

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE SOSYAL SORUMLULUK
BOYUTLARI VE BİR UYGULAMA**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **NAZAN HOŞAVCI**

İSTANBUL, 2010

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE SOSYAL SORUMLULUK
BOYUTLARI VE BİR UYGULAMA**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
NAZAN HOŞAVCI

Öğrenci No:
080746086

Danışman:
Doç. Dr. Halim Kazan

İSTANBUL, 2010

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık İşletmelerde Sosyal Sorumluluk Boyutları ve Bir Uygulama” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım...../...../.....

(İmza)

Aday: Nazan Hoşavcı

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

29.11.2010

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 080746086 numaralı *Nazan HOŞAVCI'nın* "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE SOSYAL SORUMLULUK BOYUTLARI VE BİR UYGULAMA**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 10.11.2010 tarih ve 2010/26 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
DOÇ.DR. HALİM KAZAN


ÜYE
PROF.DR. GÖKHAN ÖZER

ÜYE
DOÇ.DR. HAKAN KİTAPÇI

HK

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE SOSYAL SORUMLULUK BOYUTLARI ve BİR UYGULAMA

Tezi Hazırlayan: Nazan Hoşavcı

ÖZET

Özel sağlık işletmelerinin sosyal sorumluluklarını yerine getirip getirmediği araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

Bu çalışmada ayrıca sağlık sektöründe yer alan özel sağlık işletmelerinin sosyal sorumluluklarını ekonomik, yasal, ahlaki, gönüllü, politik, insani ve teknolojik sorumluluk faktörleri kullanılarak yerine getirip getirmediği araştırıldı.

Araştırmada veriler; özel hastane, tıp merkezi, poliklinik, dal hastaneleri ve ağız diş sağlığı merkezlerinde çalışan 150 kişiye uygulanan bir anketle elde edildi. Verilerin analizinde elde edilen bulgular teknolojik ve gönüllü sorumlulukların yerine getirilmesini en önemli faktörler olduğu sonucunu ortaya koydu.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İşletmeleri, Sosyal Sorumluluk, Sosyal Sorumluluk Boyutları

THE DIMENSIONS OF SOCIAL RESPONSIBILITY IN THE HEALTH INSTITUTIONS and A PRACTICE

Prepared by: Nazan Hoşavcı

ABSTRACT

The research's aim is to determine whether the private health institutions fulfill their social responsibilities or not.

In this study, it was also investigated whether the private health institutions taking part in the health sector fulfill their social responsibilities or not by using the economic, legal, moral, voluntary, political, humanitarian and technological responsibility factors.

The data of the study were obtained with a survey conducted on 150 persons working in private hospitals, medical centers, polyclinics, branch hospitals and orthodontics centers. The findings obtained with the analysis of the data indicated that fulfilling technological and voluntary responsibilities were the most important factors.

KEYWORDS: Health Institutions, Social Responsibility, Dimensions of Social Responsibility

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

YEMİN METNİ

JÜRİ SAYFASI

ÖZET

ABSTRACT

İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1.Önceki Çalışmalar.....	2
2. SAĞLIK İŞLETMELERİ KAVRAMI	4
2.1. Sağlık İşletmeleri ve Özellikleri	4
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	9
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	11
2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	13
2.2.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri.....	13
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	15
2.3.1. Kamu Sektörü Sağlık Hizmetleri Üretimi	15
2.3.2. Özel Sektör Sağlık Hizmetlerinin Üretimi.....	16
2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Örgütlenmesi.....	18

3. SOSYAL SORUMLULUK İLE İLGİLİ KAVRAMLAR.....	39
3.1. Sosyal Sorumluluğun Kapsamı.....	39
3.1.1. Sosyal Sorumluluğun Tarihsel Gelişimi.....	42
3.1.2. Sosyal Sorumluluğun Önemi.....	48
3.1.3. Sosyal Sorumluluk Standardı SA 8000	53
3.1.4. Sosyal Sorumluluk Kampanyalarının Uygulanması	57
3.2. İşletmelerin Sosyal Sorumluluk Alanları.....	59
3.2.1. İşletme Dışı Sosyal Sorumluluklar	59
3.2.1.1. İşletmelerin Müşterilere Karşı Sosyal Sorumlulukları.....	59
3.2.1.2. İşletmelerin Toplumla Karşı Sosyal Sorumlulukları.....	61
3.2.1.3. İşletmelerin Çevreye Karşı Sosyal Sorumlulukları	63
3.2.1.4. İşletmelerin Devlete Karşı Sosyal Sorumlulukları.....	66
3.2.2. İşletme İçi Sosyal Sorumluluklar.....	66
3.2.2.1. İşletmenin Çalışanlarına Karşı Sosyal Sorumlulukları.....	66
3.2.2.2. İşletmelerin İş Ortaklarına Karşı Sosyal Sorumlulukları...	70
3.3. İşletmelerin Sosyal Sorumluluk Boyutları.....	71
3.3.1. İşletmelerin Ekonomik Sorumlulukları.....	73
3.3.2. İşletmelerin Hukuki Sorumlulukları.....	75
3.3.3. İşletmelerin Ahlâki Sorumlulukları	77
3.3.4. İşletmelerin Gönüllü (İhtiyari) Sorumlulukları.....	79
3.4. Sağlık İşletmelerinde Sosyal Sorumluluk Kavramı.....	79
3.4.1. Sağlık İşletmelerinin Ekonomik Sorumlulukları.....	80
3.4.2. Sağlık İşletmelerinin Hukuki Sorumlulukları.....	81
3.4.3. Sağlık İşletmelerinin Ahlaki Sorumlulukları	83
3.4.4. Sağlık İşletmelerinin Gönüllü Sorumlulukları.....	86
3.4.5. Sağlık İşletmesinin Politik Sorumlulukları.....	88

3.4.6. Sağlık İşletmelerinin İnsani Sorumlulukları	88
3.4.7. Sağlık İşletmelerinin Teknolojik Sorumlulukları	91
4. ÖZEL SAĞLIK İŞLETMELERİNDE SOSYAL SORUMLULUK	
BOYUTLARI İLE İLGİLİ BİR UYGULAMA	93
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	93
4.2. Araştırmanın Evreni.....	93
4.3. Hipotezler.....	94
4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	95
4.5. Verilerin Toplanması.....	95
4.6. Verilerin Analizleri	96
4.7. Bulgular ve Yorumlar.....	96
4.7.1. Araştırmaya Katılanlar İle İlgili Genel Bilgiler	97
4.7.2. Faktör Analizi.....	100
4.7.3. Güvenilirlik Analizi.....	101
4.7.4. Değişkenlere Ait Ortalama Standart Sapma, Korelasyon Analizi.....	102
4.7.5. Tek-Yön ANOVA Farklılık Analizi.....	104
4.7.6. Regresyon Analizi.....	113
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	116
KAYNAKLAR	118
EKLER	
Ek-1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu.....	126
Ek-2: Verilere Ait Analiz Ayrıntıları.....	131

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Yaşlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	97
Tablo 2: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.....	97
Tablo 3: Araştırmaya Katılanların Eğitim Seviyelerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.....	98
Tablo 4: Araştırmaya Katılanların Çalışma Sürelerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.....	98
Tablo 5: Araştırmaya Katılanların İş yerindeki Statülerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.....	99
Tablo 6: İşletmelerin Çalışma Alanlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.....	99
Tablo 7: Faktör Analizi	100
Tablo 8: Alfa Yöntemine Göre Anket Güvenirlilik Analizi.....	101
Tablo 9: Değişkenlere Ait Ortalama, Standart Sapma, Korelasyon Analizi.....	103
Tablo 10: Sağlık İşletmelerinin Sosyal Sorumluluklarını Yerine Getirmelerinde Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre ANOVA Farklılık Analizi	104
Tablo 11: Sağlık İşletmelerinin Sosyal Sorumluluklarını Yerine Getirmelerinde Katılımcıların Çalışma Sürelerine Göre ANOVA Farklılık Analizi.....	106
Tablo 12: Sağlık İşletmelerinin Sosyal Sorumluluklarını Yerine Getirmelerinde Katılımcıların Statülerine Göre ANOVA Farklılık Analizi.....	108
Tablo 13: Sağlık İşletmelerinin Sosyal Sorumluluklarını Yerine Getirmelerinde Katılımcıların Statülerine Göre ANOVA Farklılık Analizi Alt Gruplar Çoklu Karşılaştırma	110
Tablo 14: Sağlık İşletmelerinin Sosyal Sorumluluklarını Yerine Getirmelerinde İşletmenin Çalışma Alanına Göre ANOVA Farklılık Analizi	111
Tablo 15: Sağlık İşletmelerinin Sorumlulukları ile Başarı Durumu Arası Regresyon Analizi.....	113
Tablo 16: Temel Hipotezlere ait Sonuçları Gösteren Tablo	115

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri.....	14
Şekil.2. Kurumsal Sosyal Sorumluluk Piramidi	72
Şekil.3. Araştırma Modeli.....	94

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
AÇS-AP	: Ana Çocuk Sağlığı- Aile Planlaması
b.t	: Bilinmeyen tarih
BM	: Birleşmiş Milletler
BYKP	: Beş Yıllık Kalkınma Planları
CEPAA	: Council on Economic Priorities Accreditation Agency
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
ILO	: International Labour Organisation
ISO 1400	: International Organization for Standardization
ISO 9001	: International Organization for Standardization
İİBF	: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İTİA	: İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi
M.S	: Milattan sonra
OECD	: Organisation for Economic Co-operation Development
RG	: Resmi Gazete
SA 8000	: Social Accountability 8000
SAI	: Social Accountability International
SB	: Sağlık Bakanlığı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TKK	: Tüketici Koruma Kanunu
TODAİE	: Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
TTB	: Türk Tabipler Birliği
vd	: Ve diğerleri
yy	: Yüzyıl

1. GİRİŞ

Küreselleşme ve gelişen teknolojinin etkisi ile insanların sağlık alanında beklentileri değişmiştir. Sağlık hizmetlerini sadece hasta iken sunulan bir hizmet olmaktan çıkarak hem hasta hem de sağlıklı iken insanların faydalanabileceği hizmet konumuna gelmiştir. Sektörde görülen yapısal değişiklikler, özel sağlık işletmesi sayısının artmasına buna bağlı olarak insanlara tercih hakkının doğmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinde en son teknolojiyi kullanarak, konusunda yetişmiş uzman personelin yerinde ve zamanında yaptığı müdahale birinci derecede önem taşımaktadır. Özel sağlık işletmeleri kullandıkları teknoloji ve elemanlarının özellikleri yanında, içinde bulunduğu toplumun sağlık sorunlarına karşı duyarlı davranarak alacağı kararlarda ve sürdüreceği faaliyetlerde kanunlara, ahlaki değerlere saygılı sosyal işletme özelliğini de taşımalıdır. Bu günümüzde önemi giderek artan sosyal sorumluluk kavramına gereken önemin verilmesi ile mümkün olacaktır.

Sosyal sorumluluk, kamu sektörü, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarını bir araya getiren, bir amaç için birlikte çalışmaya yönlendiren, olumlu sonuçların birlikte paylaşıldığı çok önemli bir kavramdır. Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde, devletin yeterince kaynak ayıramadığı konularda özel sektör kuruluşları sorumluluk üstlenerek halka hizmet götürebilmelidir. Özel sağlık işletmeleri sosyal sorumluluk projeleri ile bulunduğu çevrenin sağlık sorunlarına çözüm bulmaya çalışarak insana ve sağlığa verdiği önemi çevresine gösterip, içinde bulunduğu toplum ile bütünleşmelidir.

Bu çalışmada; özel sağlık işletmelerinin sosyal sorumluluklarını yerine getirip getirmediikleri ekonomik, yasal, ahlaki, gönüllü, teknolojik, insani, politik faktörler kullanılarak araştırıldı.

Sağlık işletmeleri, sosyal sorumluluk ve sağlık işletmelerinin sosyal sorumlulukları ile ilgili literatür taraması yapıldı.

Alan çalışması bölümünde İstanbul genelindeki özel sağlık işletmeleri yöneticileri ve çalışanlarına anket uygulandı.

Tez üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık işletmeleri ve özellikleri açıklanarak, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sınıflandırılması yapıldı. Türkiye’de sağlık işletmelerinin gelişimi ve örgütlenmesi incelendi.

İkinci bölümde sosyal sorumluluk kavramı ve işletmelerin sosyal sorumluluk alanları ve boyutları incelendi ve sağlık işletmelerinin sosyal sorumluluk boyutları belirtildi.

Üçüncü bölümde İstanbul genelindeki özel sağlık işletmelerinin sosyal başarı üzerinde etkili olan sosyal sorumluluk faktörlerini hangi ölçüde uyguladıkları araştırıldı.

1.1.Önceki Çalışmalar

Bu bölümde Türkiye’de daha önce Sağlık İşletmeleri ve Sosyal Sorumluluk ile ilgili yapılmış ve ulaşılması mümkün olan örneklere yer verildi.

(Devebakan, 2007) “Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği” adlı doktora tezinde; Sağlık işletmelerinin tanımı, özellikleri ve sınıflandırmasını, sağlık işletmelerinde iş sağlığı, güvenliği ve ilgili yasal düzenlemelere yer vererek İzmir Büyükşehir Belediyesi sınırları içindeki özel sağlık işletmelerinde (özel hastaneler) çalışan hemşirelere yönelik alan çalışması yapmıştır.

(Tengilimoğlu, Işık, & Akbulut, 2009) “Sağlık İşletmeleri Yönetimi” adlı kitapta; Sağlık işletmelerinde üretim, pazarlama, insan kaynakları, finansman konusunu açıklayarak, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi ve örgütlenmesi ile ilgili bilgi vermiştir.

(Coşkun & Akın, 2009) “Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi” isimli kitapta; Sağlık işletmelerinde yönetim ve organizasyon, pazarlama, muhasebe, sağlık ekonomisi ve hukuku konularına yer vermiştir.

(Çimen, 2007) “İşletmelerin Çalışanlara Karşı Sosyal Sorumluluklarının Örgütsel Güvene Etkisi” adlı yüksek lisans tezinde sosyal sorumluluğun kavramsal analizini yaparak, işletmelerin çalışanlara karşı sosyal sorumluluklarının örgütsel güvene olan etkisini araştırmıştır.

(Korkmaz, 2009) “İşletmelerin Sosyal Sorumlulukları” adlı kitabında sosyal sorumluluk kavramının tanımı, tarihsel gelişimi, evrensel standartları ve işletme içi sonuçları açıklayarak, sosyal sorumlulukla ilgili alan çalışması yapmıştır.

(Çelik, 2009) “Özel Sektör Kuruluşlarının Sosyal Sorumluluk Kavramına Yaklaşımı” adlı yüksek lisans tezinde; Sosyal sorumluluk kapsamı, işletmelerde sosyal sorumluluk alanlarını açıklayarak, Konya’daki özel sektör kuruluşlarının sosyal sorumluluk kavramına yaklaşımına ilişkin alan çalışması yapmıştır.

2. SAĞLIK İŞLETMELERİ KAVRAMI

2.1. Sağlık İşletmeleri ve Özellikleri

Sağlık işletmelerinin tanımını yapmadan önce sağlık ve işletmenin tanımını yapmak doğru olacaktır.

Sağlığın tanımı, geçmiş dönemde ve geleneksel anlayışta hasta olmama anlamında, hastalık kavramı ile bağlantılı şekilde yapılmıştır.

Türk Dil Kurumu, sağlığı “Vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği” şeklinde tanımlamıştır. (TDK Büyük Türkçe Sözlük, 2006) Tanımın bu şekilde yapılması hastalığı ön plana çıkarmış, hasta olmama durumunu sağlıklı olmak olarak kabul edilmesine neden olmuştur.

