün dizaynı, kapasite kullanımı ve yönetsel faktörler maliyet faktörlerini oluşturmaktadır (Sadler, 1993: 187-188). 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). 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). Dolayısı ile 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 sağlayacaktır (Porter, 1985:97).

## **B. Farklılaştırma**

Farklılaştırma, ürün veya hizmetlerin rakiplerin ürün veya hizmetlerinden farklı yapmaya yönelik bir stratejidir (Swayne ve diğ., 2006:265). 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). Dolayısı ile farklılaştırma stratejisinin amacı, 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 artmaktadır (Acar, 2005: 28).

Rekabeti sınırlandırdığı için taklit edilemezlik değer yaratmanın özünü oluşturmaktadır. 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). Bu nedenle farklılaştırma stratejisi uygulamaya karar veren sağlık işletmelerinin farklı alanlarda sürekli farklılık yaratmanın yollarını araştırmaları gerekmektedir. Bu şekilde uygulanan bir farklılaştırma stratejisi ile aşağıdaki üstünlükler sağlanabilir (Zuckerman, 2002:159):

1. Etkileyici bir bağlılık meydana getirmek,
2. Müşteri hareketlerini azaltmak,
3. Tedarikçi hareketlerini azaltmak,
4. Giriş bariyerleri yaratmak,
5. İkame tehditlerini dengelemek.

## **C. Odaklanma**

Odaklanma stratejisi, firmanın dar bir pazar bölümünde ürün veya hizmetlerini geliştirilmesi ve bu bölümün ihtiyaçlarını karşılamak için satış ve pazarlama faaliyetleri sürdürmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Zuckerman, 2002:107). Odaklanma stratejisi izleyen örgütler, kaynak ve uzmanlıklarını özel bir müşteri grubu, coğrafik alan veya ürün/hizmet hattına odaklandırmaktadır (Schermerhorn, 2007:221). Hastaneler bakımından ele alındığında 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 vd., 1997:49-50). Odaklanma stratejisi her zaman ulaşılabilir toplam pazar payı

üzerinde bazı sınırlamalar gerektirdiğinden, kaçınılmaz olarak ya kârlılıktan ya da satış hacminden ödün vermeyi gerektirir (Porter, 2000:50).

Porter'in pozisyon stratejiler modeli, strateji oluşturma sürecinin esasına egemen olan açıklık nedeniyle özellikle hastane endüstrisinde yararlı bulunmaktadır (Kumar ve diğ., 1997:48). Tablo 1'de Porter'in pozisyon stratejilerinin hastaneler için uygulaması gösterilmektedir.

**Tablo 1.** Pozisyon Stratejilerinin Hastaneler İçin Uygulanması

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

**Kaynak:** Kumar vd., 1997:49.

Hastanelerde rekabet stratejileri konusunda 1980’li yılların başından itibaren çalışmalar yoğunlaşmaya başlamıştır. Türk sağlık sisteminde de liberal gelişmelere paralel olarak rekabet olgusu kendisini hissettirmeye başlamıştır. Özellikle son yıllarda özel sektörün sağlık yatırımlarının desteklenmesi ve kamu sağlık kuruluşlarının özertleştirilmesi ve özertleştirilmesinin yolunun açılmasına yönelik çalışmalar bu konunun ivme kazanmasına neden olmuştur. Ancak Türk sağlık sektöründe rekabet ve rekabet stratejileri konusunda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları arasında rekabet ilişkilerini incelemeye yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışma ile Türkiye’de faaliyette bulunan hastanelerin hangi pozisyon stratejilerini uyguladıkları; pozisyon stratejilerinden herhangi birini uygulayan hastaneler ile tam olarak hiçbirini izlemediğini bildiren hastaneler arasında bir performans farkının olup olmadığı ve hastanelerin mülkiyeti, eğitim verme statüsü, hizmet sunum biçimi, yatak sayısı gibi özelliklerine göre aralarında performans farklılıklarının olup olmadığını incelemektedir.

## II. Yöntem

Araştırma alan incelemesine dayanmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak ilgili literatür taranarak hazırlanan bir anket ve Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları 2007 Yılı İstatistik Yıllığından elde edilen verilerden yararlanılmıştır. Ankette, hastanelerin özelliklerinin yanı sıra, hastane yöneticilerinin pozisyon stratejilerini değerlendirmelerine yönelik 5’li Likert ölçeğe göre hazırlanmış 23 soru bulunmaktadır. Ayrıca pozisyon stratejileri A, B, C ve arada sıkışık kalma D harfleri ile kodlanarak kısaca pozisyon stratejilerinin tanımları yapılmış ve hastane yöneticilerine hastanelerinin A, B, C ve D harfleri ile kodlanan hastanelerden hangisine benzer bir strateji uyguladığı sorulmak suretiyle hastane yöneticilerinin uyguladıkları stratejinin türü belirlenmiştir. Bu şekilde hastanelerin hangi stratejileri izlemek için seçtikleri ve seçilen strateji ile özellikleri arasında bir ilişki olup olmadığını incelemiştir. Hastanelerin uygulamak için seçtikleri stratejiler tespit edildikten sonra, uyguladıkları stratejiler ile performansları karşılaştırılmıştır. Böylece, özel ve kamu hastanelerinin pozisyon stratejilerini algılama ve uygulama yetenekleri, rekabet stratejisi geliştirmede hastanelerin özelliklerinin bir farklılık yaratıp yaratmadığı ve izlenen rekabet stratejisinin hastanelerin performansına katkısı olup olmadığını belirlemeye çalışılmıştır.

Çalışmanın evrenini Türkiye’de faaliyet gösteren tüm hastaneler oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş, çalışmanın yapıldığı dönemde Türkiye’de faaliyette bulunan 1276 özel ve kamu hastanesinin illere göre e-posta adresleri ile telefon ve faks numaralarından oluşan bir liste oluşturulmuştur. Listedeki hastanelerin tamamına başhekim ve hastane müdürleri tarafından doldurulmak üzere anket formları e-posta yolu ile gönderilmiş ve yaklaşık bir ay süreyle anketlerin dönmesi beklenmiştir. Bu yöntemle yeterli sayıda anket sağlanamayacağını anlaşıldığı üzerine hastane yöneticilerine telefon edilerek anketin doldurulması talep edilmiştir. İsteyen hastane yöneticilerine faks ve posta yolu ile anketler tekrar gönderilmiştir. Ayrıca, ulaşılması mümkün olan hastane

yöneticilerinden randevu talep edilerek yüz yüze görüşme yöntemiyle anketlerin doldurulması sağlanmıştır. Bu çalışmalar sonucunda 68'i elektronik posta, 9'u faks ve 10'u posta ve 78'i yüz yüze görüşme yolu ile 42 ilden 45'i özel ve 120'si kamu olmak üzere toplam 165 hastaneden anket elde edilebilmiştir.

