ASOS JOURNAL

The Journal of Academic Social Science

Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 9, Sayı: 120, Eylül 2021, s. 320-345

ISSN: 2148-2489 Doi Number: <http://dx.doi.org/10.29228/ASOS.52207>

Yayın Geliş Tarihi / Article Arrival Date
31.07.2021

Yayınlanma Tarihi / The Publication Date
29.09.2021

Gürhan YILDIZ

Fırat Üniversitesi, Organizasyon
gurhan5319@gmail.com
Orcid: 0000-0002-0201-2975

Prof. Dr. Ahmet YATKIN

İnönü Üniversitesi İletişim Fakültesi
ahmet.yatkin@inonu.edu.tr

SAĞLIK KURUMLARINDA SOSYAL SERMAYE VE REKABET ÜSTÜNLÜĞÜ

Öz

Bu çalışmanın amacı sağlık kurumlarında sosyal sermaye kavramını sürdürülebilir rekabet üstünlüğü açısından işletme temel fonksiyonları (yönetim, müşteri hizmetleri, pazarlama, tedarik zinciri, halkla ilişkiler, finansman) bağlamında kuramsal olarak incelemek, tartışmalar ile öneri ve sonuçlara ulaşmaktır. Çalışmanın birinci bölümünde sosyal sermaye kavramının gelişimi tarihsel perspektifte, üç farklı dönemde ele alınarak incelenmiştir. Sonra, sürdürülebilir rekabet üstünlüğü kavramı sağlık kurumları açısından işletme temel fonksiyonları bağlamında ele alınmış, sosyal sermaye kavramı ile kuramsal ilişkisi irdelenmiştir. Son olarak tartışmalarla öneri ve sonuçlar ortaya konulmuştur. Çalışma, sağlık kurumlarında sosyal sermaye ve sürdürülebilir rekabet üstünlüğünü, işletme temel fonksiyonları bağlamında kavramsal ve kuramsal olarak ele alması açısından özgün niteliktedir. Bu çalışmada, işletme temel fonksiyon alanları; yönetim, müşteri hizmetleri, pazarlama, tedarik zinciri, halkla ilişkiler, insan kaynakları, finansman bağlamında örgütsel ve bireysel sosyal sermayenin sürdürülebilir rekabet üstünlüğü ile ilişkisi ortaya çıkarılmıştır. Sosyal sermaye ve sürdürülebilir rekabet üstünlüğü arasındaki ilişki işletme temel fonksiyonları bağlamında ölçülebilir hale getirilmesi, nicel çalışmalarla bu ilişkinin büyüklüğü ve yönünün ortaya

çıkarılmasına yönelik çalışmalar yapılması gerektiği anlaşılmıştır. Bu çalışma sağlık kurumlarını oluşturan farklı bölümlerin sosyal sermaye seviyelerinin örgüt performansı açısından farklı sonuçlar doğurduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bu konuyla ilgili ileride yapılacak nicel çalışmalarda, sağlık kurumları içinde yer alan her bölümün sosyal sermayesinin ayrı ayrı ölçülerek, örgütsel sosyal sermaye değerlerine ulaşılmaya çalışılması daha güvenilir sonuçlar ortaya koyacaktır.

Anahtar kelimeler: Sosyal sermaye, Sürdürülebilir rekabet üstünlüğü, Pazarlama, Halkla ilişkiler, Tedarik zinciri

SOCIAL CAPITAL AND COMPETITIVE ADVANTAGE IN HEALTHCARE ASSOCIATIONS

Abstract

The aim of this study is to theoretically examine the concept of social capital in health associations in terms of competitive advantage in the context of business basic functions (management, customer service, marketing, supply chain, public relations, financing), to reach suggestions and results with discussions. In the first part of the study, the development of the concept of social capital has been examined in three different periods in historical perspective. Then, the concept of competitive advantage is discussed in the context of the basic functions of the business in terms of health associations and its theoretical relationship with the concept of social capital is examined. Finally, suggestions and results were presented with discussions. The study is unique in that it conceptually and theoretically addresses social capital and competitive advantage in health associations in the context of business basic functions. In this study, in the context of management, customer service, marketing, supply chain, public relations, human resources, finance organizational and individual social capital has been evaluated to be associated with competitive advantage. It has been understood that the relationship between social capital and competitive advantage should be operationalized in the context of business basic functions, and studies should be carried out to reveal the size and direction of this relationship with quantitative studies. This study revealed that social capital levels of different departments that make up health associations have different outcomes in terms of organizational performance. In future quantitative studies on this subject, measuring the social capital of each department within the health association separately and trying to reach the organizational social capital values will reveal more reliable results.

Keywords: Social capital, Competitive advantage, Marketing, Public relations, Supply chain

GİRİŞ

Her geçen gün iletişim imkânları ve muhtelif nedenlerle kurulan iletişim miktarı artsa da, bireyin giderek daha çok yalnızlaştığı görülmektedir. Bunun sebebi olarak bireyin kontrolü altında tutabileceği, gelecekte devam etmesi muhtemel ilişkilerin sayısının azalmasıdır. Yine aynı şekilde iletişim ve ilişki kurulan ağların kalitesi, ilişkinin kurulduğu ortam ve kültür, kurulan ilişkilerin kuvvetini belirlemektedir. Bireyin sahip olduğu sosyal sermaye sahip olduğu ilişkilerin, bu ilişkilerin derecesinin ve ilişkili olunan bireylerin sahip olduğu ilişki ağlarının,

toplumsal ve örgütsel kültürün etkisindedir.

Toplumu oluşturan birimlerde bireylerin sahip oldukları ilişkiler ve bu ilişkilerin niteliğini etkileyen güven, normlar, ağbağlar ve kültür toplumsal sosyal sermayeyi etkilemektedir. Tüm toplumlarda ve insanın doğası gereği aile ilişkileri geçmişte kopmayacak bağlar olarak görülürken, günümüzde bu bağlar dahi zayıflamıştır. Toplumdaki bireysellik artmış, normlar değerini yitirmiş, toplumsal güven seviyeleri azalmıştır. Yaşanan olumsuz sosyal tecrübeler tüm insanları ilişkilerini faydacı, yani rasyonel olarak kurmaya ve mevcut ilişkilerini tekrar gözden geçirmeye zorlamaktadır. Bunun sonucu olarak, artan ilişkiler aynı zamanda zayıf ilişkiler haline gelmiştir. Söz konusu durum bireylerin ve toplumun sosyal sermayesini azaltmıştır. Bireylerde ortaya çıkan menfaat ilişkileri algısı bireyi daha da yalnızlaştırmış, normsuzlaştırmış, ilişki ağlarını daraltmış ve zayıflatmıştır. Toplumsal sosyal sermayenin azalması, sinizmin (nihilist bir tutum) bireyler arasında yayılmasına neden olmuştur. Günümüzde sosyal sermaye kaybına uğrayan grup ve bireylerin aksine sosyal sermayesi çok yüksek seviyelere ulaşan gruplarda ise nepotizm ve adam kayırma (cronyism) yaygın hale gelmiştir.

Sağlık kurumları ülkemiz boyutunda ele alındığında, 2003 sağlık reformları öncesi rekabet imkânları devlet politikası ve sağlık hizmetlerinin doğası gereği kısıtlı durumdaydı. Ancak, 2003 sonrası özel hastane sayısı artmış, hasta odaklı sağlık anlayışından müşteri odaklı anlayışa geçilmiştir. Sağlık sunucularının ve alıcılarının beklenti ve amaçlarındaki değişim sağlık piyasasının bugün farklı bir şekil almasına neden olmuştur. Ayrıca, sağlık harcamaları ve sağlık kuruluşlarının cirolarının çok büyük olması hem kamu hastaneleri hem de özel hastaneler için rekabeti kaçınılmaz kılmıştır. Bunun altındaki temel sebep kamu hastaneleri çalışanlarının hem iş tatmini hemde maddi kazanımlarını arttırmak istemeleriyle, özel hastanelerde bu sebeplere hastanenin kâr marjını artırma amacı ilave olmaktadır.

Sağlık hizmetleri maliyet ve fiyatları sürekli bir artış içindedir; çünkü sağlık hizmetleri sürekli artan bir nüfusa sunulmakta ve geliştirilen yeni yöntemler maliyeti artırmaktadır. Bu durum politika yapıcılar ve özel hastane yöneticileri açısından endişe vericidir.

Bu çalışmada, sosyal sermaye ve rekabet üstünlüğü konusu sağlık kurumları açısından temel fonksiyonlar bağlamında kuramsal bir bakış açısıyla, yeni kuram oluşturmak amacıyla incelenmeye çalışılacaktır. Özellikle 2017 sonrasında yabancı yazın alanında sosyal sermayenin ve rekabet üstünlüğü kavramlarının sağlık kurumları açısından ele alınmaya başlandığı, yapılan yazın alanı taramasından anlaşılmıştır. Bu konunun yerel yazına kuramsal bir bakış açısıyla kazandırılması amaçlanmaktadır. Sağlık kurumlarında sosyal sermayeye yönelik çabaların olgunlaştırılması açısından da öneme sahiptir. Ayrıca, bu çalışma ile sosyal sermaye ve sürdürülebilir rekabet üstünlüğü arasındaki etkileşim, işletme temel fonksiyonları aracılığı ile gelecekte icra edilecek nicel çalışmalara yönelik “Nasıl ölçülebilir hale getirilebilir?” sorusuna cevap bulmaya çalışılmıştır. Yapılan literatür taramasında; yerel yazında, sağlık kurumlarında sosyal sermaye ve sürdürülebilir rekabet üstünlüğü konularının birlikte ele alındığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamış, bu yönüyle çalışmanın özgün bir çalışma olarak, müteakip çalışmalara kuramsal temel oluşturacaktır. “Sağlık kurumlarında sosyal sermayenin sürdürülebilir rekabet üstünlüğüne etkisi hangi aracı değişkenlerle ortaya çıkarılabilir?” sorusu bu çalışmanın sorusudur. Ancak çalışmanın sorunsalının ve sosyal sermaye kavramının henüz gelişme döneminde olduğu ve sosyal sermaye ve sürdürülebilir rekabet üstünlüğü kavramları arasındaki etkileşimin kavramsallaştırılması, ölçülebilir hale getirilmesi ve nicel olarak sınanma

problemlerinin daha uzun bir süre devam edeceği ortaya çıkarılmıştır.

SOSYAL SERMAYE KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Sosyal Sermaye, güven, ağbağlar ve normlar olmak üzere üç unsuru olduğu kabul edilen; makro, orta ve mikro seviyede ele alınabilecek, çok disiplinli bir kavramdır. Bu nedenle sosyal sermaye çok çeşitli tanımları olan bir kavramdır. Sosyal sermaye kavramını, kırsal okullardaki eğitimin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapan Hanifan, ilk kez azınlık nüfuslarını eğitmek amacıyla ileri sürmüş ve topluluk katılımının önemini vurgulamıştır. Hanifan'ın sosyal sermaye tanımı, sosyal ilişkilerin toplum üyeleri için sermaye niteliği taşıdığını vurgulamıştır.

Sosyal sermaye teorisinin ilk gelişim evresi 1915–1990 yılları arasındaki dönem olarak kabul edilmekte ve bu dönemdeki çalışmalar incelendiğinde, bu dönemin önde gelen bilim insanları olarak, sosyal sermaye kavramını eğitim alanında ve toplum bağlamında ele alan Hanifan, Bourdieu ve Coleman'dır. Bu dönemde bilim insanları, “Sosyal sermayenin azınlıklar açısından eğitimin gelişimine etkisi ve sosyal sermaye nedir?” sorularına cevap aramaya çalışmıştır. Bu açıklamalarda ilişkilerin kalitesinin toplumsal eylem ve toplum yararı için kaynak teşkil edeceği öngörülmüştür. Bu dönemdeki çalışmalar metaforik ve perspektif özelliktedir.

Söz konusu dönemin önde gelen bilim insanlarından reformcu Hanifan sosyal sermaye kavramını “Gayrimenkulden, kişisel mülkiyetten ya da nakit paradan söz etmiyorum, daha çok bu somut maddeleri bir halkın günlük yaşamında en çok dikkate alma eğiliminde olan, hayattaki şeylerden; yani iyi niyetten, arkadaşlıktan bahsediyorum.” demiştir. Sosyal sermayeyi, kırsal bir topluluğu oluşturan bir grup birey ve aile arasındaki, merkezi okul olan, karşılıklı sempati ve sosyal ilişki (Hanifan, 1916, s. 130) olarak tanımlamıştır. Hanifan sosyal sermaye kavramını tanımlarken sermaye ifadesini mecazi olarak kullandığını ifade etmiştir. Hanifan toplumda yeteri kadar tanışıklık ve tanımadan kaynaklanan ilişkilerde gömülü olan ve çeşitli sosyal faaliyetlerle artırılan sosyal sermayenin, etkin liderlik ile yönlendirilmesi ile toplum refahının genel olarak iyileştirilmesinin sağlanabileceğini ifade etmiştir. “Birey kendi haline bırakılırsa sosyal olarak çaresizdir... Komşusu ile onlar da diğer komşuları ile temasa geçerse, sosyal ihtiyaçlarını hemen karşılayabilecek bir sosyal sermaye birikimi olacaktır.” (Hanifan, 1916, s. 130).