Günümüzde, evrensel olarak kabul edilen sağlık tanımı ise, Dünya Sağlık Örgütü Kuruluş Yasası’nda yer alan tanımdır. Buna göre “Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” (DSÖ Sağlığın Tanımı, 2009)

İşletmeyi, Müftüoğlu (1994) “Başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik iktisadi mal ve hizmet üreterek, bunları ihtiyaç sahiplerine sunan ekonomik birimlerdir.” olarak tanımlamıştır. (s. 11)

Onal ise (1995) “Belirli bir ölçüde kâr elde etmek ya da hizmet sunmak amacıyla sermaye, emek, doğal kaynaklar gibi üretim faktörlerini bilinçli, uyumlu ve sistemli olarak bir araya getiren ve toplumun gereksinme duyduğu ürün veya hizmetleri üreten ve pazarlayan ekonomik ve sosyal kuruluşlardır.” şeklinde tanımlamıştır.

(s. 9-10)

Tanımlardan anlaşılacağı gibi, işletme insanların gereksinimlerini ve isteklerini karşılayabilmek için mal ve hizmet üreten birimlerdir.

Sağlık ve işletme kavramlarından hareketle sağlık işletmelerini, “İnsanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere üretim faktörlerini bilinçli ve uyumlu bir şekilde bir araya getirerek sağlık hizmetlerini üreten veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlar” olarak tanımlamak mümkündür. (Akar & Özalp, 1998)

İşletmelerin kârlılık, sosyal sorumluluk ve süreklilik gibi genel amaçları olduğu göz önüne alındığında, aynı amaçların sağlık işletmeleri için de geçerli olduğunu söylemek mümkündür. Kârlılığın, bir sağlık işletmesinin büyümesi, sürekliliğini sağlaması ve kendisinden beklenen sosyal yükümlülükleri yerine getirmesi açısından önemi büyüktür. Ancak, sağlığın temel bir insan hakkı ve ihtiyaç duyulduğunda mutlaka giderilmesi gereken bir ihtiyaç olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulması durumunda kâr göz ardı edilen bir amaç olmaktadır. (Akar & Özalp, 1998)

Sağlık kurumları uzun dönem, ekonomik işletme olarak görülmemiş ve ekonomik bir işletme olarak kabul edilip edilmeyecekleri konusunda tartışmalar yaşanmıştır. Ekonomik bir işletme olmadığını savunanlar, bu görüşün çıkış noktasını, sağlık kurumlarının temel amacının kazanç olamamasına dayandırır. Bunu savunanlar, kazanç amacı gütmeyen ve sosyal nitelikleri ağır basan kurumların, ekonomik ilişkiler içinde yönetilemeyeceğini ileri sürerler. Bu görüşe göre; sağlık alanında kârın göz önünde tutulması, hastaların sağlıklarının tehlikeye atılması ve toplum bireylerinin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının önemli ölçüde sınırlandırılması anlamına gelmektedir.

Yüzyıllar boyunca bir hayır kurumu özelliğini taşıyarak çalışmalarını sürdürmeleri ve kâr amacı gütmemeleri, sağlık kurumlarının yönetimine ilişkin felsefi anlayışın üzerinde önemli bir etken olmuştur. Hayır amacı güden bir kurumun; verimlilik, ekonomiklik, kârlılık gibi kavramlarla yönetilemeyeceği kabul edilmiştir. Ancak yapılan araştırmalar, sağlık kurumlarının başka ekonomik işletmelerin birçok ortak niteliğine sahip bulduklarını göstermektedir. Sonuç olarak sağlık kurumlarının ekonomik birer işletme olduğu gerçeği kabul edilmeye başlanmıştır. (Kavuncubaşı, 2007, s. 45)

Sağlık İşletmelerinin Özellikleri

Bir hizmet işletmesi olarak sağlık hizmeti arzını gerçekleştiren sağlık işletmelerini diğer işletmelerden ayıran bir takım özellikleri vardır. Söz konusu özellikler aşağıda sıralanmıştır; (Devebakan, 2007)

- Sağlık işletmesinin yapısı incelendiğinde uzmanlaşma düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Tıp ve sağlık alanındaki sürekli gelişme, teknolojinin hızla gelişmesi, çağımızda yeni hastalıkların ortaya çıkması ve söz konusu hastalıklara yönelik

tanı, teşhis ve tedavideki değişiklikler sağlık işletmelerinde uzmanlaşma düzeyini artıran etmenlerin başında gelmektedir. (Kavuncubaşı, 2000, s. 52) Sözü edilen gelişmelere paralel olarak yeni meslekler ortaya çıkmış ve bu durum tıp alanında aşırı iş bölümüne ve yapısal karmaşıklığa neden olmuştur.

- Sağlık işletmelerinde hizmet arzını gerçekleştirmede birçok meslek grubu ve bölüm bir arada hizmet verdiği için işlevsel bağımlılık düzeyi yüksektir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu tam anlamıyla bir ekip ve koordinasyon işi olduğundan herhangi bir kişi veya bölümden kaynaklanan olumsuzluk, sağlık hizmetini ve dolayısıyla sağlık işletmesini olumsuz etkileyecektir. Örneğin bir hekimin isteği doğrultusunda istenen tetkiklerin laboratuarlardan yanlış çıkması tanı, teşhis ve tedavi sürecini olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle hizmet sunumunda yeterli sayıda ve uzmanlaşma düzeyinde bir ekibin varlığı yetmemekte ayrıca sağlık işletmesi destek hizmetlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Bu açıdan hizmeti sunan kişi ve bölümler arasındaki eşgüdüm, planlama ve kontrol işlemleri sağlık işletmeleri yönetiminin birincil görevleri arasındadır.

- Sağlık işletmelerinde insan kaynakları eğitim düzeyi çok yüksek çalışanlardan meydana geldiği için, bazen çalışanların mesleki amaçları kurumsal hedeflerin önünde gelebilmektedir. Birçok hekim tıp fakültesini bitirdikten sonra, akademik eğitimine devam etmektedir. Eğitim hastanelerinde eğitim süreci, akademik düzeyde de devam etmektedir. Diğer taraftan hekimlik faaliyetleri dışındaki tıbbi hizmetleri gerçekleştiren eczacı, fizyoterapist, psikolog, hemşire gibi sağlık çalışanları da üniversite mezunudur. Bir hekim hastasını en iyi şekilde tedavi etmeye çalışırken çoğunlukla hizmetin maliyeti ve finansal boyutu ile ilgilenmemekte, buna karşın sağlık işletmeleri yönetimi işletmenin varlığını devam ettirmesi, kalite sağlama ve verimli sağlık hizmeti sunma yönünde bir çaba içerisinde. Bu durum sağlık çalışanları ve yönetim arasında bazen çatışmalara neden olabilmektedir.

- Sağlık işletmelerindeki birimler hekimden gelen talebe göre hizmet sunmaktadır. Başka bir ifade ile sağlık işletmelerinde hekimler hizmet arzını büyük ölçüde etkilemektedir. Örneğin, bir sağlık işletmesinde hekimin isteği olmadan bir teknisyenin röntgen çekmesi ya da bir laboratuarda tetkik yapılması olanaklı değildir. Sağlık İşletmelerinde hizmet arzını ve arz sonucu oluşacak gelirin önemli bir bölümünü

oluşturan hekimlik hizmetleri tamamıyla denetlenebilir özellikte değildir. Bu nedenle, sağlık işletmelerinde kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak için hekimlerin kararlarını denetleyen yönetsel ve kurumsal düzenlemelere ihtiyaç vardır.

- Başta hastaneler olmak üzere birçok sağlık işletmesinde ikili otorite vardır. Hastanenin idari yönetsel faaliyetlerini yöneten hastane müdürü ile medikal yönetimin etkinliklerini yöneten başhekimlik statüsü aynı yönetsel amaca hizmet etmektedir. Sağlık işletmesindeki astların iki farklı yöneticiye bağlı olması, sağlık işletmelerinde koordine etme ve denetimde çatışmalara yol açmaktadır. Diğer yandan sağlık profesyonellerin aşırı uzmanlaşması ve deneyimleri de çalışanların yönetime karşı otorite kazanmalarına neden olmaktadır. Bu yönü ile de sağlık işletmeleri birçok işletmeden ayrılmaktadır.

- Sağlık işletmelerinde hizmet sunumu çok karmaşık olup süreçler değişkendir. Sağlık işletmesinin birçok işletmeden farklı olarak birden fazla amacının olması yapısal karmaşıklığa neden olmakta, bu durum da işletmedeki yönetsel kademe ve birim sayısını artırmaktadır. Örneğin bir üniversite hastanesinin tanı ve tedavi hizmetleri dışında araştırma ve eğitim hizmetleri gibi görevleri de olduğundan, sıradan bir hastaneye göre daha karmaşıktır. Sağlık işletmesinin en büyük hizmet kullanıcıları olan hastaların farklı yaş, eğitim düzeyi, etnik köken, gelir düzeyi ve genetik özelliklere sahip olması da karmaşıklığı artırmaktadır. Bazen aynı hastalıkta bile farklı tedavi yönetimi uygulanmaktadır. Her hastanın farklı bir proje olarak kabul edildiği göz önüne alındığında söz konusu karmaşıklık daha iyi anlaşılacaktır. Sözü edilen etmenlerden dolayı birçok konuda mesafe alınmasına rağmen sağlık işletmelerinde bir standardizasyonun oluştuğunu söylemek güçtür.

- Sağlık işletmeleri doğrudan insan yaşamı ile ilgili hizmet verdiği için birçok işletmeden farklı olarak 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir. Sözü edilen kesintisiz hizmetlerin varlığı, sunulan hizmetlerin büyük çoğunluğunun acil ve ertelenemeyecek özellikte olması ile ilgidir. Bir hastanın veya sağlığı konusunda şüpheleri olan birinin herhangi bir zamanda sağlık işletmesine başvurma ihtimali vardır. Başka bir ifade ile sağlık işletmelerinde talep belirsizliği söz konusudur. Diğer taraftan sağlık işletmelerine yapılan başvuruları hem hukuksal nedenlerle hem de insani nedenlerle geri çevirmek olanaksızdır. Sağlık işletmelerinde hizmet sunumu sırasında yapılan hatalar insanların sakat kalmasına veya ölmelerine neden olduğundan, sunulan hizmetlerin yanlışlık ve

belirsizliklere karşı toleransı dardır. Yapılan hataların çoğunun sonradan düzeltme veya telafi etme şansı olmadığından; yapılan işin ilk seferinde ve her zaman doğru yapılması gerekmektedir.

• Birçok işletmeden farklı olarak sağlık işletmelerinde çıktının tanımlanması ve ölçülmesi zordur. Bilindiği üzere sağlık işletmelerinde temel sürecin temel girdisi yaralı, hasta veya sağlığından şüphe eden insandır. Sözü edilen kişilerin bir tedavi süreci sonucunda taburcu olduğunu düşündüğümüzde verilen sağlık hizmetlerinin çıktılarını kısa vadede değerlendirmek mümkün olmamaktadır. Örneğin, kalp ameliyatı geçirmiş bir hastanın söz konusu operasyonun etkinliğini değerlendirmesi bazen yıllarca sürebildiğinden, çıktıların tanımlanıp ölçülmesi zor olmaktadır. Öte yandan, bir otomobil endüstrisinde veya hizmet sektörü olan otel işletmelerinde müşteri sunulan ürünü (mal veya hizmet) daha kolay değerlendirme şansına sahiptir.

Hastanın yapısından kaynaklanan ve sağlık işletmelerinin hizmetlerini yanlış değerlendirmelere itebilecek durumlar söz konusudur.

Bu durumlar şöyle sıralanabilir: (Pakdil, 2007)

- Hastalar kimi zaman tıbbi müdahaleler sebebiyle, sunulan hizmet sürecinin tamamını hatırlayamaz ve değerlendiremezler. Örneğin ameliyat olan bir hasta, ameliyatta olduğu bir anda verilen genel anestezinin etkisi ile bu süreci hatırlayamaz ve değerlendiremez.
- Hastalar, diğer kişilerden farklı olarak hassas bir psikolojiye sahip olduklarından, aldıkları hizmeti değerlendirmelerinde oldukça duygusal davranırlar.
- Hastaların kendilerine sağlık hizmeti veren birincil sağlık personeli yani doktor ve hemşire ile ilgili olumlu kanaatleri, onların kurumun geneli ile ilgili olumlu bir sonuca varmalarını sağlayabilir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sağlık işletmesine başvuran bireyler hasta veya herhangi bir hastalıklarının olup olmadığını araştırmak isteyen kişilerdir. Haliyle bu insanlar diğer insanlara göre daha hassastır. Bu açıdan bakıldığında sağlık işletmelerinde gerçek an olarak tanımlanan “hizmet işletmesi ile müşterinin yüz yüze karşılaştığı an” (Örs, 2007, s. 46) büyük önem taşımaktadır. Gerçek anda sağlık personeli ve sağlık

hizmetinden yararlanmak isteyen birey arasında pozitif bir etkileşimin olması hizmet kalitesini ve işletmenin uzun vadede başarısını önemli ölçüde artıracaktır. Etkileşimin olumlu olması büyük oranda hizmet sunan sağlık personeline bağlıdır.

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlığın tanımında yer alan, hastalık kavramının, özellikle kişi açısından taşıdığı anlam önemlidir. Çünkü kişinin sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için, onu hizmet aramaya yönelten normal dışı bir durumun olması gerekmektedir. Her insanın kendisini bir algılama biçimi, buna uygun olarak da sağlık ve hastalık anlayışı vardır. İnsanların bedenleri ya da ruhsal durumlarındaki normal dışı belirti ve duygulara gösterdikleri tepkiler, oldukça farklı olabilmektedir. Dolayısıyla da, sağlık hizmetinden yararlanma eşiği ya da sağlık hizmetine başvurma zamanının geldiğine karar verme süreci, kişiden kişiye farklılık göstermektedir. (Şahman, 2008) Sağlık durumunu çevre, yaşam tarzı, kalıtım, sağlık hizmetleri etkiler. Sağlığı etkileyen bu dört faktör, nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem, politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altında kalmaktadır. (Kavuncubaşı & Kısa, 2002)

Günümüzde, toplumların eğitim düzeyinin, gelir düzeyinin yükselmesiyle, sağlık bilinci de artmıştır.

İnsan için bu kadar önemli olan sağlık kavramının korunması, tedavisi ve rehabilitasyonu hizmetlerini veren kurumlarının verdikleri sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört grupta toplanmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye yönelik ve çevreye yönelik olmak üzere iki alt başlıkta toplanmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak genel anlamda üç başlığa ayrılmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki kategoride ele alınıp incelenmektedir. (Tengilimoğlu, Işık, & Akbulut, 2009)

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; adından da anlaşılacağı gibi kısaca kişilerin hastalanmasını önlemek için yapılan sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Yani bu sağlık hizmetleri sağlıklı kişilere verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki grupta incelenmektedir. (Sargutan, 1993, s. 10)

Kişiye Yönelik Sağlık Hizmetleri

- Sağlık eğitimi
- Ana/çocuk sağlığı ve aile planlaması
- Bağışıklama
- Yerel endemik hastalıkların önlenmesi
- Sağlıklı beslenme
- Erken tanı ve hastalık kayıtları
- Sosyal yardım hizmetleri
- Zararlı alışkanlıklara karşı mücadele
- İşçi sağlığı ve iş güvenliği
- Okul sağlığı hizmetleri
- Toplu yaşam ortamı (kışla, hapisane) sağlık hizmetleri
- Merkezi ve mahalli idarenin diğer hizmetleri

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- Çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi
- Katı ve sıvı atıkların hijyenik (sağlıklı) imhası
- Radyasyon güvenliği
- Merkezi ve yerel idarenin diğer hizmetleri bu gruba girmektedir.

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalanan veya herhangi bir şekilde yaralanan, beden ve ruh sağlığını kaybetmiş kişilerin iyileştirilmesi için yapılan sağlık hizmetlerinin tamamıdır. Bu hizmetler de kendi içerisinde üç kademeye ayrılmaktadır. (Şahin, 2006)

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Hastanın ilk başvurduğu sağlık kuruluşunun verdiği sağlık hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ayakta bakım hizmetleri olarak da adlandırılmaktadır. Bu hizmetin verildiği birimlerde hasta yatağı bulunmaz, yatarak tedavi edilmesi gereken hastalar bir üst sağlık kuruluşuna sevk edilirler. Bu sisteme sevk zinciri denmektedir. Ülkemizde sevk zinciri uygulamalarının etkili ve verimli bir şekilde işletilebildiği söylenemez. Bunun nedenleri çok ve çeşitlidir. Sevk zincirinin çalıştırılmamasının en önemli nedeni birinci ve ikinci basamaktaki hekimlerin yöneticilerin bu konuya yeterli önemi vermemeleridir. Bu durum düzeltilmediği takdirde hastanelerin verimli çalışmaları sağlanamaz, hastanelere başvuran hasta sayıları azaltılamaz, hastaların bekleme süreleri kısaltılamaz, muayene süreleri uzatılamaz ve bunların sonucu olarak da doğru tanımlar konup etkili tedaviler uygulanamaz.

Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan hizmet birimlerinin başlıcaları şunlardır.

- Sağlık evi
- Köy tipi sağlık ocağı
- İlçe tipi sağlık ocağı
- İl tipi sağlık ocağı
- Verem savaş dispanseri
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi
- Ruh sağlığı dispanseri
- Deri ve tenasül hastalıkları dispanseri
- Cüzam savaş dispanseri
- Hudut sahil ve hava limanı denetleme merkezi
- Kurum tabipliği
- İşyeri tabipliği
- Üniversite mediko-sosyal hekimliği

- Özel muayenehane

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Buna yataklı tedavi hizmetleri de denmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşunda tedavi edilemeyen vakalar buralarda uzman hekimlerce tedavi edilmektedir. Devlet hastaneleri, sağlık merkezleri ve özel hastaneler ikinci basamağa örnektir. Hastanelerin temel işlevi yataklı tedavi kuruluşu olmalarıdır. Poliklinik hizmetleri hastanelerin asıl hizmetlerinden değildir. Birinci basamak hizmetlerinin verimli bir biçimde işletilebildiği yerlerde hastanelerde poliklinik hizmetlerinin verilmesi gerekmez. Almanya'da bazı hastanelerde poliklinik hizmetleri verilmemekte bu işlemler ayrı sağlık birimlerinde yapılmaktadır.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: Özel dal hastaneleridir. Bu hastaneler en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle ya belirli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenirler ya da belirli yaş gruplarına hizmet verirler. Ülkemizde üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının başlıcaları şunlardır:

- Doğum ve çocuk bakımevi
- Çocuk hastanesi
- Göğüs hastalıkları hastanesi
- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi
- Kemik hastalıkları hastanesi
- Onkoloji hastanesi
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi
- Deri ve tenasül hastalıkları hastanesi
- Lepra hastanesi
- Diş hastanesi

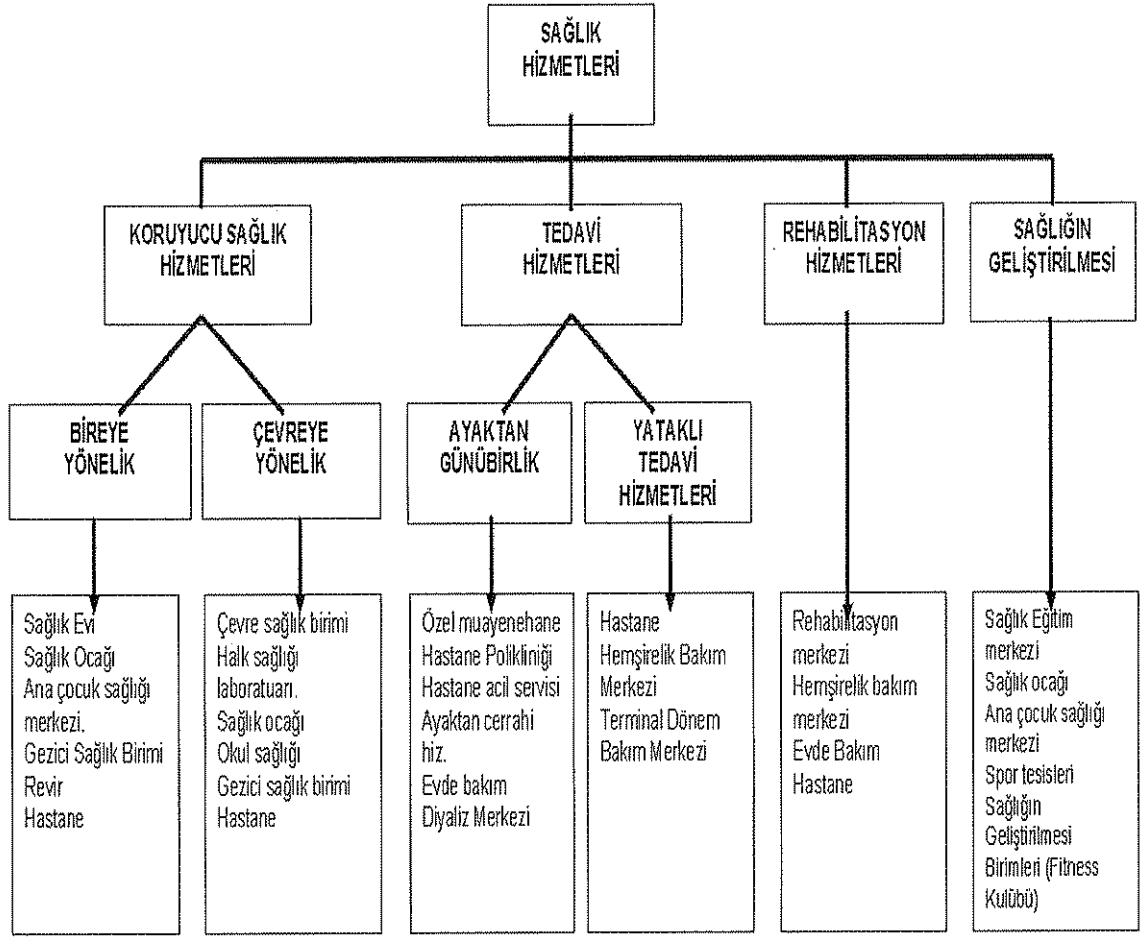
Üniversite hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında kabul edilmelidir. Ancak bu hastaneler aynı zamanda ikinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler.

2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon (esenlendirme) bedence ya da ruhça sakat kalmış olanların, başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlayabilmek için yapılan bütün çalışmaları kapsar. Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki türlü rehabilitasyon hizmeti sunulmaktadır. Sakat ve çalışma gücünü yitiren kişilere, işgücü ve çalışma olanağı sağlamak için, hekim ve sağlık personeli tarafından sağlık rehabilitasyonu, sosyal çalışmacılar tarafından iş bulma, işe uyum sağlama gibi konularda yapılanlar ise sosyal rehabilitasyon hizmetlerini oluşturmaktadır. (Şahin, 2006)

2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk bireylerdedir. (Kısa, 2002, s. 37) Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir. (Kavuncubaşı, 2000, s. 46) İnsanlar kendi yaşam biçimlerini geliştirerek, yaşam kalitelerini yükseltebilirler. Örneğin sigara içmemek, spor yapmak, kişisel hijyen kurallarına dikkat etmek bireylerin kendi çabaları ile gerçekleştirecek ve bireyin yaşam kalitesini yükseltecek unsurlardır.



Şekil.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri

Kaynak: Kavuncubaşı, Ş., (2000) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi,Siyasal Kitabevi, Ankara, s. 35

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Türkiye’de sağlık hizmetleri kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından üretilmektedir. En büyük kamu hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığı’dır. Diğer bakanlık ve kamu kuruluşları ile Sosyal Sigortalar Kurumu¹ ve belediyelere ait hastane ve sağlık tesislerinin de SB’ ye devri ile birlikte SB’ nin hizmet sunumu alanındaki büyüklüğü daha da artmıştır. Ayrıca birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin temel tedarikçisi ve koruyucu hizmetlerin tek tedarikçisi SB’ dir. SB birinci, ikinci ve üçüncü basamak yataklı ve ayakta tedavi kurumları ile geniş bir kapsamda hizmet üretmektedir. (Tengilimoğlu, Işık, & Akbulut, 2009)

Bu çalışmada Tengilimoğlu, Işık, & Akbulut, (2009)’un yapmış olduğu sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasını esas alınacaktır.

2.3.1. Kamu Sektörü Sağlık Hizmetleri Üretimi

Birinci Basamak Koruyucu Sağlık Hizmetleri: 2006 Yılı Temel Sağlık Hizmetleri genel Müdürlüğü İstatistik Yılı verilerine göre SB 6.377 Sağlık Ocağı 298 Ana Çocuk Sağlığı -Aile Planlaması ve 259 Verem Savaş Dispanseri ile ülke çapında yaygın bir hizmet sunum ağına sahiptir. AÇS-AP merkezleri bu alanda uzmanlaşmış hekimler ve diğer sağlık personeli görev yapmaktadır. Özellikle kentsel bölgelerde bu alanda uzmanlaşmış merkez ve dispanserlerde önemli hizmetler sunulmaktadır. Verem savaş dispanseri uzman kadrosu ile koruyucu ve tedavi edici hizmetler sunmasının yanı sıra, diğer birinci basamak tedavi birimlerinin sağlık personeline de eğitimler vermektedir. Bu merkez ve dispanserlerin dışında sıtma savaş dispanserleri ve kanser erken teşhis ve tarama merkezleri ile SB birinci basamakta önemli hizmetler sunmaktadır.

Sağlık Ocakları, SB koruyucu sağlık hizmeti ve ana çocuk sağlığı hizmetlerini tek birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan en önemli kurumdur. Toplumun tamamını

¹ SSK Hastaneleri, 19.01.2005 tarih 25705 sayılı resmi gazete yayınlanan 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir.

ilgilendiren bu hizmetle, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini esas alan 224 sayılı yasa uyarınca tüm ülkeye yayılmış biçimde sağlık ocakları ve sağlık evleri tarafından sunulmaktadır.

Aile hekimliği, 5258 sayılı yasada “Aile hekimi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, yaş cinsiyet, hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip” şeklinde tanımlanmaktadır.

Aile hekimi, ailenin tüm bireylerinin hekimidir. Bu kapsamda, bireysel koruyucu sağlık önlemleri ile ayakta tedavi ve evde bakım hizmetleri de aile hekimliği kapsamına girer. Birinci basamak sağlık hizmetlerini aşan sorunlar için diğer uzman hekimler, diş hekimi, diyetisyen gibi kişilere hastayı yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenir. Aile hekimliği kayıtları sağlıkla ilgili araştırmalarda çok değerli bir veri kaynağıdır. Sevk zincirinde önemli oranda başarı sağlar. Aile hekimliğine dayalı hizmetin yürütülmesinde ‘hasta’ değil ‘kişi’ anlayışı esas alınır. Dolayısıyla aile hekimi ekibi ile birlikte ilgi alanındaki kişilerin sağlık düzeyini yükseltmekten sorumludur.

İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri temelde tedavi hizmetlerinin sunulmasını gerekli kılmaktadır. Ancak birinci basamakta tedavi edilemeyen ve uzmanlık bilgisi gerektiren poliklinik hizmetleri de bu aşamalarda sunulabilir, bir başka ifade ile yataklı tedavi kuruluşları yatan hastaların yanı sıra poliklinik hastalarına hizmet vermektedir. (Tengilimoğlu vd. , 2009)

2.3.2. Özel Sektör Sağlık Hizmetlerinin Üretimi

Özel Muayenehaneler: Bir tabip tarafından mesleğini serbest olarak icra etmek üzere açılan, cerrahi ve girişimsel tıbbi işlemlerin yapılmadığı işyeridir.

Özel Poliklinikler: Tıpta uzmanlık alanlarının dağılımına bakılmaksızın, temel olarak muayene ve diğer gerekli asgari destek hizmetleri ile bir veya birden çok tıpta

uzmanlık dalı veya genel pratisyen olarak en az hizmet verdiği, ayrıca istenirse ilave olarak diş hekimliği hizmetinin bir araya gelmesi ile kurulan özel sağlık kuruluşlarıdır.

Özel Tıp Merkezleri: İç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve genel cerrahi tıp dallarında birer uzman hekim olmak üzere asgari dört uzmanlık dalında faaliyet gösteren ve bünyelerindeki uzmanlardan iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından bir kadrolu hekim ile kadın hastalıkları ve doğum veya genel cerrahi tıp dallarında bir kadrolu hekim olmak üzere iki kadrolu hekim çalıştıran, ağız ve diş sağlığı alanında hizmet vermek amacıyla en az bir diş ünitesi ve diş hekimi ile sürekli ve düzenli olarak gelişmiş donanım ve personel desteği ile 24 saat süre ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır.

İşyeri Hekimleri: İş Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nün 91. maddesine göre 50'den fazla eleman çalıştıran özel şirketlerin Sosyal Sigortalar Kurumunca sağlanan tedavi hizmetleri dışında kalan, işçilerin sağlık durumlarının denetlenmesi, ilkyardım, acil tedavi ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere, işyerinde ki işçi sayısına ve işteki tehlikenin büyüklüğüne göre bir veya daha fazla işyeri hekimi bulundurması gerekmektedir. Eğer kuruluşun eleman sayısı 700'den az ise bu işyeri hekimi yarı zamanlı olarak çalıştırılabilir, aksi halde tam zamanlı olarak çalıştırılmak zorundadır. İşyeri hekimlerinin asıl görevi işyerindeki iş ile ilgili sağlık risklerini en aza indirmektir. Fakat pratikteki öncelikli görevi tıbbi yardıma ihtiyaç duyan kişiler için ilk başvuru noktası olmasıdır.

Özel Tanı ve Laboratuvar Hizmetleri: Türkiye'de Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik gereğince laboratuvar ve tanı merkezleri açılmakta ve işletilmektedir.

Özel Hastaneler: Özel kişi ve kuruluşlara ait özel hastaneler, vakıf hastaneleri, azınlıklara ait hastaneler ve yabancılara ait hastaneler olmak üzere dört kategoride toplanmaktadır. Kurumların % 91,9'unu ve yatakların %82,0'ı ile özel hastanelerin en büyük bölümünü özel kişi ve şirketlere ait hastaneler oluşturmaktadır. (Tengilimoğlu vd. , 2009)

2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Örgütlenmesi

Cumhuriyetin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri

2 Mayıs 1920 tarihli ve 3 sayılı kanunla oluşturulan Bakanlar Kurulu’nda sağlık işlerinin tek bir elden yönetilmesi amacıyla, o günkü adıyla “Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti” (Sağlık Bakanlığı) kurulmuştur. 3 Mayıs 1920’de yapılan Bakanlar Kurulu toplantısında mesleği doktor olan Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak atanmıştır.

Ankara Vilayet Konağının bir odasında bir sağlık memuru ile bu görevi yürütmeye başlayan Adnan Adıvar, öncelikle İstanbul Hükümeti Sağlık Örgütünün bütün kanun ve nizamnamelerini temin etmiş; görev yapan hekimlerin listesini oluşturmuş; küçük bir merkez örgütü kurarak taşrada mevcut sağlık birimlerinin göreve devamını sağlamıştır. Bakanlıkça hazırlanan ilk bütçe tasarısında Merkez ve Taşra Örgütü şöyle belirlenmiştir. (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [SSYB], 1973)

Merkez Örgütü: Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi’nden oluşur.