Araştırma verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar, iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü (bağımsız örneklerde t testi) testi, ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) ve Ki-Kare testi kullanılmıştır. Anketin güvenilirliğini tespit etmek için Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### III. Bulgular

Çalışmada kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,916 bulunmuştur. Bu bulgu ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Altunışık ve diğerleri, 2005:116; Özdamar, 1999:522).

Çalışmaya katılan 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 çalışmaya katılan hastanelerin yaklaşık yarısı (%50,6) 1991 ve daha sonraki yıllarda işletmeye açılmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2.** Çalışma Yapılan Hastanelerin Genel Özellikleri (n=165)

Nitelik	Sayı	%	Nitelik	Sayı	%		
Mülkiyet	Kamu	120	72,7	Hekim sayısı	≤49	77	46,7
	Özel	45	27,3		50-99	32	19,4
Hizmet sunum biçimi	Özel dal	27	16,4		100-299	29	17,6
	Genel	138	83,6		≥300	25	15,2
Eğitim verme statüsü	Var	42	25,5	Hekim dışı personel sayısı	≤199	71	43,0
	Yok	123	74,5		200-599	55	33,3
Yatak kapasitesi	≤99	64	38,8		≥600	34	20,6
	100-399	55	33,3	Kuruluş yılı	≤1960	38	23,0
	≥400	44	26,7		1961-1990	42	25,5
			≥1991		84	50,9	

Tablo 3'de pozisyon stratejilerini uygulayan hastanelerin dağılımı görülmektedir. Çalışmaya katılan hastanelerin 139'u (%84,2) pozisyon stratejilerinden herhangi birini uyguladığını ifade etmiş olup, bu hastanelerin %50,4'ü farklılaştırma, %23,0'ı toplam maliyet liderliği, %26,6'sı odaklanma stratejisi uyguladıklarını bildirdiler. Buna karşılık



hastane yöneticilerinin %15,8'i herhangi bir pozisyon stratejisi uygulamadığını ifade etmiştir.

**Tablo 3.** Pozisyon Stratejisi Uygulama Durumuna Göre Hastanelerin Dağılımı

	Toplam Hastane		Bir Strateji Uygulayan Hastane	
	Sayı	%	Sayı	%
Farklılaştırma	70	42,4	70	50,4
Toplam maliyet liderliği	32	19,4	32	23
Odaklanma	37	22,4	37	26,6
Hiçbiri	26	15,8	-	-
<b>TOPLAM</b>	<b>165</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

#### A. Sektöre Giriş Engelleri ve Stratejik Karar Alma Sürecine İlişkin Bulgular

Anket uygulanan hastane yöneticilerinin sektöre giriş engelleri ile ilgili değerlendirmeleri Tablo 4'de verilmiştir. Hastane yöneticilerine göre sektöre giriş engellerinin başında giriş maliyetlerinin yüksek olması ve yasal zorunlulukların ağırlığı yer almaktadır. Buna karşılık en düşük katılımı kâr marjlarının düşük olması ve sektörün doymuş olması almaktadır. Bu sonuçlardan hareketle giriş maliyetleri ve yasal yükümlülüklerin ağır olmasına karşılık sağlık sektörünün halen yatırım yapılabilir, gelişmekte olan bir sektör olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.** Hastanelerin Sektöre Giriş Engellerine İlişkin Değerlendirmeleri (n=165)

Değişkenler	$\bar{X}$	S.S.
Giriş maliyetlerinin yüksek olması	3,83	1,108
Yasal zorunlulukların çok ağır olması	3,33	1,160
Hastaneler arasındaki rekabetin yoğunluğu	3,21	1,171
Hasta veya sosyal güvenlik kuruluşlarının pazarlık gücü	3,21	1,266
Sektörün doymuş olması	2,92	1,414
Kâr marjlarının düşük olması	2,88	1,242
<b>Ortalama</b>	<b>3,23</b>	<b>1,227</b>

Ortalama olarak: Düşük Katılım (1,00–2,33); Orta Düzeyde Katılım (2,34–3,66) ve Yüksek Katılım (3,67–5,00)

Rekabet stratejileri belirlenirken hastane yöneticilerinin çevre ve rakipleri ne oranda dikkate aldıklarına ilişkin bulgular Tablo 5'de verilmiştir. 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. Hedeflenen hasta kitlelerine ilişkin kararlara yüksek derecede katılım olmasına karşılık, diğer üç değişkene orta düzeyde katılım olmuştur.

**Tablo 5.** Hastane Yöneticilerinin Stratejik Karar Alırken Çevreyi Ve Rakipleri Dikkate Almalarına İlişkin Değerlendirmeleri (n=165)

Değişkenler	$\bar{X}$	S.S.
Hedeflenen hasta kitlesine ilişkin kararlar	3,72	1,173
Yeni hizmet alanlarına girmek için alınan kararlar	3,64	1,179
Rekabet amacıyla kullanılacak araçlara ilişkin kararlar	3,60	1,252
Yeni şubeler açmak için alınan stratejik kararlar	3,42	1,261
<b>Ortalama</b>	<b>3,60</b>	<b>1,216</b>

Ortalama olarak: Düşük Katılım (1,00–2,33); Orta Düzeyde Katılım (2,34–3,66) ve Yüksek Katılım (3,67–5,00)

### B. Pozisyon Stratejilere İlişkin Bulgular

Hastane yöneticilerinin ankete verdiği cevaplar kendi içerisinde boyutlandırılarak analiz edilmiş olup elde edilen bulgular Tablo 6’da verilmiştir.

Farklılaştırma stratejisine ilişkin yapılan değerlendirmede, 11 değişkenden yalnızca üçüne orta düzeyde, diğer değişkenlerin tamamına yüksek düzeyde katılım olduğu bulundu. Ayrıca farklılaştırma boyutu, 3,91 ortalama ile genel olarak yüksek katılım almıştır.

Toplam maliyet liderliğini oluşturan 8 maddeden ikisine orta ve diğerlerine yüksek düzeyde katılım olmuştur. Ortalama katılım içerisinde kalan 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 uygulayacakları fiyatlar Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlendiğinden esnekliği azdır ve en az katılım almasında bu durumun etkili olduğu düşünülmektedir. Toplam maliyet liderliği boyutunu oluşturan değişkenlerin ortalama katılımı 3,79’dur.

