

HİZMET BASKIN MANTIĞA SAĞLIK HİZMETLERİ BAĞLAMINDA BİR BAKIŞ: KALİTATİF BİR ARAŞTIRMA

A LOOK AT SERVICE DOMINANT LOGIC IN THE CONTEXT OF HEALTHCARE: A QUALITATIVE RESEARCH

Abdülkadir ŞENCAN* 
İrfan AKYÜZ** 

Öz

Hizmet pazarlamasındaki eski anlayış hizmeti tanımlamaktan ziyade ürün baskın mantık çerçevesinde ürün ile hizmetin farklılıklarına odaklanmıştır. Hizmet baskın mantık ürün ile hizmetin karşılaştırmasını yapmaz. Mübadelenin temelinde olan şeyin hizmet olduğunu söyler ve bir çerçeve çizer. Hizmet baskın mantığa göre ekosistem içerisindeki aktörler, kaynaklarını entegre ederek kurumların düzenleyici rolü ışığında hizmet için hizmet mübadelesini gerçekleştirerek değer yaratır. Bu çalışmada, sağlık hizmetlerindeki profesyonellerin hizmet baskın mantığı ne ölçüde benimsedikleri anlaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmada derinlemesine görüşme tekniği olan yarı yapısal mülakat tekniğinden yararlanılmıştır. İstanbul'da aktif olarak çalışan, 7 hekim ve hekim olmayan 2 hastane yöneticisi olmak üzere toplamda 9 kişi ile yürütülen çalışma sonucunda uzmanların sağlık hizmetleri ekosistemindeki aktörlerin, hizmetin, kaynakların, değer ve kurumların neler olduğuna dair görüşlerine ulaşılmıştır. Çıktılar literatürle genel olarak uyumla beraber hizmet baskın mantığı merkezinde bulunan hastaların, profesyonellerce göz ardı edildiği ve hizmetin bir parçası değil hizmeti alan taraf olarak kabul edildiği anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hizmet baskın mantık, hizmet pazarlaması, sağlık hizmetleri pazarlaması

JEL Sınıflandırılması: M31, L8, I1

Abstract

The old understanding of service marketing focused on the differences between the product and the service within the framework of product-dominant logic rather than defining the service. Service-dominant logic does not compare product and service. It says that the basis of exchange is service and draws a framework. According to the service-dominant logic, actors in the ecosystem create value by integrating their resources

* **Sorumlu Yazar:** Doktora Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yönetim ve Strateji Doktora Programı, abdulcadirsencan@gmail.com, ORCID: 0000-0001-7337-6218.

** Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, İşletme Bölümü, Üretim Yönetimi ve Pazarlama AB., iakyuz@istanbul.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1494-3862.

To cite this article: Şencan, A. & Akyüz, İ. (2023). Hizmet baskın mantığa sağlık hizmetleri bağlamında bir bakış: kalitatif bir araştırma. *Journal of Research in Business*, 8(2), 575-599. DOI: 10.54452/jrb.1358692

Ethics Committee: T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı, 03.06.2022-914366.

Submitted: 11.09.2023

Revised: 06.10.2023

575

Accepted: 06.10.2023

Published Online: 20.12.2023

and realizing service-for-service exchange in the light of the regulatory role of institutions. In this study, we tried to understand the extent to which professionals in health services adopt the service-dominant logic. Semi-structured interview technique, which is an in-depth interview technique, was used in the research. As a result of the study conducted with a total of 9 people, including 7 physicians and 2 non-physician hospital managers actively working in Istanbul, experts' views on the actors, services, resources, value, and institutions in the healthcare ecosystem were obtained. Although the results are generally consistent with the literature, it is understood that patients, who are at the center of the service-dominant logic, are ignored by professionals and are considered as the service recipients rather than a part of the service.

Keywords: Service dominant logic, service marketing, health care marketing

JEL Classification: M31, L8, I1

Extended Summary

In the early years of service marketing, academics' attempts to define service did not go beyond describing the differences between service and product (Shostack, 1977). Vargo and Lusch (2004a) on the other hand, argued that services and products are not subject to comparison and that marketing should already have a service-dominant logic at its core. The concept of service-dominant logic has received so much attention in the marketing community that Stephen L. Vargo and Robert F. Lusch's 2004 article "Evolving to a new dominant logic for marketing" became the most cited article in the 80-year history of the Journal of Marketing in 2018 (Gummeson, 2019). There are 11 premises that form the framework of service-dominated logic. Five of these 11 premises, which have evolved over the years with the contributions of theorists, are now axioms. These five axioms, which form the basis of service dominant logic, are related to actors, services, resources, values and institutions (Vargo & Lusch, 2016). According to service-dominant logic, actors in the ecosystem interact and create value by integrating their resources and exchanging services for services in light of the regulatory role of institutions (Vargo & Lusch, 2019).

This study will try to explore the place of service-dominant logic in the health services sector. In the literature, there are limited number of studies that examine the health services sector within the framework of service-dominant logic (Vespestad & Clancy, 2019). However, despite all the technological developments in the field of health, the lack of an increase in outputs can be remedied by approaching health services with a service-dominant logic (Joiner & Lusch, 2016). In this study, convenience sampling method was chosen due to time and cost constraints, intensive working hours of healthcare professionals, over-regulation of the sector and difficulty in accessing service professionals. A total of 9 people, including 7 physicians and 2 non-physician hospital managers actively working in Istanbul, were interviewed. Semi-structured interview technique, which is an in-depth interview technique, was utilized in the research. The participants were asked five questions about the basic building blocks of the service dominant logic: actors, service, resources, value and institutions.

When the outputs of the research are analyzed, it is understood that a very important element, even the most important element, has been ignored: the patient. It is understood that within the healthcare ecosystem, the patient is not seen as an actor who has resources (Dahl, Milne, & Peltier,

2021) and integrates resources, and is not recognized as a co-producer of the service and the main value creator. Whereas, the patient is at the center of the healthcare ecosystem and is not only a party to the exchange of services but an active partner in service creation at every stage of the service (Sharma & Conduit, 2016). Participants identified actors in health services as the state, doctors, nurses, allied health personnel, family, friends, managers, hospital staff, administrative team, but did not identify the patient as an actor. Experts define knowledge, skills, and technology as resources, but do not see the patient as a source of knowledge and skills. Likewise, although there are different views on what value is, the general mindset is that value is created by the healthcare provider and the patient is only a consumer of value, not the creator of value.

The first limitation of this study is that it cannot be generalized to the healthcare ecosystem as it is a qualitative study. The participants in this study are limited to Istanbul province. Future researchers who want to work in this field can conduct studies with other healthcare professionals not included in this study. Especially focusing on institutions and institutional structures will contribute to the marketing literature in this field.

1. Giriş

Hizmet pazarlamasının henüz emekleme yılları olan 1980 öncesindeki akademisyenlerin ana hedefi, hizmeti tanımlamak olmuştur. Hizmetleri somut ürünlerden ayırmak, soyut ürünlerin pazarlama yönetimindeki zorlukları gibi konular sebebi ile akademisyenler hizmetleri tanımlamaktan ziyade hizmetlerin karakteristiklerini belirlemeye çalışmışlar, somut ürünlerle soyut ürünlerin farklarını anlatmaya ve çizimlerle örneklendirme yoluna gitmişlerdir (Fisk, Brown, & Bitner, 1993). Shostack (1977) bu durumu klasik pazarlama karmasına sıkışıp kalmış ve ürün odaklı pazarlama anlayışının bir sonucu olduğunu söylemiştir. Mevcut hizmet sektörünü tanımlamakta yapılan hizmet tanımları çok sığ, hizmete atfedilen özellikler de miadını doldurmuş ve alana katkı sağlamamaktadır. Pazarlama teorisinin bir yol ayrımında olduğu (Duncan & Moriarty, 1998) ve yeni bir yaklaşım kaçınılmaz olduğu belirtilmiştir. (Edvardsson, Gustafsson, & Roos, 2005).

İlişkisel pazarlama ve ağ pazarlaması gibi yeni alt disiplinlerin ortaya çıkmasına, pazarlamada bir paradigma değişiminin şart olduğu görüş birliğine rağmen pazarlama bilim insanları pazarlamanın veya baskın mantığının ne olduğuna dair net bir açıklama, bir kolektif mantık geliştirememişlerdir. Bu esnada Stephen L. Vargo ve Robert F. Lusch (2004a) pazarlamadaki hakim mantığın somut kaynaklara dayalı olduğu oysa 1980'lerden sonra pazarlamaya soyut kavramların da giriş yaptığı ve pazarlamadaki baskın mantığın "hizmet" olması gerektiğini savunarak "Hizmet Baskın Mantık" (HBM) (**Service Dominant Logic – SDL**) kavramını ortaya atmışlardır. Vargo ve Lusch aslında kendi deyimleri ile "yeni bir şey" bulmadıklarını, yalnızca "var olan ama tanımlanmamış olanı" tanımladıklarını söylemişlerdir. HBM'nin onlara ait bir kavram değil pazarlamaya yönelik – olması gereken – bir bakış açısını tanımladığını ifade etmişlerdir (Lusch & Vargo, 2006).

HBM pazarlama akademisyenleri tarafından oldukça ilgiyle karşılanmıştır. O kadar ki Stephen L. Vargo ve Robert F. Lusch'un 2004 yılındaki "Evolving to a new dominant logic for marketing"

makalesi 2018 yılında Journal of Marketing'in 80 yıllık geçmişinde en çok atıf alan makale olmuştur (Gummesson, 2019). Pazarlamada bu kadar ilgi çekmesine rağmen sağlık hizmetleri alanındaki çalışmalar sınırlı kalmıştır. Bu çalışma ile sağlık hizmetleri pazarlaması alanındaki boşluk doldurulmaya çalışılmaktadır.

2. Literatür Taraması

Hizmet baskın mantık teorik çerçevesi onbir temel öncül üzerine yapılandırılmıştır. Teorinin gelişmesiyle beraber onbir temel öncül içindeki beş öncül aksiyom halini almıştır. Bu öncüllerin ve aksiyomların hem sayısı zaman için artmış hem de teorileri gelişmiştir. Zaman içinde aksiyom durumuna geçen beş öncülden diğer altı öncüle ulaşılabilir (bkz.Tablo 1). Bu aksiyomların esas amacı hizmet için hizmet mübadelesi aracılığı ile değer yaratmayı açıklamaktır (Vargo & Lusch, 2016).