Taşra Örgütü: Sağlık Müdürlükleri, Hükümet Tabiplikleri, Belediye Tabiplikleri, Karantina Tabiplikleri, Küçük Sıhhiye Memurlukları, Bakanlığın Taşra Örgütü 1871 yılında yapılan düzenleme ile kurulan Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabipliklerinin devamı niteliğindedir. Sağlık Bakanlığı’nın bu şekilde örgütlenmesi, dönemin sağlık politikalarını da yansıtmaktadır. Buna göre Sağlık Bakanlığı o dönemin en önemli sağlık sorunu olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesine çalışacak, tedavi hizmetleri ise yerel yönetimlerin inisiyatifine bırakılacaktır. Aynı zamanda Hükümet Tabiplikleri eli ile yoksul hastaların ücretsiz muayene ve tedavileri yapılacak ve ilçedeki sağlık kuruluşlarının denetimi sağlanacaktır. Bu genel politikaya karşılık bakanlık dönemin gereksinimleri doğrultusunda göçmen işleri, öksüz yurtları vb. konularla da ilgilenmiştir. (Mazgit, 1998)

10 Mart 1921’de bakanlıktan ayrılan Adnan Adıvar’ın yerine Refik Saydam bakan olmuştur.

Bu dönemde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın esas görevinin koruyucu hekimlik olduğu kabul edilmiş ve örgütlenme buna göre yapılmış, genel bütçe olanakları bu yöne aktarılmıştır. Yerel yönetimler hastane açmaya özendirilmiş, örnek olmak üzere Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum gibi büyük illere Bakanlığa bağlı hastaneler açılmıştır. Her ilçede hükümet tabipliği kurulmuş, o gün için sağlık sorunu sıtma, verem, trahom, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele için dikey programlar başlatılmıştır. Bakanlık, 1925 yılında hazırlamış olduğu ilk çalışma programında çözümlenmesi zorunlu sağlık sorunlarını şöyle tespit etmiştir. (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [SSYB], 1973)

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek
- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakım evleri açmak
- Sıtma, verem, trahom, frengi, kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek
- Sağlıkla ilgili kanunlar yapmak
- Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek
- Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurmak

Ankara'da, bir "Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü" kurulması çalışmaları bu program sonrasında başlamış, Sivas ve Ankara'da kurulan kimya haneler birleştirilerek Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur. (Gürsoy, 1989) 1925 yılında hazırlanan çalışma programındaki hedefe uygun olarak izleyen yıllarda, sağlık hizmetlerini düzenleyen üç kanun çıkarılmıştır. Bunlardan birincisi 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun", ikincisi 1930 yılında kabul edilen 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" üçüncüsü ise 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı "Sihhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurun Kanunu"dur. Bu kanunlardan ilk ikisi günümüzde de geçerli olup, "Sihhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurun Kanunu" yeni bir teşkilatlanmaya gidilmesi nedeniyle 1983 yılında yürürlükten kaldırılmıştır. (Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 1983) (Madde: 48)

1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" tabipler, diş tabipleri ve dişçiler, ebeler, sünnetçiler, hastabakıcı hemşirelerin mesleklerini icra etmelerine ilişkin hükümler yer almaktadır. Bu kanunla "Tababet Sanatı" ifadesi kullanılmış ve hekimlik mesleğine ayrıcalıklı bir konum verilmiştir. Hekimlere resmi

görevlerinin yanında evinde veya muayenehanesinde hasta bakabilme hakkı tanınmış bu şekilde hekimlerin resmi görevlere kayıtsız kalması önlenmeye çalışılmıştır. Bunun yanında gerekli eğitim ve Sağlık Bakanlığı'nın iznini almadan tababet ve dallarında faaliyet gösteren kişilere ilişkin ceza hükümleri getirilmiştir. (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [SSYB], 1973)

“Bu kanunla hekimlere tanınan farklı statü, bir yandan tıp mesleğinin geleneğinden bir yandan da ekonomik koşullardan kaynaklanıyordu. Serbest çalışan hekimin devlet hizmetinde çalışanlara oranla daha fazla kazanabilmesi olgusu karşısında hekimi devlet hizmetinde tutabilmek için daha geçerli bir çözüm yolu bulunmamıştı”. (Gürsoy, 1989)

Halen yürürlükte olan sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde esas kabul edilen 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 1. Maddesinde; “Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenetle mahzar eylemek umumi Devlet hizmetlerindedir.” (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930) denilerek sağlık ve sosyal yardım hizmetleri asli devlet görevlerinden biri olarak kabul edilmiştir. Bu kanun maddesinde geçen “sağlık koşullarının iyileştirilmesi” ifadesinden, daha o yıllarda sağlık hizmetlerine geniş kapsamlı anlam verildiğini görülmektedir. Yine aynı kanunun 2. maddesi ile de bu devlet hizmetinin yürütülmesinde ve Milli Savunma Bakanlığı dışındaki bütün diğer kurumlar tarafından yürütülen sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin denetlenmesinde “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı”na yetki verilmiştir. (Mazgit, 1998)

Sağlık Bakanlığı'na bu yasayla verilen işlerin başlıcaları şunlardır. (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930) (Madde:3)

- Doğumu artıracak ve çocuk ölümlerini azaltacak önlemleri almak
- Doğum öncesi ve doğum sonrası anne sağlığını korumak
- Bulaşıcı ve salgın hastalıkların ülkeye girmesini engellemek
- Yurt içinde her türlü bulaşıcı ve salgın hastalıklarla veya çok miktarda ölüme sebep olan diğer zararlı etkenlerle mücadele
- Hekimlik ve diğer sağlık mesleklerinin uygulanmasına nezaret etmek
- Gıdalar ile ilaçlar ve bütün zehirli etkili ve uyuşturucu maddelerle yalnız hayvanlar için kullanılanlar hariç her türlü serum ve aşıları denetlemek

- Çocukluk ve gençlik sağlığına ilişkin işlerle çocukluk ve gençlik sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik tesisleri denetlemek
- Okul sağlığı hizmetleri
- Çalışma ve meslek sağlığını koruma işleri
- Maden suları ve benzerlerine nezaret
- Hıfzıssıhha kuruluşları ve bakteriyoloji laboratuvarları ve hayati muayene ve tahlillere mahsus kuruluşları kurmak ve idare etmek
- Mesleki öğretim kurumlarını kurmak, idare etmek ve dengi kurumları denetlemek
- Akıl hastaları ve diğer ruh sağlıklarını tedavi için hastaneler ile malul ve özürlü kişileri kabul edecek yurt ve benzeri müesseseleri kurmak ve idare etmek
- Göçmenlerin sağlık işleri
- Hapishanelerin sağlık koşullarına nezaret etmek
- Tıbbi istatistikleri düzenlemek
- Sağlık yayın ve propaganda işleri
- Ulaşım araçlarının sağlıklı olmasına nezaret etmek.

Bu kanunla Sağlık Bakanlığı'na verilen genel sağlığı koruyucu önlemlerin yanında tedavi hizmetlerinin yürütülmesi belediyelere, özel idarelere ve diğer yerel yönetimlere verilmiştir. (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930) (Madde:4) Bu düzenlemede Bakanlık yerel yönetimlere rehber olmak üzere bazı yerlere numune tesisler kurmakla yükümlü tutulmuştur. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanı olduğu dönemde Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı numune hastaneler kurulmuş, belediye ve özel idareler hastane açmak için teşvik edilmiştir. Hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde temel birimler olarak kabul edilmiş; bunun yanında sıtma, frengi, trahom gibi önemli sorunların kısa zamanda çözümlenmesi için sağlık müdürüne bağlı olmayan ve kısmen genel idare dışında (sıtma savaş teşkilatı gibi) örgütler kurulmuştur. Bu dönemde sağlık hizmetlerinde öncelik savaş yıllarında bozulan halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve çok sayıda ölüme yol açan bulaşıcı hastalıkların önlenmesine verilmiştir. 309 maddelik Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 130 maddesi (29 maddeden 150 maddeye kadar) bulaşıcı hastalıklarla mücadelede ayrılmış ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele yolları belirlenerek bu hastalıklarla ilgili ihbar zorunluluğu getirilmiştir. Sıtma, frengi, trahom gibi önemli

bulaşıcı hastalıkların önlenmesi amacıyla kurulan örgütler de bu önceliğin bir sonucudur. (Mazgit, 1998)

Türkiye de sıtma ile mücadele esasları ilk kez 1926 yılında kabul edilen 839 sayılı Sıtma Mücadele Kanunu'dur. Bu kanunla sıtma mücadele örgütü kurulmuş ve şu esaslar getirilmiştir.

- Dalak ve kan muayeneleri ile sıtmaların tespiti ve bunların parasız tedavileri
- Bataklıkların kurutulması
- Sivrisinek yetiştiren alanların ve çeltik sahalarının kontrol altına alınması (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [SSYB], 1973)

1940 yılına kadar bu esaslarla yapılan sıtma mücadelesi ile muayene edilen kanlara göre sıtmalı sayısı % 11'e kadar düşürülmüştür. İkinci Dünya Savaşı yıllarında sıtma ilaçları ithalatının güçleşmesi ve nüfus hareketleri 1942 ve 1943 yıllarında yeniden sıtma vakalarının artmasına yol açtı ve yukarıdaki oran %32'ye kadar yükseldi. Bunun üzerine 1945 yılında 4707 sayılı ve 1946 yılında 4871 sayılı kanunlar yürürlüğe girdi. 4871 sayılı "Sıtma Savaş Kanunu" ile sıtma savaşının devamlı yürütülmesi gündeme geldi ve bu kanunlar uyarınca yapılan savaş sonunda geniş çapta arazi ıslahı, sıtmalı araştırması ve tedavileri yapılarak hastalık kontrol altına alınabilmiştir. Aynı şekilde çiçek, kolera, kuduz, frengi, tifüs, veba, verem, trahom gibi hastalıklarla mücadele için programlar düzenlenmiş ve bunların birçoğu için özel tedavi tesisleri kurulmuş aşılama programları düzenlenmiştir. Toplumsal gelişmenin ortaya çıkardığı gereksinmelere ve halkın taleplerine yanıt vermek amacıyla kurulan yeni örgütler hem Bakanlığın merkez örgütünde hem de yurt düzeyinde gereksinmenin ağır bastığı bölgelerde kurulmuştur. Frengi ile savaş, trahom savaş, sıtma savaş, kanserle savaş, ruh sağlığı, nüfus planlaması vb. alanlarda merkezde genel müdürlük ya da müdürlükler ve bunlara bağlı olarak taşra örgütleri zaman içinde oluşturulmuşlardır. Bu örgütlenmelerin bir bölümünde öncülük halktan gelmiştir. Örneğin veremle savaş çalışmaları, devlet örgütü kurulmadan önce verem savaş dernekleriyle yürütülmüştür. Kanserle savaş çalışmaları da aynı türde bir gelişme göstermiştir. (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [SSYB], 1973)

Bu uygulamalarla salgın hastalıklarla mücadelede önemli başarılar kazanılmış İkinci Dünya Savaşı yıllarında, Türkiye'nin savaşa girmemesine rağmen ülkedeki sağlık düzeyi gerilemiştir. Savaş yıllarının getirdiği ekonomik sıkıntılar hastalıklarla mücadelede kullanılan ilaçların araç ve gereçlerin ithalatını güçleştirmiş; sıtma başta olmak üzere

tifüs, çiçek gibi hastalıklar büyük salgınlar yapmıştır. Bir yandan salgın hastalıklar, bir yandan beslenme koşullarının bozulması ölümleri arttırmıştır. (Fişek, 1985, s. 161)

Bu koşullar altında, sağlık hizmetlerinin rasyonel ve planlı bir şekilde uygulanması için çalışmalar hızlandırılmış ve 1946 Kasım ayında toplanan Yüksek Sağlık Şurası'nda dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz'un önderliğinde hazırlanan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" onaylanmıştır.

Bu planın hedefleri şunlardır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [SSYB], 1973)

- İleri ülkelerin öncelikle ele aldıkları koruyucu sağlık hizmetleri için gerekli örgütü kurmak ve geliştirmek
- Köylük bölgeleri sağlık örgütüne kavuşturmak
- Mevcut sağlık personelini ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek
- Mevcut hastaneleri ve diğer sağlık müesseselerini ilmin ve zamanın yeni icapların uygun hale getirmek
- Bütün illerimizi içine almak üzere yurdumuzun lüzumlu bölgelerinde personel ve örgüt bakımından tam sağlık tesisleri kurmak
- Bu işleri en verimli bir tarzda gerçekleştirmek için de Milli Sağlık Bankası veya Milli Sağlık Sigortası Kurumu ve Sağlık Sandıkları kurmak

"Birinci On Yıllık Sağlık Planında, modern sağlık yönetiminin temel prensiplerinden olan, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin aynı örgüte verilmesi ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulmasının kabul edildiğini görülmektedir. Behçet Uz'dan sonra gelen Sağlık Bakanları, bu planı rafa kaldırmışlar ve giderek plan çok yanlış uygulanmış, her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etmeye dönüşmüştür. Bugün ise bu kuruluşlar, maliyeti çok yüksek, küçük birer hastane olmaktan ileri gidememiştir. Geçimini muayenehanesindeki çalışmayla sağlamak zorunda bırakılan sağlık merkezi hekimleri ise, halk sağlığı hizmetleri ile hiç ilgilenemedikleri gibi, ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapamaz duruma gelmişlerdir.

Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nın önemli bir diğer noktası, "Milli Sağlık Bankası" veya "Milli Sağlık Sigortası Kurumu" kurulması hedefinden söz etmesidir. Sağlık sektöründe yeniden yapılanma tartışmalarının yoğunlaştığı, 80'li ve 90'lı yıllarda sıklıkla gündeme gelen sağlık sigortasının, 1947 yılında hazırlanan bir sağlık planında yer alması ilginçtir.

Bu dönemde sağlık hizmetleriyle ilgili bir diğer önemli olay, 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumunun kurulmasıdır. Bu kanunla kurum, sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi almıştır. Bu hüküm, 1952 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Sigortalı işçilere sağlık hizmeti verilmeye başlanması büyük bir atılım olmakla beraber sadece sigortalıya yapılan sağlık hizmetini finanse eden bir kurum olması gereken SSK'nın sağlık örgütü ve hastaneler kurulmasına müsaade edilmesi hatalı bir hareket olmuştur". (Fişek, 1985, s. 161-162)

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, dünya ekonomisinde yaşanan genişleme ve hızlı kalkınma süreci, Türkiye'yi de etkisi altına almış; toplumun beklentileri yükselmiş ve buna bağlı olarak halkın sağlık hizmeti talepleri de artmıştır. Türkiye'de çok partili siyasi yaşama geçildiği bu dönemde her alanda yaşanan hareketlilik sağlık sektörüne de yansımış ve yerel yönetimler tarafından sunulan tedavi hizmetleri halkın artan sağlık hizmeti taleplerini karşılayamaz olmuştur.

1950'lerin sonunda genel hatlarıyla günümüzdeki sorunlara benzer sorunların yoğunlaştığı bir görünüm söz konusudur. Ekonomik gelişmenin ve hızlı şehirleşmenin getirdiği yoğun bir sağlık hizmeti talebi ve bu artan talebi karşılamaya yetmeyen, tedaviye yönelik sağlık hizmeti arzı; yine hızlı şehirleşme sonucu ortaya çıkan ve mevcut olanaklarla giderilmeyen altyapı eksiklikleri ve bunun getirdiği olumsuz sağlık koşulları; sağlık hizmeti maliyetinin gelir düzeyindeki artıştan daha hızlı yükselmesi; hızlı nüfus artışı ve şehirleşme sonucu ortaya çıkan marjinal sektörler ve bu sektörlerde çalışan sosyal güvenlikten yoksun kitleler ve bunların sağlık sorunları; hizmet talebindeki artışa paralel olarak kapasite artışının sağlanmaması nedeniyle ağırlaşan çalışma koşullarından bunalan sağlık personeli dönemin sağlık sorunlarından.