**Tablo 6.** Pozisyon Stratejilerine İlişkin Bulgular (n=165)

Farklılaştırma	$\bar{X}$	S.S.
Hastalar üzerinde hastanenin olumlu imaj oluşturmalarını sağlamak	4,42	0,995
Üretilen hizmetlerin kalitesini geliştirmek	4,39	0,981
Kullanılan teknolojiyi yenilemek	4,32	0,949
Hastaların hizmetlere ulaşmasını kolaylaştırmak	4,30	0,986
Hastalara kişisel konfor sağlamak	4,19	1,042
Müşteri hizmetlerini geliştirmek	4,11	1,126
Belirli uzmanlık alanlarında sektörde en iyi olmak	4,09	1,157
Yeni hizmet alanlarına girmek	3,74	1,224

Yeni gelişen hizmet alanlarına girmek	3,29	1,427
Ücretli hasta sayısını artırmak	3,20	1,511
Üst gelir grubu hastalara hizmet sunmak	2,99	1,515
<b>Boyut Ortalaması</b>	<b>3,91</b>	<b>0,774</b>
<b>Toplam Maliyet Liderliği</b>	$\bar{X}$	<b>S.S.</b>
Performans geliştirmek	4,36	0,898
Gereksiz maliyetleri ortadan kaldırmak	4,16	1,068
Verimliliği yüksek personel çalıştırmak	4,12	1,187
Kaynak kullanım maliyetlerini düşürmek	4,03	1,128
Hizmet üretim süreçlerini geliştirmek	3,95	1,095
Birimleri işlevsel olarak ayırarak daha aktif hale getirmek	3,91	1,137
Tedarikçilerle işbirliği ve ortaklıklar geliştirmek	3,05	1,369
Rekabetçi fiyat uygulamak	2,72	1,385
<b>Boyut Ortalaması</b>	<b>3,79</b>	<b>0,772</b>
<b>Odaklanma</b>	$\bar{X}$	<b>S.S.</b>
Üretilen hizmetlerin kalitesini geliştirmek	4,39	0,981
Performans geliştirmek	4,36	0,898
Hastaların hizmetlere ulaşmasını kolaylaştırmak	4,30	0,986
Hastalara kişisel konfor sağlamak	4,19	1,042
Müşteri hizmetlerini geliştirmek	4,11	1,126
Belirli uzmanlık alanlarında sektörde en iyi olmak	4,09	1,157
Mevcut pazar payını korumak	4,05	4,139
Hizmet üretim süreçlerini geliştirmek	3,95	1,095
Önceden hizmet sunduğu hastalara hizmet vermeyi sürdürmek	3,85	1,230
Sosyal güvenceye sahip hasta sayısını artırmak	3,48	1,385
Ücretli hasta sayısını artırmak	3,20	1,511
Üst gelir grubu hastalara hizmet sunmak	2,99	1,515
Belirli bir bölgenin hastalarına odaklanmak	2,37	1,920
<b>Boyut Ortalaması</b>	<b>3,77</b>	<b>0,836</b>

Ortalama olarak: Düşük Katılım (1,00–2,33); Orta Düzeyde Katılım (2,34–3,66) ve Yüksek Katılım (3,67–5,00)

Odaklanma stratejisi farklılaştırma veya toplam maliyet liderliğine odaklanma şeklinde ortaya çıkabileceğinden kendine has ifadelerin yanı sıra, toplam maliyet liderliği ve farklılaştırma boyutundan gelen ifadeleri de kapsamaktadır. Boyutu oluşturan 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 (Robinson ve Luft, 1987). Ancak elde edilen sonuç bu durumun Türkiye için uygun olmadığını göstermektedir. Odaklanma

stratejisinde en büyük katılım kalite vurgusunun yapıldığı değişken olmuştur. Odaklanma ile ilgili ifadelerle ortalama katılım 3,77'dir.

### C. Hastanelerin Özellikleri İle İzledikleri Stratejilere İlişkin Bulgular

Tablo 7'de hastanelerin çeşitli özelliklerine göre takip ettikleri pozisyon stratejilerinin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde de görüldüğü gibi hizmet sunum biçimi dışında hastanelerin özellikleri ile geliştirdikleri stratejiler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Yalnızca hizmet sunum biçimi ile hastanelerin geliştirdikleri strateji arasında bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). Genel hastaneler ağırlıklı olarak farklılaştırma(%60,2) stratejisi izlemesine karşılık, özel dal hastaneleri odaklanma stratejisi (%65,4) izlemektedir.

**Tablo 7.** Hastanelerin Özellikleri İle İzledikleri Stratejiler Arasındaki İlişkiler

		Farklılaştırma		Toplam Mal. Ld.		Odaklanma		Hiç biri		Ki-kare	P
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Mülkiyet	Kamu	48	40,0	24	20,0	28	23,3	20	16,7	1,09	0,78
	Özel	22	48,9	8	17,8	9	20,0	6	13,3		
Hizmet sunum biçimi	Genel	2	7,4	7	25,9	17	63,0	1	3,7	36,68	<b>0,01</b>
	Özel dal	68	49,3	25	18,1	20	14,5	25	18,1		
Eğitim verme statüsü	Var	18	42,9	7	16,7	14	33,3	3	7,1	5,86	0,12
	Yok	52	42,3	25	20,3	23	18,7	23	18,7		
Yatak kapasitesi	$\geq 400$	28	43,8	14	21,9	12	18,8	10	15,6	2,72	0,84
	100-399	20	36,4	11	20,0	15	27,3	9	16,4		
	$\leq 99$	22	50,0	7	15,9	9	20,5	6	13,6		
Kuruluş yılı	$\geq 1991$	15	39,5	8	21,1	10	26,3	5	13,2	1,06	0,98
	1961-1990	19	45,2	8	19,0	9	21,4	6	14,3		
	$\leq 196$	36	42,9	15	17,9	18	21,4	15	17,9		
Hekim sayısı	$\geq 300$	15	60,0	3	12,0	5	20,0	2	8,0	9,29	0,41
	100-299	8	27,6	6	20,7	8	27,6	7	24,1		
	50-99	16	50,0	4	12,5	7	21,9	5	15,6		
	$\leq 49$	30	39,0	19	24,7	16	20,8	12	15,6		
Hekim dışı personel sayısı	$\geq 600$	17	50,0	3	8,8	10	29,4	4	11,8	4,70	0,58
	200-599	24	43,6	11	20,0	11	20,0	9	16,4		
	$\leq 199$	28	39,4	16	22,5	14	19,7	13	18,3		