Tablo 1: Aksiyomlar ve Temel Öncüller

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| Aksiyom 1 (Öncül 1): Hizmet Mübadelesinin Temel İlkesidir | Aksiyom 2 (Öncül 6): Değer, Fayda Sağlayanın da İçinde Bulunduğu Birçok Aktör Tarafından Birlikte Yaratılır | Aksiyom 3 (Öncül 9): Bütün Sosyal ve Ekonomik Aktörler Kaynak Entegratörleridir | Aksiyom 4 (Öncül 10): Değer Her Zaman Benzersiz Bir Şekilde ve Fenomenolojik Olarak Fayda Sağlayan Tarafından Belirlenir | Aksiyom 5 (Öncül 11): Birlikte Değer Yaratma, Aktörler Tarafından Oluşturulan Kurumsal ve Kurumsal Düzenlemeler Aracılığı ile Koordine Edilir |
| ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| Öncül 5: Tüm Ekonomiler Hizmet Ekonomileridir | Öncül 3: Mallar, Hizmet Sunumunun Dağıtım Mekanizmalarıdır | Öncül 4: İşleyen Kaynaklar Stratejik Faydanın Temel Kaynağıdır | Öncül 7: Aktörler Değer Sağlayamazlar Ancak Değer Tekliflerinin Yaratımında ve Önermelerinde Rol Alabilirler | Öncül 8: Hizmet Odaklı Bakış Açısı Doğası Gereği Fayda Sağlayan Odaklıdır ve İlişkiseldir |
| | Öncül 2: Dolaylı Mübadele, Mübadelesinin Temel İlkesini Maskeler | | | |

Kaynak: Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2019). An Overview of Service-Dominant Logic. S. L. Vargo, & R. F. Lusch içinde, The Sage Handbook of Service-Dominant Logic (s. 3 – 21). California: SAGE. s.16

Tablo 1’de gösterilen aksiyom 1’den öncül 5’e, aksiyom 2’den öncül 3 ve öncül 2’ye, aksiyom 3’ten öncül 4’e, aksiyom 4’ten öncül 7’ye, aksiyom 5’ten öncül 8’e ulaşılabilir.

HBM’nin en nihayetinde temelini oluşturan beş kavram vardır: aktörler, hizmet, kaynaklar, değer ve kurumlar. Bu kavramlar HBM’nin zaman içinde temel öncüllerinin geliştirilerek ve hatta öncüllerin artık aksiyom durumuna geçerek çerçevesinin gelişmesi ile temel yapı taşları haline gelmiştir (Lusch & Vargo, 2019). Bu kavramlar şöyle açıklanabilir:

Aktörler: HBM başlarda klasik liteatürden hareketle tanımlanmış tüketici, müşteri, üretici, tedarikçi gibi aslında roller biçilmiş terimleri kullanmıştır. Zamanla rolleri sınırlandırmak yerine daha geniş bir anlam ifade etmesi açısından “aktör” kelimesi tercih edilmiştir. Ne de olsa bütün aktörler aynı şeyi yapmaktadır: kaynak entegrasyonu ve hizmet mübadelesi. Aktör bakış açısı kullanımda olan B2C(Business to Consumer), B2B (Business to Business) ve C2C(Consumer to Consumer) kavramlarını da A2A (Actor to Actor) olarak kullanımını gerekli kılmıştır (Vargo & Lusch, 2011).

Hizmet: Burada özellikle belirtilmesi gereken nokta HBM’nin “hizmetler” yerine “hizmet” kullanımında özen göstermiş olmasıdır çünkü HBM’ye göre hizmetler hem bir sektörü belirttiği gibi hem de ürün baskın mantığın getirdiği bir kullanım olmuştur. Ürün baskın mantık çerçevesinde bakıldığında “hizmetler” soyut bir çıktıyı tanımlamakta oysa HBM çerçevesinden bakıldığında “hizmet” bilgi ve yetenek gibi kaynakların bir uygulaması olarak kavramsallaştırılmaktadır (Lusch & Vargo, 2015).

Kaynaklar: Kaynaklar hizmet sağlayabilmenin birincil gerekliliğidir. Aktörlerin değer yaratabilmek adına kullandıkları her şey kaynak olarak değerlendirilebilir. Bu kaynaklar somut ve soyut olarak gruplandırılacakları gibi işlenen ve işleyen kaynaklar olarak da gruplandırılabilir. İşlenen kaynaklar, fayda sağlayabilmek için işlenmesi gereken kaynaklar olarak gösterilebilir (örn: doğal kaynaklar). İşleyen kaynaklar ise işlenen kaynakları işleyerek fayda sağlayabilmek yetkinliğine sahip olan kaynaklardır (örn: bilgi ve yetenekler). İnsan yetenekleri, uygulamalı bilgi gibi olgular hizmet mübadelesinin konusudur (Lusch & Vargo, 2019).

Değer: Mübadelenin gerçekleşmesindeki amaç değer yaratmaktır. Değer bir aktörün iyi oluşundaki net bir değişimi ifade eder (Lusch & Vargo, 2014). Bu tanım aynı zamanda değerın aktöre özgü olduğunu ve değerın fayda sağlayan tarafından belirlendiğini de anlatır. Değer her zaman birlikte yaratılır. Bu sebeple değer algısında mübadeledeki tarafların yani aktörlerin de önemi vardır çünkü değeri tanımlayan taraf değeri tanımlarken deneyimlerinden, tecrübelerinden, yargılarından, mübadele konusunun mevcudiyetinden ve etkileşimlerden etkilenir (Vargo & Lusch, 2016).

Kurumlar: Kurumlar düzenleyici, normatif ve kültürel-bilişsel unsurların faaliyetler ve kaynaklarla bir araya gelmesinden oluşur (Scott, 2014). Kurumlar birlikte değer yaratmayı mümkün kılar. Burada bahsedilen kurumlar genel olarak literatürde bahsi geçen organizasyonel yapıları tanımlamak için kullanılmamaktadır. Kurumlar daha kapsamlı kurumsal düzenlemelerin birer parçasıdır. Kurumlar kaynak entegrasyonu, hizmet mübadelesi ve birlikte değer yaratma

faaliyetlerinin düzenleyicisi rollerini üstlenirler. Hizmet ekosistemini anlamak için kurumlar çok önemlidir çünkü önyargılar, genel kabul görmüş mantıklar ve de ideoloji gibi kurumlar hizmet sunumunu ve dahi birlikte değer yaratmayı etkileyebilecek güce sahiptirler (Lusch & Vargo, 2019).

HBM'nin kökenlerinde yatan fikrin ortaya çıkışında B2B evreni etkili olmuştur denilebilir. Müşterilerle birlikte hareket etme, geribildirimler sayesinde ürün ve hizmetler açısından iyileştirmeler ve güncelleştirmeler vb. ilk kullanan B2B evreni olmuştur. Bu açıdan bakıldığında satıcı işletme, ürününü satmakla değil (mübadedelediği değer) sattığı işletmenin bunu nasıl kullandığı (kullanımdaki değer) ve kendisine nasıl değer sağladığı ile ilgilenmiştir (Vargo & Lusch, 2008). HBM ise B2B'de filizlenen bu anlayışı ayakları yere basan bir çerçeveye oturtmuş ve son kullanıcıya kadar götürülebilecek bir tedarik zinciri sistemi tanımlamıştır. Ne de olsa tedarik zincirinin ana amacı müşterilerin değer yaratma süreçlerine hizmet teklifleriyle ya da hizmetlerin araçları olan mallarla desteklemektir (Lusch, Vargo, & Tanniru, 2010). Bu tanımlama desteklediği kadar fazla müşteri odaklı olduğu ve aslında hizmetin yaratıcılarının bir veya iki değil bir bütün olarak ağ yapısı içerisinde paydaşlar olduğu savıyla da eleştirilmiştir (Gummesson, 2008). Tek bir gerçek var ki o da HBM ortaya atıldığından bu yana “firma” ve “müşteri” sınırlarından sıyrılıp daha geniş bir bakış açısına evrildiğidir (Vargo & Lusch, 2016).

HBM bazen fazla yönetsel bakış açısı odaklı olmakla (Wilkie & Moore, 2015), bazen fazla makro seviye olduğu için mikro düzeyde yönetsel bir bakış açısı sunamayacağı ile (Grönroos & Voima, 2013), bazen de her hizmetin kendi bağlamında değerlendirilmesi gerektiği ancak HBM'nin genelleştirme yaparak aynı ürün odaklı bakış açısı gibi bir standardizasyon arayışında olduğu ile eleştirilmiştir (Grönroos, 2006). Bu eleştiriler yerinde olmakla birlikte yanlış anlaşılmanın bir sonucudur (Vargo & Lusch, 2017). Bu eleştirilere sebep olan yanlış anlamaları düzeltebilmek için HBM'nin beşinci aksiyomu olan “Birlikte Değer Yaratma, Aktörler Tarafından Oluşturulan Kurumlar ve Kurumsal Düzenlemeler Aracılığı ile Koordine Edilir” bakış açısını genişletmek gerekir. Kurumlar, aktörler ve kurumsal düzenlemelere daha geniş bir açıdan bakınca aradaki etkileşimleri ve akışı görmek mümkün olabilir. Bu geniş bakış açısıyla karşımıza sistem yönelimi olan “yığınların yığınlarla” (many-with-many) aktör bakış açısı çıkar (Gummesson, 2015).

Hizmet ekosisteminde kaynak entegrasyonunda bulunan aktörler hizmet için hizmet mübadelesi aracılığı ile kurumsal düzenlemeler çerçevesinde ortak bir değer yaratma amacıyla birbirleri ile etkileşim içindedirler. Hizmet ekosistemleri açık ve dinamik sistemler olup, sürekli bir öğrenme sürecinden geçerler. Böylece bu öğrenme süreci sonunda kendilerini yeniden düzenleyerek sistem içinde varlıklarını devam ettirirler (Lusch & Vargo, 2019).

Hizmet ekosistemleri tek bir katmandan oluşmazlar. Bu katmanlar her biri kendi içlerinde etkileşimde bulunan aktörlere sahip olduğu gibi farklı katmanlardaki aktörler arasında da etkileşim vardır. En altta bulunan en küçük katman olan mikro seviyedeki katmanda B2B, B2C ve C2C mübadeleleri konumlandırılabilir. Mezo olarak nitelendirilen orta katmanda pazar, endüstri, marka birlikleri ve

diğer alt kültürler bulunmaktadır. Mezo katmanda etkileşim biraz daha karmaşıktır çünkü taraflar birbirlerine hizmet sağladıkları gibi bu hizmet sağlama etkileşimleri üçüncü bir aktörü de etkileyebilir. En üst katmanda yani makro seviyede ise toplumsal, global ve ulusal aktörler yer alır. Makro katman yalnızca aktörlerden değil onları çevreleyen kurumlardan, kültürlerden ve ilişkilerden oluşur. Üst katmanları oluşturan alt katmanlardır ancak üst katmanlar da alt katmanları etkiler ve onlar için bir çevre olarak, bir bağlam olarak hizmet eder. Kısacası mikro, mezo ve makro katmanları birbirlerinden kopuk olarak düşünülemezler (Chandler & Vargo, 2011) (Akaka & Chandler, 2019). Bu birliktelik, içinde bilgi alışverişi ve öğrenme barındırdığı için doğal olarak inovasyonu da barındırır (Lusch & Nambisan, 2015).

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Baskın Mantık

Bir ülkenin sağlık sisteminin amacı insanları, kaynakları ve kurumları organize ederek toplumun sağlık hizmeti ihtiyacını sağlamaktır (Akram & Khan, 2007). Hemen tüm sektörler gibi sağlık hizmetleri de endüstri devriminden kalma ürün baskın mantıkla sundukları ürünlerin ya da hizmetlerin (örn. yatış, ambulans, önleyici, alternatif) içsel bir değer barındırdığını kabul eder. İçsel değer varlığının kabulü, ürünü tüketene değil ürüne odaklanma ile sonuçlanır. Bu durum kullanımdan doğan değeri maskeleyiği için sektörün verim sorununa, bir başka deyişle “çıktılarının iyileşmeme” sorununa çare olamamaktadır. Sağlık alanındaki bütün teknolojik gelişmelere rağmen çıktılarda bir artış olmamasına, sağlık hizmetlerine HBM anlayışı ile yaklaşarak bir çare bulunabilir (bkz.Tablo 2) (bkz.Tablo 3) (Joiner & Lusch, 2016).