Kısacası, 1950'lerin sonunda kuyrukta hizmet bekleyen hastasıyla, hekim görmeden ölen köylüsüyle yaptığı işten, ne maddi ne manevi olarak yeterince tatmin olmayan sağlık personeli ile sorunlu bir sağlık sistemi mevcuttur. Buna karşılık ülkenin her tarafında dengeli bir şekilde sağlık hizmetinin götürülmesi ve bunun kaynak israfına yol açmayacak yöntemlerle yapılması gerekmektedir. Sıkıntıların giderilebilmesi için hastanın hizmetin verildiği yere gelmesi yerine; hizmetin hastanın olduğu yere götürülmesi düşüncesi 1960'ların başında yeni bir sistemi gündeme getirmiştir; "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" sağlık sistemi olması yanında toplum kalkınmasına da hizmet edeceği düşünölen bu yeni sağlık sistemi günümüzde de devam eden bir tartışma sürecini başlatmıştır. Ancak "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" birçok nedene

bağlı olarak ülkenin sağlık sorunlarına çözüm getirememiş, daha doğrusu, ülkenin sağlık sorunlarını çözecek şekilde uygulanamamıştır. (Mazgit, 1998)

1960–1980 Döneminde Sağlık Hizmetleri

1960 yılı Türkiye için birçok alanda önemli bir dönüm noktası niteliğini taşımaktadır.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında dünya çapında yaşanan ekonomik genişleme ve ülkelerin artan kalkınma, büyüme hızları devletlerin yeni bir biçime girmesini sağlamıştır. Genel olarak Avrupa’da ve Amerika’da Keynesyen ekonomi anlayışı önem kazanmış ve devletin ekonomik gelişmelerde belirleyici rolü ön plana çıkmıştır. Bu koşullarda klasik “Jandarma Devlet” anlayışından “Sosyal Devlet” anlayışına geçilmiştir. (Mazgit, 1998)

“Sosyal Devlet” anlayışı ile Türkiye’ye de devletin temel insan haklarının korunup geliştirilmesi görevi, Anayasa güvencesine alınmıştır. Genel olarak, sosyal devlet anlayışını ortaya çıkaran bu dönüşümün, sağlık alanına yansması ise, öncelikle sağlık hakkının Anayasa’da yer alması ve daha Anayasa halkoyuna sunulmadan çıkarılan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” ile sağlık hizmetlerinin ülkenin her alanına götürülmesinin amaçlanmasıdır. Aynı zamanda ekonomik ve sosyal gelişmelerin beşer yıllık dönemleri kapsayan planlarla yönlendirilmesini ifade eden “Planlı Kalkınma” dönemine geçilmiş olması, sağlık hizmetlerindeki makro politikaların Beş Yıllık Kalkınma Planları (BYKP) ile belirlendiği döneme geçilmiştir.

Böylece dönüşüm çabalarının, yasal düzenlemeler ve makro politikalar anlamında sağlık alanına yansması, üç noktada özetlenebilir: “Sağlık hakkının Anayasa güvencesine alınması” ,”Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi”, “Sağlık politikalarının da BYKP kapsamında değerlendirilmesi”. 1961 Anayasası, sağlık hizmetlerini anayasal bir hak olarak kabul etmiştir.

Anayasanın “Ekonomik ve Sosyal Haklar” bölümünde yer alan 49. maddesinde; “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görebilmesini sağlamakla ödevlidir” denilerek; sosyal haklardan olan “Sağlık Hakkı”nı benimsemekte ve bu hakkın kullanımında Devleti görevli saymaktadır. Ayrıca, yine 49. maddede yer alan; “Devlet yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbir alır” hükmü ile toplumun sağlık düzeyinin sosyo-ekonomik koşullara yakından bağlı olduğu gerçeğini de kabul etmektedir. Böylece, 1961 Anayasası geniş

kapsamlı tanımına uygun olarak sağlık hakkını benimsemekte ve bunu sosyal devlet anlayışının bir parçası saymaktadır.

Aynı anlayışın gereği olarak, planlı dönemle birlikte, sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi için ana ilkeler ve hedefler saptanmıştır. Bunlar; sağlık hizmeti vatandaşın ayağına götürülecek, geri kalmış bölgelere öncelik tanınacak, koruyucu hekimliğe önem verilecek ve yeterli sayıda, nitelikli sağlık elemanı yetiştirilecektir. (Gürsoy, 1989)

Sağlık hizmetlerinin vatandaşın ayağına götürülmesi için, uygulamayı düzenleyecek olan 224 sayılı yasa geniş kapsamlı bir sağlık tanımına dayanıyor ve koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütünleşmiş bir biçimde ülkede yaygınlaştırılmasını hedeflemektedir. Bu hedefin gerçekleşmesi için;

Sağlık Evi=>Sağlık Ocağı=>Sağlık Merkezi=>Hastane

zinciri şeklinde bir örgütlenme modeli öngörmektedir. Hizmetin temel birimi olan sağlık evi 2500 kişilik bir nüfusa hizmet verecek, ebasi tarafından doğum ve başlıca koruyucu sağlık hizmeti sunulacaktır. (TTB 10 Soruda 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 2006)

Yasa metnine göre, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri şöyle sıralanabilir (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961)

- Sağlık hizmetlerinden faydalanmak, insan haklarından biridir (1. madde).
- Sağlık hizmeti ülkenin her yerine “eşit olarak” ve “nüfus esas”ına göre görülecektir (2.madde).
- Sosyalleştirmenin yapıldığı bölgelerde vatandaşlar, kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafin bir kısmına katılmak suretiyle eşit şekilde yararlanacaklardır. (2.madde). Kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetinden yararlanmak istemeyen vatandaşlar ise, ücretini ödeme koşuluyla istediği sağlık kurumunda muayene ve tedavi olabileceklerdir. (5.madde). Böylece hastaların “hekim ve sağlık kurumu seçme özgürlüğü” kabul edilmektedir.
- Kamu kesiminde çalışan sağlık personeli, serbest çalışamayacaktır. (3.madde);
- Kamu kesiminde çalışmayanlar ise serbest çalışmaya devam edebileceklerdir. (4.madde). Böylece “sağlık personelinin çalışma koşullarını seçme hakkı” kabul edilmekte ve bir anlamda, sosyalleştirmede görev alınması gönüllü hale getirilmektedir:

- Sosyalleştirilmenin yapıldığı yerlerde Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı kurumlar hariç, kamu kesimine ait bütün sağlık kurumlarının hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecektir (8.madde). Bu hükümle kamu sağlık kurumlarında “yönetim birliği” sağlanması amaçlanmaktadır.
- Sağlık ocaklarında hizmet “ekip anlayışıyla sunulacaktır (10.madde).
- Sağlık evleri ve sağlık ocakları koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada yürütecekler ve ayrıca sağlık sicillerini tutacaklardır (10.madde). Böylece “sağlık hizmetlerinin entegrasyonu” sağlanacaktır.
- Hastanelerdeki sağlık personeli, sağlık ocağı ve sağlık merkezlerindeki sağlık personelinin (12.madde), sağlık merkezindeki sağlık personeli de sağlık ocağındaki sağlık personelinin mesleki gelişimine yardımcı olacaklardır. (11.madde).
- Böylece sağlık personelinin “sürekli eğitimi” sağlanacaktır.
- Acil vakalar dışında sosyalleştirme yasasının getirdiği haklardan yararlanmak isteyenler “sevk zinciri” ne uygun bir şekilde gereken kurumlara havale edileceklerdir. (13.madde). Sevk zincirinin kurulmasıyla yerinde tedavisi mümkün olan hastaların büyük merkezlerdeki sağlık kurumlarına yığılması önlenecektir.
- Bazı özel durumlar dışında sevk zincirine uygun olarak sağlık kurumuna başvuran kişilerin muayene ve tedavileri ile tedavi için gerekli olan ve her yıl Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek “ilaçlar ücretsiz” temin edilecektir (14.madde).
- Ülke düzeyinde temsilcilerin katılımıyla bir “Genel Kurul” halkın ve sağlık personelinin katılımıyla sağlık ocakları, sağlık merkezleri ve iller düzeyinde “Sağlık Kurulları” kurulacaktır (22.madde).

Böylece sağlık yöneticileri ile halk arasında bilgi alışverişi gerçekleştirilecek ve sağlık hizmetlerine “toplum katılımı” sağlanacaktır. Toplum katılımı, giderek toplumsal kalkınma hareketine dönüşebilecek stratejik önemde oluşum olarak önerilmiştir.

Yukarıda sıralanan maddelerden de görülebileceği gibi 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” Türkiye sağlık sektöründe çok önemli bir değişimi başlatmak, bir anlamda sağlık sektörünü yeniden yapılandırmak amacındadır. Ancak bu yasayla getirilen hükümlerin önemli bir kısmı, ya uygulanmamış ya da eksik uygulanmıştır. Yasanın yürürlüğe girmesinden çok kısa bir süre sonra, bazı maddeleri

değiştirilmeye başlanmıştır. Örneğin, yasanın pilot uygulamasının başlamasından üç yıl sonra, sağlık personelinin sözleşmeli çalıştırılmasıyla ilgili hükmü değiştirilmiştir.

Bu geniş kapsamlı uygulamanın planlandığı gibi yürütülebilmesinin birinci koşulu, devlet bütçesinden yeterli kaynağın ayrılmasıdır. (Gürsoy, 1989)

Sosyalleştirme planını uygulayacak olan Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçeden aldığı pay, sosyalizasyon uygulamasına geçildikten sonra yükseleceğine, aksine sürekli düşmüştür.

Ayrıca sosyalizasyon uygulamasının bel kemiği olan, tam süre çalışma ilkesinden vazgeçilmesi ve bir ekip çalışması gerçekleştirilmesi beklenen sağlık ocağı personelinin eksik kadrolarla çalışması koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde hedeflenenlere ulaşılmasını engellerken; ekibin eksik olması hizmetin bütünleşmiş olmasını da engellemiştir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, hizmetin cazibesini yitirmesiyle büyüyen personel açığı "Tamgün Çalışma Yasası" ile giderilmeye çalışılmıştır. 1978 yılı sonunda çıkarılan bu yasayla kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin serbest çalışması yasaklanmış ve oldukça kısa bir geçiş süresi sonunda sağlık alanında çalışan tüm elemanlara belli bir tazminat ödenerek, kamu sağlık hizmetlerinin çekiciliği artırılmaya çalışılmıştır. (Mazgit, 1998)

Bir yandan tam donanımlı hastanelerde yeterince hekim bulunamaması bir yandan da muayenehanesi olan hekimlerin hastaları yatırma önceliğini muayenehanelerinde yaptıkları viziteye göre verme olasılığı (ya da hastaların buna inanmaları) öteden beri hastane hekimlerinin tam gün hastanelerde çalışarak kapatmaları gerektiği düşüncesinin gerekçesi olmuştur. Buna uygun olarak Türkiye de 1978 yılında başlatılan "tamgün uygulaması" hastanelerin hekim açığını bir yandan hekimlerin ücretlerini arttırırken bir yandan da muayenehanelerini kapatma zorunluluğu koyarak gidermeyi amaçlamıştır. Ancak eksikliği olanlar yerine tüm sağlık personelinin ödüllendirilmesi bir yandan hekimlerin ücretlerinin yeterli miktarda yükseltilememesine ve hastaneyi bırakıp muayenehaneyi tercih etmelerine sebep olmuş; bir yandan da açığı olmayan sağlık personelinin (eczacı, dişçi, hasta bakıcı) ve idari personelinin maaşlarının aşırı artırılması bunların hastanelerde aşırı istihdamına sebep olmuştur. Tamgün Yasası, ilkedeki doğruluğuna karşın, kamuoyu hazırlanışında, kapsamında, ödeneklerin düzenlenmesinde ve nihayet zamanlamasındaki bir dizi yanlış yüzünden daha başında geniş tepkilere neden olmuştur. Hekimlerin büyük çoğunluğunu tatmin etmeyen tazminatlar, diğer kamu görevlileri arasında türlü huzursuzluklara yol açmıştır. Kamu görevlilerine uygulanan ücret politikasına karşı duyulan öfke, zaman zaman hedefini aşarak, sağlık personeline

ödenen tazminatlara yönelmiştir. Bu nedenlerle “Tamgün Yasası”, belli kesimlerde yalnızca bir tazminat yasası olarak değerlendirilmiştir. (Gürsoy, 1989) Konunun yalnızca sağlık personeline ödenecek tazminatlara indirgenmiş olması, yasanın özündeki “hekimlerin ve diğer sağlık personelinin çalışma şeklinin değiştirilmesi” amacının dikkate alınmaması önemli bir eksikliklerdir. Uygulamaya geçildiğinde Anadolu’da Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan ve “devletin verdiği ekonomik güvenceye fazla güvenmemek gerektiğini düşünen” uzman hekimler arasında yoğun istifalar olmuştur. Buna karşılık, kamu kesiminde çalışan pratisyen hekim sayısında belirgin bir artmıştır. Uzman hekim istifaları, ciddi hizmet sıkıntılarına yol açmıştır. 1979 Kasım ayında gerçekleşen hükümet değişikliği sonrasında Sağlık Bakanlığı “Tamgün Yasası”nın karşısında yer almıştır. Böylece, Türkiye’nin sağlık sorunlarının en azından bir kısmını çözebilecek olan ve iyi niyetle hazırlanmış bir deneme daha tarihe mal olmuştur. (Gürsoy, 1989)

1960–1980 döneminin sağlık politikalarını ve sağlık örgütlenmesini genel olarak değerlendirildiğinde, bu döneme damgasını vuran gelişme, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve bu uygulamayla, ülkenin daha önce hiç hekim görmemiş yerlerine bile sağlık evi veya sağlık ocağı yapılıp hizmet götürülmesidir. Bu uygulamaya temel oluşturan 224 sayılı yasanın koyduğu hedeflerle değerlendirildiğinde bu uygulamanın başarısı sınırlı kalmıştır. Ancak 224 öncesi durumla karşılaştığında bu dönemde gerçekleştirilenler hiç de küçümsenecek boyutta değildir. 1980 yılında Türkiye’nin nüfusunun 44 milyon 737 bin olduğu dikkate alınırsa, nüfusun yaklaşık yarısına, sosyalleştirme modeli çerçevesinde sağlık hizmeti götürüldüğü ortaya çıkmaktadır. (Mazgit, 1998)

1980 Sonrası Dönemde Sağlık Hizmetleri

1980 yılında günümüze kadar sağlık politikalarının ve hizmet örgütlenmesinin değerlendirebilmesi için, Türkiye’nin 1980’li yılların başında geçirdiği dönüşümü dikkate almak gerekmektedir. Bu dönüşüm, Dünyada da, yeni bir yapılanmaya gidildiği bir döneme denk düşmektedir ve bu yeniden yapılanma süreci, ekonomiden sosyal ve siyasal alana kadar, bütün toplumsal alanları derinden etkilemiştir. Dünyada da yeni bir yapılanmaya gidilmesi, Türkiye’deki dönüşümün yalnız iç dinamiklerle açıklanmasının yetersiz kalacağını göstermektedir. 1970’lerin ikinci yarısında, dünya ekonomisinde ortaya çıkan gelişmeler, o güne kadar olduğu gibi Keynesyen iktisat yaklaşımı içinde

açıklanamamış ve gelişmiş ülke ekonomileri, bir bocalama dönemine girmiştir. Bu bocalama dönemine ABD ve İngiltere’de liberal/muhafazakâr yönetimlerin işbaşına gelmesi izlemiştir. İdeolojik ve felsefi yaklaşım anlamında “sosyal devlet” görüşü önemini yitirmeye başlamıştır. (Mazgit, 1998)

Bu koşullarda, arz yönlü yaklaşımlar devreye girmiş ve özel sektörün güçlendirilmesi gerektiği, savunulmaya başlanmıştır. Özel kesimin güçlendirilmesi için, kamu kesiminin ekonomideki payının sınırlandırılması, vergi yükünün azaltılması, sosyal harcamaların kısılması gerektiği öne çıkarılmış; İngiltere’de başlayan özelleştirme hareketi zamanla bütün Dünya’ya yayılmıştır. Türkiye’de de, 1980 yılının başında, ekonomideki sıkıntılara çözüm bulmak amacıyla “24 Ocak İstikrar Tedbirleri” alınmış; ekonomide ve giderek sosyal alanda köklü dönüşümleri başlatacak olan liberalleşme, devletçi politikaların alternatifini olarak öne çıkmıştır. Liberalleşmenin gereği olarak; devletin sosyal amaçlarla uyguladığı politikalarından vazgeçmesi veya kapsamını daraltması, ekonomideki kamu payının küçültülmesi, özel kesimin teşvik edilerek geliştirilmesi, o güne kadar kamu işletmeciliğinin egemen olduğu alanların özel sektöre açılması ve giderek Kamu İktisadi Teşebbüslerin özelleştirilmesi öngörülmüştür.

Öte yandan 1970’lerin sonlarına doğru iyice artan toplumsal huzursuzluğun giderilmesi amacıyla, 12 Eylül 1980 askeri harekâtı gerçekleştirilmiştir. 27 Mayıs harekâtının 1960–1980 dönemi politikalarının çerçevesini belirlemesi gibi bir anlamda, 1980 sonrası dönemde de 12 Eylül harekâtının izleri görülmektedir. Bu özellik sağlık alanında da geçerli olup, 12 Eylül yönetiminin gözetiminde hazırlanan 1982 Anayasası ile çizilen çerçeve, izleyen yıllardaki sağlık politikalarının belirleyicisi olmuştur.