Hanifan'ın, kavramı literatüre kazandırdığından yaklaşık 60 yıl sonra sosyal sermaye kavramı toplumsal gruplar arasındaki sosyal sermaye eşitsizliğini ortaya koymak amacıyla fransız bilim insanı Bordieu tarafından ele alınmıştır. Bourdieu sosyal sermaye kavramını sosyolojik olarak ele almış ve tanımlamıştır. Bourdieu'nun sosyal sermaye metaforunu, belirli bir dereceye kadar kurumsallaşmış, karşılıklı tanışıklık veya tanımadan ortaya çıkan ilişkilerin kalıcı bir ağına sahip olmakla bağlantılı, fiili veya potansiyel kaynakların toplamı (Bourdieu, 1986, s. 247) olarak tanımlamıştır. Bourdieu, sosyal yaşamı birikimli tarih olarak, sermayeyi biriktirilmiş emek olarak ifade etmiştir.

Coleman, sosyal eylemin bireyin içsel kaynaklarından değil, bireyin yetiştiği çevreden ve sosyalleşme derecesinden kaynaklandığını belirtmektedir. Kişilerin eylemleri toplumsal koşullar tarafından şekillendirilir, yönlendirilir, sınırlandırılır. Normlar, kişiler arası güven, sosyal ağlar ve sosyal organizasyon sadece toplumun oluşması açısından değil, aynı zamanda toplumun işleyişinde de önemlidir (Coleman, 1988, s. 96). Bireylerin eylemleri içinde bulundukları toplum tarafından şekillendiriliyorsa, bireylerin eylemleri sonucu ortaya çıkan ilişkilerinden

kaynaklanan sosyal sermayeleri, bulunulan ortamın bir ürünüdür ve tüm bireyler sosyal sermaye birikimi konusunda eşit koşullara sahip değildir.

Sosyal sermaye ne olduğundan ziyade ne işe yaradığı ile tanımlanır. Her biri toplumsal yapının bir bileşenini teşkil eder ve yapı içindeki aktörlerin (kişiler veya kurumsal aktörler) muayyen eylemlerini kolaylaştırır. Diğer sermaye türleri gibi, sosyal sermaye de sonuç odaklı ve yokluğunda mümkün olmayacak, belli amaçların gerçekleştirilmesini mümkün kılar. Fiziksel sermaye ve beşeri sermaye gibi sosyal sermaye de tamamen değiştirilebilir değildir. Ancak, belirli faaliyetlere özgü olabilir. Muayyen eylemleri kolaylaştırmada etkin olan belirli sosyal sermaye biçimi, diğerleri için yararsız ve hatta negatif etkisi olabilir (Coleman, 1988, s. 98). Coleman'ın sosyal sermaye tanımı, döneminin özelliklerini taşımaktadır. Sosyal ilişkilerin değeri, ilişkilerin kalitesi ve ağ kanalların toplum yararını arttırdığını ifade etmiştir.

Ayrıca Coleman, dini örgütlerin, toplumda ailenin ötesinde nesiller boyu devam eden az sayıdaki örgütlerden biri olduğunu; bu nedenle, yetişkin bir topluluğun sosyal sermayesinin çocuklara ve gençlere sunulduğu az sayıdaki örgütler arasında yer aldığını belirtmiştir (Coleman 1990, s. 336). Buradan anlaşıldığı üzere, din müessesesi kimi gruplarda sosyal sermayeyi teşkil eden normların yerini alarak, kurulan grup ilişkisi ile bireylerin ve grupların sosyal sermayesini artırır. Ancak, bu şekilde gelişen sosyal sermaye, söz konusu dini topluluk dışında kalanlar için negatif sosyal sermayeye sebep olacaktır.

Sosyal sermaye teorisinin gelişimi açısından diğer bir dönem 1990-2000 yılları arasında kapsamaktadır. Bu yıllarda sosyal sermaye, diğer sermaye türleri arasında sayılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalar, “Sosyal sermayenin etkisi nedir?” sorusuna cevap aranarak devam etmiştir. Çalışmalara esas olan alanlar topluluk, toplum, politika, ekonomi, toplum sağlığı ve eğitimidir. Bu dönem sosyal sermaye kavramı için gelişme dönemidir. Çünkü sosyal sermaye, ortaya çıkarılan yeni bileşenleriyle ölçülmeye çalışılmış, bunun için kavramsallaştırma çalışmalarına odaklanılmış olsada, ölçülebilir hale getirme konusunda çok ortak bir tanımlama yapılamaması nedeniyle tam başarı sağlanamamıştır. Sosyal sermaye konusunda çalışma yapan bu dönemin önde gelen bilim insanları; Putnam, Portes, Lin, Woolcock, Burt ve Granovetter'dir. Bu dönemde sosyal sermaye ile ilgili nicel çalışmalara ağırlık verilmiştir. Ancak, çalışmalar sonucunda genel geçer sonuçlara ulaşıldığı söylenemez.

Putnam, Coleman'ı takip ederek sosyal sermayeyi, “Karşılıklı fayda için koordinasyonu ve işbirliğini kolaylaştıran ağlar, normlar ve sosyal güven gibi sosyal organizasyonun özellikleri” (Putnam, 1995, s. 67) olarak tanımlamıştır. Putnam sosyal sermaye tanımını fiziksel sermaye ve insani sermaye arasında bir benzerlik kurarak yaptığını ifade etmiştir.

Sosyal sermayenin toplum hayatında her derde deva olduğunu ve hayatı kolaylaştırdığını söylemek mümkündür. Ayrıca yoğun ve güçlü ağlar içerisinde geliştirilen karşılıklı ilişkiler bireyleri birbirine bağlar ve benlik duygusunu artırarak toplumsal faydayı bireysel çıkarların üstüne çıkarır. Toplumsal dışsallık niteliği taşıyan sosyal sermaye, formal yapılar ile kontrol altında tutulmadığı durumlarda bazı istenmeyen sonuçlara sebep olabilir (Portes, 1998, s. 15-17). Formal yapılar kişisel olmayan düzen ile hiyerarşik kuralları birleştiren, genellikle karşılıklı gayriresmi işbirliğinin olumsuz nitelikteki bu aşırılıklarını kontrol etme girişimidir.

Bir grubun üyelerine fayda sağlayan aynı güçlü bağlar, diğerleri için erişiminin engellenmesine sebep olmaktadır. Bu tarz kapalı grup ya da toplum aktörleri tarafından dışlanan aktörlerin, iş anlamındaki girişim başarıları engellenmektedir. Topluluk ya da grup üyeleri

tarafından yolsuzluk, rüşvet, rant kollama gibi aşırı talepler yaratmaktadır. Bu durum negatif sosyal sermaye olarak tanımlanmaktadır.

Ayrıca, Alejandro Portes'in işaret ettiği gibi, bu vurgu Coleman'ın yakın ya da yoğun bağların rolünü abartma eğiliminde olduğu, zayıf ya da gevşek bağların önemini küçümselediği anlamına geldiğini (Portes 1998, s. 5) belirtmiştir.

Sosyal sermaye kavramını Burt (1992, s. 9), finansal ve beşeri sermayenizi yatırıma dönüştürmeye yönelik imkânlar elde ettiğiniz arkadaşlar, meslektaşlar ve daha genel bağlantılar olarak görmektedir. Burt, rekabetin öne çıktığı örgütlerde, ağbağları Coleman'dan farklı bir algı ile ele almıştır. 2008 yılında kaleme aldığı çalışmasında, yapısal deliklerin örgütler açısından üretkenlik ve değişim getirdiğini tespit etmiştir. Birey açısından ise pozitif performans sonuçları, terfi, ikramiye ve diğer kazanımlara imkân sağladığı kanıtlanmıştır (Burt, 2008, s. 45). Bir ağda bulunan aktör sayısı, ağın boyutlarını belirlemektedir. Ağın boyut sayısı yapısal boşlukların sayısı ile doğru orantılıdır. Başka bir deyişle aktör, ağbağlarını genişletebildiği sürece rekabet üstünlüğü sağlamaktadır. Ancak, Burt (1992, s. 64- 65), ağların kuvvetli olmasının yanı sıra, ağbağların seyrek ve zayıf olması, çeşitlilik bulunmasının da yeni bilgiye ulaşma imkânı açısından önemli olduğunu belirtmiştir.

Lin (1982) istikrarlı bir sosyal sistemin hem homofil hem de heterofil değiş tokuşlar için bir fırsatlar dengesi gerektirdiğini kuramsal olarak düşünmüştür. Heterofil değiş tokuşlar için yeterli fırsatlar sağlamayan bir sistem, hareketlilik fırsatını azaltır ve güçlü sınıf içi dayanışma ile parçalanmış popülasyonun tecrübe edilmesine neden olacaktır. Bu sınıf içi dayanışma, sınıf bilincinin ve potansiyel sınıf çatışmasının gelişimini destekleyecektir. Buna karşılık, büyük ölçüde heterofil mübadeleyi teşvik eden bir sistem, nüfus grupları içinde dayanışma hâkim olmayacağından, çok fazla hareketlilik ve dolayısıyla yapısal istikrarsızlık yaşayacaktır. Sonuç, geçici etkileşimlerin ve grup dayanışmasının eksikliğinin sistemin bütünleşmesini tehdit ettiği kaotik bir toplum olabilir (Lin, 2001, s.180).

Ancak, zayıf ağların, yönetimin üst kademelerinde yani stratejik kademedeki yöneticilerin faaliyetleri açısından sağladığı etkiyi örgütün alt kademelerindeki üyeler açısından sağlamayacaktır. Alt kademelerde operatif seviyedeki üyeler açısından kurulan güçlü ilişkiler daha yüksek kazanım getirmektedir.

Kapalı örgütlerde kuvvetli ilişki ağları ile birbirine bağlı olan bireylerin ve bu bireylerin oluşturduğu örgütlerin, dışsal sosyal sermayeleri düşük olacaktır. Bu durum yeni bilgi ve kaynaklara ulaşılması açısından olumsuz etkiye sahiptir. Sağlık kurumlarının bilgi ve teknoloji yoğun, yenilik gerektiren örgütler olması nedeniyle, dışsal sosyal sermayelerin artırılması açısından köprü kuran sosyal sermaye artırımını sağlayacak farklı kültür ve gruptan bireyler ve örgütlerle ilişki kurulması maksadıyla stratejik seviyedeki üyelerin faaliyetlerde bulunmaları ve bunu sağlamak için personel transfer etmeleri gerekebilir.

Bourdieu (1986), Coleman (1988) ve Putnam'ın (1993) ufuk açıcı çalışmalarını takip eden yıllarda, sosyal sermaye, çeşitli araştırma alanlarında savunucular ve muhaliflerden ilgi ve eleştiri çekerek sosyal bilimlerde en ünlü kavramlardan biri haline gelmiştir.

Fukuyama, sosyal sermayenin daha özel ancak, önemli ölçüde farklı tanımını, bu normun erişim sağladığı kaynaklardan ziyade “İki veya daha fazla kişi arasında işbirliğini teşvik eden somutlaştırılmış gayri resmi bir norm” (Fukuyama, 1999, s.1) olarak sunar. Sosyal sermaye, çok taraflı işbirliğini teşvik eden, nesnelleştirilmiş, resmi olmayan normlardır. Sosyal sermayeyi

oluşturan normlar, iki arkadaş arasındaki müşterek normlardan, hristiyanlık veya konfüçyüsçülük gibi karmaşık ve itina ile ifade edilmiş ilkelere kadar değişebilir (Fukuyama, 1995, s. 10).

2000 yılı sonrası sosyal sermaye çalışmalarında sosyalliğin sermayeye nasıl dönüştüğü sorunsalı temelinde sosyal ve sermaye metaforları ile sosyal sermaye çalışmaları bir üst basamağa taşınmıştır. Ancak, bu dönemde de sosyal sermaye ile ilgili kavramsallaştırma ve ölçülebilir hale getirme problemleri devam etmiştir.

Woolcock 2010 yılında yayımladığı *The Rise and Routinization of Social Capital* eserinde sosyal sermayenin “Esas olarak tartışmalı” bir kavram olduğunu öne sürmüş ve bu kavramla bağlantılı birçok ihtilafın, çatışmanın ve çelişkinin asla çözülemeyeceğini ima etmiştir.

Normları ve ağları aynı kavramsal şemsiye altında birleştirmenin nedensel akışları anlamayı zorlaştırmaktadır. Güven mi ilişkileri, yoksa ilişkiler mi güven yaratır? sorunsalı sosyal deneyimin karmaşık ve dinamik doğasını vurgulamaktadır (Fox ve Gershman, 2000, s. 187). Bu durum sosyal sermayenin kavramsallaştırılmasını zorlaştırmaktadır.

2000 yılı sonrası çalışmalar nitel, karma ve çoklu disiplinli yaklaşımlarla topluluk, toplum, politika, ekonomi, toplum sağlığı, örgütsel gelişme, eğitim, liderlik alanlarında yapılmıştır. Bu dönemin sosyal sermaye konusunu irdeleyen önemli bilim insanları arasında Putnam, Portes, Lin, Nahapiet, Ghoshal, Adler gösterilebilir.

2000 yılı sonrası sermaye anlayışının hangi noktaya geldiğini Woolcock şu sözlerle açıklamıştır: Endüstri toplumunda “Neye sahipsin?” sorusuna karşılık gelen sermaye kavramı, bilgi toplumunda “Ne biliyorsun?”, iletişim toplumunda ise “Kimi tanıyorsun” sorusuna karşılık gelmektedir (Woolcock, 2001, s. 13). Ancak, sermaye metaforu günümüzde kimi tanıyorsun sorusunun cevabı olmaktan çok “Kimdensin, hangi gruptansın?” sorularının cevabı haline gelmiştir. Yakın zamanda dünya üzerinde bu büyük gruplaşmalar etik bir şekilde yönetilmediği takdirde örgütsel sinizm artacak, iletişim ağları çökecek, sosyal olan birey toplumdan kopacaktır.