Aralarında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmamakla birlikte hastanelerin farklı özellikleri esas alınarak yapılan analiz sonucunda aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

Özel hastaneler daha önde olmak üzere kamu (%48,0) ve özel (%56,4) hastaneler daha çok farklılaştırma stratejisini izlemektedirler. Ayrıca, kamu hastaneleri arasında top-

lam maliyet liderliği ve odaklanma stratejisini izleyenler özel hastanelerden daha yüksek bulunmuştur. Hastanelerin farklı özellikleri dikkate alınarak yapılan analizler farklılaşmanın baskın strateji türü olduğunu göstermektedir. 1960 ve önceki yıllarda kurulan hastanelerde daha düşük (%45,5) olmakla birlikte, tüm hastanelerde baskın bir şekilde uygulanan strateji farklılaştırmadır. Yatak kapasitesi  $\geq 400$  ve  $\leq 99$  olan hastaneler arasında farklılaştırma stratejisi uygulama oranı (%57,9 ve %51,9) yarıdan daha fazladır. Bu oran, 100-399 yatak kapasitesi hastanelerde de (%43,5) daha düşük olmakla birlikte, en fazla takip edilen stratejik tercihtir. Hekim sayısı yüksek olan eğitim hastaneleri (%65,2), ile genellikle 50-99 arasında hekim istihdam eden özel hastanelerde (%59,3) farklılaştırma stratejisi uygulama oranı diğer hastanelerden daha yüksektir. Benzer bulgular hekim dışı personel sayısı dikkate alınarak yapılan analizde de bulunmuştur.

Eğitim hastaneleri daha çok farklılaştırma (%46,2) ve odaklanma (%35,9) stratejilerini izlemelerine karşılık, diğer hastaneler farklılaştırma (%52,0) stratejisine daha fazla odaklanmaktadır. Ayrıca eğitim verme statüsü olmayan hastaneler arasında toplam maliyet liderliği (%25,0) ve odaklanma (%23,0) stratejisi izleyenlerin oranları birbirine daha yakın olmasına karşılık, eğitim hastanelerinde toplam maliyet liderliği (%17,9) izleyen hastanelerin oranı daha düşük bulunmuştur.

#### **D. Hastanelerin Performanslarına İlişkin Bulgular**

Performans ölçümü, hastanelerde rekabet konusunda veri sağlamada problem yaşanan bir konudur. Hastanecilik sektöründe kâr amaçlı, kâr amacı gütmeyen ve mülkiyeti devlete ait kuruluşlar 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 (Goldstein vd., 2002:67). Bununla birlikte 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 kapasite kullanma oranı, bir hastanın ortalama kalış günü, yatak devir hızı (hasta), devir aralığı (gün), yatan hasta oranı, ölüm hızı, hekim başına poliklinik sayısı, hekim başına yatan hasta sayısı, hekim başına 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 ölçütleri kullanılmıştır. Çalışmanın anlaşılmasında kolaylık sağlamak amacıyla performans değerlemede kullanılan ölçütlerin tanımları aşağıda kısaca verilmiştir.

*Kapasite kullanma oranı:* Kapasite kullanma oranı bir hastanenin fiili kapasitesini ifade etmektedir. Hastanenin hizmet sunma potansiyelinin ne oranda kullanıldığını gös-

teren bir ölçüttür. Belirli bir dönemde hastane yataklarının hastalar tarafından ne oranda kullanıldığını ifade etmektedir.

*Bir hastanın ortalama kalış gün sayısı:* Hastaneden çıkan bir hastanın ortalama kaç gün hastaneden hizmet aldığını gösteren bir ölçüttür. Hastalık, klinik veya hastane bazında değerlendirme imkanı verebilecek bir ölçüttür.

*Yatak devir hızı:* Bir yatağın yılda kaç hasta tarafından kullanıldığını gösteren bir ölçüttür.

*Devir aralığı:* İki hasta kabulü arasında bir hasta yatağının ortalama kaç gün boş kaldığını gösteren bir ölçüttür

*Yatan hasta oranı:* Belli bir dönemde poliklinik hizmeti alan hastaların ne oranda hastaneye yatırılarak tedavi edildiğini gösteren bir ölçüttür.

*Kaba ölüm hızı:* Kaba ölüm hızı belirli bir süre içerisinde hastane kliniklerinde ölen hasta sayısının değerlendirilmesine yönelik bir ölçüttür. Hastanın hastaneye yatırıldığı andan itibaren meydana gelen ölümleri göstermektedir.

*Hekim başına poliklinik sayısı:* Belirli bir süre içerisinde ortalama olarak bir hekimin kaç poliklinik hastasına hizmet verdiğini gösteren bir ölçüttür.

*Hekim başına yatan hasta sayısı:* Belirli bir dönem içerisinde bir hekimin ortalama kaç klinik hastasına hizmet verdiğini gösteren bir ölçüttür.

*Hekim başına 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.

### **Hastanelerin Bir Stratejilerinin Olup Olmamasına Göre Performanslarının Değerlendirilmesi**

Hastanelerin net bir pozisyon stratejisi izleyip izlemediği esas alınarak yapılan bağımsız örneklerde testi sonuçları analiz sonuçları Tablo 8'de görülmektedir. Bu sonuçlara göre hastanelerin net bir pozisyon stratejisi izleyip izlemediği dikkate alındığında %95 anlamlılık düzeyinde 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 ( $p<0,05$ ). Fark bulunan ölçütlerin tamamında bir rekabet stratejisi izlediğini bildiren hastanelerin performansları diğer hastanelere göre daha olumludur.

**Tablo 8.** Bir Rekabet Stratejisi Olup Olmamasına Göre Hastanelerin Performanslarının Değerlendirilmesi

Ölçütler	Bir Pozisyon Stratejisi				t	p
	İzleyen		İzlemeyen			
	$\bar{x}$	S.S.	$\bar{x}$	S.S.		
Kapasite kullanma oranı	65,7	22,05	56,3	25,16	1,75	0,36
Bir hastanın ortalama kalış gün sayısı	4,3	2,61	6,2	6,64	1,22	<b>0,01</b>
Yatak devir hızı	76,7	58,62	45,6	25,97	-4,08	<b>0,01</b>
Devir aralığı	3,2	5,02	19,5	64,28	1,13	<b>0,00</b>
Yatan hasta oranı	4,9	4,18	3,4	3,62	-1,51	0,65
Kaba ölüm hızı	1,2	1,18	0,9	0,88	-1,30	0,09
Hekim başına poliklinik sayısı	4733,7	3294,89	5396,7	3568,77	0,83	0,77
Hekim başına yatan hasta sayısı	162,8	121,58	136,0	134,84	-0,91	0,49
Hekim başına yatak sayısı	2,6	1,83	3,7	4,04	1,25	<b>0,01</b>
Hekim başına fiili hasta günü	586,6	418,75	844,6	1292,43	0,89	<b>0,00</b>
Hekim başına teorik hasta günü	943,1	668,29	1361,0	1474,97	1,25	<b>0,01</b>
Personel başına yatan hasta sayısı	40,9	27,60	35,0	42,33	-0,82	0,63
Personel başına fiili hasta günü	157,8	122,25	206,1	286,28	0,73	<b>0,00</b>
Personel başına teorik hasta günü	237,7	147,53	310,0	304,65	1,02	<b>0,00</b>