Tablo 2: Sağlık Hizmetlerindeki Terminolojilerin Karşılaştırılması

| Ürün baskın mantık | Hizmet baskın mantık |
|----------------------------------|--|
| Sağlık hizmeti | Sağlık iyileştirme |
| Kalite | Değer |
| Hasta merkezli hizmet | Hasta idaresi |
| İyi yaşam hizmeti | Sağlık yatırımı |
| Kişiselleştirilmiş / kesin ilaç | Sağlık değer düzenlemesi |
| Tüketici yönetiminde hizmet | Tüketici değer seçimi |
| Hasta tatmin anketi | Değer değerlendirme ölçeği; hazır oluş değerlendirme aracı |
| Hasta harekete geçirme / katılım | Değer açıklama ve önceliklendirme |

Kaynak: Joiner, K. A., & Lusch, R. F. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 3(3), 25-33.. s.31

Tablo 2’de yapılan karşılaştırma, farklılıkları tespit etmek amacıyla yapılmış bir araştırmanın çıktıları değil, HBM çerçevesinin daha iyi anlaşılması için önerilen bir terminolojidir.

Tablo 3: Sağlık ve Sağlık Hizmetleri İçin HBM'nin Yeni Bir Dile Uygulanması

| Terim / kavram | Ne değil? | Ne? |
|-----------------------------|--|---|
| Hasta merkezli hizmet | *Müşteriyi ve aileyi dinleyen sağlayıcılar, ardından doktor tarafından optimal olarak belirlenen bir dizi aktiviteyi reçete eder. *Müşteri ve aileyi dinleyen sağlayıcılar, ardından müşteri ve ailelerin isteklerini tamamen yerine getirir. | *Tüketicinin yapmak istediği işi başarma olasılığını önemli ölçüde artırmak için sağlayıcılar ve sağlık ve iyi yaşam sistemi tarafında idare. *Tüketici tarafında öz yeterlilik. |
| Kişiselleştirilmiş ilaç | *Tüketicilere bir yaşam tarzı planı, ilaç profili ve tarama programı reçete etmek için sağlayıcılar tarafından genomik, proteomik, metabolomik, farmakogenomik, genetik epidemiyoloji ve diğer araçların kullanılması. | *Günlük yaşam aktivitelerine gömülü bir yaşam tarzı ve sağlık yönetimi planının tüketici ve sağlayıcı arasında birlikte yaratılması. |
| Tüketici yönetiminde hizmet | *Sigorta kapsamı, koruyucu bakım ve kronik durumların yönetimine ilişkin kaynak tahsisi kararları için sorumluluğu tüketicilere devretmek. | *Zaman ve bütçe kısıtlamaları dahilinde sağlık sermayesi stokunu optimize etmede tüketiciler için öz-yeterlilik yaratmak. |
| Sorumlu hizmet | *Maliyet tasarrufu ile eş zamanlı olarak kalite ölçütlerindeki performansı iyileştirmek için tüketicilerin sağlık hizmeti sisteminin sağlayıcıları ve bakım unsurlarıyla olan ilişkilerini koordine etmek. | *Tüketici için değer yaratmayı artırmak için tüketiciler, sağlayıcılar ve bakım unsurları arasında birlikte yaratmayı kolaylaştırmak. |

Kaynak: Joiner, K. A., & Lusch, R. F. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 3(3), 25-33.. s.31

Tablo 3 ürün baskın mantığının literatürdeki hizmet algısı ile HBM'nin ekosistem mantığı ile hizmet algısı arasındaki farklılıklara ışık tutmaktadır. Ürün baskın mantıkla hizmetin de tek yönlü olduğuna dair yanlış algıyı düzeltmeyi amaçlayan HBM hastayı merkeze koymakla kalmaz onu ekosistemin merkezindeki aktör olarak tanımlar.

Sağlık hizmetleri literatüründe HBM anlayışı baz alınarak yapılan araştırmalar hasta forumları, hasta panelleri, odak gruplar ve birebir araştırmalar ve faaliyetler ile sınırlı kalmıştır. Çalışmalarda hastaların rolü sınırlı veya hiç olmamakla beraber hastalardan sadece bilgi talep edilmiş, hizmet sunumunda veya geliştirilmesinde aktif bir rol verilmemiştir (Crawford, ve diğerleri, 2002). Oysa sağlık hizmetleri hasta doktor ilişkisinin ötesinde daha karmaşık bir hizmet ekosistemi tanımlar (Frow, McColl-Kennedy, & Payne, 2016). Geleneksel Sağlık hizmeti sunum modelinde merkezde hasta değil sağlık hizmet sunucusu bulunur (Pollard, Bansback, & Bryan, 2015). Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak genel algı hastaların pasif durumda oldukları onlara sağlık hizmetleri personeli tarafından (doktor, hemşire vb.) sağlık hizmetinin “verildiği” yönündedir (Badcott, 2005). Eskide kalmış bu anlayış sağlık hizmetlerinde verimlilik çalışmalarını da sonuçsuz bırakmıştır çünkü hastaların HBM'deki rolleri görmezden gelinmiştir (Nordgren, 2009). Oysa özellikle son zamanlarda gelişen anlayışa göre hastalar pasif olarak hizmeti alan değil bilakis hizmete aktif olarak katılım gösteren taraflardır. Hastanın merkeze oturtulduğu bu anlayışta hizmet kalitesinin gelişmesinden

öte hastanın fayda sağlama derecesi artmaktadır (Porter & Lee, 2013). Hastanın HBM çerçevesinde sistem içerisindeki rolü arttıkça hizmet kalitesi algısı da artmakta ve sağlık hizmeti çıktıları da artış göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde HBM tüm taraflar için değer çıktıları ile sonuçlanmaktadır (Gallan, Jarvis, Brown, & Bitner, 2013). Öte yandan HBM anlayışını benimseyen sağlık hizmet sunucusu, hizmet sunmanın yanında bir girişimci rolünü de üstlenmektedir (McCleary, Rivers, & Schneller, 2006)

Sağlık hizmetlerinin sosyal yapıdaki önemi oldukça yüksektir. Sağlık hizmetlerinin toplum üzerindeki ekonomik yükü ve de kolektif olarak toplum sağlığı üzerindeki etkileri yadsınamaz. Buna karşın başta etik kaygılar nedeniyle araştırmacıların bu alana ilgi göstermemesi sağlık hizmetleri pazarlaması alanındaki araştırmaların literatürde çok sınırlı sayıda kalmasıyla sonuçlanmıştır (Rehman, Dean, & Pires, 2012). Özellikle Türkçe literatür tarandığında sağlık hizmetleri pazarlaması alanında yapılmış çalışmaların ürün baskın mantıktan kalma hizmet kalitesi (Joiner & Lusch, 2016) odaklı olduğu anlaşılmaktadır.

3. Yöntem

Bu çalışmada, HBM'nin sağlık hizmetleri sektörü temelindeki yerinin keşfedilmesi amaçlanmaktadır. Buna göre, uluslararası ve ulusal literatürde kısıtlı miktardaki sağlık temelli HBM çalışmalarından hareketle, kalitatif bir araştırma tekniğinden yararlanarak; HBM çerçevesinin Türk sağlık hizmetleri sektöründe ne ölçüde benimsendiğinin ve uygulanabilirliğinin (Vespestad & Clancy, 2019) keşfedilmesine gayret edilmiştir.

3.1. Örneklem

Kalitatif çalışmalar doğaları gereği daha küçük örneklemlemler ile çalışmaktadır. Düşük örneklem sayısı araştırmacı için ilgili konuyu daha detaylı ve derinlemesine inceleme imkânı sunar (Mays, Pope, & Ziebland, 2006). Bu çalışmada kolayda örneklem yönteminden yararlanılmıştır. Kolayda örnekleminin seçilmesindeki amaç zaman ve maliyet kıstasının yanında sağlık hizmetleri sektörü profesyonellerinin yoğun çalışma süreleri, sektörün aşırı düzenlenmiş olması, yoğun denetime tabi olması ve hizmet profesyoneline ulaşım zorluğudur. Kolayda örneklemede istatistiksel bir genelleme yapılamaz yani örnek sadece kendini temsil eder lakin pilot nitelikli keşfedici bir araştırma için uygun bir seçenektir (Kurtuluş, 2010). İstanbul'da aktif olarak çalışan 7 hekim ve hekim olmayan 2 hastane yöneticisi olmak üzere toplamda 9 kişi ile görüşülmüştür. Bu kişilere ait veriler aşağıdaki gibidir (bkz. Tablo 4).

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Uzmanlar

| Katılımcı | Cinsiyet | Yaş | Uzmanlık Alanı | Çalıştığı Sağlık Sunucusu |
|-----------|----------|-----|--------------------|-----------------------------------|
| K1 | Erkek | 68 | KBB | Muayenehane |
| K2 | Erkek | 67 | Göz Hastalıkları | Muayenehane |
| K3 | Kadın | 44 | Radyoloji | Devlet Eğitim Araştırma Hastanesi |
| K4 | Erkek | 40 | Çocuk Hastalıkları | Devlet Hastanesi |
| K5 | Erkek | 40 | Anestezi | Devlet Üniversite Hastanesi |
| K6 | Kadın | 45 | Göz Hastalıkları | Vakıf Üniversitesi Hastanesi |
| K7 | Erkek | 40 | Pratisyen Hekim | İş Sağlığı Hekimi |
| K8 | Erkek | 56 | Hastane Yöneticisi | Özel Hastane |
| K9 | Erkek | 38 | Hastane Yöneticisi | Devlet Hastanesi |

3.2. Veri Toplama Tekniği

Araştırmada derinlemesine görüşme tekniği olan yarı yapısal mülakat tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmanın hedef kitlesi meşgul yöneticiler ve teknik uzmanlardan oluştuğu için bu teknik benimsenmiştir. Yarı yapısal mülakatlarda ana konular ve alt başlıklar belirlidir. Mülakatı yapan bu çerçevede ilgili konuları mülakat içeriğine dahil etmeye çalışır. Bu sayede yarı yapısal mülakatlar özellikle teknik konularda daha detaylı ve daha fazla bilgi elde etme şansı sunar (Gegez, 2015). Görüşmede kullanılan sorular HBM çerçevesinin temel yapı taşları olan aksiyomlarından hareketle yapılandırılmıştır. Literatürden yararlanılarak (Vargo & Lusch, 2019) katılımcıların anlayabileceği şekilde, akademik dilden arındırılarak toplamda 5 adet soru oluşturulmuştur. Buna göre araştırma soruları şunlardır;

- Sağlık hizmetlerindeki aktörler kimlerdir ve rolleri nelerdir?
- Sağlık hizmeti nedir? Hizmet kelimesinden ne anlıyorsunuz?
- Sağlık hizmetinin sunulabilmesi için somut veya soyut ne gibi şeylere ihtiyaç vardır?
- Sağlık hizmetlerinde değer nedir? Nasıl yaratılır?
- Sağlık hizmetlerinde düzenleyici etmenler, benimsenmiş ve tatbik edilen anlayışlar, normlar, kurallar, faaliyetler, kültürel ve bilişsel unsurlar nelerdir? Bunların sağlık hizmetindeki yeri ve etkisi nedir?