Sosyal Sermayenin Unsurları

Yüksek popülerliğine rağmen sosyal sermaye unsurlarının ve nasıl ölçülebilir hale getirileceği sorunsalları tartışmalara konu olmaya devam etmektedir. Sosyal sermaye normlar, güven ve sosyal ağlar olarak üç temel unsur ile açıklanmaktadır (Abdioğlu ve Yavuz, 2013, s. 33). Maneviyat/kültür, sosyal sermaye unsurları arasında yerini almaya çalışmaktadır (Saukani, 2018, S. 644). Bu unsurlar tamamen varsayımdır ve gelecekte bu unsurlara yenilerinin eklenmesi veya bir kısmının değerini yitirmesi muhtemeldir.

Belirli bir sosyal sermaye unsurunun faydaları içinde bulunulan çevre ve ortam, diğer sosyal sermaye unsurlarından ne ölçüde ayrıldığına ve bu bağlamdaki ayırt edici değerine bağlıdır. Her çevre ve ortamda, her sosyal sermaye unsurunun diğer ortam ve çevrelerde sahip oldukları etkiyi göstermesi beklenmemelidir. Ayrıca, Fukuyama (2001, s. 7) *Social capital, civil society and development* başlıklı eserinde güven, ilişkiler, ağlar sivil toplum unsurlarının epifenominal (yan olgusal) olduğunu; yani, bu unsurların hem birer sonuç hem de sebep olduğunu ve doğrudan sosyal sermayeyi oluşturmadığını dile getirmiştir.

Güven

Sosyal sermaye unsurlarından güvenin unsurları olarak güvenen, müteveli, davranış boyutu ve özel koşullar sayılabilir. Güven her bireyin yaşamının her anında hissetmek istediği bir histir. Güven duygusu ilişkilerin devam ettirilmesine, ortak işlemlerde işbirliğinin ön koşuludur. Yasama ve yürütme, günlük yaşamda hükümet, firmalar, yöneticiler, çalışanlar ya da özellik arz eden gruplar arasında işbirliğini gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda güven işbirliği yapılabilmesini sağlayan bir güçtür. Güven düzeyi arttıkça yapılan sözleşme ve harcamalardan daha çok memnun kalınmaktadır (Devamoğlu, 2008, s. 22). Örneğin, bir sağlık kuruluşunda hastaların doktorları tercih nedenlerinden biri güvendir. Tercih edilen doktor müteveli, tercih eden hasta güvenen, hangi konuda güvenildiği hususu tedavi konusunu, doktorlara ödenen özel ücretlerin var olup olmama durumu özel koşulları temsil etmektedir. Sağlık kurumlarında sosyal sermayenin bu unsuru diğerleri gibi bireysel boyutta yöneticiler ve sağlık çalışanları ile hasta ve diğer kuruluşlar arasında ortaya çıkmaktadır.

Ağbağlar

Sosyal sermayeden bahsedebilmek için potansiyel veya mevcut ağbağların olması gerekir. Bu ağbağlar kaynak veya bilgi edinmek amacıyla kullanılmadıkça sosyal sermayeden söz edilemez. Bu ağbağların durumsallık gösterdiği, kimi çevrede çok sağlam veya zayıf olduğunda bazı gruplar için negatif sosyal sermayeye sebep olduğu söylenebilir.

Sosyal ağlar, aynı iletişim kodlarını ve göstergelerini paylaştıkça yeni ağlarla bütünleşebilir, sınırsız boyutlarda genişlemeye müsait, açık yapılardır (Schuller vd., 2000, s. 19). Örneğin bir tıp fakültesi hastanesinde özellikle üniversite çalışanlarının yaşlı ve sosyal sermayesi yüksek olan kişilerden oluştuğu düşünülürse, söz konusu hastanede tanışıklık yani, hastane çalışanları ile ilişkisi olmayan bireylerin ve yakınlarının kısa sürede ve kaliteli sağlık hizmeti alamaması sonucunu doğurabilir. Günümüzde hastalar tıbbi müdahale ve tıbbi operasyon gerektiren işlemler öncesi kendi çevrelerinden bilgi alma ve işlem tarihini öne çekmek için tanışıklıklar arama yolunu izlemektedirler.

Granovetter'e (1973, 1983) göre, ağbağın gücü, bağı biçimlendiren zaman, samimiyet, duygusallık ve karşılıklı sorumluluk ile şekillenmektedir (Özdemir, 2007, s. 83). Ancak, günümüzde artan iletişim araçlarının miktarı ve çeşidi bireylerin birbirleri ile ne kadar samimi, duygusal ve karşılıklı bir ilişki içinde olduğunu kategorize etmekte, kimi zaman bireylerin iletişim araçlarını yanlış kullanmaları nedeniyle ilişkiler zayıflamakta ve sosyal sermaye kaybına yol açmaktadır.

Normlar

Normlar, bireylerin cemiyet yaşantısında uyulması gereken kurallar olup, öğrenilen kültür ile bireyin kişiliğinde yer edinir. Bu kurallara uyulmaması çoğu zaman söz konusu toplum tarafından dışlanma veya ayıplanma ile sonuçlanır. Kapalı toplumlarda normlar daha serttir. Normları sosyal sermaye açısından değerlendirdiğimizde, normlar bireyler arasındaki ilişkilerin ağbağlar içinde güven algısı ile şekillenmesini ve devam etmesini sağlar. Bu açıdan bakıldığında normlar var olan sosyal sermayenin artışı ve devamı açısından çok önemlidir. Normlar, hem ortak yaşamın hem de sosyal sermayenin üretilmesi ve sürdürülmesini kolaylaştırmaktadır (Putnam, 1993, s. 174).

Sağlık kurumları çalışanlarının faaliyetinde bulundukları çevrede, birbirleriyle olan ilişkileri kurumsal normlar, toplumsal normlar ve sağlık etiği tarafından denetlenmektedir. Bu kurallara

uymayan bireyler söz konusu sağlık örgütünde herhangi bir yaptırıma maruz bırakılmaması veya yaptırımların basit kalarak normlara aykırı eylemlerin tekrarlanması, güven unsurundaki düşüşle, bireysel ve örgütsel sosyal sermayenin azalmasıyla sonuçlanmaktadır. Anlaşıldığı üzere sosyal sermaye unsurları, birbiriyle etkileşimleri ile sosyal sermayenin bireysel ve örgütsel düzeyde seviyesini ve devamını belirlemektedir.

Sosyal Sermaye Türleri

Sosyal sermaye, ilişkinin gücü, ilişki kuran bireylerin veya örgütün ortak çevrelerden olup olmamasına ve güven seviyesine göre sınıflandırılmaktadır. Bu ayrıma göre üç çeşit sosyal sermaye mevcuttur. Bunlar;

Birleştirici Sosyal Sermaye

Birleştirici sosyal sermaye, örneğin hastane ana bilim dalı başkanı ile söz konusu bölümdeki diğer tabiplerin ilişkisi örnek olarak verilebilir. Gücü elinde bulunduranlar ile yönetilenler arasındaki ilişkidir. Bu tür ilişkilerin temelinde normlar ve güven etkindir. Normlar yönetilen açısından, güven yöneten açısından ilişkinin gücünü belirleyen temel unsurdur.

Bağlayıcı Sosyal Sermaye

Bağlayıcı sosyal sermaye, özel kimlikleri güçlendirme ve homojenliği sürdürme eğilimindedir (Field, 2003, s. 32). Aynı çevrede bulunan bireylerin geliştirdiği ilişkiler, kan bağı veya hısımlar ilişkisinden kaynaklanan sosyal sermaye türüdür. Bu tür sosyal sermayenin kullanılmaması nedeniyle yok olması zordur. Çünkü bireyler günlük hayatlarında iletişim ve ilişki kurarak yaşamak zorundadırlar. Güçlü ağbağlar örgütsel düzeyde pozitif ayrımcılığa neden olacağından, nepotizme sebep olacak ve liyakatsiz bireylerin yüksek pozisyonlara gelmesine, örgütsel adalet algısının olumsuz yönde etkilenmesine, örgütsel sinizmin örgüt içinde salgın gibi yayılmasına neden olacaktır.

Köprü Kuran Sosyal Sermaye

Köprü kuran sosyal sermaye çeşitli farklı sosyal statü ve ortamlardan insanları bir araya getirme eğilimindedir (Field, 2003, s. 32). Bu tür sosyal sermaye sağlık kurumları açısından potansiyel hizmetlerin pazarlanmasına, işbirliği stratejilerinin uygulanmasına imkân sağlar. Kullanılmayan sosyal sermaye belli bir süre sonra yok olacaktır. Kimi zaman köprü kuran sosyal sermayeye kaynak teşkil eden ilişkinin tarafları olan grup veya bireyler birbiri ile hasım olabilirler, bu ise sağlık kurumu veya yöneticisi açısından negatif sosyal sermayeye neden olacaktır.

SAĞLIK KURUMLARININ TEMEL FONKSİYON ALANLARI BAĞLAMINDA SOSYAL SERMAYE

Ağbağlar uzun zamandır iş başarısı için önemli olarak görülüyor. Özellikle başlangıç aşamasında, ağların önemli bir bilgi kaynağı olarak işlev gördüğü ve iş fırsatlarının belirlenmesinde ve kullanılmasında kritik olabileceği yaygın olarak kabul edilmektedir (Hendry vd., 1991, s. 16).

Sağlık kurumları, sosyal yetenek ve ağların etkileşim ve mübadelede kritik roller oynadığı bir ortamda faaliyet göstermeleri gerektiğinden, seçici işe alımda, firmalar için sosyal sermayenin kritik bir role sahip olduğu mantıklı bir düşüncedir. Bu düşünce, özellikle belirli pozisyon türleri için geçerlidir. Bu nedenle, belirli pozisyonların bir firmadaki diğer

pozisyonlardan daha fazla sosyal sermaye gerektirdiğini tahmin edebiliriz. İlk olarak, üst düzey yöneticilerin hem şirket içindeki hem de dışındaki insanlarla ilgilenmeleri ve onları yönetmeleri gerektiğinden zengin sosyal sermayeye sahip olmaları beklenir (Lin, 2001, s. 96). Bu pozisyonlara örnek verecek olursak satış elemanı, halkla ilişkiler personeli veya merkezden uzak bölgelerdeki yöneticiler sayılabilir. Sağlık kurumları açısından düşündüğümüzde ise bu durum tıbbi hizmet sunucusu olan tabiplerin ve hemşirelerin doğrudan hastane müşterileri yani hastalarla iletişim halinde ve etkileşimde olmaları nedeniyle sosyal sermayelerinin yüksek olması gerekmektedir.

Marcus Strömgren, Andrea Eriksson, Linda Ahlstrom, David Kristofer Bergman, Lotta Dellve 2016 yılında sağlık örgütlerinde sosyal sermayeyi etkileyen bir faktör olarak liderlik kalitesini ele aldıkları çalışmada liderlik ve sosyal sermaye arasındaki ilişki ve zaman içinde hastane ortamlarında çalışanlar arasında sosyal sermaye için liderliğin hangi niteliklerinin önemli olduğunu araştırmışlardır. Zaman içinde tekrarlanan ölçümler, liderlik kalitesi seviyelerine göre sosyal sermaye seviyelerinde gruplar arasında farklılıklar göstermiştir. Söz konusu çalışmada liderlik kalitesi ilişki odaklı, gelişim odaklı ve görev odaklı olmak üzere üç farklı faktöre göre kategorize edilmiştir. Üç faktörün de sosyal sermaye ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ancak, ilişki odaklı liderliğin sosyal sermaye için en yüksek açıklayıcı değere sahip olduğu sonucuna varılmıştır. İlişki odaklı lider genellikle akıl hocası olarak davranır ve izleyicilerin fikir ve düşüncelerini alınacak kararlara dahil eder. İzleyicileri ile lider arasında sürekli artan ilişki sosyal sermaye artışına neden olmaktadır.

Kotler (1997, s.93) geleneksel pazarlama karmasını oluşturan ürün, yer, fiyat, tanıtım unsurlarından yer elemanının ürünün müşteriler tarafından elde edilebilmesi ve erişilebilmesi için gerekli faaliyetleri içerdiğini ifade etmiştir. Halme J. (2021) “The Role of Social Capital in The Institutionalization of Regional Place Marketing Activity” adlı eserinde Doğu Finlandiya’da yürütülen bölgesel yer pazarlama projeleri üzerine yaptığı araştırmaya yer vermiştir. Söz konusu çalışmada yer pazarlama projelerinin katılımcıları arasında ortaya çıkan sosyal sermaye, yer pazarlama faaliyetinin kurumsallaşmasına yönelik temelleri nasıl atıyor? sorusuna yanıt aramıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, projeler sırasında üretilen sosyal sermayenin, yer pazarlamasını birlikte yapma isteğini pekiştirerek, bilgi paylaşım uygulamaları oluşturarak, paydaş ağlarını genişleterek ve güçlendirerek yer pazarlama faaliyetinin kurumsallaşmasına katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur.

Kim ve Lee (2021) tarafından Güney Kore’de faaliyet gösteren küçük ve orta ölçekli medikal araç gereç üreten şirketlerde çalışan 130 bireyden toplanan veriler ile aşağıda sıralanan hipotezler nicel yönetimlerle test edilmiştir. H1: Sağlık hizmetleri tedarik zinciri yönetiminin dijitalleşmesi ve sosyal sermaye pozitif ilişkilidir. H2: Sosyal sermaye ve tedarik zinciri yönetimi pozitif ilişkilidir. H3: Sağlık hizmetleri tedarik zinciri yönetiminin dijitalleşmesi ve tedarik zinciri performansı arasındaki ilişkiye sosyal sermaye aracılık eder. Çalışma sonucunda; sağlık hizmetleri tedarik zincirinin dijitalleşmesi ve sosyal sermayenin, sosyal sermaye ve tedarik zinciri yönetiminin pozitif ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca, tedarik zinciri yönetiminin dijitalleşmesi ile tedarik zinciri performansı arasındaki ilişkiye sosyal sermayenin aracılık ettiği doğrulanmıştır.