Günümüzde bir hastanın ortalama kalış gün sayısı 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 19,5 gün bulunmuştur. 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 1361,0 gün olmasına karşılık fiili hasta günü 844,6 gündür. Bu sonuca göre hastaneler hekim başına 516,4 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. Benzer durum hekim dışı sağlık personeli için de söz konusudur.

İstatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmama ile birlikte, 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 olumsuz 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.

Tablo 9'da görüldüğü gibi, pozisyon stratejilerinden herhangi birini izleyen hastanelerin performansları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 9.** Pozisyon Stratejilerinden Herhangi Birini İzleyen Hastaneler Arasındaki Performansın Değerlendirilmesi

Ölçütler	Farklılaştırma		Top. Maliyet Ld.		Odaklanma		F	P
	$\bar{X}$	S.S.	$\bar{X}$	S.S.	$\bar{X}$	S.S.		
Kapasite kullanma oranı	63,7	23,46	68,5	20,52	64,8	24,63	0,49	0,62
Bir hastanın ort. kalış gün sayısı	4,3	2,26	4,2	2,33	5,8	5,91	2,49	0,09
Yatak devir hızı	72,1	56,62	85,8	68,14	68,4	54,57	0,84	0,43
Devir aralığı	3,6	5,70	2,5	2,83	6,6	15,73	1,99	0,14
Yatan hasta oranı	4,5	3,94	5,1	4,66	7,5	12,99	1,98	0,14
Kaba ölüm hızı	1,3	1,24	1,2	0,96	1,0	1,16	1,05	0,35
Hekim başına poliklinik sayısı	4654,3	3460,27	5101,8	3135,28	3782,6	2748,06	1,56	0,21
Hekim başına yatan hasta sayısı	141,9	105,79	205,4	156,64	163,1	142,82	2,66	0,07
Hekim başına yatak sayısı	2,3	1,42	3,1	2,56	3,0	3,20	1,74	0,18
Hekim başına fiili hasta günü	512,3	334,44	727,9	556,39	731,1	972,58	2,17	0,12
Hekim başına teorik hasta günü	854,9	519,99	1133,2	936,28	1106,4	1166,82	1,74	0,18
Personel başına yatan hasta sayısı	40,0	27,01	44,9	25,40	38,5	26,73	0,53	0,59
Personel başına hasta fiili günü	155,9	120,73	191,1	160,87	163,6	154,15	0,67	0,51
Personel başına teorik hasta günü	237,3	139,94	279,1	199,57	249,9	178,57	0,67	0,51

Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmama ile birlikte, hastanelerin performans göstergeleri pozisyon stratejilerinin özellikleri ile uyumlu bir görüntü sergilemektedir. Toplam maliyet liderliği stratejisini izleyen hastanelerin organizasyonun iç



verimliliğini geliştirme özelliğine paralel olarak kapasite kullanma oranı, yatak devir hızı, devir aralığı, hekim başına poliklinik ve yatan hasta sayısı, hekim başına fiili yatak sayısı, personel başına yatan hasta sayısı gibi performans değerleri diğer iki stratejiyi izleyen hastanelerden nispeten daha yüksektir. Odaklanma stratejisini izleyen hastanelerde ise bir hastanın ortalama kalış gün sayısı ve yatan hasta oranları daha yüksek bulunmuştur. Onkoloji gibi, özellikli hastaların tedavilerinin yapıldığı özel dal hastanelerinin çoğunluğunu oluşturduğu bu hastanelerin yapısal özellikleri bu duruma uygun görülmektedir. Farklılaştırma stratejisini izlediğini bildiren hastanelerin kaba ölüm hızları diğer hastanelerden daha yüksek bulunmuştur. Burada bu hastanelerin ağırlıklı olarak eğitim hastanelerinden oluşması ve daha kompleks vakaları kabul etmesinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bunun dışındaki ölçütlerde genel olarak farklılaştırma stratejisini izleyen hastanelerin toplam maliyet liderliği ve odaklanma stratejisi arasında bir performans gösterdiği bulunmuştur.

#### Hastanelerin Mülkiyetine Göre Performanslarının Değerlendirilmesi

Hastanelerin mülkiyet biçimleri esas alınarak yapılan analiz sonucunda 14 ölçütten devir aralığı ve hekim başına yatan hasta sayısı ölçütleri dışındaki tüm ölçütlerde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). 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 (Tablo 10).

**Tablo 10.** Mülkiyetine Göre Hastanelerin Performanslarının Değerlendirilmesi

Ölçüt	Kamu		Özel		t	p
	$\bar{X}$	S.S.	$\bar{X}$	S.S.		
Kapasite kullanma oranı	67,4	20,27	56,0	27,62	2,52	<b>0,00</b>
Bir hastanın ortalama kalış gün sayısı	5,7	3,58	1,9	0,74	10,79	<b>0,00</b>
Yatak devir hızı	52,5	27,04	123,7	77,93	-5,99	<b>0,00</b>
Devir aralığı	5,9	26,77	5,4	14,50	0,12	0,99
Yatan hasta oranı	3,8	3,20	8,7	12,04	-2,69	<b>0,00</b>
Kaba ölüm hızı	1,4	1,20	0,5	0,67	5,92	<b>0,00</b>
Hekim başına poliklinik sayısı	5473,4	3524,74	2804,6	1614,00	6,64	<b>0,00</b>
Hekim başına yatan hasta sayısı	153,6	130,55	166,9	101,73	-0,62	0,43
Hekim başına yatak sayısı	3,2	2,44	1,5	0,75	6,51	<b>0,00</b>
Hekim başına fiili hasta günü	739,3	652,49	282,9	145,24	7,20	<b>0,00</b>
Hekim başına teorik hasta günü	1150,6	889,44	558,3	274,99	6,51	<b>0,00</b>
Personel başına yatan hasta sayısı	38,2	27,31	45,6	34,74	-1,27	<b>0,01</b>
Personel başına fiili hasta günü	195,9	160,82	80,2	64,27	6,50	<b>0,01</b>
Personel başına teorik hasta günü	283,4	180,42	149,9	102,75	5,83	<b>0,05</b>