Bu çerçevede, giderek “Devletin sağlık alanında üstlendiği yükümlüklerin azaltılması” ilkesine uygun politikalara yönelmek istenmiştir. Bu yöntemin temel hareket noktalarını ise, Dünyada ki yapısal değişimde olduğu gibi, devletin vergi toplamadaki başarısızlığına bağlı olarak kamu kaynaklarının yetersiz kalması ve kamu işletmeciliğindeki sorunlar nedeniyle, özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri yani, hastane işletmeciliği alanında, özel kesim faaliyetlerinin yaygınlaştırılması amacı oluşturmaktadır. Öte yandan hastane işletmeciliğinde özel kesimin teşvik edilmesi 1980 sonrasında birden ortaya çıkan bir amaç değildir. Örneğin 20 Kasım 1961 tarihinde kurulan 8. İnönü Hükümetinin Programında “Hükümet yerli ilaç sanayinin ve özel hastanelerin kuruluşlarını teşvik edici tedbirler almayı vazife bilecektir.” ifadesi ile ilk kez bir hükümet programında tedavi edici sağlık hizmetlerinde özel kesimden daha

yoğun bir şekilde yararlanılması gereği dile getirilmektedir. Bununla birlikte devletçi geleneğin uzantısı olarak sağlık alanına kayıtsız kalınması söz konusu olamayacağı gibi; sağlık alanında özel işletmecilik anlayışının yaygın olmaması ve en azından başlangıçta, ülkenin sağlık hizmetlerini özel kesim aracılığıyla gördürmenin olanaksızlığı gibi nedenlerle kamu sağlık kurumlarının devamı kaçınılmazdır. Nitekim sağlık hizmetlerinde özel kesimin etkinliğinin giderek arttığı, 1980 sonrası dönemde sağlık sektörünün her alanında kamu kesimi egemenliği sürmüştür.

Bu döneme ilişkin olarak, sağlık politikalarının çerçevesini belirleyen temel hukuksal metin, 1982 Anayasası'dır. 1982 Anayasası'nda sağlık hakkı kabul edilmiş ancak, 1961 Anayasası'nda yer alan "Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görebilmesini sağlamakla görevlidir" ifadesi yerine;

"Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler" ifadesine yer verilmiştir. Böylece devletin bu alandaki görevleri sağlık kuruluşlarını planlayıp düzenlemeye indirgenmiştir.

Ayrıca, özel kesimdeki sağlık kuruluşlarından bu amaçla yararlanılması ve genel sağlık sigortası kurulmasına zemin hazırlaması, 1982 Anayasasının sağlık alanına bakışını, farklı kılan yönlerdir. Nitekim 56.maddenin metni şöyledir:

"Herkes sağlık ve dengeli bir çevrede yaşamak hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın ödevidir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" (Sargutan, 1993)

Anayasadaki bu ifadeler, 1980'li yıllarda sağlık alanında izlenecek politikaların 1960'lı yıllardan farklı olacağını işaretlerini vermektedir. Bununla birlikte, daha önce belirtildiği gibi, özellikle kırsal alana yönelik sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, alternatif bir modelin geliştirilmemesi, "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi" uygulanmasına devam edilmesini gerektirmiştir. Bunun için, sosyalizasyonun tüm ülkeye yaygınlaştırılması programı yeniden ele alınmış ve sağlık alanında sorunlu olduğu düşünülen konularda, dönemin otoriter yaklaşımına uygun çözümler üretilmiştir.

Ayrıca sağlık alanında özel sektörun desteklenmesi konusunda bazı kısmi düzenlemeler yapılmıştır. 1981 sonunda yayınlanan bir Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmıştır. Bu durum 1982, 1983 ve 1984 yıllarındaki programlarda da yinelenmiştir. (Soyer, 1997)

Bunların dışında, genel sağlık sigortası ile ilgili kapsamlı bir çalışma yapılmışsa da sigorta ile halkın sağlık tesislerine özellikle ayakta tedavi için müracaatları artacaktır. Bugünkü hekim sıkıntısı ve sağlık ocaklarının tam çalıştırılmaması karşısında bu müracaatların karşılanamayacağı tereddüdü vardır. Varlıklı kişilerden toplanacak prime esas veriler yeterli olmadığından sigorta gelirlerinin istenen düzeyde olmadığı takdirde, gider fazlalığının devlete yeni bir yük getireceği mevcuttur” denilerek çalışmalara devam edilmemiştir. (Soyer, 1997)

Bu döneminin sağlık alanındaki görüşlerini en iyi yansıtan resmi bir belgede 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”dur. “Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları belirlemek” amacında olan bu yasa Milli Savunma Bakanlığı hariç, ülkedeki bütün sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından planlanması ve denetlenmesine olanak sağlamaktadır.

3359 Sayılı Yasanın getirdiği en temel değişiklik ise, hastanelerin giderlerini, sundukları hizmetler karşılığında, vatandaşlardan veya bunların bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşundan alacakları gelirle karşılması ve böylece genel bütçeye yük olmamalarını sağlamak üzere “sağlık işletmesi” haline dönüştürölmesidir.

Genel Sağlık Sigortasına geçişi sağlamak amacıyla, 3359 Sayılı Yasa ile getirilen diğer iki uygulamada da “Sağlık Kütüğü”nün oluşturulması ve “Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu”nun kurulmasıdır. (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 2005) Sağlık kütüğünün oluşturulması, esas olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’nda yer almış ancak yeterince uygulamaya aktarılmamıştır. Bu dönemde sağlık alanında gerçekteştirilen faaliyetler arasında “hızlandırılmış ve genişletilmış aşı kampanyası” ile 5 milyon dolayında çocuğun aşılanması, Ana ve Çocuk Sağlığı programlarının başlatılması, Nüfus Planlaması kliniklerinin kurulması kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti sunulması amacıyla kamu sağlığı merkezlerinin kurulması, ilçe hastanelerinin desteklenmesi, Hızır acil merkezi hizmetlerinin başlatılması sayılabilir. Kamu sağlığı merkezlerinin kurulması, kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti sunulmasında sağlık ocaklarının yeterli olmamasından kaynaklanmıştır. Daha sonra semt polikliniği adıyla sürdürölen bu örgütlenmede hastanelerin poliklinik yükünün hafifletilmesi amaçlanmıştır. Ancak, gerek hasta sevk

zincirinin işletilmemesi, gerekse halkın doğrudan hastaneye başvurma alışkanlığı bu örgütlenmeden de istenilen düzeyde sonuç alınması engellenmiştir.

Uluslararası kuruluşlar tarafından desteklenen aşı kampanyasında elde edilen başarı üzerine, kampanyalarla sağlık sorunlarının çözülebileceği düşüncesi geliştirilmiş ve bu kapsamda birinci sağlık taraması, sünnet kampanyası, ana ve okul öncesi çocuk tarama ve izleme programı gibi kampanyalar başlatılmıştır (Soyer, 1997)

Dünya Bankası ile 16.08.1990 tarihinde, 8 ili kapsayacak ve Dünya Bankası tarafından finanse edilecek bir "Sağlık Projesi" anlaşması imzalanmıştır. Projenin amaçları, proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak, sağlık almak Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetsel kapasitesini arttırmak olarak belirlenmiştir. (Sargutan, 1993)

1991 yılında başlatılan bu proje, daha sonra "Birinci Sağlık Projesi" olarak adlandırılmıştır ve sağlıkla ilgili olarak şu görüşler yer almıştır. (Soyer, 1997)

- Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde yaygınlaştırılması ve etkinliğinin artırılması yoluyla tedavi edici hizmetlere olan aşırı talep azaltılacaktır.
- Birinci basamak sağlık hizmet birimlerinin güçlendirilmesi bağlamında aile hekimliği uygulaması yaygınlaştırılacaktır.
- Sağlık hizmeti sevk zinciri içinde sunulacaktır.
- Sağlık kuruluşlarında performansa göre ücret belirlenecek, sözleşmeli personel istihdamına gidilecektir.
- Genel Sağlık Sigortası aşamalı olarak yaygınlaştırılacak, ödeme imkânı olmayan vatandaşın sigorta primleri devlet tarafından karşılanacak, bu çerçevede aşamalı olarak herkese tedavi imkânı sağlayan "yeşil kart" verilecektir.

Hükümet programında yer alan "yeşil kart" verilmesi uygulaması, 18.6.1992 tarih ve 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun" ile başlatılmıştır. Bu yasanın amacı, "Hiçbir sosyal güvenlik kuruluşu kapsamında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda olmayanların bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçinceye kadar Devlet tarafından karşılanması"(madde.1) dir. (Yeşil Kart Kanunu, 1992)

Buna göre ödeme gücü olmayan vatandaşların, yataklı tedavileri ile ilgili masraflarını karşılayan bu uygulama (Yeşil Kart Kanunu, 1992) (Madde-2a), GSS kuruluncaya kadar sürdürülecek geçici bir uygulama olarak düşünülmüştür. Ancak, daha önce birçok kez gündeme gelmesine rağmen kurulamayan GSS'nin uzun bir geçiş dönemini gerektirdiğinden, "Yeşil Kart" uygulamasının uzunca bir süre devam edeceği düşünülmektedir. Yine "Sağlık Reformu" çalışmalarının tartışıldığı, II. Ulusal Sağlık Kongresi, 12 ve 16 Nisan 1993 tarihleri arasında yapılmış ancak kongrede üzerinde uzlaşılan bir program elde edilmemiştir. Sağlık reformu çalışmaları bu kongreden sonra Bakanlık düzeyinde ve daha dar bir çerçevede sürdürülmüştür. 1994 yılı başında ortaya çıkan ekonomik kriz sonucunda 5 Nisan kararları çerçevesinde yapılan kısıtlamalar, sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemiştir. Söz konusu kısıtlamalar nedeniyle, hastaneler ve sağlık ocaklarında ilaç ve en basit araç gerecin sağlanması konusunda sorunlar artmış, sarf malzemeleri bile hastalara aldırılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, kamu hastanelerine desteğini önemli ölçüde kesmiştir. (Soyer, 1997)

Esas olarak bu uygulama, ekonomik kriz gerekçesiyle başlatılmış olmakla birlikte, Devletin yataklı tedavi kurumlarını "Sağlık İşletmesi" şekline dönüştürme politikasına uygun bir gelişme olmuştur. Nitekim 11 Ocak 1995 tarihinde yürürlüğe giren "Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik" 1990'ların genel politika ilkelerini yürürlüğe koymuştur. Söz konusu yönetmeliğin amacı, 3359 Sayılı Yasa çerçevesinde sağlık işletmesine dönüştürülecek yataklı tedavi kurumlarının yönetimi ve çalışma esaslarını düzenlemektedir. Sağlık işletmelerinin faaliyet ve görevleri sırasında göz önünde bulundurulacak ilkeler ise şöyle sıralanmıştır. (Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 1995) (Madde:8).

- Katılımcılık ve işletmecilik esaslarına göre sevk ve idare
- Desantralizasyon ve oto-kontrol
- Hizmette rekabet
- Modern tıbbi bilgi, metot ve teknolojinin takibi
- İşletme gelirleri ile giderlerin karşılanması
- Rutin hizmet üretimi yanında, modern eğitim ve faaliyet alanıyla ilgili araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunma

Sonuç olarak, sayısal büyüklerde kesinlikle küçümsenmemesi gereken düzeylere ulaşmasına rağmen, Türkiye sağlık sektörü; kaynakların etkin kullanıldığı, toplum sağlık düzeyinin gerektiği gibi yükseltilebildiği, halkın hizmete rahatça

ulaşabildiği, hizmete ulaşmada bölgesel farklılıkların ortadan kaldırıldığı, etkin bir yapıya ulaştırılamamıştır.

2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Genel Sağlık Sigortası

Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan ülkeler kalkınma çabasının gerektirdiği ve insan unsuru ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerini iyileştirmek zorundadırlar. Üstelik sağlık düzeyi ile ilgili veriler, ülkenin kalkınmışlık derecesini ortaya koyan en önemli verilerdir. Sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün faaliyetleri kapsamaktadır. (Orhaner, 2006)

Dünya Bankası’nın yaptığı “Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu” adlı sektörel çalışmada Türkiye’deki sağlık sektöründeki geri kalmışlığın ana sebepleri olarak şu saptamalar yapılmıştır: sağlık hizmetleri alma konusundaki eşitsizlik, kaynak aktarımı konusundaki eşitsizlik, zayıf yönetim sistemleri. Bu konudaki önemli olan nokta, sektörde küçük değişiklikler yaratmak yerine, köklü bir değişikliğin yapılmak istenmesidir. (Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 2006a)

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” sağlık sektöründe yürütmekte olan düzenlemelerin genel adıdır. Bu programın ana eksenini oluşturan düzenlemeler şunlardır ; (Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 2006a)

- Genel Sağlık Sigortası,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine geçilmesi,
- SSK sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına devri ve özelleştirilmeleri için alt yapının hazırlanması
- Tüm sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel olarak çalıştırılması

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonu, finansmanının sağlanması ve sunulması amacıyla hazırlandığı ve Sağlıkta Dönüşüm Programının ilkeleri: insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon, hizmette rekabet olarak belirlenmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde bazı değişiklikler öngörülmüştür: (Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 2006b)

- Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
- Stratejik planlama, insan kaynakları politikası, personel yönetimi, kaynak dağılımı, malzeme yönetimi konularında yeni misyonunun tanımlanması
- Mali ve yönetsel kontrol ve denetimin taşra teşkilatına aktarılmasına yardımcı olacak şekilde yeniden yapılanması gerekmektedir
- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası. Sağlık Bakanlığı hem yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken, hem de sağlık hizmetlerini planlaması ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunulacak ve hizmetlerin ihtiyaçlar ölçüsünde kullanılacağı bir sigorta modeli oluşturulacaktır.

Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenerek, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmaları sağlanmalıdır. Sağlık sigortası mutlaka diğer sigorta sistemlerinden ayrılmalıdır. Primi yatırma veya sigortasız olma sorununun muhatabı sağlık kuruluşları olmamalı; sigorta kurumu bunu takip etmelidir. Hizmet üretenlere geri ödeme tek elden düzenli ve zamanında yapılmalıdır. (Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 2006b)

Birinci Basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği ile sağlanacak ve sağlık kuruluşları kendi gelirlerini ve giderlerini kontrol eden özel sağlık işletmelerine dönüştürülecektir. Ülkemizde sağlık harcamalarının finansmanında karşılaşılan zorlukları gidermek ve toplumun tümünü sağlık hizmetinden yararlandırmak amacıyla Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı hazırlanmış ve 2006 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edilmiştir.

Ülkemizde insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabaları, birçok ülkede olduğu gibi devlet göstermektedir. Anayasanın 56. maddesi sağlık ile ilgili şu hükümleri

getirmektedir. “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir”. Görüldüğü üzere sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemek görevi, devletindir. Sağlık hizmetlerinin üretiminde devletin birinci derecede rol oynamasının nedenlerini şöyle sıralayabiliriz. (Orhaner, 2006)

- Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi, kişiler açısından önemli olduğu kadar toplumun bütünü açısından da önemlidir.
- Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi; insanların bilgisizliği, gelir dağılımındaki eşitsizlik, sağlık hizmetleri kalitesi, vb. nedenlerle oldukça zordur. Devlet sağlık hizmetleri talebini elindeki bilgilerle daha iyi tahmin edebilir.
- Sağlık hizmetlerinde özel kesim girişimleri, sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamaya yeterli değildir.
- Özel kesimde firmalar karlılık oranına göre hareket ettikleri için sağlık yatırımlar belli bölgelerde yoğunlaşabilir.
- Sağlık hizmetlerinde bölünemezlik söz konusudur. Birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirmektedir.
- Piyasa büyüklüğü; hastane, dispanser, poliklinik, laboratuvar gibi sağlık hizmeti üreten birimlerin ekonomik olarak kurulup işletilmesini engellemektedir.