Söz konusu araştırma sorularının cevapları 2023 yılında Mayıs-Haziran ayları arasında en kısa 45 dakika, en uzun 90 dakika olmak üzere ortalama 70 dakikalık görüşmelerle toplanmıştır.

4. Araştırma Bulguları

Analiz sürecinde görüşmeler ayrı ayrı değerlendirilerek katılımcıların üzerinde durdukları konular ve cevapların ortak noktaları belirlenmiştir. HBM çerçevesini belirleyen unsurların pratikte ne ifade ettiği sadeleştirilerek sunulmuştur.

4.1. Aktörler

Tüm aktörler temelde aynı şeyi yapar: kaynak entegrasyonu (Vargo & Lusch, 2011). Fakat sağlık hizmetlerindeki bazı sorunların kaynağı, aktörlerin net olarak tanımlanmamış olmasındadır. Aktörler kimdir? Hangi aktörler, hangi kaynaklarla, neler yapar? Bu soruların cevapları halen kesin olarak bilinmemektedir (Hardyman, Daunt, & Kitchener, 2015). Katılımcılar sağlık hizmetlerindeki aktörleri devlet, doktor, hemşire, yardımcı sağlık personeli, aile, arkadaş, yöneticiler, hastane çalışanları, idari ekip olarak tanımlamışlardır.

“Sağlık hizmetlerinin en önemli aktörü devlettir. Devlet kanunları koyar, hizmeti sunar veya hizmet sunanları denetler. Sonra doktorlar gelir. Elbette hemşireler gibi yardımcı sağlık personeli de sayabiliriz. Doktor hastaya hizmet verir. Verdiği bu hizmet sağlığa kavuşturur. Estetik de bir sağlık kabul edilebilir. Kendisini beğenmeme, gündelik hayatında alaya konu olma gibi kişinin psikolojisini bozan bir durumu düzeltmek de kişiyi sağlıklı yapar” (K1)

“Sağlığın en baş aktörü doktordur. Diğerleri yardımcı aktörlerdir. Hizmeti biz veririz. Hastayı iyi ederiz. Hastane olsun, hemşire olsun doktorun sağlık hizmeti vermesine yardımcıdır. Bunu sadece ben söyleyemiyorum devlet de söylüyor. Herhangi bir malpraktiste (hastanın beden bütünlüğünü bozucu olay, yanlış bir ameliyat veya gelişen bir komplikasyon sonucu oluşan durum) devlet yalnızca bizi (doktordan bahsediyor) sorumlu tutar.” (K2)

“Sağlık hizmetlerinde aktörler doktorlar, hemşireler ve hasta bakıcılar olarak sayılabilir. Rollerini hastaya en iyi şekilde davranmak ve sağlığına kavuşturmadır.” (K3)

“Bana göre sağlık hizmetlerinde aktörler doktorlar ve ebeveynlerdir. Tabi yardımcı personeli de buna dahil edebiliriz. Ebeveyn dememdeki sebep sağlık hizmetini etkiliyor olmalarından kaynaklıdır. Ben çocuk doktoruyum ve hastalarım olan çocukların sağlıklarının takibi ebeveynlere aittir. Yani çocuğun sağlığından sadece doktor değil ebeveyn de sorumludur.” (K4)

“Tabii ki doktorlar ve hemşirelerdir. Hatta ameliyathane ortamında tıp teknisyenleri, yerleri silen abi bile sağlık hizmetinin aktörü sayılabilir. Yalnız doktorun tek rolü hastaya sağlık hizmeti vermek değildir. Üniversitede doktorun görevi aynı zamanda bir akademisyen olarak da yeni doktorlar yetiştirmektir. Dolayısıyla doktorun sağlık hizmetlerinde iki farklı rolü olduğunu söyleyebiliriz.” (K5)

“Doktorlar ve yardımcı sağlık personelidir. Ben burada uzman olarak elbette asıl sağlık hizmetini veririm ancak bana yardımcı olan kızların (doktor asistanlarından bahsediyor) da katkısı inkâr edilemez. Ne de olsa hastayı onlar karşıyor, onlar ilk ölçümlerini alıyor ve onlar hastayı yönlendiriyorlar. Üzerimden

büyük bir yük alıyor hatta cihazları kullanmayı benden daha iyi biliyorlar. Dolayısıyla sağlık hizmetini sadece doktorun verdiği algısı yanlıştır.” (K6)

“Benim açımdan bakıldığında iş sağlığı hekimi, iş güvenliği uzmanı, işveren ve tabii ki devlettir. Sosyal bir devletin gerekliliği olarak kanun yapıcılar işvereni işçilerin çalışma ortamında sağlıklarını muhafaza etmeleri için gereken önlemleri almasını zorunlu tutar. İşveren de bizden bu konuda yardım alır. İş güvenliği uzmanı belirli tehlikeleri bertaraf etme adına gereken önlemleri alır. Ben ise işçilerin sağlıklı olup olmadığını ve sağlıklarında zaman için bir bozulma olup olmadığını takip ederim. İşçilerin düzenli kontrollerini yaparak, gerektiğinde önleyici eylemlerle sağlık hizmetini veririm.” (K7)

“Aslında sağlık hizmetlerinde ilk akla gelen aktörler doktorlar ve hemşireler olsa da gerçekte öyle değildir. Hastanecilik hizmetinin yani sağlık hizmetinin devam edebilmesi için çok fazla aktör vardır ama bunlar genelde fark edilmez. Arka planda kaynak planlamasından tutun da hizmetin devamlılığını sağlayan teknik ekibe kadar geniş bir işletme kadrosu vardır. Yani sağlık hizmetinde bir görünen bir de görünmeyen aktörler var. Tabii burada devleti de unutmamak gerekir çünkü tüm düzenlemeler onun elinden geçer” (K8)

“Sağlık hizmetindeki aktörler doktorlar ve hemşirelerdir. Hizmeti onlar sunarlar. Zaten yöneticileri de başhekimdir. Biz (hastane yönetim kademesinden bahsediyor) hastane hizmetini sunarız. Doktorların iyi hizmet sunabilmesi için gerekli işlevleri yerine getiririz.” (K9)

Cevaplar incelendiğinde genel olarak devlet, doktor, hemşire, yardımcı sağlık personeli, aile, arkadaş, yöneticiler, hastane çalışanları, idari ekip sağlık hizmetlerindeki aktörler olarak değerlendirilmektedir. Katılımcılar özellikle devlet ve doktoru sağlık hizmetleri aktörü olarak tanımlamaktadır.

4.2. Hizmet

Literatürde hizmetlerin ürünlerden farklılıklarına atıfta bulunularak, ürün ve hizmet ayrımı netleştirilmeye çalışılmıştır. Bu ayrımı yapabilmek için hizmet literatürü soyutluk, heterojenlik, ayrılmazlık ve bozulabilirlik hizmet özelliklerini kullanmıştır (Edvardsson, Gustafsson, & Roos, 2005). Ancak bu özellikler hizmetlerin hala ürün odaklı bir mantıkla değerlendirilmeye çalışıldığı ve yine bu özelliklerin yalnızca hizmetlere özgü olmadığı gerekçesiyle eleştirilmiştir (Lovelock & Gummesson, 2004). Aslında bu özellikleri tanımlamak hizmetlere bir çeşit ürün muamelesi yapmaktır. Oysa hizmet, ürün baskın mantıkla soyut bir çıktıyı değil yetenek ve bilgi gibi kaynakların entegrasyonu olarak tanımlanmalıdır (Vargo & Lusch, 2015). Araştırmadaki doktor katılımcılar sağlık hizmetini sunulan bir eylem olarak tanımlamakta, bilgi, yetenek, iletişim gibi kaynakların entegrasyonu olarak ifade etmektedir. Katılımcılardan idari tarafta bulunanlar ise sağlık hizmetinin yalnızca hekimler tarafından verilen bir hizmet olduğunu, diğer sağlık unsurlarının ise hekimlere yardımcı olmak adına var olduğunu belirtmişlerdir.

“Hizmet bir konu hakkında uzman olan birinin ihtiyacı olan birine bilgisini sunmasıdır. Sağlık hizmeti de tıp biliminde uzman birinin hastaya bilgisi çerçevesinde yardımcı olmasıdır.” (K1)

“Hizmet hastayı iyi etmektir ama iyi etmek için yalnızca muayene etmek, ameliyat etmek yetmez. Onu teselli de etmelisin. Hastayı bilgilendirmeli ve stresini almalısın. Hasta normal düşünmez. Onu sadece muayene etmen yetmez. Kötü düşüncelerini silmeli ruhsal olarak da rahatlatmalısın. Sağlık hizmeti budur” (K2)

“Sağlık hizmeti hastanın sağlığına kavuşması için gereken şeyleri yapmaktır.” (K3)

“Sağlık hizmeti yalnızca hasta olan çocuk için değildir. Annesi babası içindir de. Çocuk ağlar ama stresini anne baba çeker. Bazen anne babalar çocuktan daha fazla hasta oluyor. Çocuktan önce pimpirikli ebeveyni tedavi etmek lazım” (K4)

“Sağlık hizmeti hastayı en acısız ve ağrısız şekilde, sıkıntısını asgaride tutarak sağlığına kavuşturacaktır.” (K5)

“Hizmet bilgi ve beceri çerçevesinde hastaya yardımcı olmaktır. Sağlık hizmeti öncelikle hastaya iyi davranmaktır. Sonra da hastayı en iyi şekilde tetkik ederek sağlığına kavuşturacaktır.” (K6)

“Hizmet talep edene bilgi ve becerilerini sunmaktır. Mesela ben tıp bilgimi işverene sunuyorum. Sağlık hizmetini ise sağlığı bozulana veya bozulma ihtimali olana verdiği hizmettir. İşçilere sağlık hizmeti veriyorum gibi...” (K7)

“İşletmede ürün dışındaki her şey hizmettir. Sağlık hizmeti ise hastaları iyileştirmek için girilen bütün aksiyonlardır” (K8)

“Hizmet senden istenen şeyi yapmaktır. Sağlık hizmeti de sağlığını isteyen hastayı iyileştirmektir. Yönetim tarafı olarak biz de hastaları iyileştirmeye çalışan doktorlara hizmet ederiz.” (K9)

Hekim katılımcılar sağlık hizmetini ürün baskın bir mantıkla sunulan bir olgu olarak tanımlamaktadır. Hizmetin sunulabilmesi için bilginin, yeteneğin ve iletişimin önemine vurgu yapmaktadırlar. İdari departmana mensup sağlık hizmeti çalışanları ise yine ürün baskın mantıkla hizmetin sunulduğunu ancak kendilerini sağlık hizmeti dışında tutarak yalnızca hekimin bu hizmeti sunduğunu ve diğer çalışanların birer “yardımcı” rolü üstlendiğini belirtiyor. Katılımcılarda hizmetin tek taraflı ve sadece doktor tarafından üretildiği görüşünün hakim olduğu anlaşılmaktadır.