## **Tartışma ve Sonuçlar**

### **A. Hastanelerin Sektöre Giriş Engelleri ve Stratejik Karar Alırken Çevreyi Dikkate Almaları**

Çalışmanın sonuçlarına göre sağlık sektörüne giriş engellerinin en önemlisi giriş maliyetlerinin yüksek olmasıdır. Bunu yasal düzenlemelerin çok ağır şartlar ortaya koyması izlemektedir. Bu durum hastanelerin teknoloji ve emek yoğun işletmeler olması ve tüm kuruluş ve hizmet üretim süreçlerinde Sağlık Bakanlığı'nın denetimi altında olmalarından kaynaklanmaktadır. Buna karşılık sağlık yöneticilerine göre sağlık sektörü halen doymamıştır ve kâr marjları da düşük değildir. Bu sonuçlardan hareketle sağlık yöneticilerine göre pahalı bir yatırım alanı olması ve yatırım koşullarının ağır olmasına karşılık, sağlık sektörünün halen yatırım yapılabilecek bir alan olarak görüldüğü söylenebilir.

Çalışmanın bulgularına göre, sağlık yöneticileri hedefledikleri hasta kitlesi ve yeni hizmet alanlarına girmek için karar alırken rakiplerinin pozisyonlarına dikkat etmektedirler. Buna karşılık yeni şubeler açarken rakiplerinin pozisyonlarını daha düşük seviyelerde dikkate almaktadırlar. Bu sonuçlar sağlık yöneticilerinin yatırım kararları alırken yalnızca iç çevrelerinden elde ettikleri verileri değil, dış çevredeki fırsat ve tehditleri de dikkate aldıkları söylenebilir.

### **B. Özel ve Kamu Hastanelerin Uyguladıkları Stratejiler**

Özel ve kamu hastaneleri daha çok farklılaştırma stratejisi izlemektedirler. Bu sonuçta Türk Sağlık Sektörünün 1980'li yılların başından itibaren ABD hastanelerinin geçirdiği sürece benzer bir süreçten geçmesinin etkili olduğu düşünülmektedir. 1980'lerin ortalarına kadar yapılan ampirik çalışmalarda hastaneler arasındaki rekabet artışının daha yüksek hastane maliyetlerine neden olduğu bulunmuştur (Santerre ve Adams, 2002: 209). ABD'de Managed Care uygulaması ve buna bağlı olarak prospektif ödeme sistemlerinin geliştirilmeye başlandığı 1980'lerin ortalarına kadar yapılan çalışmalar, yüksek rekabet ortamında fiyatların ya da maliyetlerin yükseldiğini göstermektedir. Bu dönemde hastanelerin hastaların konfor ve memnuniyetini artırıcı hizmetlere odaklandığı ve sunulan hizmetlerin dublikasyonunun maliyetleri artırdığı bulunmuştur. Ayrıca medikal silahlanma yarışı hastanelerde gereksiz teknoloji kullanımına neden olmuştur. 1980'lerin ortasından sonraki bulgular ise rekabetin yüksek olduğu pazar alanlarında fiyatların artış seyrinin düştüğünü göstermektedir. Bu dönemde hastaneler agresif bir şekilde maliyetlerini düşürmeye yönelik çalışmalara girişmiş ve toplam maliyet liderliği stratejisini izlemişlerdir (Capps vd., 2003; Zwanziger vd., 2000; Melnick vd., 1999; Bamezai vd., 1999; Robinson ve Luft, 1987; Robinson ve Luft, 1985; Cleverley ve Harvey, 1992; Melnick ve Zwanziger, 1988; Luft vd., 1988; Joskow, 1980).

Bu çalışma ile elde edilen bulgular da 1980'lerin ortalarından önceki ABD hastanelerinin davranışlarına benzer bir sonuç ortaya koymuştur. Hastaneler maliyetler üzerinde önemli artışlara neden olabilecek farklılaştırma stratejisine yönelmektedirler. Bu sonuçta son yıllarda Türkiye'de gelişen toplam kalite yönetimi uygulamalarının yanı sıra, ISO kalite belgesi ve akreditasyon çalışmalarının etkilerinin de olduğu düşünülmektedir. Ancak, özellikle Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından geliştirilen maliyetleri önleyici

önlemlerin etkisi ile hastanelerin tıpkı ABD hastanelerinin 1980'lerin ortasından sonraki uygulamaları gibi maliyetleri azaltıcı önlemlere yönelmeleri beklenmektedir. Türkiye'de de özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte kamu hastanelerinin özerk hale getirilerek özel hastaneler ile rekabet edebilmeleri için çalışmalar hızlanmış ve kurulan SGK, hastaneler üzerinde maliyet baskıları oluşturmaya başlamış ve fiyat sınırlamaları gelmiş, dublikasyonların önüne geçilmeye başlanmıştır. Bu durumun hastaneleri maliyet azaltıcı yöntemlere yönelteceği ve 1980'lerin ortalarından sonraki ABD hastanelerine benzer gelişmelerin gerçekleşeceği düşünülmektedir.

Ayrıca Lamont ve arkadaşlarının (1993) yaptığı bir çalışmanın sonucuna göre, istikrarsız bir çevrede bir farklılaştırma stratejisi diğer strateji tiplerinden daha yüksek bir performans sağlamaktadır. Çevreyle uyumlu bir strateji seçen organizasyonların sağlığı, uygun stratejisi olmayan örgütlerden daha iyidir. Türk sağlık sistemi ciddi bir dönüşüm geçirmektedir. Bu dönüşüm nedeni ile sağlık sektörünün henüz istikrarlı bir yapıya kavuştuğu söylenemez. Çünkü pek çok uygulama (genel sağlık sigortası, aile hekimliği, sevk sistemindeki karmaşa, vs.) hastanelerin pazar alanını istikrarsız hale getirmektedir. Bu tür ortamlarda hastanelerin gelişen rekabetin etkilerini azaltmak ve yeni hastalara ulaşmak için farklılaştırılmış hizmetlere yönelmiş olmalarının uygun olduğu düşünülmektedir. Özellikle sevk sisteminin uygulanmaması hastaları hastane seçmede avantajlı duruma getirmiştir. Bu durumda farklılaştırma stratejisi uygulayan hastaneler oluşturduğu cazip farklılıklarla daha fazla hasta çekebilirler.