Sosyal sermaye konusunda yazın alanında yer alan nicel ve kuramsal çalışmalar her geçen gün artmakta ve söz konusu konu yeni boyutlar kazanmaktadır. Ortaya çıkarılan farklı boyutları araştırmacıları sosyal sermayenin farklı kavramlarla ilişkisini ele almaya

yöneltmektedir.

Rekabet Üstünlüğü

Sürdürülebilir rekabet üstünlüğü ve rekabet üstünlüğü kavramları temelde aynı gibi görülmekte, sürdürülebilir rekabet üstünlüğü sağlayan kaynak ve sunulan hizmetin değerli olması, nadir olması, yalnızca kusurlu taklit edilebilir olması gerekir. Fakat rekabet stratejilerinin aynı sektörde bulunan rakiplerden önce, daha etkin ve daha düşük maliyetli uygulanması rekabet üstünlüğü sağlayabilmektedir. Rekabet edebilirlik, rekabet halindeki kuruluşların, endüstrilerin, bölgelerin ve devletlerin sürdürülebilir bir şekilde ürün ve hizmet sağlama kapasitesi, üretim faktörlerinin geri kazanımında yüksek verimlilik ve emek sömürsünden daha yüksek bir getiri sağlar (OECD, 1996, s. 20).

Normal bir pazarda rekabet, kalite ve maliyet yönünden önemli iyileştirmeler sağlar. Hızlı inovasyon, yeni teknolojilerin hızla yayılmasına ve işleri yapmanın daha iyi yollarına imkân sağlar. Mükemmel rakipler gelişir ve büyürken, daha zayıf rakipler yeniden yapılandırılır veya işsiz kalır. Kaliteye göre ayarlanmış fiyatlar düşer, değer artar ve pazar daha fazla tüketicinin ihtiyaçlarını karşılamak için genişler (Porter ve Teisber, 2006, s.2).

Sağlık piyasasındaki gelişmeler yukarıda bahsedilen duruma yakınsak bir şekilde seyrettiği söylenebilir, sağlık piyasasında rekabet, en iyi sağlayıcıları ödüllendirmez, daha zayıf sağlayıcıları da iflas ettirmez, teknolojik yenilik yavaş yayılır, değer iyileştirmesini olması gerektiği gibi sağlamaz; bu durum bazıları tarafından sorunun bir parçası olarak görülür. Birlikte ele alındığında, bu sonuçlar iyi işleyen bir piyasada düşünülemez. Yaşam ve yaşam kalitesi tehlikede olduğu için sağlık hizmetlerinde bu sonuçlara tahammül edilemez. Ulusal bütçenin büyük ve büyüyen bir bölümünü tüketen bir sektörde bu sonuçlar sürdürülemez (Porter ve Teisber, 2006, s. 3). Hükümetin bu hassas noktada müdahalesi kaçınılmazdır. Hükümet ve politikacılar yeni yöntemlerin vatandaşların kullanımına hızlı bir şekilde sunulması için sübvansiyonlar sağlayabilir veya kamu hastaneleri vasıtasıyla bu hizmetleri sunabilir.

Sağlık hizmetleri rekabeti toplam maliyetin düşürülmesi, kalitenin iyileştirilmesi ve inovasyonun teşvik edilmesini kapsamaktadır. Ayrıca, rekabet söz konusu pazarda sunulan ürünlerin ve hizmetlerin sürekli geliştirilmesine yönelik teşvikler sağlar. Sağlık piyasasındaki rekabet farklılık gösterir. Bu farklılığın nedenleri şu şekilde sıralanabilir. Sağlık maliyetleri yüksektir ve onları kontrol etmek için verilen şiddetli mücadeleye rağmen yükselmeye devam etmektedir. Sağlık hizmetleri açısından kalite sorunları özellikle her geçen gün artan hasta sayısı ve artan beklentileri nedeniyle devam etmektedir. Rekabetin başarısızlığı, sağlayıcılar ve coğrafi alanlar arasında aynı tür bakım için maliyet ve kalitedeki büyük ve açıklanamaz farklılıklardan kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri tamamiyle sunum esnasında ve durumsallığın hâkim olduğu bir çevrede sunulduğundan, sunulan hizmeti birçok unsur etkilemektedir. Bu nedenle sunulan hizmetin yaratacağı kalite algısı öngörülemezdir. Ayrıca, sunulan hizmet genel olarak değil, her tıbbi müdahale ve sunumda aynı kaliteye odaklı olmalıdır.

Sağlık hizmetleri maliyetleri doğrudan maliyetler ve dolaylı maliyetler olmak üzere iki grupta ele alınır. İstihdam edilen sağlık personelinden kaynaklanan maliyetler, hastalık tanılarına yönelik yapılan harcamalar (radyolojik tetkikler ve laboratuvar testler), tedavi kapsamında yapılan farmakolojik harcamalar, Sağlık hizmeti verilen kurumun döşeme, ısıtma, bina, bakım, aydınlatma, tıbbi teknolojik alet ve amortisman benzeri maliyetler doğrudan

maliyetlerdir. Doğrudan maliyetler sabit maliyetler ve değişken maliyetler olarak iki gruba ayrılır. Teşhis koyma ve tedavi hizmetleri sürecinde kişinin verimliliğinde meydana gelen azalmalar, hasta yakınlarının ve ailesinin maddi ve manevi kayıpları, hastalık sebebiyle ekonomik durumda meydana gelen bozulmalar; ağrı, acı, yalnızlık, tecrit, hastalıktan dolayı meydana gelen psikolojik bozukluklar, yaşam kalitesinde eskiye göre meydana gelen bozulmalar dolaylı maliyetlerdir (Yüksel, 2021). Sağlık bakımı için doğrudan maliyetleri en aza indirmeyi temel amaç edinmek yanlış bir hedeftir ve verimsiz sonuçlara yol açacaktır. Çünkü maliyeti en düşük hasta en kısa sürede ölen hastadır. Bu düşünce sağlık sunumu felsefesine uygun değildir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı sağlıklı yaşam süresini ve yaşam kalitesini minimum maliyetle en üst seviyede sağlamaktır. İsrafi ve gereksiz hizmetleri ortadan kaldırmak faydalıdır. Maliyet tasarrufları; maliyetlerin kaydırılmasından, bakımın kısıtlanmasından veya kalitenin düşürülmesinden değil, gerçek iş veriminden kaynaklanmalıdır (Porter ve Teisber, 2006, s. 70). Örneğin, yüksek maliyetli diyaliz hizmeti yerine uygun donörlerden yapılacak böbrek nakliyle fırsat maliyetleri azaltılabilir.

Sağlık kuruluşlarının rekabet edebilirliği, geniş anlamda, üstün finansal performans, kaynakların verimli kullanımı sektördeki diğer kuruluşlara nispeten elde edilen bir avantajdır. Etkili bir yönetim sistemi, çeşitli iç ve dış faktörlerin (ekonomik, finansal, sosyal vb.) dikkate alınması ile mümkündür. Sağlık kurumlarının rekabetçilik indeksi faktörleri arasında en önemlileri olarak tıbbi teçhizat temini ve amortisman giderleri, inovasyonun tanıtılması, kalifiye tıbbi personel ile hastaların hizmet talebinin yaratılması, sağlık kuruluşuna bütçeden sağlanan finansman miktarı, tıbbi hizmetlerin kalitesi ve fiyatı sayılabilir.

Sağlık kurumlarının rekabet kapasitesini artırmaya yönelik başlıca tedbirler olarak, ilave finansman gerektiren sağlık kurumlarının mali özerkliğinin artırılması, acil durum ve ilk yardım finansmanına öncelik vererek kurumların finans sisteminin dengelenmesi; kalifiye tıbbi personel tarafından personel temin süreçlerinin ve personel eğitim sisteminin iyileştirilmesi, teçhizatın modernizasyonu, sağlık kurumlarının uluslararası işbirliğinin geliştirilmesi sayılabilir (Rakhimbekova, 2014, s. 31).

İlk bakışta rekabet edebilirlik kavramı basit gibi görünse de belirleyici değişkenlerin çokluğu, sağlık hizmetleri piyasasının kendine has özellikleri ve onu etkileyen çevresel faktörlerin karmaşıklığı, ölçmede karşılaşılan zorluklar, teorik analiz modellerinin tüm yönlerini yüksek derecede doğrulukla birleştirmeyi zorlaştırır (Radu, 2011, s. 1121), bu nedenle ilgili değişkenlerin daha fazla analizini gerektirir.

Ülkemiz vatandaşlarının çoğunluğu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunumunu sosyal devletin temel görevlerinden biri olarak görmektedir. Bu bir yanılgıdır. Sosyal devlet sağlık hizmetlerinden vatandaşların adil bir şekilde faydalanmasını tesis etmek maksadıyla denetim ve ulaşım konusunda imkân sağlamalıdır. Ancak, sağlık hizmetlerinin ülkemizde yoğun olarak kamu hastaneleri tarafından sunulması ve etkin bir denetim mekanizmasının olmaması maliyetlerin her geçen gün artması ile sonuçlanmaktadır. Maliyet artışına neden olan diğer bir husus ise koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmemesidir. Ayrıca, kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duymalarına rağmen erişim maliyetlerinin fazla olması maliyet artışının diğer bir nedeni olarak görülmektedir. Sağlık sektöründe müşteri konumunda olan bireyler, sunulan hizmetin kalitesini diğer sektörlerde olduğu gibi değerlendirip karar verebilecek bilgi ve tecrübeye sahip değildirler. Ulusal sağlık sistemlerinin en temel görevi kamu ve özel sağlık hizmetleri sunucularının vazgeçilmez altyapı

ve hizmet standartlarını belirleyerek, bu standartlar doğrultusunda sıkı denetim ile kalite ve verimi artırmaktır (Şahin, 2012). Porter ve Teisber (2006) Redefining Healthcare isimli eserinde sağlık hizmetlerindeki çelişkiye sebep olarak şunları göstermişlerdir: maliyetlerin yüksek olması ve yükselmeye devam etmesi, hizmetlerin kısıtlı ve önerilen bakımın oldukça gerisinde olması, hizmet sunucuların mevcut tıbbi uygulamaların gerisinde kalması, yanlış teşhis oranlarının ve önlenabilir tedavi hatalarının yüksek olması, sağlayıcılar arasında büyük kalite ve maliyet farklılıklarının olması, en iyi uygulamaların yaygınlaşmasının yavaş olması, yeniliğe ve değişime karşı direnç olması.

Amerika Sağlık Hizmetleri Kalite Komitesi “Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century” adlı eserde (2001, s. 6) sağlık hizmetlerinin güvenli, etkili, hasta- odaklı, ihtiyaç duyulan zamanda erişilebilir, verimli ve adil olması gerektiğini belirtmiştir. Yine aynı eserde verimlilik ekipman, malzeme, fikir ve enerji israfı dahil olmak üzere israftan kaçınmak olarak ifade edilmiştir. Bu ifadelerden yüksek maliyetin yüksek kalite ile ilişkili olmadığı anlaşılmaktadır. Daha yüksek harcama yapan bölgeler daha fazla erişime, daha iyi sonuçlara, daha yüksek memnuniyete, ölüm oranlarında azalmaya veya bakıma daha iyi erişime sahip değildir (Fisher, 2003a, 2003b). Sağlık hizmetleri kalite ve maliyetleri çok değişkendir ve hasta memnuniyetini etkileyen birçok faktör söz konusudur. Çok yüksek maliyetle temin edilen bir teçhizat veya yüksek maaşlı tabipler tarafından sunulan hizmet müşteriler tarafından beğenilmeyebilir. Bu noktada söz konusu hizmetin kalitesinden bahsedilemez.

Sağlık sektörü en hızlı büyüyen sektörler arasında yer almaktadır. Hastalara kaliteli sağlık hizmeti sunumu iyi eğitilmiş, kendini işine adanmış tabiplerden oluşan geniş bir sağlık personeli ağını ve maliyet tasarrufu sağlayan klinik prosedürleri gerekli kılmaktadır. Sağlık sektöründe doktorlar, hemşireler, tıbbi asistanlar ve stajyerler istihdam etmenin yanı sıra, destek personeline de ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kadar büyük bir çalışan gücünü yönetmek ve bilinçli kararlar almak bu sektörde önemli bir konudur. Sağlık hizmetlerinde kurumların performansını etkileyen performans yönetimi zorluklarından bazıları şunlardır: Sınırlı performans iyileştirme fırsatları, yüksek çalışan devir hızına neden olan artan iş yükü, performans ölçme standartlarının olmayışı, ölçülebilir hedeflerin olmayışı, hedeflerin yokluğunda çalışan performansını izlemenin zor olması (Empxtrack, 2017). Yılda bir kez yapılan performans değerlendirmeleri, yöneticileri sağlık ekibine sınırlı gerçek zamanlı geri bildirim sağlamaktadır. Sağlık sektöründe her geçen gün personel ihtiyacı, nüfus ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Sağlık çalışanlarının performans ölçümlerinde, geri besleme ve ödülleri iyileştirilmesinde yaşanan güçlükler giderilememiştir. Çünkü her bir sağlık çalışanı beklenmeyen bir anda kurumsal olarak ve hasta memnuniyeti yönünden büyük başarılar elde edebilir. Sağlık hizmetleri durumsallığın yüksek olduğu bir ortamda gerçekleştirilmektedir.