4.3. Kaynaklar

HBM’de kaynaklar işleyen ve işlenen kaynaklar olmak üzere ikiye ayrılır. Basitçe işlenen kaynaklar somut ürünler, elle tutulan ve işlemeye hazır kaynaklardır. İşleyen kaynaklar ise bilgi ve yetenek gibi elle tutulmayan ancak işlenen kaynakları kullanarak çıktılar üreten kaynaklardır (Arnould, Price, & Malshe, 2015). Hizmet profesyonelleri sağlık hizmetlerindeki kaynakları bilgi, yetenek, teknoloji, fiziki ortam, cihazlar ve finans olarak tanımlamaktadır.

“Sağlık hizmeti verebilmemiz için cihazlar ve cerrahi aletler gereklidir. Mesela benim görüntüleme cihazım var. Ufak bir kamera. Hastanın kulaklarına, burnuna, boğazına bununla bakıyorum. Elektronik

cihazlar eksiden yoktu biz de ışıkla manuel bakıyorduk. Fakat bu cihazlar işlerimizi kolaylaştırmakla beraber tanı koyamazlar. Onun için bilgi ve tecrübe gerekir. Tabi hastanın sorununu iyi ifade etmesi işimizi hızlandıran şeylerden biridir.” (K1)

“Öncelikle bir yere ihtiyacım var elbette (gülüyor). Benim kendi muayenehanem. Eskiden ruhsatlı olduğu için devam edebiliyorum ama yeni bir yer açmak istesem bakanlığın belirlediği kriterlere uygun bir yer bulmam gerek. Kapı genişliği şu olacak, metrekaresi şu olacak vs.. Yeri bulduktan sonra en önemli şey güler yüz ve samimiyettir. Hastayı aileden biri gibi kabul edeceksin ama gerçekten öyle hissederek. Hasta senin samimiyetini hisseder ve sana güvenir. Güven olmadan sağlık hizmeti olmaz. Sana güvenmeyen hastayı ne yaparsan yap iyileştiremezsin. İşler hep ters gider. Son olarak da bilgi gerekir. Bilgi olmadan tanı da koyamazsın tedavi de edemezsin. Tedavinin yarısı tanı koymaktan geçer.” (K2)

“Bizim için cihaz. Olmazsa olmazımız. Cihaz ne kadar gelişmişse o kadar hızlı ve kesin tanı koyabiliriz. Dolayısıyla cihaz teknolojisindeki gelişmeler sağlık hizmetini de geliştirir. Sonra tecrübe geliyor. Yanlış anlaşılma olmasın bilgisiz bir tecrübeden bahsetmiyorum. Fakat gördüğün ile radyolojiye gönderen doktorun bulgularının ve şüphelendiği şeyin uyuşması lazım. Örnek vereyim beyinde bir kitle görürsün, doktorun şüphelendiği şeyle veya hastanın semptomları ile alakası yoktur. Başka yere bakman gerekiyor olabilir. Daha merkeze mesela. Öte yandan gördüğün şey önleyici bir sağlık hizmetine katkıda bulunabilir. Başka bir şey ararken bambaşka bir şey görmüşsündür ve ilgili doktora bu konuda uyarıda bulunursun. Bunun gibi şeyler” (K3)

“Önce doktora ihtiyaç var elbette ama gerçek bir doktora. Zar zor mezun olmuş, en son fakültede makale okumuş bir doktordan bahsetmiyorum. Yeteri kadar okursan hasta odaya girdiği anda kafanda bir tanı oluşur. Ben mesela çocuğun hal ve hareketlerinden %90 hastalığını anlarım. Hatta hasta olup olmadığını da anlarım. Aileye baktığımda bile anladığım olur. Çocuk şimariklik mi yapıyor yoksa gerçekten mi hasta ya da çocuktaki sorun fizyolojik mi yoksa psikolojik mi?... Bunlar hep okumayla ve zamanla edinilen şeyler.” (K4)

“Öncelikle kalifiye bir doktora ihtiyaç var. Sonrasında ise teknolojiye. Teknolojiye sadece elektronik cihazlar girmiyor. Hastanın koluna taktığımız anjiokattan, yatırdığımız masaya, monitör ettiğimiz cihazlara kadar. Bunun yanında tecrübeli hemşire de şarttır. Hemşire hastayı vezir de eder rezil de... Damara giremeyen hemşireler gördüm. Sorsan okul bitirip mezun olmuşlar. Doktorla uyum için de çalışan iyi bir hemşire sağlık hizmetinin kalitesini önemli ölçüde artırır.” (K5)

“Göz hastalıklarına genel olarak baktığımızda optik teknolojisi sağlık hizmetini verebilmemiz için elzem. Hem bizim gözü inceleyebilmemiz için gerekli bir teknoloji (cihazlar optik temelli) hem de görme kusurlarını giderebilmek ve katarakt için kullandığımız lensler adına önemli bir teknoloji. Özel olarak baktığımızda ise işler biraz daha farklılaşıyor. İlaçlar çok önem arz ediyor. Göz diğer organlardan farklıdır. Görürsünüz ama müdahale etmeniz bazen zor olabilir. İğneyle kuyu kazmak bizim için söylenmiş olabilir. Göz tansiyonunu örnek verirse farklı versiyonları için ilaçla, lazerle veya göze bir aparat takarak müdahalede bulunabiliriz.” (K6)

“Sağlık hizmetinin sunulabilmesi için temel unsur koordinasyondur. Devletin organizatör görevini üstlenerek toplumsal bir sağlıklı olmayı dizayn etmesi gerekir. Organize etmesi gereken şeylerden bazılarını sayarsam yapılacak hastaneler, hastane içinde çalışacak personel, hizmeti verecek doktor diyebilirim. Devletin bu konuda bir diğer görevi de yalnızca hastaları iyi etmek değil insanlar hasta olmadan önleyici hizmetler ile toplumun sağlığını en üst düzeyde tutmaktır. Sağlık hizmetinin sunulması için gerekli diğer şeyler yalnızca ikincil öneme sahip, detay diyebileceğimiz şeylerdir.” (K7)

“İyi bir yönetim ve tabii ki yönetici. Bunu kendi yaptığım işin reklamı olsun diye söylemiyorum ama gerçekten öyle. Sağlık hizmetleri çok kompleks bir yapı. İnsanlar sadece doktordan ibaret sanıyorlar ama öyle değil. Her şeyden önce sürekli değişen yönetmelikler iş akışına müdahale etmeyi ve yeniden yapılandırmayı gerektiriyor. Başka sektörler gibi zamanla düzeliyor diyebileceğiniz bir sektör değil sağlık hizmetleri. Sorumlulukları ağır. Sağlık personeli olmayanların bir şekilde adaptasyonu sağlanabiliyor ama özellikle doktorları bir şekilde ikna etmek ve iş yapılarını değiştirmek gerçekten zor. Tıbbın gereklilikleri çerçevesinde onlar da haklı olabilir ancak yönetmeliklerin emirleri böyle. Anlatsam kitaplar yazılır. Ne sizin ne de benim zamanım yetmez. Genel bir çerçeve olarak yönetim diyebilirim.” (K8)

“Bütçe! Acı ama gerçek. Doktorlar birçok şey istiyor. Bütçe yoksa alamıyoruz. O yüzden bazen ameliyatlar kalır. Bazen de geç yapılır. Bütçe yoksa elimiz kolumuz bağlı oluyor. Sağlık maliyetli bir hizmettir. Sağlık hizmetinin verilebilmesi için de gerekli olan ilk şey paradır.” (K9)

Sağlık hizmetlerinin tarafı olan uzmanlar bilgiyi, yeteneği, teknolojiyi, fiziki ortamı, cihazları ve finansı sağlık hizmetlerindeki kaynaklar olarak tanımlamaktadır. Özellikle bilgi, yetenek ve teknoloji üzerinde duran uzmanlar hastayı bir bilgi ve yetenek kaynağı olarak tanımlamamaktadır.

4.4. Değer

Değer tanımlanması zor bir kavramdır (Grönroos, 2008). Bir görüşe göre değer mübadele neticesinde oluşan fayda algısının genel bir değerlendirmesi olarak tanımlanabilir (Zeithaml, 1988). Değer yaratma ise işleyen kaynakların nasıl kullanıldığı, işleyen kaynaklarla ne yapıldığıdır (Berthon & John, 2015). Değer yaratma süreci yalnızca hizmet sunan tarafında gerçekleşmez. Mutlaka hasta da bu sürece dahil olur (Lusch & Vargo, 2014). Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri bu konuda farklı değer kavramları tanımlamaları yapmaktadır.

-Muayenehane hekimleri değeri belirleyeni hasta olarak tanımlamaktadır;

“Sağlık hizmetlerinde değer memnuniyettir. Hasta memnun olunca değer yaratılmış olur. Bu hem hasta ile olan iletişimle hem de şikayetlerine uygun olarak verilen tıbbi çözümlerle sağlanır. Hastaya en iyi, en bilimsel altyapısı olan hizmeti vermiş dahi olsanız memnun olmamış bir hasta ile değer yaratılmış olmaz.” (K1)

“Değer eşittir mutlu hasta. Hasta muayenehaneden ayrılırken mutlu şekilde ayrılacak. Sorularına cevap almış olacak. Aklında “acaba” olmayacak. Ayrıca hastaya yalan söylemeyeceksin. Ne kendisini iyi

hissetsin diye ne de daha fazla parasını almak için. Dürüst ol, hakkını al, bilgin dahilinde en iyi hizmeti ver. Senin bilginin dışında ise hastayı bilgisi olana yönlendir. Değer böyle yaratılır.” (K2)

-Hastane hekimleri değeri ve değer yaratmayı hekim özelinde değerlendirmektedir;

“Sağlık hizmetlerinde bizim açımızdan değer hızlı ve doğru tanıdır. Bu değeri yaratabilmek için eğitilmiş doktorların yanı sıra gelişmiş teknolojik cihazlar da gereklidir.” (K3)

“Sağlık hizmetlerinde değer doktorun hastaya ve topluma kattığı şeylerdir. Doktor işini düzgün yaptığında bir değer yaratmış olur. Yalnız burada bir yanlış anlaşılmaya ışık tutmak istiyorum. Sanki doktor gece gündüz çalışınca, yapması gerekenden fazla şey yapınca çok büyük değer yaratmış gibi bir algı var toplumda. Böyle bir şey yok. Doktor gerektiği kadar işini yapmalıdır çünkü fazlasını yapması hastaya ve topluma zarar verir. Bu zarar hem kendisini fazla yorarak diğer hastalara gereken hizmeti sağlayamaması olarak hem de fazla maddi külfet yaratarak insanlar üzerine yük yaratarak zararlı olabilir.” (K4)

“Doğru sağlık hizmeti değerdir. Sağlık hizmeti ile iki türlü değer yaratılır; birincisi hastayı sağlığına kavuşturarak, ikincisi de koruyucu hekimlik hizmetleri ile toplum için değer yaratarak.” (K5)