Devlet, gerek ekonomik kalkınmayı sağlamak gerekse geleceklerini planlamada istekli ve akılcı davranan sağlıklı insanları yetiştirmek için sağlık hizmetlerinin, yaygınlaştırılmasına ve iyileştirilmesine çalışmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, yaygınlaştırılması için sağlık hizmeti veren kurumların harcamalarının artması kaçınılmazdır. Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde yapılan sağlık harcamalarının finansmanı vergilerden, sigorta primlerinden doğrudan ödemelerden karşılanmakta ancak finansman kaynakları yeterli olmamaktadır. Son yıllarda özel sağlık sigortaları teşvik edilmekte, bağış ve yardımlar alınmakta, teşhis, tedavi ve ilaç harcamalarında kişilerin katkısı artırılmaktadır. Bütün bu tedbirlere rağmen devletin, sağlık hizmetleri konusunda yaptığı harcamaları karşılamakta zorlandığı Sağlık Finansmanı Reformu’na gittiği görülmektedir. Sağlık Finansmanı Reformunda ise Genel

Sağlık Sigortası sistemi getirilmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde en önemli finansman kaynağı devlet bütçesidir. Sağlık harcamalarının finansmanı, 1960 sonrası Planlı Kalkınma Dönemiyle birlikte ağırlıklı olarak bütçeden (hazineden) karşılanmıştır. Dünya Bankası, sağlığa ayırdığı 1993 Dünya Kalkınma Raporu'nda ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık hizmetleri paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak hükümet tarafından finanse edilmesini önermiştir. Bu nedenle sağlık harcamalarının finansmanında devlet payının büyük olmasını beklemek yanlış değildir. Sağlık harcamalarında işveren, işçi ve devletin katkısıyla finanse edilen sosyal sigortalar da nemli bir finansman kaynağıdır. Özel kesim, sağlık harcamalarına doğrudan hizmet bedelini ödeyerek, bağış ve yardımlar yaparak ya da özel sağlık sigortası yoluyla sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadır. Günümüzde hemen her ülkede hem kamu hem de özel kaynakların yer aldığı sağlık finansman sistemi, ülkemizde de görülmektedir. Ancak sağlık finansman kaynaklarının kombinasyonu ülkenin sosyo-kültürel dokusu, ekonomik ve siyasi yapısına göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir. (Orhaner, 2006)

3. SOSYAL SORUMLULUK İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

3.1.Sosyal Sorumluluğun Kapsamı

Sosyal; toplum ile ilgili, toplumsal anlamına gelirken, sorumluluk; kişinin kendi davranışlarını veya kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi, sorum, mesuliyet anlamını taşımaktadır. (TDK Büyük Türkçe Sözlük, 2006)

Sosyal sorumluluk kavramını Dinçer (1998) şu şekilde tanımlamıştır; “İşletmenin ekonomik faaliyetlerinin, onunla ilgili tarafların (hissedarlar, çalışanlar, tüketiciler ve nihayet tüm toplum) hiçbirinin çıkarlarına zarar verilmeden yönetilmesidir.” (s. 5)

Bir başka tanımda Bayrak (2001) sosyal sorumluluğu; “ İş adamlarının, toplumun değer ve amaçları açısından arzu edilen yolları takip ederek, bu yönde kararlar vermesi ve işletmenin yönetilmesi konusunda bağlı olduğu mecburiyetler ” şeklinde ifade etmektedir. (s. 83)

Sosyal sorumluluklar, bir işletmenin ekonomik ve yasal koşullara, iş ahlakına, işletme içi ve çevresindeki kişi ve kurumların beklentilerine uygun bir çalışma stratejisi ve politikası gütmesine insanları mutlu ve mesut etmesine ilişkindir. (Eren, 2002, s. 104)

Toplum bilimlerindeki bütün kavramların tanımlanmasında karşılaşılan zorluklar, sosyal sorumluluk kavramının tanımlanmasında da söz konusudur. Çünkü tanım, sınırları belirli olan olgu için yapılıp ve sosyal sorumlulukların kapsamı, sürekli değişen ve gelişen bir yapıya sahiptir. Bu sebeple işletmelerin sosyal sorumluluklarına ilişkin birçok tanım gelişmiştir. (Erden, 1987)

Ancak bu tanımların çoğunda ortak olan dört unsurdan söz etmek mümkündür.

Bunlar: (Sönmez, 2004)

1. İşletmelerin kâr elde etmek için mal ve hizmet üretmelerinin ötesinde sorumlulukları vardır.
2. Bu sorumlulukların içinde, işletmelerin ortaya çıkmasına katkıda buldukları sosyal problemlerin çözümüne katkıda bulunmak da yer almaktadır.
3. İşletmeler sadece hissedarlara karşı değil, sosyal paydaşlar olan çevreye karşı da sorumludurlar.

4. İşletmeler sadece ekonomik değerlere odaklanmamakta, daha geniş anlamda insani değerlere hizmet etmektedir.

Sosyal sorumluluk, yaşam kalitesini iyileştirmek için kendi çalışanları ve onların aileleri, yerel halk ve bütün toplumla birlikte ekonomik, çevresel, kültürel ve sosyal gelişmeye destek verme sorumluluğudur.

Bu tanımlardan hareketle sosyal sorumluluk kavramının, iki farklı hususu bir arada incelediği görülmektedir. Birincisi, sosyal sorumluluk kavramı işletmeyi, ekonomik bir varlık olarak görmekte ve onun hayatını sürdürebilmesi için kâr elde etmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Çünkü işletmeler, insanların ihtiyaçlarını tatmin etmek için mal ve hizmet üreten ve dağıtan bir birimdir ve bu nedenle varlığını sürdürmesi gereklidir. İkincisi ise, işletmelerin öneminin giderek artması ve toplum içinde vazgeçilmez bir kurum haline gelmeleri sebebiyle bir takım sorumluluklar üstlenmesi gerekliliğidir. (Dinçer, 1998, s. 155) Çünkü günümüzde işletmeler ekonomik güçleri sayesinde sosyal, siyasal, kültürel güç kazanmış, toplumu yönlendiren, hatta toplumun hayat seyrini belirleyen önemli bir etken olmuştur. Bu güç işletmelerin faaliyetleri ile ilgili kararlar alırken daha dikkatli, hassas olmaları ve kendi çıkarlarının yanında sosyal paydaşlarının da çıkarlarını düşünmelerini gerekli kılmaktadır. Günümüzde işletmelerin sosyal sorumluluk çerçevesinde hareket etmesi hem kendi sağlığı ve devamlılığı hem de toplum sağlığı ve devamlılığı için zorunludur. Zira bu zorunluluk, işletmelerin sosyal kabul sağlamasına katkıda bulunarak, süreklilik amacına ulaşmasını sağlayacak, kazanılan olumlu imaj sayesinde, uzun vadede kazanımlarını artıracaktır.

Ayrıca belirtmek gerekir ki; sosyal sorumluluk bir sosyal anlaşma niteliği taşır. İşletmeler için sosyal anlaşma; kâr elde etmek amacıyla faaliyetlerde bulunan işletmenin bu ekonomik çabasını içinde bulunduğu toplumdan gelen bir takım sınırlamalar çerçevesinde yerine getirme zorunluluğunu ifade eder. İşletme ekonomik faaliyetlerini gerçekleştirirken toplumun kaynaklarını kullanmaktadır. Bu sebeple sosyal anlaşmaya uymak zorundadır. Sosyal anlaşmanın temelinde, kamu refah ve mutluluğu için güvenilir ürünler, gerçekçi reklâm, çalışanlar için güvenli çalışma yerleri, çevreyi bozmayacak ve doğal yaşamı tehlikeye düşürmeyecek bir faaliyet, herkese eşit muamele, istihdam ve iş imkânları sağlama çabaları bulunmaktadır. Bu anlamda işletmelerin sosyal sorumlulukları, işletme yöneticilerinin ve karar mevkilerinin işletme çıkarları yanında toplum refahının korunması ve yükseltilmesine ilişkin faaliyetleri yapma zorunluluğudur. Dolayısıyla işletmelerin sosyal sorumluluklarını ekonomik

sorumluluklarından ayrı düşünmek mümkün değildir. (Eren, 2000) İşletmelerin bu her iki sorumluluğu birlikte düzenlenmeli ve karşılıklı etkileşim içinde oldukları unutulmamalıdır.

Sosyal sorumluluk için karıştırılmaması gereken en önemli olgu yardımseverliğin ötesinde bir kavram olmasıdır. Bir şirket sosyal sorumluluğunu gerçekleştirirken tüm paydaşlarına -çalışanlar, müşteriler, tedarikçiler, ortaklar, bulunduğu çevre, yatırımcılar vb.- ve çevreye karşı tamamen sorumlu olmalı ve tüm kararlarında bu unsurları göz önünde bulundurmalıdır.

Sosyal sorumlulukta temel amaç, ahlâk ve kamu çıkarlarını dikkate alan sınırlar içerisinde işletme faaliyetlerini yürütmek, toplumsal öncelikler ve beklentileri karşılayacak ölçüde olumlu tepkide bulunmak, gerekli önlemi almaya yönelik isteklilik göstermek, bir bütün olarak toplumun çıkarlarına karşı hissedarların çıkarlarını dengelemek, iyi vatandaş olmak için sosyal yönden sorumlu bir stratejinin uygulanmasıdır. (Özgener, 2000)

Arıkan, genel kabul görmüş üç adet sosyal sorumluluk kavramından bahsetmektedir. İlki, Milton Friedman tarafından savunulan görüşe göre işletmenin tek bir sosyal sorumluluğu vardır: “Oyunun kuralları içinde, açık ve özgür bir rekabet ortamında kârı arttırmaya yönelik faaliyetleri sürdürmek”. İkincisi, “yöneticilerin işletme iç ve dış müşterilerine karşı sorumlulukları”, son olarak da “yöneticinin, çevrede olup biten değişiklikleri tahmin ederek, problemlerden kaçınma, örgütsel amaçları toplumun amaçları ile birleştirme, işletmenin ve toplumun karşılıklı çıkarlarını koruma ve geliştirme sorumluluğu”. Ayrıca gönüllü olarak gerçekleştirilen okul, yurt, kütüphane açma gibi faaliyetler de işletmelerin sosyal sorumluluklarındandır. (Arıkan, 1995)

Seyyar, AB Komisyonu tarafından 18 Temmuz 2001’de Yeşil Kitap’ta yayımlanan Sosyal Sorumluluk Kavramının kriterlerini şu şekilde vermiştir:

- Paydaşlarla diyalog ilkesi
- Adil ve ahlâki tutum ve davranışta bulunma ilkesi
- Üretken ve kârlı bir ticaret yapma ilkesi

Bir başka ifadeyle, sürdürülebilir kalkınma anlayışına uygun olarak, iktisadi büyümenin, sosyal dayanışmanın ve çevreyi korumanın uzun vadeli (stratejik) olarak müşterek yürütülmesi sosyal sorumluluk gereğidir. (Seyyar, 2003, s. 241)

“Sürdürülebilir Gelişme” için Dünya İş Konseyi üyeleri 1998 yılının Eylül ayında Hollanda’da bir araya gelerek kurumsal sosyal sorumluluğun tanımını yapmışlardır. Bu tanıma göre işletmelerin sosyal sorumlulukları, etik davranmaya gösterdiği sürekli bağlılık, çalışanlarının ve ailelerinin yanı sıra toplumun tüm kesimlerinin yaşam kalitelerini iyileştirecek şekilde ekonomik gelişmeye yaptığı süreklilik gösteren katkıdır. Bu açıklamada yaşam kalitesi ve süreklilik kavramlarının varlığı sürdürülebilir gelişme için sosyal sorumluluğun vazgeçilmezliğinin önemini özellikle belirtmektedir. Toplumu oluşturan çalışanların çalışma hayatlarının kalitesinin artırılması da yine işletme sahibi ve yöneticilerinin sorumluluklarını sürekli hale getirmesi ile mümkün olacaktır. (Korkmaz, 2009, s. 22)

3.1.1.Sosyal Sorumluluğun Tarihsel Gelişimi

Günümüzde dünyada olduğu kadar Türkiye’de de tartışılmaya başlayan sosyal sorumluluk kavramının tarihçesine kısaca bakılacak olunursa, bu kavramın gelişim sürecini üç temel dönemde incelemek mümkündür.

Birinci Dönem: Sosyal sorumluluğun medeniyet ve dinlerle başladığı dönemdir. M.S. 1100 yıllarına kadar olan bu döneme “işletme öncesi dönem” de denilmektedir. Mezopotamya, Çin, Eski Yunan ve Roma dâhil olmak üzere ilk uygarlıkları kapsayan bu dönemde önemli sayılabilecek pratik yenilikler yapılamasa da bu toplumlarda insanların kişisel yargıları, dini inançları, ahlaki görüşleri ve çeşitli yasalarla farkında olmadan yürütülen bir sosyal sorumluluğun olduğu belirtilmektedir. (Bayrak, 2001, s. 85) Bu dönem sosyal sorumluluğun temellerinin atıldığı dönemdir. Bu dönemde Hammurabi kanunları da dikkat çekmektedir. Hammurabi kanunlarının 229. maddesinde şu hükme yer verilmiştir: Eğer bir inşaat ustası bir adam için ev yapar ve yapılan ev yeterince sağlam olmayıp ev sahibinin üstüne çökerek ölümüne sebep olursa o inşaat ustasının başı uçurulur. Bunun yanında, Fenikelilerde de oldukça etkili yaptırım yolları olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin, Fenikeli denetçilere, kalite standartlarına bir aykırılık gördüklerinde bunun tekrarlanmasını önlemek için kusurlu malı imal edenin elini kesme yetkisi verilmiştir. (Bolat, 2000, s. 4-5) Bu örnekler dönemin şartlarına göre değerlendirilse bile ilkel uygulamalardır. Ancak burada vurgulanmak istenen, üretenin belli sorumlulukları olduğu ve bunu yerine getirmemesi durumunda yaptırımlarla karşılaşacağıdır. Bu dönemde değinilmesi gereken bir diğer nokta da Eflatun ve

Aristo'nun düşünceleridir. Eflatun, topluma karşı sosyal sorumlulukların olduğunu belirten ilk düşünürdür. Eflatun, idarecilerin ekonomik konularda genel menfaati her şeyin üzerinde tutmaları gereğini ifade ederek önemli bir başlangıç yapmıştır. Aynı şekilde, Aristo, ekonomik olayları ahlak açısından ele alarak, mübadele edilen kıymet ve hizmetler arasında bir denklik olmasının gerekli olduğunu, fiyatların ve kazançların adaletli bir şekilde oluşmasını, faizin adaletsiz olduğu görüşünü savunarak sorumluluk anlayışının gelişmesine katkı vermiştir. (Bayrak, 2001, s. 86)

İkinci Dönem: Avrupa'nın Bizans ve İslam medeniyetleriyle ilişkilerini kurmasına rastlayan 12. ve 14. yüzyıllar, ticaret ve sanayinin toplum hayatında önem kazanmasına neden olmuştur. 12. yüzyıla kadar olan zaman dilimi "işletmecilik öncesi dönem" olarak adlandırılır. Kilise iş hayatında ve iş felsefesinde önemli bir konuma gelmiştir. Kilisenin belirttiği ekonomik düzende, ticaret erbabının ve işletmecinin sosyal sorumluluğun gerçekleşmesinde dinin belirlediği kurallara uyması gerekmektedir. (Sönmez, 2000) Ancak, Avrupa'da 16. ve 17. yüzyıllar arasında merkantilist sistemin hâkimiyeti ve devletin ekonomik hayata müdahalesi sonucu, kilise yerini merkezi ve otoriter bir devlete bırakmıştır. Merkantilist dönemde, sosyal sorumluluklar açısından devlete görev yüklenilmiş ve devletin merkezi gücü teşkil etmesinin sonucu olarak, toplumun iyiliği konusunda karar verme yetkisi de sağlanmıştır. Merkantilizmin savunduğu ekonomik politika zamanında beklenen sonucu vermemiş ve yüksek enflasyon hızı, adaletsiz gelir dağılımı, üretim yetersizliği, beraberinde getirmiştir. Bu bakış açısına göre, işletmeler maksimum kâr elde ederek hem amaçlarını gerçekleştirmiş olacak hem de sorumluluklarını yerine getirmiş olacaklardır.