Sağlık hizmetleri pazarında diğer piyasalardan farklı olarak ana ilgililer olan alıcı ve satıcı dışında sigorta şirketleri, hükümetler gibi diğer aktörlerde yer alır. Sağlık piyasasında hastalar çoğu zaman neye ihtiyaç duyduklarını ve ne kalitede hizmet aldıklarını değerlendirebilmeleri için gerekli bilgi ve tecrübeden yoksundurlar. Satın alınan sağlık hizmetinin ödemeleri çoğunlukla direk alıcı olan hastalar tarafından ödenmez. Pazar koşullarını çoğu alıcı yerine ödemeleri yapan sigorta kuruluşları belirler. Sağlık hizmetlerinin dışsallığı yüksektir. Diğer pazarlarda kaynakların eşit olarak dağılımını sağlayan görünmez el sağlık piyasasında, yukarıda sıraladığımız nedenlerle işlevini yerine getiremez. Sağlık sektöründeki piyasanın söz konusu özellikleri ve rekabetin belirli yönleri göz önüne alındığında, sağlık

kurumlarının rekabet avantajı, diğer piyasalara kıyasla hastalar, kamuoyu ve kamu idaresi tarafından çok takdir edilen, yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulmasını temsil eder. Sağlanan yüksek kaliteli tıbbi hizmetler (tüm tanımlayıcı yönlerde: erişilebilirlik, güvenilirlik, yeterlilik, süreklilik, uygunluk vb.), yüksek performanslı tıbbi donanım, modern tıbbi ürünlerin kullanımı ve sağlığı iyileştirmeye yönelik yeni prosedürler, konforlu koşullar ve daha düşük oranlar, sağlanan hizmetlerin maliyetinin düşürülmesi, insan sermayesi, profesyonellik ve organizasyon içindeki uzmanların nezaketi sağlık kurumlarının imajı açısından önemli bir rol oynar (Popa, 2011, s. 64).

Yönetim

“Yönetim, insanların ve diğer kaynakların yardımıyla işlerin yapılması faaliyetidir.” (Boddy 2017, s. 11). İnsanın olduğu tüm olgu ve faaliyetlerin sosyal nitelikte olduğunu ifade etmiştik. Her birey normlara uygun, eşit şekilde ve güvene dayalı muamele görmek ister. Birleştirici sosyal sermayesi yüksek yöneticilerin çalışanlarını örgüt amaçlarına daha etkin bir şekilde yönlendirebilmektedir.

Sosyal ağlar, firmaların dış şoklara dayanmalarını sağlamada hayati olabilecek tutarlı ve istikrarlı bir yönetim tarzına katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Hendry vd., 1991, s. 17). Köprü kuran sosyal sermayesi yüksek yöneticilerin çevrelerinden elde edecekleri bilgi ile stratejik olarak yönetimde proaktif yönetim davranışları sergiledikleri gözlenmiştir. Bu durum kurumların ani değişim ve kriz süreçlerinde daha uyumlu şekilde yönetilmelerini sağlamaktadır.

“Yönetim, performans hedeflerine ulaşmak için kaynakların kullanımını planlama, organize etme, yönlendirme ve kontrol etme sürecidir.” (Schermerhorn 2005, s. 19). Yönetim ile karşılaştırılacak olursa, liderlik insanların ne düşündükleri, ne hissettikleri; çevreyle, varlıkla ve işle nasıl ilişkili olmaları gerektiği ile önemli derecede ilgilidir (Boehnke vd., 2002, s. 5).

Günümüzde iletişim imkânlarının kullanıldığı ve birbirinin tamamlayıcısı olan transaksiyonel ve transformasyonel liderlik tarzlarının ön plana çıktığı söylenebilir. Transaksiyonel liderlik, lider ile izleyici arasında seyreden bir dizi takaslar ve pazarlıklarken; transformasyonel liderlik, izleyicileri geliştirerek, teşvik ederek, ilham vererek lidermiş gibi kişisel çıkarlarının ötesinde kolektif hedeflere yönelik çaba sarf etmesini sağlamaktır. Transformasyonel liderliğin temelinde liderin sahip olduğu bireysel sosyal sermaye yatmaktadır. Transaksiyonel liderlerin izleyicileri ile aralarında etkileşimin sürekliliği ve başarısı güven ve örgüt içi ilişkilerin niteliğine bağlıdır. Her iki liderlik tarzı içinde sosyal sermaye seviyesinin yüksek olması gerekir.

Transformasyonel lider, grup veya organizasyonda yüksek farkındalık ve ilgi uyandırır, güveni artırır ve takipçilerini var olma endişelerinden başarı ve büyüme endişelerine doğru kademeli olarak hareket ettirir. Kısacası, Transformasyonel liderler takipçilerini, liderlik rollerini üstlenerek belirlenmiş standartların veya hedeflerin ötesinde performans gösterebilecekleri noktaya kadar geliştirir (Yammarino, 1994, s. 28). Liderler hedeflerini örgüt içi bireysel sermayelerini kullanarak gerçekleştirirler. Çünkü lider, izleyicileri ile arasındaki ilişkiyi güvene ve ahlaka dayandırmaya çalışmaktadır. Sosyal sermaye transformasyonel liderler açısından hem bir araç hem de bir sonuçtur.

Güven, sosyal ağlar ve normlarda var olan sosyal sermaye, yönetim işlevinin yerine getirilmesini kolaylaştırmaktadır. Yöneticilere çalışanların örgütsel amaçlara yönlendirilmesi konusunda; güvene, karşılıklığa, ağbağlara ve normlara dayanan sosyal sermayeleri hem

etkinliklerini artıracak hem de örgüt içi normlara, güven seviyesine ve ilişkilere etki ederek bağlayıcı ve birleştirici sosyal sermayenin artırılmasını sağlayacaktır.

Müşteri Hizmetleri

Tüm işletmeler soru, endişe veya şikâyeti olan müşterilerin danışmanlık ve bilgi ihtiyacını karşılayarak güven hissini tesis etmelidir. Günümüzde müşteri beklentileri yüksektir. İnsanlar bir işletmeyle iletişime geçtiğinde hızlı, kibar ve bilgili bir yanıt beklerler. Yüksek düzeyde bir hizmet almadıkları sürece, gelecekte işlerini başka bir yere götürmeleri muhtemeldir. Sağlık kurumlarının amaçlarından biri sundukları hizmete olan talebi kaybetmemektir.

Müşteri hizmetleri, tüketicilerin alışveriş yaparken aldıkları değeri artıran perakendeci faaliyetlerinin tümüdür (Levy ve Weitz, 2007, s. 599). Sağlık kurumları açısından düşünecek olursak, sunulan hizmetten faydalanan bireyler hem hizmet sunumu öncesi hem de sonrasında, güven unsurunu tesis etmek için hizmet sunumu yapan bireyler aracılığıyla söz konusu sağlık kuruluşu ile ilişkiler elde etmeye çalışırlar. Bunu çoğu zaman kendi sosyal sermayelerini kullanarak yaparlar. Bu noktada sağlık kurumlarının sağlayacağı müşteri hizmetleri ile müşteri olarak görülen hastaların, bu güven ihtiyacı karşılanmış ve ihtiyaç duydukları sosyal sermaye sunulmuş olacaktır. Sunulan sosyal sermaye ve alınan hizmetten memnuniyetin üstsel pozitif etkisiyle potansiyel müşteriler ile sosyal sermaye tesis edilmesini sağlayacaktır. Bu amaç ışığında, sektördeki en yetenekli doktorlara ve deneyimli hemşirelere sahip olabilirsiniz, ancak hastalarınız için sürekli olarak yüksek kaliteli bir deneyim sağlayamazsanız, sizi üstün sağlık hizmetleri için tanımayacaklardır. Sağlık şirketlerinin amacı, her etkileşime bir işlemmiş gibi yaklaşmak yerine, hastalarla uzun vadeli ilişkiler geliştirmek olmalıdır.

Mutlu hastaların sağlık şirketlerini arkadaşlarına, aile üyelerine ve iş arkadaşlarına önerme olasılığı daha yüksektir. Doktor hasta ilişkileri kolayca ve/veya sıklıkla tanınmayabilir, ancak herhangi bir sektördeki en iyi müşteri sadakati örneklerinden bazılarıdır ve en güçlü doktor-hasta ilişkileri müşteri hizmetleri ile başlar. Şirketinizin mükemmel veya zayıf müşteri hizmetleri için geliştirdiği itibar, gelecekte potansiyel müşterilerin hizmetlerinizi isteyip istemediğini belirlemede rol oynamaktadır.

Pazarlama

Pazarlama kavramını sağlık kurumları açısından ele alacak olursak, faaliyet gösterilen çevrede sağlık kurumunun sahip olduğu toplam sermayeyi kullanarak, yarattığı hizmeti müşteriler ile değişim süreci olarak tanımlanabilir. Pazarlama sürecinde iletişim ağları çok önemlidir

Pazarlama, mübadeleyi kolaylaştırmaya ve tamamlamaya yönelik insani faaliyetlerdir. Bir pazarlama olgusunun tanımlanabilmesi için mübadeleyle ilgilenen birden fazla tarafın olması, her bir tarafın diğerleri ile mübadele edebileceği, diğer taraflar açısından değer taşıyan bir şeye sahip bulunması ve her bir tarafın haberleşme ve sevk gücüne sahip olması gerekmektedir (Kotler, 1972, s. 16).

Günümüzde pazarlama açısından güven önem kazanmış bir unsurdur. Toplumların güven seviyesi, haberleşme olanakları ile ters orantılı olarak değişmiş ve düşmüştür. Bireylerin iletişim araçlarını kullanarak yeni ilişkiler kurma, yeni gruplara dahil olma olasılığının artması ilişkileri bireyler açısından değersizleştirmiş, bireylerin güven seviyeleride düşmüştür. Bu nedenle, değişim sürecinde sadece haberleşme imkânı değil, ayrıca karşılıklı güvende önem kazanmıştır.

Sosyal sermayesi yüksek sağlık kuruluşları, hem diğer sağlık kuruluşları hem de sağlık müşterileri tarafından mübadele için tercih edilecektir.

Tedarik Zinciri

Bir tedarik zinciri, ilk tedarikçiden nihai alıcılara yapılan transferler ağında anlaşılır. Bu ağ, müşteri hizmetleri, araştırma ve geliştirme faaliyetleri, pazarlama vb. ile ilgili teslimatlar, üretim, dağıtım alanındaki transferleri kapsar. Bu tür transferlerin amacı mal (hammadde, malzeme, hazır mal vb.), bilgi ve paradır.

Tedarik zinciri yönetimi yayınlarının çoğunda, katılımcıları arasındaki karşılıklı ilişkilerin doğasının artan önemine atıfta bulunularak; bunların kalıcı, etkili ve verimli işleyişinde büyük ölçüde belirleyici bir rol oynadığı vurgulanmaktadır.

Tedarik ağı aktörleri arasındaki işbirliğinin karşılıklı bağımlılıkların işlem ve yüzleşme türünden ziyade, ortaklık ilişkilerine dayalı olmasının en iyi alternatif olduğu sıklıkla ileri sürülmektedir (Ferguson, 2000, s. 65). Ortaklık işbirliği uzun süreli olmalı, karşılıklı bağlar ve ilgili tarafların güven, şeffaflık, hem risklerin hem de kârların ortak paylaşımına dayalı yakın bağları ile sonuçlanmalıdır.

Tedarik ağı ilişkilerinde güven, işlem maliyetlerinin kapsamlı bir şekilde azaltılmasının veya en azından ağıdaki ekonomik karlılığın garantisinin anahtarıdır. Bunun temel nedeni, güvenin mevcut olduğu bu ilişkilerde, fırsatçı davranışların önlenmesi veya azaltılması için gelecekteki sonuçların bölünmesini güvence altına alma ve iki mekanizmayı harekete geçirme ihtiyacının sınırlı olması gerçeğinden kaynaklanmaktadır.

Baraniecka (2011), tedarik zincirindeki sosyal sermayeyi, ortak hedeflere ulaşmayı amaçlayan güven, katılım veya uyum gibi tüm katılımcıları için ortak olan ilke ve değerlerle belirlenen, belirli bir kalite ile karakterize edilen ilişkiler kümesi ve bunlardan kaynaklanan ortak üstünlükler olarak tanımlamıştır.

Halkla ilişkiler

Halkla ilişkiler, kavramsal olarak halk ile sağlık kurumlarının müşterek ilişkileriyle alakalı faaliyet ve durumları kapsayan bir fonksiyon alanıdır. İşletmenin ilişki içerisinde olduğu iç ve dış müşteri grupları ve kuruluşlarla karşılıklı olarak doğru ve güvene dayalı ilişkiler kurmak, geliştirmek, kamuoyunda olumlu izlenimler yaratmak ve toplum ile bütünleşmek amacıyla yapılan planlı, kesintisiz ve iletişim ağırlıklı çabaların toplamı olarak tanımlanabilir (Tengilimoğlu, 2001, s. 25)

Halkla ilişkilerin temel işlevleri olarak, ilişkilerin düzenlenmesi, örgüt amaçları ve müşteri beklentilerinin uyumlandırılması, güvenin artırılması ve güvenin bir sonucu olarak ilginin ve desteğin sürekli hale getirilmesi, örgüt içi ve dışı iletişimin artırılması ve doğru tesis edilmesi, örgüt imajının değerlendirilmesi, örgütsel çabaların yönlendirilmesi sayılabilir.