“Sağlık hizmetlerinde değer ekonomiktir. Uygun fiyatlı ve kaliteli bir hizmet sağlık hizmetleri için değerdir. Sağlık hizmetlerinde değer sadece doktor tarafından yaratılmaz. İyi bir ekonomik altyapının yanında kalifiyesi yüksek yardımcı sağlık personeli, teknolojik imkanlar, fiziki şartlar... bunların hepsi para demektir.” (K6)

“Bilgi ve ilgi sağlık hizmetlerinin değeridir. Sağlık hizmetlerinde değer öncelikle çalışan memnuniyeti ile yaratılır. Memnun çalışan iyi ve kaliteli hizmet demektir.” (K7)

-Hastane yöneticileri ise daha somut unsurlar üzerinde değeri ve değer yaratmayı tanımlamaktadır;

“Sağlık hizmetlerinde değer hastayı rahat ettirmektir. Hasta hastaneye girdiği anda ruhsuz bir binaya değil, kendisini rahat hissedeceği bir yere geldiğini anlamalıdır. Hasta her anlamda konforlu bir alanda olduğunu hissetmelidir. Hastaneye gelmek hasta için çileye dönmemelidir. İyi bir lokasyon, mimarisi iç açıcı bir bina, samimi bir ortam ve iyi hizmet alacağın emin olan bir hasta. Değer böyle yaratılır.” (K8)

“Hastanın sağlığına kavuşmasıdır. Değer yaratmak doktorun elindedir. Doktor mevcut imkanlardan en iyi şekilde yararlanarak hastayı iyi ettiğinde değer yaratmış olur.” (K9)

Farklı katılımcı grupları değeri ve değer yaratmayı farklı olarak tanımlamaktadır. Muayenehane hekimleri değeri belirleyen hasta olduğu ve mutlu hastanın değer yaratma sonucu oluşacağı konusunda görüş birliğindedirler. Hastane hekimleri değer ve değer yaratmayı hekimin özelinde bir olgu olarak değerlendirmektedirler. İdari ekip ise değer kavramını daha elle tutulur unsurlar çerçevesinde tanımlamaktadırlar.

4.5. Kurumlar

Kurumların önemi hizmet ekosistemi içerisindeki uygulamaları şekillendirmesinden kaynaklanmaktadır (Lawrence, Hardy, & Phillips, 2002). Sağlık hizmetlerini şekillendirmede en etkin kurumlar içerisinde devlet, kültür, politika ve yaptırım gücüne sahip devlet kurumları sayılabilir. Bunlara ek olarak da medya, hastane, klinikler, uzman birlikleri örnekleri verilebilir (Frow, McColl-Kennedy, & Payne, 2016). Bu araştırmada ortaya çıkan bulgulara göre devlet, hastane, muayenehane, uzman birlikleri, kültür, ilaç şirketleri, cinsiyet, internet, arkadaş, iş yapma kültürü, ekonomi, doktorluk sağlık hizmetlerini şekillendiren kurumlar olarak gösterilebilir.

“..özetlemek gerekirse devlet (dolayısıyla sağlık bakanlığı ve sağlık müdürlükleri), ilaç şirketleri, doktorlar elle tutulan şeyler olarak söylenebilir. Medya önemli bir unsurdur çünkü insanlar estetik için geldiklerinde genelde referans verecekleri medyatik bir kişi ile geliyorlar. Kültür konusu çok derin ama genel olarak hasta doktor ilişkisindeki eski kültür kayboldu diyebilirim” (K1)

“Bizim her şeyimizi sağlık bakanlığı düzenler ancak sağlık bakanlığı çok geniş bakarak herkesi aynı kefeye koyuyor. Koskoca hastane ile bana (muayenehane hekimi olarak konuşuyor) uyguladığı kurallar aynı. Oysa verdiğimiz hizmetin türü de bizi tercih eden hastanın da beklentileri de farklı. Bakanlık sanki muayenehane açmayın diyor. Bizim tabip odası da ayakta uyuyor.” (K2)

“Sağlık hizmetlerinde kadın olmak sağlık hizmetlerinin zorluklarına ek olarak zorluklar da getiriyor. Kimi hasta bize hala hemşire muamelesi yaparken kimi hasta da sadece kadın olduğumuz için tercih ediyor bizi. Kadın olarak mesafeyi her zaman korumak zorunda hissediyorum kendimi aksi takdirde bilimsel itibar görmeme veya başka sorunlarla karşılaşabiliyorum.” (K3)

“Bence bizde sağlık hizmetini şekillendiren başlıca etmen kültür. Kısa bir yurtdışı tecrübem de olduğu için biliyorum. Bizde ebeveynler çocukları konusunda aşırı hassas. Çocuk öksürse evladım ölüyor diye hastaneye koşuyor. Yurtdışında böyle bir durum yok. Bizim aile yapımızda çocuğa “çocuk” olması dışında da anlamlar yükleniyor sanıyorum. Belki yetişme tarzımı böyle. Bizdeki ebeveynlere kendimi de dahil ediyorum bu arada. Ben doktorum ama benim çocuğum da hastalandığında aynı davranışı ben de gösteriyorum. Sebep nedir bilemiyorum.” (K4)

“...doktora saygı kalmadı. Eskiden doktor hasta geldiğinde elinden gelenin en fazlasını yapmaya çalışırdı. Artık böyle bir durum yok. Hasta istediği ilacı alamadı diye doktoru şikayet ediyor. Doktor bu yüzden soruşturma geçiriyor. O yüzden doktorlar artık uğraşmıyor. Hastanın istediği ilacı yazıp gönderiyor. Zaten beş dakikada hasta muayene etmek zorunda. Ne kadar ilgilenilebilir ki...” (K5)

“İnternet, arkadaş ve sabit fikir sağlık hizmetlerinin en büyük düşmanı. Hasta semptomlarını internete yazıyor ve eksik bilgisi ile karşımıza geliyor. Gelen hasta hastalığının şu veya bu olduğunun iddiasında bulunuyor. Bunun bir sebebi de Cem Yılmaz'ın “kaynımda da var” muhabbeti. Her hasta farklıdır. Farklı taniye ve farklı tedaviye ihtiyacı vardır. Oysa hasta kendi tanısını da koymuş, tedavi kararını da vermiş oluyor ve bizden bunu talep ediyor. Bir diğer durum da hastanın tanı koymaya direnç göstermesi. Hastaya detaylı muayene yapmak istediğimizde hasta sadece gözlük almak için geldiğini başka bir şey

istemediğini söylüyor. Oysa detaylı bir muayene ile başka hastalıklarını da ortaya çıkarabileceğimizi anlatamıyoruz. Göz öyle bir organdır. Vücudunuzun başka bir yerindeki hastalığınız gözde emareler gösterir.” (K6)

“Benim alanım için iş yapma kültürü diyebilirim. İşverenler genel olarak iş sağlığı ve güvenliğini devletin koyduğu kanun neticesinde boşa bir harcama kalemi olarak görüyor. Bunun aslında hem toplum için hem de işveren için iyi bir şey olduğunu kavrayamıyor. Sağlıklı işçi, sağlığının takip edildiğini bilen işçi kendini güvende hisseder. Bu da performansına yansır. Bazı işçiler de bizi sevmez aslında. Hastalığının işe girmesine neden olacağını veya hastalanırsa işini kaybetmesine yol açacağını düşünür. Bu kısmen doğru olsa da pratikte nadir rastlanan bir durumdur.” (K7)

“Devlet, ekonomi, politika gibi birçok düzenleyici etmeden bahsedebilirim. Benimsenmiş bir anlayış olarak sağlık hizmetlerinin, mesela bir hastanenin yöneticisinin doktor olması anlayışını örnek olarak verebilirim. Hastane yöneticisi olduğumu söylediğimde çoğu zaman doktor olduğum düşünülür. Bu biraz, kültürel değil ama yönetimin farklı bir alan olduğu anlayışının henüz oturmamış olmasından kaynaklı bir durum galiba. Sağlık hizmetini yöneten doktordur algısı.” (K8)

“Devlet en büyük düzenleyici elbette. Mesela hasta feragatnamesi olan onam formlarının hastaya müdahale edilmeden önce alınması zorunluluğu bir düzenleyici unsur. İş süreçlerimiz de keza devletin koyduğu kurallarla belirleniyor. Hasta açısından sağlık hizmeti bir faaliyet olduğu gibi bazı hastalar için hastaneye gelme bir faaliyet aslında. Kimi hasta burada bulunmayı sürekli muayene olmayı bir faaliyet olarak görüyor. Kimisi de (emekli mesela) vakit geçirmek için geliyor. Hadi bir muayene olalım ya da yeni bir doktor gelmiş gidip muayene olalım diye gelen hastalarla karşılaşıyoruz.” (K9)

Katılımcılar sağlık hizmetlerini etkileyen kurumları devlet, hastane, muayenehane, uzman birlikleri, kültür, ilaç şirketleri, cinsiyet, internet, arkadaş, iş yapma kültürü, ekonomi, doktorluk olarak nitelendirmektedirler. Cevaplar genel olarak değerlendirildiğinde devlet ve kültür sağlık hizmetlerine şekil veren öncü kurumsal yapılar olarak karşımıza çıkmaktadır.

5. Sonuç ve Tartışma

Sağlık hizmetlerinin geleneksel yapısında sağlık sunucuları, sağlıklı olmanın profesyonelleri olarak görüldüğü için sağlık hizmeti çözümleri de tek yönlüdür. Bilgi, tek yönlü olarak sağlık hizmetleri sunucularından hastalara doğru akar. Tersine ya mevcut değildir ya da sınırlıdır (Wald, Dube, & Anthony, 2007). Sağlık hizmeti sunucusunun tek otorite oluşu hastaların sağlık hizmetlerinde karar almaya katılmakta isteksiz davranmalarına yol açmaktadır (Joseph-Williams, Elwyn, & Edwards, 2014). Bu durum sağlık hizmetlerinde inovasyonun da önünü tıkamaktadır (Peltier, Dahl, & Swan, 2020). Oysa HBM'nin benimsenmesi sağlık hizmet sunumunun çıktılarını artırabilir (Vespestad & Clancy, 2019).

HBM’de her zaman var olan, değişmeyen tek aktör hastadır (Sweeney, Danaher, & McColl-Kennedy, 2015). Ancak araştırma sonucunda ortaya çıkan bulgular sağlık hizmeti profesyonellerinin hastayı bir aktör olarak görmedikleri yönündedir. Daha ziyade onlar için hasta hizmeti alan pasif taraftadır.

Katılımcı uzmanların hizmetin ne olduğuna dair düşünceleri ürün baskın mantıkta var olan hizmet – ürün ayırımından ziyade (Vargo & Lusch, 2004b) HBM mantığa uygun olarak kaynak entegrasyonu olarak nitelendirilebilir. Bunun sebebi hizmet sektöründe hizmeti sunan taraf olmaları olabilir. Lakin kaynak entegrasyonunda kendilerini hizmeti yaratan taraflardan biri olarak değil de tekil bir bakış açısıyla hizmeti sunan olarak görmektedirler. Aktör olarak hastayı dışarıda bırakmaktadırlar. Ekosistem mantığıyla bütüncül bir hizmet anlayışına sahip değildirler.