Kumar ve arkadaşlarının (1997) 159 hastanenin verilerinden elde ettikleri bilgilerle yaptıkları çalışmada, kâr amaçlı hastanelerin %10'unun, kâr amacı gütmeyen hastanelerin ise %12'sinin arada sıkışıp kaldığı sonucuna ulaştılar. Bu çalışmada da kamu hastanelerinin %16,7'si ve özel hastanelerin %13,3'ü Porter'ın düşük karlılık ve verimsizlik olarak tanımladığı arada sıkışıp kalma durumu ile karşı karşıya olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak Türk hastanecilik sistemi içerisinde özel hastaneler daha önde olmak üzere daha çok farklılaştırma stratejisi uygulamaları öne çıkmaktadır. Yalnızca özel dal hastaneleri odaklanma stratejisine yönelmektedir. Özel dal hastaneleri belli uzmanlık alanlarında hizmet sunduğu için, bu hastanelerin farklılaşmalarında hizmet sunum biçimleri etkili olabilir.

### **C. Farklı Rekabet Stratejilerini Uygulayan Hastanelerin Uyguladıkları Stratejiye Göre Performans Farklılıkları**

Literatüre göre rekabet stratejilerinden herhangi biri herhangi bir sektörde doğru bir şekilde uygulanırsa benzer sonuçlar verecektir. Bir firma toplam maliyet liderliği ve farklılaştırma stratejilerinden birini seçmek ve seçtiği stratejiyi pazarın genelinde ya da bölümüne odaklanarak gerçekleştirmek sureti ile performansını geliştirebilir (Sadler, 1993: 183; Dinçer, 2003:198, Ginter vd., 1998:143). Ancak birden fazla stratejiyi izleyip hiçbirini başarı ile gerçekleştiremeyenler ortada çakılıp kalmaya mahkum olurlar ve endüstri ortalamasının altında gelir elde ederler (Barca, 2002:34). Bu çalışmadan elde edilen bulgular, literatür bilgisini desteklemektedir. Pozisyon stratejilerinden herhangi birini izle-

yen hastaneler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamasına karşılık, bu stratejilerden hiçbirini izlemeyen hastanelerin performansları daha düşüktür.

Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmamakla birlikte, 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 hizmetlere yöneldikleri söylenebilir. Hekim başına fiili yatak sayısı (toplam maliyet liderliğinde 3,1, farklılaştırmada 2,3), hekim başına yatan hasta sayısı (sıra ile 205,4 ve 141,9) ve yatak devir hızı (sıra ile 85,8 ve 72,1) rakamları da bu durumun en basit göstergeleridir.

#### **D. Farklı Özelliklere Sahip Hastanelerin Performans Farkları**

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.

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.

Çalışmada kamu hastanelerinin kapasite kullanma oranlarının özel hastanelerden daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, 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 kullanma 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 3,8'i hastaneye yatırılırken, bu rakam özel hastanelerde 8,7'ye yükselmektedir. Bu durum özel hastanelerin daha çok yatan hasta hizmetlerine yönelirken kamu hastanelerinde ise ayakta tedavi hizmetlerinin ağırlık kazandığını göstermektedir.

Chang ve arkadaşlarının (2004) Tayvan'daki hastanelerin mülkiyetlerine göre faaliyet verimliliğini araştırdıkları çalışma ile elde ettikleri bulgular da bu çalışma ile örtüşmek-

tedir. 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. Ancak bu çalışmanın yapıldığı dönemde özel hastaneciliğin günümüzdeki kadar gelişmediği dikkate alındığı için bu günkü çalışmalarla karşılaştırıldığında doğru sonuç vermeyeceği düşünülmektedir.

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.

Yukarıda yapılan tartışmalar sonucunda hastane yöneticilerinin rekabet güçlerini artırmak için aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- ⇒ Hastanelerin dış çevreyi etkileme şansları kısıtlıdır. Ancak buna rağmen hastane yöneticileri dış çevredeki değişimleri izleyerek, çevresel değişikliklere uygun rekabet stratejileri oluşturabilirler. Böylece dış çevrede oluşabilecek şoklara karşı proaktif yöntemler izlenerek olumsuzluklar en aza indirgenebilir. Sonuç olarak çoğu zaman önlenmesi mümkün olmayan dış şoklara karşı hastane yöneticileri proaktif davranarak, tehditleri avantaja dönüştürebilirler.
- ⇒ Hastanelerin kapasite kullanım oranları önemli verimlilik ölçütlerinden biridir. Dolayısı ile başta kapasite kullanma oranları olmak üzere, devir aralığı, yatak devir hızı, bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, yatan hasta oranı, hekim ve diğer sağlık personeli başına yatan hasta sayıları, vb. veriler hastanenin yönetsel süreçlerini ve verimliliğini değerlendirmede kullanılmalı ve hastanenin zayıf ve güçlü yönleri ortaya konularak, buna uygun stratejiler geliştirilmelidir.
- ⇒ Hastanelerde yürütülen faaliyetlerin maliyet kontrolü sağlanmalıdır. Özellikle yatak sayısı ve yatılan gün sayıları baz alınarak, yatak başına ve hasta günü başına maliyetler ve sağlanan net gelir ortaya konulmalıdır. Bu yöntemle hastaneler ölçek ekonomisi geliştirebilirler. Böylece küçük hastaneler birleşerek ya da mevcut hastane zincirlerine katılarak, büyük hastaneler ise küçülerek gereksiz maliyetleri ortadan kaldrabilirler.

- ⇒ 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. Dolayısı ile sağlık kuruluşları ürettiği hizmetlerin verimlilik analizlerini yapmalı ve verimsizlik alanları tespit edilerek, verimsizliğe neden olan faktörler ortadan kaldırılmalıdır.
- ⇒ 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.