Halkla ilişkilerin demokrasideki normatif rolü, en iyi şekilde kamusal tartışma ve politika oluşturma alanlarına erişimi kolaylaştıran sosyal sermayeyi yaratmanın yanı sıra devletin gücünü kontrol eden ve sosyal altyapıyı koruyan örgütler arasındaki ağları sürdürmek olarak algılanmaktadır. Sosyal sermaye kavramının halkla ilişkiler teorisinin geliştirilmesinde ve halkla ilişkilerin kamusal alanda ve sivil toplumda rolünün belirlenmesinde büyük etkiye sahip olduğu öne sürülmektedir (Sommerfeldt, 2013: 280). Halkla ilişkiler yoğun olarak sosyal sermaye gerektiren ve sosyal sermaye artışı ile sonuçlanan faaliyetlerden oluşur. Halkla ilişkiler

faaliyetlerinin sosyal sermayesi yüksek kişilerce yürütülmesi örgütsel sosyal sermaye artışını destekleyecektir. Taylor (2009, s.77) sivil toplumu ilişkilere yol açan, güven inşa eden ve sosyal sermaye yaratan etkileşimler süreci olarak tanımlamış; ayrıca, halkla ilişkilerin sosyal sermaye yaratmada ve onun devamlılığını sağlamada önemli bir role sahip olduğunu belirtmiştir. Sosyal sermaye unsurları olan güven, ağbağlar ve normlar bağlamında halkla ilişkiler faaliyetlerinin doğru olarak yürütülmemesi negatif yönde etkilere sebep olacaktır. Sonuç olarak, kurulan veya tesis edilmeye çalışılan ilişkilerin pozitif veya negatif etkilerinin kaçınılmaz olduğu, pozitif bir değer yaratmayan her sosyal sermayenin sağlık kurumlarının rekabet gücüne olumsuz etkilerde bulunacağı açıktır. Sağlık yöneticileri tarafından halkla ilişkiler faaliyetleri, toplumsal sosyal sermayenin örgütsel sosyal sermayeye bir yansıması olarak değerlendirilerek, tüm bireysel ilişkilerde güven ve normlar temelinde doğru ilişkiler tesis edilmeye çalışılmalıdır.

İnsan Kaynakları

Yeni dünya düzeninde, organizasyonların mümkün olan en zeki, en yetenekli bireyleri istihdam etmesi esastır. Beşeri sermaye bir örgütün en büyük varlığıdır. Ancak, bu yeterli değildir. Kurumlar ayrıca bireylerin başarı için ilişkisel olarak en uygun konumlandırılmasını sağlamalıdır. Bunu yapmak sosyal sermaye potansiyelini açığa çıkaran yeni bir sınır gerektirir. Sosyal sermaye, bireyin diğerleriyle bağlantı kurma biçimine dayalı olarak yaratılan rekabet avantajıdır. Son araştırmalar, inovasyon ve uygulamayı mümkün kılmak için sosyal sermayeyi daha güçlü bir şekilde düşünmemiz gerektiğini gösteriyor (Arena, 2016, s.22).

Sosyal sermayenin iki temel yönü, grup uyumu ve aracılık özellikle insan kaynakları uygulamalarıyla ilgilidir. Grup uyumu en iyi şekilde, bir grup içindeki bir bireyin aynı gruptaki diğerlerine ne kadar bağlı olduğu olarak tanımlanır. Genellikle kümeler olarak anılan gruplar, grup içinde çok sayıda yedekli bağlantıya sahip olduklarında yüksek düzeyde uyumlu olarak kabul edilirler (Arena ve Uhl-Bien, 2018, s. 23). Uyumlu grupların faydaları, bireylerin bilgileri hızlı bir şekilde paylaşılabilmeleri ve tipik olarak daha az bağlı gruplara göre daha yüksek düzeyde güven gösterebilmeleridir (Fleming, Mingo ve Chen, 2007). Aracılık, bir kümeden diğerine köprü bağlantılarını temsil eder. Bireyler veya araçlar olarak, bir kümeden diğerine bağlayıcı görevi görürler. Bireyler için komisyoncu rolünde olmanın üç özel rekabet avantajı vardır: çeşitli bilgilere daha geniş erişim, yeni bilgilere erken erişim ve bilgi yayılımı üzerinde kontrol (Burt, 2005). Sağlık kurumlarında maksimum uyumu, bilgi akışını ve kontrolü sağlayacak örgüt yapısı ve insan kaynakları yönetimi stratejileri örgütsel bağlılığı, iş tatminini ve örgütsel vatandaşlık davranışı geliştiren çalışan sayısını artıracaktır.

İnsan kaynakları yönetimi sürecinin her aşamasında sosyal sermayenin etkisi vardır. İnsan kaynakları departmanı yöneticilerinin yüksek sosyal sermayeye sahip olması hem beşeri sermayeyi etkileyecek hem de etkin ve yetkin insan kaynağı diğer fonksiyon alanlarındaki faaliyetler sonucunda sosyal sermayenin artırımını sağlamış olacaktır.

Finansman

Sağlık kurumlarının finansmanı farklı kaynaklardan sağlanabilir. Sağlık kurumlarının esas finansman kaynağı, söz konusu kurumların temel faaliyetleri sonucunda ortaya çıkardıkları hizmeti piyasaya sunarak, ticarileştirerek elde ettikleri kardanır. Bu bağlamda, tüketiciler, bir ürün veya hizmet karşılığında, söz konusu işletmenin belirlediği miktarda para öderler. Şirketler daha fazla likidite elde etmek veya yeni yatırımlarla yüzleşmek için faiz karşılığında finansal kuruluşların kredilerine başvururlar. Bazı şirketlerde iş hisseleri hissedarlar veya ortaklar

arasında dağıtılır. Bunlar, daha sonra bir dizi getiri elde etmek için sermaye sağlamaktan sorumludur. Hükümetler genellikle şirketlere personel alımı, teçhizat yenilenmesi vb. için mali yardım sağlar. Kar, banka kredileri, hisse senetleri karşılığı yatırımcılardan alınan para ve son olarak devlet sübvansiyonları finansal kaynakları oluşturmaktadır.

Bates (1994, s. 674) sahip olunan sosyal sermayenin finansmana erişim sağlamaya yardımcı olabileceğini belirtmiştir. Sağlık kurumlarının banka kredilerine ve devlet sübvansiyonlarına başvuruları değerlendirilme aşamasındayken söz konusu sağlık kurumlarının yönetiminin sahip olduğu sosyal sermayeyi kullanarak bu kaynaklara ulaşmada öncelik elde edebilir. Hatta özel sağlık kurumları bu kaynakları elde etmek amacıyla yönetici veya diğer pozisyonlara sosyal sermayelerini kullanarak bu kaynaklara ulaşılmasını sağlayacak kişiler transfer edebilir.

Sağlık kurumları hizmet sunumunda müşterilerin güven hissi ile taleplerini sağlamak amacıyla esas hizmet üreticileri olarak değerlendirilen güven duyulan tabipleri kadrolarına dâhil etmektedirler. Hatta bazı uzman doktorların diğer sağlık kurumlarında elde ettikleri müşteri yani hasta potansiyelini bu şekilde ele geçirebilmekte, söz konusu tercih edilen tabiplerin sosyal sermayesini kendi sosyal sermayelerine dâhil etmekte ve karlarını artırmaktadırlar.

Örgütsel sosyal sermayesi yüksek kurumların hisseleri halka arz edildiğinde daha fazla ve hızlı talep görmekte ve bu talepler çoğu zaman uzun vadeli olmaktadır. İşte bu noktada sağlık kurumları var oluş amaçlarını ve gelecekte varmak istedikleri noktayı çok iyi tanımlamalı ve bu doğrultuda faaliyetlerini sürdürmelidirler.

Girişimcilikte sosyal sermaye, girişimcilerin iş fırsatlarını keşfetmek, kullanmak ve başarılı olmak için ihtiyaç duydukları kaynaklara erişebildiği tüm kişilerarası ve organizasyonlar arası ilişkileri ifade eder (Davidsson ve Honig, 2003, s. 303). Sağlık kurumlarının ihtiyaç duyduğu bu kaynaklara erişimde örgütsel ve yöneticilerin sahip oldukları köprü kuran sosyal sermaye birikimleri kaynaklara erişimi ve bu finansal imkânlardan erken haberdar olunmasını sağlamaktadır. Bağlayıcı sosyal sermaye sahibi çalışanları sağlık kurumlarına özellikle devlet sübvansiyonlarına erişimde öncelikli olmalarını sağlayabilmektedir.

Sosyal sermaye, örgütler arasında, örgütler ve aktörler arasında bilgi maliyetlerini, pazarlık ve karar alma maliyetlerini, politika oluşturma ve uygulama maliyetlerini azaltmakta ve bu şekilde finansal sermayeyi desteklemektedir (Landry vd., 2002, s. 686). Girişimcilerin, özellikle firmalar arası ve firma içi ilişkiler olmak üzere her türden ağlar geliştirmeleri ve teşvik etmeleri gerekmektedir.

Sağlık Kurumlarında Sosyal Sermaye

Sosyal sermaye kavramı, bir ağın üyeleri arasındaki bağlantıyı ve iletişimi ifade eder; normların kontrolünde, müşterek güvene dayalı olarak üyelerin amaçlarının karşılanmasını sağlar. Sosyal sermayenin daha derin bir kavram olduğu anlayışı, bu kavramın rekabetin kaynağı olarak düşünülmesine neden olmuştur. Üyeler arasındaki bağlantı ve iletişimi ifade eden sosyal sermayenin bu derinliğinin ortaya çıkarılması için sosyal sermaye açısından; örgütsel kültürün, örgütsel adaletin, örgüt iklimi ve diğer örgütsel davranış metaforlarının yeniden teorik olarak analiz edilmesi ve sosyal sermaye ile söz konusu örgütsel metaforların ilişkisini ortaya koymaya yönelik ölçülebilir hale getirme çabalarının gelecekte sosyal sermaye ve rekabet arasındaki ilişkinin nicel olarak sınanarak daha net sonuçlara ulaşılması, mevcut literatürde sosyal sermaye ve rekabet ilişkisinin sadece performans ve stratejik liderlikle

ilişkilendirilmiş olması nedeniyle önem arz etmektedir. Çünkü insanın sosyalleşme süreci yaşam boyu devam etmektedir. Sosyalleşme süreci çok farklı değişkenlerin etkisindedir. Bu çok boyutluluk bu kavramın önemini artırırken, sosyal sermayenin etkisi altında olduğu faktörlerin herbirinin irdelenmesi gerekmektedir.

Sosyal sermaye, çeşitli kurumsal performans çıktılarına etkiler. Müşteriler, tedarikçiler, rakipler, iş ortakları ve yerel topluluklar gibi kilit paydaşlarla bağlantılar ve ağ ilişkileri kurulmasını gerektirir; aynı zamanda bu ilişkilerin sebebi olarak görülebilir. Sosyal sermaye, kaynakların yeniden yapılandırılmasını, yeteneklerin entegrasyonunu ve işletmelerin öğrenme yeteneğinin geliştirilmesini sağlar. Sosyal sermaye, değişim ve entegrasyonun gerekli koşuludur, entelektüel sermayeyi geliştirir. Aynı zamanda inovasyon davranışını da teşvik eder (Aldaibat, 2017, s. 66).

Sağlık kurumlarının ana ham maddesini oluşturan insandır. Burada kastımız sağlık hizmetinden faydalanma arzusunda olan bireyler ile onlara şifa dağıtma amacıyla olan sağlık çalışanlarıdır. İnsanın oluşturduğu sağlık kurumları sosyal sistemler, yani açık sistemlerdir. Kapalı sistem haline gelmeleri negatif sosyal sermayeyi artıracak ve uzun vadede sağlık kurumları açısından olumsuz sonuçlara sebep olacaktır. Hastaların eşit miktarda ve eşit kalitede hizmet almalarına engel olacaktır.

Sosyal sistemlerin en önemli özelliklerinden biri içinde yer alan insanların aynı özelliklere sahip olmayışıdır. Buna sosyal çok kökenlilik adı verilmektedir. Bunun anlamı, örgüt çalışanlarının fiziksel ve ruhsal olarak eş olmamalarıdır. Bu farklı olma durumu, aynı zamanda sosyal katmanlaşma ve sosyal eşitsizliğin de temel sebebinin teşkil eder. Sosyal katmanlaşma ve eşitsizlik her ne kadar negatif bir durum olarak görülsede, farklılıkların iyi yönetilebilmesi sosyal, kültürel ve örgütsel zenginliği oluşturacak unsurlar haline gelebilir (Sorokin, 1994, s. 67).

Nitekim hastanelerin doğuşu yardım kuruluşlarına, vakıflara ve misafirhanelere (hospitalium) dayanmaktadır. Tarihte müslüman idareciler tarafından pek çok hastane kurulmuştur. Mısırda inşa edilen Ahmed bin Tolun Hastanesi (872-874), müslüman bir idareci tarafından, vakıf gelirleriyle kurulan ilk hastanedir. Bu hastanede bütün tedavi ve ilaç uygulamaları ücretsizdi. Tolun aynı zamanda tıbbi acil durumlara müdahale etmek ve tıbbi yardım uygulanmasını genişletmek amacıyla bir dispensar açmıştı. Bu hastaneden sonra Bağdat ve Kahire’de başka vakıf hastaneleri tesis edildi (Kahya ve Erdemir, 2000, s. 42-43). İlk hastaneler vakıf gelirleriyle kurulmuştur. Sağlık kurumlarının var oluşunun temelinde bireylerin başkalarının yaşamını devam ettirme amacı ve bu amaç doğrultusunda kurulan sosyal ilişkiler yatmaktadır.