İşlenen kaynaklar pazardaki mübadele ile sahip olunan somut objeler olarak tanımlanabilir (Arnould, Price, & Malshe, 2015). İşleyen kaynaklar yani soyut sahiplikler ise sosyal, kültürel ve fiziksel olmak üzere üç kategoride incelenebilir. Bu kaynaklar tek tek kullanabileceği gibi ikisi veya üçü birleştirilerek de kullanılabilir (Baron & Harris, 2008). Araştırmada cevaplayıcılar işlenen kaynaklara atıfta bulunsa da neticede işleyen kaynaklara yani bilgi ve yetenekler üzerine yoğunlaşmaktadır. HBM bakış açısı işleyen kaynakları birinci sıraya koyar çünkü etkiyi yaratan işleyen kaynaklardır (Vargo & Lusch, 2004a). Sağlık hizmeti sunucuları rekabet avantajı elde etmek istiyorlarsa işleyen kaynaklar; bilgi ve uzmanlaşmış yetenekler üzerine yoğunlaşmalıdırlar (Madhavaram & Hunt, 2007). Araştırmaya katılan profesyonellerin mevcut durumu rekabet avantajı için gerekli anlayışa sahip olduklarını göstermektedir.

Pazarlamada değişen anlayış, değeri tüketici odaklı kabul etmiştir (Holbrook, 1999). Değer yaratılması konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Vargo ve Lusch’a (2019) göre HBM çerçevesinde değer birçok aktör tarafından birlikte yaratılır, Grönroos ve Voima’ya (2013) göre değeri yalnızca müşteri yaratır, Ramaswamy ve Özcan’a (2018) göre ise sosyal çevre içindeki etkileşimde bulunan her kişi değer yaratandır. Bu araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri buldukları konuma göre farklı değer tanımlamaları ve değer yaratma olgularından bahsetmektedir. Muayenehane hekimlerinin daha HBM odaklı bir anlayışa sahip oldukları anlaşılmaktadır. Burada hasta ile birebir etkileşim bu mantıkla hareket etmelerine etki etmiş olabilir. Hastane hekimleri ise ürün baskın mantıkla hizmeti sunan taraf olarak değeri kendilerinin hasta ve toplum için yarattıkları düşüncesine sahiptirler. Hastanın değer algısı değil somut verilerle hastanın kendi alanları açısından sıhhatli olup olmadıkları onlar için değeri tanımlamaktadır. Sağlık hizmetlerindeki yönetici profesyoneller ise değer bağlamında daha somut unsurlar üzerinde durmaktadırlar. Onlar için değer karşılığı “fiziki şartlar” veya “hastanın hekim tarafından sağlıklı ilan edilmesi” olduğu anlaşılmaktadır.

Kurumsal düşünce pazarlamada henüz emekleme aşamasındadır. Pazarlama literatüründe hangi kurumların var olduğu, bunların pratikte nasıl etkileri olduğu ve organizasyonların bunlarla nasıl başa çıktığı üzerine sınırlı sayıda çalışma vardır (Barile, Lusch, Reynoso, Saviano, & Spohrer, 2016). Oyunun kuralları olarak nitelendirilebilecek kurumlar (Yang & Su, 2014) düzenleyici, normatif ve kültürel-bilişsel olarak üç başlık altında toplanabilir (Scott, 2014). Kurumların mikro, mezo, makro seviyelerine göre sınıflandırmalar da mevcuttur (Pop, Leroi-Werelds, Roijakkers, & Andreassen,

2018). HBM'nin beşinci aksiyomunun konusu olan kurumlar birbirleri ile etkileşim içindedir ve aktörleri, kaynak entegrasyonunu ve hizmet ekosistemlerini bir arada tutarak değer yaratmayı olanaklı kılarlar (Vargo & Lusch, 2017). Araştırma neticesinde ulaşılan sonuçlar sağlık hizmetleri içerisindeki kurumları devlet, hastane, muayenehane, uzman birlikleri, kültür, ilaç şirketleri, cinsiyet, internet, arkadaş, iş yapma kültürü, ekonomi, doktorluk olarak tanımlamaktadır. Bu çıktılardan devlet, hastane, muayenehane, uzman birlikleri, kültür, ilaç şirketleri, iş yapma kültürü literatürle uyumaktadır (Pop, Leroi-Werelds, Roijackers, & Andreassen, 2018). Cinsiyet, internet, arkadaş, ekonomi ve doktorluk ise bu araştırmaya özgü kurumsal yapı olarak tanımlanabilecek bulgulardır. Kuramsal kuramın yeni bir alan olması ve literatürde genel olarak organizasyon yapısını ifade etmesi sebebiyle araştırmaya özgü bu bulguların kurum olup olmadığı tartışmaya açıktır. Scott'ın (2014) "Kurumlar, ilgili faaliyetler ve kaynaklarla birlikte toplumsal yaşama istikrar ve anlam sağlayan düzenleyici, normatif ve kültürel-bilişsel unsurlardan oluşur" tanımı göz önünde bulundurularak cinsiyetin, internetin, arkadaşlığın, ekonominin ve doktorluğun birer kurum olup olmadığının tespiti için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

HBM çerçevesinde hizmet ekosistemi hizmet mübadelesinde kurumsal düzenlemeler ve ortak değer yaratımı aracılığı ile aktörlerin kaynaklarını entegre ettiği, hem kendi kendine yeten hem de kendi kendini düzenleyen bir sistem olarak tanımlanabilir (Vargo & Lusch, 2016). Araştırmanın çıktıları incelendiğinde sonuçların bu tanıma uygun olmakla beraber çok önemli bir unsur olan hasta en önemli unsur olan "hasta" kavramının göz ardı edildiği anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetleri ekosistemi içerisinde hastanın, kaynakları olan (Dahl, Milne, & Peltier, 2021) ve kaynaklarını entegre eden bir aktör olarak görülmediği, hizmetin ortak üreticisi, değeri asıl yaratan olarak kabul edilmediği anlaşılmaktadır. Oysa sağlık hizmetleri ekosisteminin merkezinde hasta bulunur ve yalnızca hizmet mübadelesinin bir tarafı değil hizmetin her aşamasında hizmet yaratımının aktif bir ortağıdır (Sharma & Conduit, 2016). Bu ortaklık sağlık hizmeti üretimindeki kalite algılarını geliştireceği gibi (Rehman, Dean, & Pires, 2012) girişimcilik (Callaway & Dobrzykowski, 2009) ve inovasyonlar için aracı görevi de görebilir (Peltier, Dahl, & Swan, 2020). HBM ile pazarlama prensiplerinin sağlık hizmetlerine adapte edilmesi olumlu çıktılar üretmektedir (Vespestad & Clancy, 2019).

HBM'nin hasta merkezli anlayışı bir hayal değil ancak aşılması gereken engelleri olan bir süreçtir. Bu engellerin aşılabilmesi için güçlü bir liderlik, örgütsel yeniden yapılandırma, süreçlerin gözden geçirilmesi ve pazarlamanın bir gider kalemi değil bir yatırımdır anlayışı ile hasta merkezli bir bakış açısının şirkete finansal olarak ne kadar büyük katkı sağlayabileceğinin anlaşılması gerekir (Shah, Rust, Parasuraman, Staelin, & Day, 2006). Sağlık hizmetleri ekosistemi içerisindeki artan maliyetlerini düşürmek ve organizasyonel performanslarını artırmak için HBM'ı benimseyecek yöneticiler (Chakraborty, Bhattacharya, & Dobrzykowski, 2014), geleneksel sağlık hizmetleri yapısındaki "sağlık hizmet sunucusu merkezli" anlayıştan (Pollard, Bansback, & Bryan, 2015) kurtulmak için hastalarla etkileşim içine girerek onları hizmet üretimine dahil etmek istiyorlarsa öncelikle pazarlamaya bakış açılarını değiştirerek "hizmet sunucusu", "değer iletenler" rollerini bırakarak değeri yeniden tanımlamalı ve "bir şeyleri kolaylaştırıcı" rolünü üstlenmelidirler (Wells, Gallarza, Andreu, & Calero, 2015). Sonra da kurumları ve kurumsal anlaşmaları iyi tetkik etmeli, değişimleri takip etmelidirler

(Pop, Leroi-Werelds, Roijackers, & Andreassen, 2018). Aksi durumda çıktılar iki tarafa da katkı sağlamak bir yana yıkıcı etkiler yaratabilir (Palumbo, 2017).

Bu çalışmada belli kısıtlar mevcuttur. Öncelikle bu araştırma kalitatif bir araştırma olup sağlık hizmetleri ekosistemine genellenemez. Nitel bir araştırmanın amacı da genelleme yapmak değil mevcudu genel olarak tanımlamaktır (Yıldırım & Şimşek, 2021). Bu araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri İstanbul ili ile sınırlı 9 kişi olup hepsi farklı sağlık hizmetleri kolundandır. Gerek sağlık sunucusu farklılığı gerekse de örgüt yapısı içindeki yerleri sağlık hizmeti anlayışlarında farklılıklara neden olabilmektedir. Bu araştırmada fikirleri alınmamış hemşire (Rochette, Anne, Malartre-Sapienza, & Rodier, 2021), hasta bakıcı gibi diğer sağlık hizmeti bileşenleri üzerine yoğunlaşmak ve farklı örneklerde hem nitel hem de nicel araştırmalar yapmak diğer araştırmacılar için bir fırsat olabilir. Bu alandaki ilgili araştırmacıların özellikle kurumlar ve kurumsal yapılar üzerine yoğunlaşmaları eksik olan literatüre büyük katkılar sağlayacaktır çünkü tüketim faaliyetinin sosyokültürel, deneyimsel, sembolik ve ideolojik yönleri olduğu bilinmektedir.

Yazar Katkısı

| KATKI ORANI | AÇIKLAMA | KATKIDA BULUNANLAR |
|------------------------|--|----------------------------------|
| Fikir veya Kavram | Araştırma fikrini veya hipotezini oluşturmak | Abdülkadir Şencan |
| Literatür Taraması | Çalışma için gerekli literatürü taramak | Abdülkadir Şencan |
| Araştırma Tasarımı | Çalışmanın yöntemini, ölçeğini ve desenini tasarlamak | İrfan Akyüz |
| Veri Toplama ve İşleme | Verileri toplamak, düzenlemek ve raporlamak | Abdülkadir Şencan İrfan Akyüz |
| Tartışma ve Yorum | Bulguların değerlendirilmesinde ve sonuçlandırılmasında sorumluluk almak | Abdülkadir Şencan İrfan Akyüz |

Çıkar Çatışması

Çalışmada yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek

Bu çalışma için herhangi bir kurumdan destek alınmamıştır.