### Kaynakça

- Acar, Durmuş (2005). Küresel Rekabette Maliyet Yönetimi ve Yaklaşımları: Tekstil Sektörü ile ilgili Bir Araştırm. Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti.
- Altunışık, Remzi, Coşkun, Recai, Bayraktaroğlu Serkan ve Yıldırım, Engin (2005). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı. Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Bamezai, Anil, Zwanziger, Jack, Melnick, Glenn A. & Mann, Joyce M. (1999). “Price Competition and Hospital Cost Growth in The United States (1989-1994)”, Health Economics, (8), pp.233–243.
- Barca, Mehmet (2002). “Stratejik Yönetim Yaklaşımları: Rekabet Avantajı Yaratmada Sinerjik Etki”. İçinde Stratejik Boyutuyla Modern Yönetim Yaklaşımları, İ. Dalay, R. Coşkun ve R. Altunışık (Eds). İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım, ss.27-45.
- Campbell-Hunt, Colin (2000). “What Have We Learned About Generic Competitive Strategy? A Meta-Analysis”. Strategic Management Journal, (21), ss.127-154.
- Capps, Cory, Dranove, David & Satterthwaite Mark (2003). “Competition and Market Power in Option Demand Markets”. The RAND Journal of Economics, 34 (4), ss. 737-763.
- Chang, Hsihui, Cheng, Mei-Ai & Das, Somnath (2004). “Hospital Ownership and Operating Efficiency: Evidence from Taiwan”, European Journal of Operational Research, (159), pp. 513-527.
- Chrisman, James J., Hofer, Charles W. & Boulton William R. (1988). “Toward a System for Classifying Business Strategies”, The Academy of Management Review, 13 (3), pp. 413–428.
- Cleverley, William O. & Harvey, Roger K. (1992). “Competitive Strategy for Successful Hospital Management”. Hospital & Health services Administration, 37 (1), pp. 53–69.

Collins, David J. & Montgomery, Cynthia A. (2000). "Kaynaklara Dayalı Rekabet 1990'lı Yıllarda Strateji", Şirket Stratejisi, Harvard Business Review, (Çev. A. Gürsel), İstanbul: MESS (Türk Metal Sanayicileri Sendikası) Yayını, ss. 41-67.

Craig, James C. & Grant, Robert M. (1993). Strategic management, London: Kogan Page in association with AMED.

Dinçer, Ömer (2003). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. (6. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

Dess, Gregory G. & Davis, Peter S. (1984). "Porter's Generic Strategies as Determinants of Strategic Group Membership and Organizational Performance". The Academy of Management Journal, 27 (3), pp. 467-488.

Ersoy, Korkut ve Kavuncubaşı, Şahin (1995). "Mülkiyet Yapısı ve Örgütsel Performans". Toplum ve Hekim, 10 (66), ss. 107-113.

Ginn, Gregory O. & Young, Gary J. (1992). "Organizational and Environmental Determinants of Hospital Strategy". Hospital and Health Services Administration, 37 (3), pp. 291-302.

Ginter Peter M, Swayne, Linda E. & Duncan, W. Jack. (1998). "Strategic Management". Handbook of Health Care Management, W. J. Duncan, P. M. Ginter and L. E Swayne (Eds). USA: Blackwell Business, pp.117-151.

Goldstein, Susan Meyer, Ward, Peter T., Leong, G. Keong & Butler, Timothy W. (2002). "The Effect of Location, Strategy, and Operations Technology on Hospital Performance". Journal of Operations Management, (20), pp.63-75.

İplikçioğlu, İsa (2003). "Kapitalist Sistem ve Küresel Pazarda Rekabet Avantajı Sağlamayı Amaçlayan Firmalar İçin Olası Alternatif Rekabet Stratejilerinin Analizi". Verimlilik Dergisi, (4), ss. 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, 11 (2), pp. 41-447.

Kumar, Kamalesh, Subramanian, Ram & Yauger, Charles (1997). "Pure Versus Hybrid: Performance Implications of Porter's Generic Strategies". Health Care Management Review, 22 (4), pp. 47-60.

Lamont, Bruce T., Marlin, Dan, Hoffman & James J. (1993). "Porter's Generic Strategies, Discontinuous Environments, and Performance: A Longitudinal Study of Changing Strategies in The Hospital Industry". Health Services Research, 28 (5), pp. 623-640.

Luft Harold S., Garnick, Deborah. W., Hughes, Ronda G., Hunt, Sandra S., McPhee, Stephen J. & Robinson, James C. (1988). "Hospital Competition, Cost, and Medical Practice". The Journal of Medical Practice Management, 4 (1), pp. 10-15.

Melnick, Glenn A, Keeler, Emmett & Zwanziger, Jack (1999). "Market Power and Hospital Pricing: Are Nonprofits Different?". Health Affairs, 18 (3), pp. 167-173.



- Melnick, Glenn A. & Zwanziger, Jack (1988). "Hospital Behavior under Competition and Cost-Containment Policies. The California Experience, 1980 to 1985". The Journal of the American Medical Association, 260 (18), pp. 2669-2675.
- Morrisey, Michael A. (2001). "Competition in Hospital and Health Insurance Markets: A Review and Research Agenda". Health Services Research, 36 (1), pp. 191-221.
- Özdamar, Kazım (1999). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Porter, Michael E. (2000). Rekabet Stratejisi Sektörler ve Rakip Analizi Teknikleri. (Çev. G. Ulubilgen). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Porter, Michael E. (1998). On Competition. Harvard Business School Pres.
- Porter, Michael E. (1985). Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance, New York: Simon and Schuster Trade.
- Robinson, James C. & Luft, Harold S. (1987). "Competition and the Cost of Hospital Care, 1972 to 1982". The Journal of the American Medical Association, 257 (23), pp. 3241-3245.
- Robinson, James C. & Luft, Harold S. (1985). "The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Average Length of Stay, And The Cost of Care". Journal of Health Economics, 4 (4), pp. 333-356.
- Sadler, Philip. (1993). Strategic Management. USA, Kogan Page Limited, Milford, CT.
- Santerre, Rexford E. & Adams, Ammon S. (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, 2 (3), pp. 205-218.
- Schermerhorn, John R. Jr. (2007). Management 9e. Hoboken New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Segev, Eli (1989). "A Systematic Comparative Analysis and Synthesis of Two Business-Level Strategic Typologies". Strategic Management Journal, 10 (5), pp. 487-505.
- Sparks, Janet D. (1999). A Methodology for Estimating the Level of Aggressiveness in Competitive Bidding Markets. Blacksburg, Virginia: A Dissertation of the Degree Master of Science in Civil and Environmental Engineering.
- Swayne, Linda E., Duncan, W. Jack & Ginter, Peter M. (2006). Strategic Management of Health Care Organization. Fifth edition, Blackwell Publishing.
- Szilagyi, Andrew D, Jr. & Schweiger, David M. (1984). "Matching Managers to Strategies: A Review and Suggested Framework". The Academy of Management Review, 9 (4), pp. 626-637.
- Zuckerman, Alan M. (2002). Improve Your Competitive Strategy A Guide for The Healthcare Executiv. Chicago: Health Administration Pres.
- Zwanziger, Jack, Melnick, Glenn A. & Bamezai, Anil (2000). "The Effect of Selective Contracting on Hospital Costs and Revenues". Health Services Research, 35 (4), pp. 849-867.