Doğu Roma’nın (Bizans’ın) başkenti olması hasebiyle ilk hristiyan hastaneleri aslında İstanbul’da kurulmuştu. Yani İstanbul, fethedilmeden önce de önemli bir sağlık merkeziydi. Dördüncü yüzyılda başkentteki mevcut hastaneler asırlar sonra kurulacak olan Osmanlı darüşşifaları gibi kimsesiz ve yoksullara hizmet veriyordu. Beşinci yüzyılda para karşılığında hizmet veren ilk özel hastane de açılmıştı. Sağlık sisteminin gelişmesinde I. Justinianos’un (527-565) reformlarının önemli bir etkisi vardı. Bu dönemde devletin resmen imtiyaz verdiği hekimler, kentlerde hekim yetiştirme yetkisine sahipti. Hekimler hastanelerin hizmetine girince hastaneler de tıp eğitim merkezi hüviyetini kazanmış oldu (Sayılı, 1981, s. 9-10). Müslüman kültürü dışındaki diğer kültürler içinde hastanelerin var oluş aşamaları aynıdır. Elde ettikleri kâr ile ekonomik varlıklarını devam ettirme amacı güden ilk özel hastaneler artan tabip ihtiyacı ve

maliyetler nedeniyle kurulmuştur. Ancak günümüzdeki özel hastanelerin ekonomik var oluş amaçları yasaların mücade ettiği en yüksek karı elde etmektir. Bu amaçla özel hastanelerin kurulmasının sebebi gayri safi yurtiçi hasıladan sağlık harcaması olarak ayrılan payın büyümesidir. Bu amaçla devlet sağlık politikası olarak özel sağlık kuruluşlarının kurulmasını maddi olarak teşvik etmektedir.

Yukarıdaki bilgiler ışığında, günümüzün modern sağlık kuruluşlarının doğuşu hayırsever birliklerine, vakıflara dayanmaktadır. Sivil toplum örgütlerinin ne derece yaygın olduğu, bireylerin bu örgütlerde ne oranda görev aldıkları ve bireylerin gönüllü olarak aylık ortalama hizmet süreleri (Yıldız ve Topuz, 2011, s. 216) sahip olunan toplumsal sosyal sermayeyi belirleyen ölçütlerdir. Bu bilgiler ışığında sağlık kurumlarının var olduğu ilk dönemden günümüze var oluşunun temelinde toplumun sosyal sermaye birikimi vardır. Sosyal sermayesi yüksek toplumlarda sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetlerden faydalanan birey sayısında yüksek seviyededir. Sağlık kurumlarının rekabet üstünlüğü açısından sosyal sermayeleri aynı zamanda faaliyet gösterdikleri toplumun sosyal sermayesi ile birlikte değerlendirilmesi gerekir.

Yine Osmanlı İmparatorluğu'nda Evkaf Nezaret' nin 1826 da kurulmasıyla vakıfların sınırlı tüzel kişilikleri ortadan kaldırılmıştır. Mütevellilerin (güvenilen kimseler, vakıf yöneticileri) ve evkaf müdürlerinin yaptığı yolsuzluklar, vakıf gayrimenkullerinin ömürboyu kiralama sistemiyle işletilmesi gibi formel düzenlemeler, sonuçları ağır olan bu kurumsal değişimin sebepleridir. Sonuç olarak Osmanlı vakıf hastaneleri ve tıp okulları kendi masraflarını karşılayamayan, hekim yetiştirmek bir yana deprem ve yangın gibi felaketler nedeniyle harap durumda kalan, liyakatsiz hekimlerin atandığı işlevsiz ve etkin olmayan kuruluşlara dönüşmüşlerdir (Akkuş, 2018, s. 162).

Osmanlı Evkaf Nezareti' nin kurulduğu dönemde sağlık kurumlarının içinde bulundukları durum yine sosyal sermaye konusuyla ilişkilidir. Sosyal sermaye unsurlarından güvenin yok olduğunu mütevellî (güvenilen kişi) heyetleri ve vakıf hastaneleri yöneticilerin yolsuzlukları, liyakatsiz hekimlerin toplum içinde sosyal sermaye birikimlerini toplum faydasına karşıt olarak kullanmaları yine sosyal sermaye ve eşitsizlik konuları ile ilgili olduğu fikrini aklımıza getirmektedir. Sosyal sermaye sağlık kuruluşlarının var oluşu ve varlığını sürdürmesi açısından vaz geçilmezdir. Ayrıca insanlar rasyoneldir ve sosyal sermayesi düşük olan bir kurumsal yapıdaki örgütte çalışmak istemezler çünkü her birey sosyal sermayesini artırarak amaçlarına daha kolay yoldan ulaşmak ister. Bunun sonucu olarak yetenek sahibi bireyler hekimlik mesleğini tercih etmeyecek bu durum sağlık kurumlarının sosyal sermayesinin üstsel olarak azalmasına neden olacaktır.

Hayırseverlik – kamu yararı için özel eylem – bir topluluğun kamusal sorunları belirleme ve bunları ele almak için stratejiler geliştirme kapasitesinin kritik bir göstergesidir. Bir topluluğun para bağışları ve gönüllü zaman sağlama konusundaki cömertliği, kâr amacı gütmeyen kuruluşların kamusal sorunları çözmeye yönelik şekillenmesinde kritik öneme sahiptir. Hayırseverlik, bireyler arasında güven ve bağlılık oluşturan, toplulukların kendi kendini yönetme yeteneğini geliştiren, bireyler arasında güven, paylaşılan değerler ve karşılıklılık oluşturan ağlar ve normlar - sosyal sermaye inşa ederek topluluklar içinde bağlantılar oluşturma ve güçlendirmede kilit noktadadır (Brown, 2004, s. 1). Hayır etmek sebebi kişiden kişiye, zamana ve içinde bulunulan kültüre göre farklılık gösteren bir eylem olsada, hayırsever bireylerin bulunduğu örgütlerde üyeler ve bu üyelerin oluşturduğu örgüt ile ilişkili olan bireyler tarafından örgütsel iklim, örgütsel bağlılık, örgütsel vatandaşlık davranışı gibi

örgütsel davranış türleri pozitif olarak algılanır. Sağlık Kurumlarında bu metaforlar sağlık kurumlarının rekabet gücüne etki edecek örgütsel performansa olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Kurum felsefesinin dört temel fonksiyonundan bahsedilebilir. Oryantasyon, kurum felsefesinden kaynaklanan ilk eve kuralların, örgütsel davranışın yönlendirilmesinde kullanılmasıdır. Motivasyon; belli değer ve normlara olan inanç ile “ahlaki bir üst yapı”nın oluşturulmasıdır. Açıklama; kurumun davranış ve fonksiyonları hakkında oluşan yanlış kanaatlerin düzeltilmesi noktasında neyin nasıl yapıldığının açıklanmasıdır. Seleksiyon (seçim) ise; mevcut alternatiflerden, ihtiyaçların tatmini konusunda, daha uygun olacak alternatifin tercih edilmesidir (Okay, 2000, s. 127).

Sosyal sermaye unsurlarından sağlanan ilişki ağları, iş hayatının aktörlerine, öncelikle bilgiye erişim, önemli kararlarda tercih edilme ayrıcalığı, finansal kaynaklara daha kolay ulaşım ve çevresini ve çevresel gelişmeleri yönetme avantajını kazandırmaktadır (Sözen, 2009, s. 125).

SONUÇ

Sosyal sermayeyi, bireyin şu an ne derece sosyal olduğu, gelecekte belirli bir dönemde sahip olduğu ilişkileri ne olasılıkla devam ettireceği, sosyal ilişkilerini ihtiyaçlarını ve diğer bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada karşılıklı olarak ne derece kullandığının ifadesi olarak tanımlayabiliriz. Sosyal sermayeyi örgütsel boyutta, bir örgütün örgütler arası ve bireylerle sahip olduğu güven ve normlar temelinde tesis edilmiş ilişkileri olarak tanımlayabiliriz. Sağlık kurumları sosyal sermayelerini yönetim, müşteri hizmetleri, pazarlama, tedarik, halkla ilişkiler, insan kaynakları, finansman işlevlerini kolaylaştırmak için kullanmakta ve aynı zamanda bu işlevleri sonucunda sosyal sermaye artırımını elde etmektedir. Organizasyonlarda liderlik gelişimi, kişilerarası becerileri geliştirmeyi içermeli ve sosyal sermayeye yapılan bir yatırım olarak düşünülmelidir. Bireyler günlük yaşamlarında ya da bürokratik yapı içerisindeki işlerini halletmek için çoğu zaman sosyal ilişkileri vasıtasıyla bilgi edinmeye çalışırlar. Kararlarını ve işlemlerini, sahip oldukları ilişkiler vasıtasıyla edindikleri bilgi ışığında veya bürokratik yapıda bazı formaliteleri atlayarak gerçekleştirirler. Örneğin, hastalandığımızda röntgen çektiğimiz gerekiyor veya dişimiz ağrıyorsa, bize çok ileri bir tarihe randevu verilmişse hemen ilişkilerimizi ve tanışıklıklarımızı gözden geçirir ve en kısa sürede işimizi halletmek için ilişkilerimizden yararlanmaya çalışırız. Bireyler risk, belirsizlik ve kaynak yoksunluğunda hem örgütsel bir davranış olarak hem de bireysel olarak sosyal sermaye kullanımına yönelirler. İlişkilerin bu şekilde, amaçlara ulaşmak için kullanılması insanın sosyalleşme sürecinin bir parçasıdır. Özellikle kuruluş aşamasında bürokratik engelleri hızla aşmayı hedefleyen yeni sağlık girişimlerinin yönetimleri sosyal sermayesi yüksek yöneticileri kadrolarına dahil ederek elde edecekleri bilgi, tecrübe ve sahip oldukları ilişkiler ile kuruluş sürecinin kısaltılmasına katkı sağlayacaktır. Din ve kültür unsurlarının hastaların sağlık kuruluşlarını tercihlerini etkilediği anlaşılmıştır. Çünkü bu unsurlar bireyler ile sağlık kurumları arasındaki ilişkileri güven ve norm bağlamında etkilemektedir. Rekabeti yoğun olarak tecrübe eden özel sağlık kurumları hizmet sunumu yaptığı piyasadaki bireylerin din ve kültürlerini dikkate alarak faaliyetlerini ve personel seçimini bu yönde belirlemeleri ve eğitmeleri kurumsal sosyal sermayeyi artırarak rekabet üstünlüğünü ele geçirmelerini sağlayacaktır. Köprü kuran sosyal sermaye, farklı bölgelerde iş hacimlerinin kurumsal olarak genişletilmesine olanak sunar. Örneğin, Medical Park Hastanelerine OYAK A.Ş. nin ortak olması nedeniyle TSK personeline uygulanan özendirme ve indirimler bu kişilerin bu hastane grubundan faydalanmasına, TSK

mensubu hastalar ile tabiplerin geliştirecekleri ilişki, tabiplerin farklı çevrelerde bireysel sosyal sermayelerinin artmasına neden olmaktadır. Sağlık kurumları kontrol altında tutabileceği en yüksek sayıda çevre ve gruplarla ilişkiler geliştirmek için fiyat ve sosyal teşvikleri söz konusu grup ve çevrelere sunmaları gerekir. Halkla ilişkiler faaliyetleri aslında örgütsel sosyal sermayenin artırılması çabasıdır. Halkla ilişkiler ve sosyal sermaye arasında çift yönlü ilişki vardır. Çünkü sosyal sermayesi fazla olan örgütler, doğal olarak daha büyük kitlelere ulaşacaktır. Daha büyük kitlelerle daha fazla ilişkiler elde edilecektir. Sağlık kurumları halkla ilişkiler faaliyetlerine önem vermelilerdir. Her bireyin ve her örgütün bir ilişki ve iletişim kapasitesi vardır. Örgütsel olarak gerekli büyüme stratejileri uygulanmadan sürekli yeni ilişkiler arayışı, belirli bir yığılmadan sonra ilişkilerin zayıflamasına, normların geçerliliğini yitirmesine ve güvenin yok olmasına neden olacaktır. Sağlık kurumları hizmet kapasitelerine ve ihtiyaçlarına yönelik değerlendirmeleri sürekli yenileyerek hem hizmet sundukları pazardaki bireylerle hem de malzeme tedarik ettiği firmalarla ilişkilerini kontrol altında tutmaları gerekir. Sağlık kurumları bilgi ve teknoloji yoğun kurumlardır. Hizmet üretim ve arzı eş zamanlı olarak gerçekleşir. Detaylı ve esnek planlamaya muhtaç bir piyasada faaliyet göstermektedirler. Bireysel ve örgütsel sosyal sermayenin sağlık kurumlarının temel fonksiyon alanları faaliyetleri için ihtiyaç duyulacak kaynak ve bilgiye düşük maliyet ve zamandan tasarruf ile ulaşılmasını sağlayarak rekabet üstünlüğü sağladığı anlaşılmıştır. Sağlık kurumlarının örgütsel ve çalışanların bireysel sosyal sermaye seviyeleriyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasında kuramsal bir ilişki olabileceği değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sağlık piyasasının son dönemde en önde gelen problemleri arasındadır. Bu şiddetin sebebi olarak hastaların güven seviyesindeki azalma ve gelişmiş teknolojinin sağlık hizmetleri alıcılarında yarattığı yüksek kalite beklentisi olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları ve sağlık kurumları müşteri durumundaki hasta ve yakınlarının tedavi süreci öncesi ve söz konusu süreçte ihtiyaç duydukları bilgi ve tecrübeyi sunarak güven artışı ve sosyal sermaye ile sağlık kurumlarında şiddet eylemlerini önlemeyi başaracaklardır. Sağlık kurumlarında stratejik seviyedeki yöneticiler açısından köprü kuran sosyal sermayenin, operatif seviyedeki çalışanlar açısından ise bağlayıcı sosyal sermayenin rekabet üstünlüğü sağlama açısından önem taşıdığı ortaya çıkarılmıştır. Sosyal sermayesi tükenen kurumların işletme yaşam süresini tamamladığı varsayımı ile sosyal sermaye ölçümü ile işletmelerin muhtemel yaşam sürelerinin ortaya konabileceği kuramsal olarak öngörülmüştür. Güven, karşılıklılık, ortak değerler, ortak normlar, açıklık (gizlilikten kaçınma) yüksek sosyal sermaye birikimine sahip organizasyonların özellikleri olarak sıralanabilir. Sosyal sermaye oluşturma sürecinde sağlık kurumları yönetimlerinin izlemeleri gereken bir süreç vardır. Sosyal sermaye oluşturma; personel katılımı, yüksek moral, hasta katılımı, bakım ekipleri arasındaki güçlü iletişim, güçlü müzakere pozisyonu gibi hedeflere sahip bir süreçtir. Söz konusu hedeflerden hangisinin sağlık kuruluşunun ana hedefi olduğu belirlenmelidir. Ayrıca, hangi seviyede (grup içi, gruplar arası, örgütsel, örgütler arası, bireysel) sosyal sermaye artırımına ihtiyaç duyulduğunun ortaya konarak hedeflere ulaşmayı sağlayacak müdahale tasarısının yapılması gerekir. Sosyal sermaye oluşturmaya yönelik olarak sağlık kurumlarının bazı stratejileri hayata geçirmeleri gerekir. Yöneticiler ve klinik şefler, sağlık personeline güvenerek sahip oldukları yetkinlikleri kullanmalarına müsaade etmelidirler. Personel ve hastaların gizlilikten kaçınarak her türlü değişiklikten haberdar edilmesi, etkileşimi artırmak için bina ve tesislerin fiziki olarak yeniden tasarımı, örgütsel önceliklerin net bir şekilde ifade edilmesi, işbirliği içinde çalışmayı teşvik edici önlemler alınması sosyal sermaye oluşturmaya yönelik diğer etkili stratejilerdir. Ayrıca, lider personel başarı hikâyelerini izleyicileri arasında yayarak ortak değerler tesis etmelidirler.