Kaynakça

- Akaka, M. A., & Chandler, J. D. (2019). Reframing exchange: A service-ecosystems perspective. S. L. Vargo, & R. F. Lusch (Eds.) içinde, *The SAGE handbook of service-dominant logic* (s. 135-148). California: SAGE.
- Akram, M., & Khan, F. J. (2007). *Health care services and government spending in Pakistan*. Islamabad: Pakistan Institute of Development Economics.
- Arnould, E. J., Price, L. L., & Malshe, A. (2015). Toward a cultural resource-based theory of the customer. R. F. Lusch, & S. L. Vargo (Eds.) içinde, *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions* (s. 91-104). New York: Routledge.
- Badcott, D. (2005). The expert patient: Valid recognition or false hope? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 173-178.
- Barile, S., Lusch, R., Reynoso, J., Saviano, M., & Spohrer, J. (2016). Systems, networks, and ecosystems in service research. *Journal of Service Management*, 27(4), 652-674.
- Baron, S., & Harris, K. (2008). Consumers as resource integrators. *Journal of Marketing Management*, 24(1-2), 113-130.
- Berthon, P., & John, J. (2015). From entities to interfaces: Delineating value in customer-firm interactions. R. F. Lusch, & S. L. Vargo (Eds.) içinde, *The service dominant logic of marketing: Dialog, debate and directions* (s. 196-207). New York: Routledge.
- Callaway, S. K., & Dobrzykowski, D. D. (2009). Service-oriented entrepreneurship: Service-dominant logic in green design and healthcare. *Service Science*, 1(4), 225-240.
- Chakraborty, S., Bhattacharya, S., & Dobrzykowski, D. D. (2014). Impact of supply chain collaboration on value co-creation and firm performance: A healthcare service sector perspective. *Procedia Economics and Finance*, 11, 676-694.
- Chandler, J. D., & Vargo, S. L. (2011). Contextualization and value-in-context: How context frames exchange. *Marketing Theory*, 11(1), 35-49.
- Crawford, M. J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N., & Tyrer, P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *British Medical Journal*, 325(7375), 1-5.
- Dahl, A. J., Milne, G. R., & Peltier, J. W. (2021). Digital health information seeking in an omni-channel environment: A shared decision-making and service-dominant logic perspective. *Journal of Business Research*, 125, 840-850.
- Duncan, T., & Moriarty, S. E. (1998). A communication-based marketing model for managing relationships. *Journal of Marketing*, 62(2), 1-13.
- Edvardsson, B., Gustafsson, A., & Roos, I. (2005). Service portraits in service research: A critical review. *International Journal of Service Industry Management*, 16(1), 107-121.
- Fisk, R. P., Brown, S. W., & Bitner, M. J. (1993). Tracking the evolution of the services marketing literature. *Journal of Retailing*, 69(1), 61-103.
- Frow, P., McColl-Kennedy, J. R., & Payne, A. (2016). Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. *Industrial Marketing Management*, 56, 24-39.
- Gallan, A. S., Jarvis, C. B., Brown, S. W., & Bitner, M. J. (2013). Customer positivity and participation in services: An empirical test in a health care context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41, 338-356.
- Gegez, A. E. (2015). *Pazarlama araştırmaları (5. baskı)*. İstanbul: BETA Basım A.Ş.
- Grönroos, C. (2006). Adopting a service logic for marketing. *Marketing Theory*, 6(3), 317-333.
- Grönroos, C. (2008). Service logic revisited: Who creates value? And who co-creates? *European Business Review*, 20(4), 298 – 314.

- Grönroos, C., & Voima, P. (2013). Critical service logic: Making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41, 133-150.
- Gummesson, E. (2008). Extending the service dominant logic: From customer centricity to balanced centricity. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36, 15-17.
- Gummesson, E. (2015). Many-to-many marketing as grand theory: A nordic school contribution. R. F. Lusch, & S. L. Vargo (Eds.) içinde, *The service dominant logic of marketing: Dialog, debate and directions* (s. 339-353). New York: Routledge.
- Gummesson, E. (2019). Toward a grand view of service: The role of service-dominant logic. S. L. Vargo, & R. F. Lusch (Eds.) içinde, *The SAGE handbook of service dominant logic* (s. 701-719). London: SAGE.
- Hardyman, W., Daunt, K. L., & Kitchener, M. (2015). Value co-creation through patient engagement in health care. *Public Management Review*, 17(1), 90-107.
- Holbrook, M. B. (1999). Introduction to consumer value. M. B. Holbrook (Ed.) içinde, *Consumer value: A framework for analysis and research* (s. 1-28). London: Routledge.
- Joiner, K. A., & Lusch, R. F. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 25-33.
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 291-309.
- Kurtuluş, K. (2010). *Araştırma yöntemleri*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Lawrence, T. B., Hardy, C., & Phillips, N. (2002). Institutional effects of interorganizational collaboration: The emergence of proto-institutions. *Academy of Management Journal*, 45(1), 281-290.
- Lovelock, C., & Gummesson, E. (2004). Whither services marketing? In search of a new paradigm and fresh perspectives. *Journal of Service Research*, 7(1), 20-41.
- Lusch, R. F., & Nambisan, S. (2015). Service innovation: A service-dominant logic perspective. *MIS Quarterly*, 39(1), 155-175.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2006). Service-dominant logic: Reactions, reflections and refinements. *Marketing Theory*, 6(3), 281-288.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2014). *Service-dominant logic: Premises, perspectives, possibilities*. New York: Cambridge University Press.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2015). *The service dominant logic of marketing: Dialog, debate and directions*. New York: Routledge.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2019). An overview of service-dominant logic. S. L. Vargo, & R. F. Lusch (Eds.) içinde, *The SAGE handbook of service-dominant logic* (s. 3-21). California: SAGE.
- Lusch, R. F., Vargo, S. L., & Tanniru, M. (2010). Service, value networks and learning. *Journal of The Academy of Marketing Science*, 38, 19-31.
- Madhavaram, S., & Hunt, S. D. (2007). The service-dominant logic and a hierarchy of operant resources: Developing masterful operant resources and implications for marketing strategy. *Journal of Academy of Marketing Science*, 36, 67-82.
- Mays, N., Pope, C., & Ziebland, S. (2006). Analysing qualitative data. C. Pope, & N. Mays (Eds.) içinde, *Qualitative research in health care (3rd ed.)* (s. 63-81). UK: Blackwell Publishing Ltd.
- McCleary, K. J., Rivers, P. A., & Schneller, E. S. (2006). A diagnostic approach to understanding entrepreneurship in health care. *Journal of Health and Human Services Administration*, 550-577.
- Nordgren, L. (2009). Value creation in health care services – developing service productivity: Experiences from Sweden. *International Journal of Public Sector Management*, 22(2), 114-127.

- Palumbo, R. (2017). *The bright side and the dark side of patient empowerment: Co-creation and co-destruction of value in the healthcare environment*. Online: Springer. 12 20, 2022 tarihinde https://books.google.com.tr/books?id=fyYmDwAAQBAJ&pg=PA5&dq=editions:ISBN331.958.3433&hl=tr&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false adresinden alındı
- Peltier, J. W., Dahl, A. J., & Swan, E. L. (2020). Digital information flows across a B2C/C2C continuum and technological innovations in service ecosystems: A service-dominant logic perspective. *Journal of Business Research*, 121, 724-734.
- Pollard, S., Bansback, N., & Bryan, S. (2015). Physician attitudes toward shared decision making: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 98(9), 1046-1057.
- Pop, O. M., Leroi-Werelds, S., Roijackers, N., & Andreassen, T. W. (2018). Institutional types and institutional change in healthcare ecosystems. *Journal of Service Management*, 29(4), 593-614.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(12), 50-70.
- Ramaswamy, V., & Özcan, K. (2018). What is co-creation? An interactional creation framework and its implications for value creation. *Journal of Business Research*, 84, 196-205.
- Rehman, M., Dean, A., & Pires, G. D. (2012). A research framework for examining customer participation in value co-creation: Applying the service dominant logic to the provision of living support services to oncology day-care patients. *International Journal of Behavioural and Healthcare*, 3(3-4), 226-243.
- Rochette, C., A. S., Malartre-Sapienza, S., & Rodier, S. (2021). Telephone follow-up of oncology patients: The contribution of the nurse specialist for a service-dominant logic in hospital. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-13.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations: Ideas, interests and identities (4th ed.)*. California: SAGE.
- Shah, D., Rust, R. T., Parasuraman, A., Staelin, R., & Day, G. S. (2006). The path to customer centricity. *Journal of Service Research*, 9(2), 113-124.
- Sharma, S., & Conduit, J. (2016). Cocreation culture in health care organizations. *Journal of Service Research*, 19(4), 438-457.
- Shostack, G. L. (1977). Breaking free from product marketing. *Journal of Marketing*, 41(2), 73-80.
- Sweeney, J. C., Danaher, T. S., & McColl-Kennedy, J. R. (2015). Customer effort in value cocreation activities: Improving quality of life and behavioral intentions of health care customers. *Journal of Service Research*, 18(3), 318-335.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004b). The four service marketing myths: Remnants of goods-based, manufacturing model. *Journal of Service Research*, 6(4), 324-335.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008). From goods to service(s): Divergences and convergences of logics. *Industrial Marketing Management*, 37(3), 254-259.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2011). It's all B2B...and beyond: Toward a systems perspective of the market. *Industrial Marketing Management*, 40(2), 181-187.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2015). Service-dominant logic: What it is, what it is not, what it might be. R. F. Lusch, & S. L. Vargo (Eds.) içinde, *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions* (s. 43-56). New York: Routledge.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2016). Institutions and axioms: An extension and update of service-dominant logic. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 44, 5-23.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2017). Service dominant logic 2025. *International Journal of Research in Marketing*, 34(1), 46-67.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2019). *The SAGE handbook of service-dominant-logic*. California: SAGE.

- Vargo, S., & Lusch, R. (2004a). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, 68(1), 1-17.
- Vespestad, M.-K., & Clancy, A. (2019). Service dominant logic and primary care services. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 11(1), 127-140.
- Wald, H. S., Dube, C. E., & Anthony, D. C. (2007). Untangling the web—The impact of internet use on health care and the physician–patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 68(3), 218-224.
- Wells, R. A., Gallarza, M. G., Andreu, L., & Calero, R. (2015). Application of service dominant logic to the medical device industry. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, 12, 207-235.
- Wilkie, W. L., & Moore, E. S. (2015). Examining marketing scholarship and the service dominant logic. R. F. Lusch, & S. L. Vargo (Eds.) içinde, *The service dominant logic of marketing: Dialog, debate and directions* (s. 266-278). New York: Routledge.
- Yang, Z., & Su, C. (2014). Institutional theory in business marketing: A conceptual framework and future directions. *Industrial Marketing Management*, 43(5), 721-725.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2021). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (12. baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Zeithaml, V. A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: A means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52(3), 2-22.

Özgeçmiş

Abdülkadir ŞENCAN, yüksek lisansını Bahçeşehir Üniversitesi Pazarlama (İngilizce) alanında tamamlamıştır. Profesyonel hayatına sağlık hizmetlerinde üst düzey yönetici olarak devam etmektedir. Doktora eğitimini İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim ve Strateji Doktora programında sürdürmektedir. İlgi alanları tüketici davranışı, sağlık hizmetleri pazarlaması ve pazarlama araştırmalarıdır.

İrfan AKYÜZ (Dr. Öğr. Üyesi) İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi İşletme Bölümünde öğretim üyesidir. Lisans derecesini İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümünde, yüksek lisans ve doktora derecelerini ise İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Pazarlama Anabilim Dalında tamamlamıştır. Başlıca çalışma ve ilgi alanları; tüketici davranışı, siyasal pazarlama, pazarlama araştırmaları ve hizmet pazarlamasıdır.