Son olarak, bu çalışmada kuramsal ve kavramsal analizle, metaforların karşılıklı olarak etkileşim halinde olduğu, oluşturulacak modelde, tek taraflı bir ilişkiye dayandırılarak oluşturulacak bir çalışmanın eksik olacağı anlaşılmıştır. Söz konusu metaforların etkileşimleri sosyal sermayenin karmakarışık bir kavram olduğunu ortaya koymuştur. Ancak, sosyal sermaye metaforu günümüzde “kimi tanıyorsun?” sorusunun cevabı olmaktan çok “kimdensin, hangi gruptansın?” sorularının cevabı haline gelmiştir. Yakın zamanda dünya üzerinde bu büyük gruplaşmalar etik bir şekilde yönetilmediği takdirde, toplumsal sinizmin artması nedeniyle iletişim ağları çökecek, sosyal olan birey toplumdan kopacak, yolsuzluk artacak, karşılıklılık ortadan kalkacaktır. Öngörülen böyle bir ortamda sağlık kurumlarının varlıklarını sürdürmesi zorlaşacaktır.

KAYNAKÇA

- Hanifan, L. J. (1916). New possibilities in education, The Rural School Community Center. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, (67), 130-138.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. Richardson, J.G. (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*, 241-258. Westport: Greenwood.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *The American Journal of Sociology*, (94), 95-120.
- Coleman, J. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Putnam, R. (1995) Bowling Alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6(1): 65-78.
- Portes, A. (1998). Social Capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1-24.
- Burt, R. S. (1992). The Social Structure of Competition. N. Nohria & R. G. Eccles (Ed.), *Networks and Organizations: Structure, Form, and Action* içinde (57-91). Boston: Harvard Business School Press.
- Burt, R. S. (2008). Structural Holes versus Network Closure as Social Capital. N. Lin, K. Cook, & R. S. Burt (Eds.), *Social Capital Theory and Research* içinde, (4. Baskı, 31-56). New Jersey: Aldine Transaction.
- Lin, N. (2001). *Social Capital: A Theory of Social Capital and Action*. New York: Cambridge University Press.
- Fukuyama, F. (1999). Social capital and civil society. IMF conference on second generation reforms. IMF Working Paper. *Social Capital and Civil Society - Francis Fukuyama - Prepared for delivery at the IMF Conference on Second Generation Reforms*, Erişim tarihi: 18.06.2021
- Fukuyama, F. (1995). *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. New York: Free Press.
- Fox, J. ve Gershman, J. (2000). The World Bank and social capital: Lessons from ten rural development projects in the Philippines and Mexico. *Policy Sciences*, 33, 399-419.
- Woolcock, M. (2001). The place of social capital in understanding social and economic outcomes. <https://www.oecd.org/innovation/research/1824913.pdf>, Erişim tarihi:

12.07.2021

- Abdioğlu, H. & Yavuz, S. (2013). İşletmelerde Sosyal Sermayenin Ölçülmesine ve Raporlanmasına Yönelik Bir Araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15 (1) , 25-56.
- Fukuyama, F. (2001). Social capital, civil society and development. *Third World Quarterly*, 22(1).
- Devamoğlu, S. (2008). *Sosyal Sermaye Kuramı Açısından Türkiye’de Demokrasi Kültürü Üzerine Bir Değerlendirme*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli.
- Schuller, T., Baron, S., & Field, J. (2000). Social Capital: A Review and Critique, Social Capital: Critical Perspectives. New York: Oxford University Press,
- Özdemir, A. (2007). *Sosyal ağ özellikleri bakış açısıyla sosyal sermaye ve bilgi yaratma ilişkisi: Akademisyenler üzerinde bir uygulama*. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Putnam, R. D. (1993) *Making Democracy Work: civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press, Princeton.
- Field, J. (2003). *Social Capital*. London: Routledge.
- OECD, (1996). Globalisation and Competitiveness: Relevant Indicators, <http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD%2896%2943&docLanguage>, Erişim tarihi: 13.05.2021
- Şahin, Ü. (2012). Ülkemiz Sağlık Hizmetlerinde Çelişkiler, <https://www.slideshare.net/usahin1965/lkemiz-salik-hizmetlerinde-elikiler-1>, Erişim Tarihi:03.09.2021
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value- Based Competition on Results*. Harvard way, Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Institute of Medicine, , (2001). Free Executive Summary of Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Pres. <http://cwa.chm.msu.edu/resources/documents/CrossingtheQualityChasm.pdf>, Erişim Tarihi: 04.09.2021
- Yüksel, N. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Maliyet, <https://www.iienstitu.com/blog/saglik-hizmetlerinde-maliyet> , Erişim Tarihi:01.09.2021
- Rakhimbekova, A. E. & Seitkazyeva, A. M. (2014). Competitiveness of health care institutions of the Republic of Kazakhstan: Theory, evaluation technique, development mechanism. *Life Scientific Journal*, 11, 27–31.
- Radu, C. & Popescu, D. (2011). Strategic and Tactical Movements and Organizations’ Competitiveness. In *Annals of DAAAM; DAAAM International*: Vienna, Austria, 1121–1122.

- Empxtrack, (2017). Top 5 Performance Challenges Faced in Healthcare Industry, <https://empxtrack.com/blog/performance-management-challenges-in-health-industry/>, Erişim Tarihi: 03.09.2021
- Popa, I., Dobin, C., Popescu, D. & Dragichi, M. (2011). Competitive Advantage in the Public Sector. *Theoretical and Empirical Researches in Urban Management*. 6, 60–66.
- Hendry, C., Jones, A., Arthur, M. & Pettigrew, A. (1991). Human Resource Development in Small to Medium Sized Enterprises, *Employment Department Research Paper* 88, Sheffield.
- Strömngren, M., Eriksson, A., Ahlstrom, L., Bergman, D. K. & Dellve, L. (2017). Leadership quality: a factor important for social capital in healthcare organizations, *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 31 Issue: 2, 175-191.
- Kotler, P. (1997). Marketing management: Analysis, planning, implementation, and control, New Jersey: *Prentice-Hall*.
- Halme, J. (2021). The role of social capital in the institutionalization of regional place marketing activity, *Place Branding and Public Diplomacy* 17, 249–256.
- Kim, H. K. and Lee, C. W. (2021). Relationships among Healthcare Digitalization, Social Capital, and Supply Chain Performance in the Healthcare Manufacturing Industry, *Int. J. Environ. Res. Public Health* , 18.
- Boddy, D. (2017): *Management – An Introduction* (7. Baskı). Harlow: Pearson Education.
- Schermerhorn, J., R., Jr. (2005): *Management* (8. Baskı). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Boehnke, K., Bontis, N., Distefano, J. J., Distefano, A. C. (2003), Transformational Leadership: An Examination of Cross-National Differences and similarities, *Leadership and Organization Development Journal*, 5-15.
- Yammarino, F. J. (1994). *Indirect leadership: Transformational leadership at a distance*. In B. M. Bass & B. J. Avolio (Eds.), *Improving organizational effectiveness through transformational leadership* (pp. 26–47). Sage Publications, Inc.
- Levy, M. and Weitz, B. A. (2007). *Retailing Management*. New York: McGraw Hill.
- Kotler, P. (1972). A Generic Concept of Marketing, *Journal of Marketing*, 36, 46-54.
- Ferguson, B.R. (2000). Implementing Supply Chain Management, *Production and Inventory Management Journal*, Vol. 41, No. 2, s. 64-67.
- Baraniecka, A., Witkowski, J. (2011). The social capital in supply chain management identification and development, In: *Capital and Investment in Education, XIV International Conference on Human Capital and Investment in Education*, Prague, University of Finance and Administration.
- Tengilimoğlu, D. (2001), *Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler*. Gazi Kitabevi.
- Sommerfeldt, E. J., & Taylor, M. (2011). A social capital approach to improving public relations' efficacy: Diagnosing internal constraints on external communication. *Public Relations Review*, 37(3), 197–206

- Taylor, M. (2009). Civil society as a rhetorical public relations process. In R. Heath, E. L. Toth, & D. Waymer (Eds.), *Rhetorical and critical approaches to publicrelations II* (pp. 76–91). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arena, M. & Uhl-Bien, M. (2016). Complexity Leadership Theory: *Shifting from Human Capital to Social Capital*, *People & Strategy journal*, 39 (2), 22-27.
- Fleming, L., Mingo, S., & Chen, D. (2007). Collaborative Brokerage, Generative Creativity, and Creative Success, *Administrative Science Quarterly*, 52 (Sep.), 443–475.
- Burt, R. (2005). Brokerage and Closure: An Introduction to Social Capital, *Administrative Science Quarterly*, 52(3), 482–485.
- Bates, T. (1994). Social Resources Generated by Group Support Networks May not be Beneficial to Asian Immigrant-owned Small Businesses, *Social Forces*, 72, 3, 671–89.
- Davidsson, P., Honig, B. (2003). The role of social and human capital among nascent entrepreneurs. *Journal of Business Venturing*, 18, 301 – 331.
- Landry, R., Amara, N., Lamari, M. (2002). Does social capital determine innovation? To what extent?. *Technological Forecasting & Social Change*, 69, 681–701.
- Aldaibat, B. (2017). The Role of Social Capital in Enhancing Competitive Advantage, *International Journal of Business and Management Invention*, Volume 6 Issue 4, 66-78.
- Sorokin, P. A. (1994). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*. (Münir Raşit Öymen, çev.), Kültür Bakanlığı Yayınları. Harper (Orijinal eserin yayın tarihi 1928).
- Kahya, E. & Erdemir, A. D. (2000). *Bilimin Işığında Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Tıp ve Sağlık Kurumları*, (1. Baskı), TDV yayınları.
- Sayılı, E. (1981). *Certain Aspects of Medical Instruction in Medieval İslam and its influence on Europe*, *Belleten*, Cilt: XLV, Sayı:178, 83-84.
- Yıldız, Z. Topuz, H. (2011). Sosyal Sermaye ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi Açısından Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 61, 201 – 226.
- Akkuş, Y. (2018). *Şifahane'den Hastahane'ye Osmanlı Toplumunda Vakıf, Sağlık Ve Tıp*. Atıf Yayınları.
- Brown, E., and Ferris, J.M. (2004). Social Capital and Philanthropy. The International Society for Third Sector Research. Toronto, Canada. https://cdn.ymaws.com/www.istr.org/resource/resmgr/working_papers_toronto/brown.leanor.pdf, Erişim tarihi: 13.05.2021
- Sözen, C. H. (2009). Örgütsel Öğrenme, Değişim ve Sosyal Ağ Düzenekleri, *Örgütlerde Değişim ve Öğrenme içinde*. Kadir Varoğlu ve Nejat Basım (ed.) , (s.123-145) , Siyasal Yayınevi.
- Okay, A. (2000). *Kurum Kimliği*, 2. Baskı, Medicat Yayınları.
- Saukani, N. & İsmail, N. A. (2018). Identifying the Components of Social Capital by Categorical Principal Component Analysis, *Springer Science Business Media B.V.*, part of Springer Nature 2018, 631-655.