Ancak işletmelerin maksimum kâr anlayışı zaman zaman çevrelerine zarar vermelerine bazen de güçlerini kötüye kullanmalarına neden olmuştur. Bu dönemde işletmelerde görülen yatay ve dikey birleşmeler ve bunların sonucu olarak işletme, işçi ve tüketici üçgeninde görülen denge unsurunun ihmali bu çerçevede değerlendirilebilir. (Bayrak, 2001, s. 87) Bu dönemde işletmeler, kapalı (mekanik) sistemler olarak görülmekte ve işletmenin kendi amaçları değil yaratıcısının veya sahibinin amaçları önemslenmektedir. İşletme sahibinin tek amacı vardır kâr elde etmektir. Kâr elde etme hakkı sadece ve sadece işletme sahiplerine ait olup, yarattığı işletme içinde sermayedarın geniş hakları vardır; istediği gibi davranabilmektedir. Çalışanlara, böyle bir ortamda hiç değer verilmemesi doğaldır. Çünkü beceri ve eğitimi sınırlı çalışanı kolayca bulmak ve değiştirmek mümkündür. Gelişmiş becerisi olmayan, sosyal güvenceden yoksun çalışan

dolayısıyla aç kalmamak için çalışma şartları ne olursa olsun çalışmak zorunda kalmıştır. (Ay Ü. , 2000)

Zamanla işletmelerin bu tür uygulamalarına toplumun çeşitli kesimlerinden tepkiler gelmeye başlamıştır. Çeşitli suçlar ve ruhsal dengesizliklerin de artmasıyla bazı toplumsal reform denemeleri görülmüştür. İngiltere ve Fransa'da kadın ve çocuk işçilerin çalışma koşulları yeniden düzenlenmiş, İskoçya'da büyük bir tekstil işletmesinin yöneticisi olan idealist sosyalist Robert Owen, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve modern bir toplum geliştirme üzerine eğilmiştir. (Can, 1994, s. 33)

19 yüzyılın sonları işletmelerin topluma ve çalışanlarına zararlı etkilerinin dikkat çekmeye başladığı ve bu etkileri önlemek için çareler arandığı yıllardır. Bu dönemde ortaya çıkan 1929 Ekonomik Buhranı toplumsal sorunlarla uğraşmamanın ve bu sorunları görmezden gelmenin sonucunda yaşanmıştır.

Bu büyük bunalım işçiler, köylüler ve memurlar kadar büyük sermaye sahiplerini de güç duruma sokmuştur. Sistemin bir ögesinde ortaya çıkan aksaklık kısa sürede öteki ögeleri de etkilemiş, düzeni bozmuştur. 1920 yılından beri ekonomik ilerlemenin yaratıcısı olarak kendini gösteren büyük şirketler bunalımla birlikte bütün sorumluluğu üzerlerinden atmaya çalışmışlardır.

1930'larda meydana gelen bu dönemi Griffin, Durgunluk Çağı olarak adlandırılmıştır. Bu çağda, Amerikan ekonomisinde baskın olmaya başlayan büyük ölçekli firmalar, 1929'da meydana gelen hisse senedi bunalımında olduğu gibi finansal kaygılarla faaliyette bulunmakla ve sorumsuzlukla suçlanmıştır. Bunun sonucunda Franklin Roosevelt, yatırımcıları ve küçük iş sahiplerini korumak ve hisse senedi piyasasını düzenlemek amacıyla yeni yasalar çıkarmıştır. Bu ve benzeri diğer faaliyetler sonucunda, organizasyonların sosyal sorumlulukları konusu daha belirgin bir hale gelmeye başlamıştır. Hükümetler bu faaliyetleriyle, Amerikan halkının genel refahını yükseltmek konusunda aktif role sahip olmaları konusunda organizasyonları yönlendirmiştir. (Çimen, 2007)

Bu gelişmelerle birlikte işletmeler, kâr elde etme amacının yanında kendilerini korumak için çalışanlarına, topluma ve hükümete karşı bazı sorumluluklar taşıdıklarını fark etmeye başlamışlardır. (Sezgin, 2001) Bu sayede işletmeler artık mekanik sistemler olarak değil, biyolojik organizmalar olarak algılanmaya başlanmıştır. Devletin eğitim harcamalarının artması ile birlikte çok sayıda insan eğitim talep etmeye başlamış ve çalışanların eğitim düzeylerinde önemli artışlar gerçekleşmiştir. Eğitilmiş çalışanı artık

bir makine gibi kolay değiştirilir görmek mümkün değildir ve çalışanlar yerleri zor doldurulan organizmalar olarak algılanmaya başlamıştır. Dolayısıyla bu dönemde işletme faaliyetleri biyolojiden alınan kavramlarla (rekabet, çevreye uyum sağlayabilenin yaşayabileceği vs.) açıklanmaya başlamıştır. (Ay . , 2000)

Bu dönemde işletmeler kendi sanayi dallarında fiyat, istihdam ve yatırım konularında istikrarın tesis edilmesi ve işsizlere yardım gereği, sosyal sorumluluklarla ilgili faaliyetlere yeni bir bakış açısı getirmiştir. Sendikalaşma hareketlerinin başlamasıyla işçiler toplumda g kazanmalarına fırsat veren bir sosyal değişimin de hızlanmasına neden olmuşlardır. Bu gelişme ile birlikte Laissez-Faire (bırakınız yapsınlar) felsefesi yerini topluma karşı sorumlulukların olduğu bir anlayışa terk etmiştir. Bu dönemdeki yasal düzenlemeler, ahlak dışı ve doğru olmayan faaliyetlerin yasaklanması ve kontrol altına alınması, işçi ve tüketiciler haklarının korunmasına yönelik tedbirler, işletmelerin sosyal sorumluluk anlayışlarında önemli değişiklikler yapmıştır. (Bayrak, 2001, s. 88-89)

Sosyal sorumlulukla ilgili olarak son dönüm noktasını 1960'larda ortaya çıkan 'Sosyal ağ' oluşturmaktadır. Amerikan tarihinde bu dönemde, büyük sosyal huzursuzluklar yaşanmıştır. Amerikan toplumunun değerleri, öncelikleri ve amaçlarını büyük ölçüde Sivil Haklar Hareketi ve Vietnam savaşına karşıtlık şekillendirmiştir. Hükümet bir kez daha organizasyonların uygulamalarına dikkat etmeye başlamış, kirliliğe karşı alınan önlemler arttırılmaya, sigara ve kolayca yanabilen ocuk giysilerine karşı müşteriler uyarılmaya ve diğer tüm endüstrilerdeki düzenlemelere ağırlık verildiği grlmştir. (imen, 2007)

II. Dünya Savaşıyla birlikte işletmeler biyolojik bir organizma olarak değil, sosyal sistemin bir parçası olarak görülmeye başlanmıştır. Çalışanlar artık işletmeyi, işletme sahibinin veya hissedarlarının kârlarını daha da arttırma aracı olarak görmemişlerdir. Tam tersine, çalışanlar kendi amaç çıkar ve beklentileri için rgt bir araç olarak görmeye başlamışlardır. Sosyal yaşamının gelişmesinden sorumlu tutulan işletmeler, kendilerine atfedilen sorumluluğu yerine getiremedi için protesto edilmeye başlanmıştır. İşletmenin içinde ve dışında oluşan protesto grupları, yöneticileri kr haricinde iki yeni amaı da benimsemeye zorlamıştır. Bu amaçlar, işletme sahibinin ve hissedarların kârları yanında, işletmenin kendi amaçları ve çalışanların amaçları olmuştur. İşletmeler artık, karar ve faaliyetlerinde çalışanların amaını da gözetmek zorundadır. (Ay . , 2000)

Yönetim ve örgüt yazınında etik kavramı ise, 1980’li yıllarla birlikte önem kazanmaya başlamıştır. 1960’larda ve 1970’lerde bu konu işletmelerin “sosyal sorumluluğu” başlığı altında ele alınırken 1980’lerde, özellikle ABD’de çok sayıda işletmede “etik ilkeleri”, “etik komiteleri” ve “etik programları” oluşturulmuştur. (Çimen, 2007)

1990 sonrasında ise kurumsal sosyal sorumluluk stratejik bir seçenek olmanın ötesine geçmiştir. Günümüzde ise kurumsal sosyal sorumluluk işletmeler için bir zorunluluktur. (Bayraktaroğlu, İlter, & Tanyeri, 2009)

Sosyal sorumluluk anlayışı Türk kültürünün de yabancı değil. XIII. yy.da görülmeye başlayan Ahilik, bu konunun en güzel örneklerini verir. Ahilik, Türkler’ in sanat ve meslek alanında yetişmelerini, ahlaki yönden gelişmelerini sağlayan, esnaf ve sanatkâr birliklerine verilen bir addır. Ahi kelimesi sözlük, terim ve örgütsel yapı olarak değişik anlamlar içermektedir. Bu kelime Arapça’ dır ve sözlük anlamı “kardeşim” demektir. Ahiliğin, toplum ahlâkı ve dayanışma duygusunun gelişmesinde, toplumsal hukuk düzeninin oluşmasında, üretimin denetlenmesinde, ticaret ve tarımın koordinasyonunda, sendikal faaliyetler üzerinde ve siyasal örgütlenmenin oluşumunda büyük önem ve etkisinin olduğu bilinmektedir. (Nasır, 2006)

İlk esnaf kuruluşları olan ahilik teşkilatı XIV. yüzyıldan itibaren azalmaya başlamış, onların yerini zamanın ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabilecek özellikler taşıyan loncalar almıştır. Kavram olarak lonca, sanat sahiplerinin ve esnafın kendi aralarında kurdukları düzeni, birliği ve özel işleri için toplandıkları yeri ifade etmektedir. Lonca teşkilatı, mesleğe giriş ve ilerlemelerde ağır koşullar koymamıştır. Hangi dinden olursa olsun bütün esnafın toplanabileceği ve serbestçe müzakere yapabileceği yerlerdir. Loncalar, üyeleri ve aile efradı için hastalık, evlenme, doğum, iş kurma, işsizlik, ölüm gibi birtakım sosyal risklere karşı ayni ve nakdi yardım sağlayan dayanışma sandıkları kurmuşlardır. Her lonca kurduğu yardım sandıklarıyla sosyal yardımlar yapmıştır. Ayrıca loncalarda iş ahlâkı ile ilgili düzenlemelere de yer verilmiş, çırakların belli safhalardan geçerek ustalık ve kalfalığa yükselmeleri sağlanmıştır. (Özevren, 1997, s. 7)

Osmanlı’da,19.Yüzyıl’ın sonlarına doğru yabancı yatırımcıların (kapitalist) yardımı ile endüstri işletmeleri çoğalmaya başlamıştır. Buralarda çalışan yerli ve yabancı işçi sayıları giderek artmıştır. Buna karşılık işçi-işveren ilişkilerini koruyucu ve düzenleyici yasa yoktur. Birinci Meşrutiyet’i izleyen yıllarda işgünü ona altı saati bulmaktaydı. Ücretler son derece düşüktü. Çalışma koşulları, yabancı anamalcı

ortaklıklarında çalışan yerli işçiler açısından, daha yıpratıcı ve ayırım gözetici boyuttaydı. (Başaran, 1998, s. 38)

“Türkiye Cumhuriyeti kurulurken, Osmanlı’dan, kötü koşullar içinde çalışan ve düşük ücret alan memur ve işçi kesimini de devraldı. Memurların haklarını ve konumlarını düzenleyen bir yasa yoktu. İşçilerin ücretlerine ilişkin bir yasa da yoktu. İşveren işçi arasındaki uyuşmazlıklar 1909’da kabul edilen yasa uyarınca çözülmeye çalışılıyordu.” (Başaran, 1998, s. 39)

1924 Anayasası dernek kurma hakkı tanımış, 1925 yılında sanayi ve ticaret faaliyetlerinde hafta tatilleri belirlenmiş, 1930’da Umumi Hıfssıha Kanunu ile çalışanların çalışma şartları düzenlenmiştir. 1936 yılındaki İş Kanunu ile çalışma süreleri, asgari ücret, işçi sağlığı ve emniyeti, hastalık ve doğum sırasında ücret verilmesi, tedavi olanaklarının tanınması ile çalışanın işe tevsik edilmesi amaçlanmıştır.

Türkiye’de özel kesim 1950’lerden sonra gelişmeye başlamıştır. Bu yıllarda işçi sınıfı hareketleri, sendikal hareketler çok cılızdır. Tüketici hakları konusunda ise yapılmış hiçbir şey yoktur. 1960’lardan sonraki gelişmeler, toplumu oluşturan katmanların örgütlenmesi, özel kesimi daha titiz, daha duyarlı olmaya zorlamıştır. Türk özel sektörü bu tarihlerden sonra toplumsal olaylara daha duyarlı olmuş, kamuoyu karşısında daha titiz ve onun önemini anlamış olarak daha gerçekçi davranmaya çalışmıştır.

1961 Anayasası ve 1963 yılında çıkarılan sendikalar kanunu ile çalışma hakları, grev ve lokavt, toplu sözleşme hakları anayasal güvence altına alınmış, fakat 2. ulusal güvenlik nedeniyle grev ve lokavtın durdurulması kararlaştırılmıştır. Kamu hizmetinde çalışanlara sendika kurma hakkı tanınmış ancak 1970’li yıllarda siyasi gelişmelerden dolayı memurların sendika kurma hakkı ile ilgili yasa yürürlükten kaldırılmıştır. 12 Eylül 1980 müdahalesi sonrası sendikaların faaliyetleri askıya alınmış, hatta bazılarına son verilmiştir. Toplu İş Sözleşmesi, Grev ve Lokavt kanunu ise önceki döneme göre bazı sınırlamalarla yürürlüğe konmuştur. (Çimen, 2007)

Görüldüğü gibi, sosyal sorumluluk Türkiye’de oldukça çalkantılı dönemlerden geçmiştir. Ancak günümüzde de tam anlamıyla uygulandığını söylemek zordur. Bunun için hem devlet hem özel sektör kendilerine düşen görevleri yerine getirerek toplum yararına çalışmalara öncülük etmelidirler.

3.1.2. Sosyal Sorumluluğun Önemi

Sosyal sorumluluk aslında bir sosyal anlaşma ve uzlaşma girişimidir. İşletme için sosyal anlaşma kâr elde etmek amacıyla üretim ve faaliyetlerde bulunan işletmenin bu ekonomik çabasını içinde bulunduğu toplumdaki gelen bir takım sınırlamalar içinde yerine getirme zorunluluğunu doğurmaktadır. Sosyal anlaşmanın temelinde, kamu refah ve mutluluğu için güvenli ürünler, gerçekçi ve az reklâm, çalışanlar için güvenli çalışma yerleri, çevreyi bozmayacak ve doğal yaşamı tehlikeye düşürmeyecek bir faaliyet, herkese eşit davranış, istihdam ve iş imkânları sağlama çabaları bulunmaktadır. (Eren, 2002, s. 88)

İşletmeler yapılarına, kuruluş nedenlerine, içinde buldukları ekonomik düzenin koşullarına, yönetim anlayışlarına ve buna benzer etkenlere bağlı olarak farklı amaçlar güdebilir. Bunlar çok değişik nitelikte olmakla birlikte geleneksel amaçlar kâr elde etme ve topluma hizmet götürme amacıdır. İşletmeler varlıklarını sürdürebilmek ve sahiplerine kazanç sağlamak için her dönem sonunda kâr elde etmeyi doğal olarak amaçlarlar. Kâr işletme açısından büyüme, yatırım ve gelişim aracıdır. Fakat bugün çağdaş işletmeler geleneksel amaçları aşarak toplumsal ve teknolojik değişimler doğrultusunda daha anlamlı ve bütüncü amaçlar edinmişlerdir. Dar anlamda sadece kâr elde etmek amacını güden işletmeler çağın gerisinde kalan ve uzun dönemde yaşama şansına sahip olmayan kuruluşlardır. Hızlı gelişme ve değişimlere sahne olan ekonomik, sosyal ve teknolojik dünya içinde işletmelerin kuruluş ve gelişme amaçları da yeni boyutlar kazanarak kendi içinde değişim süreci geçirmektedir. Bu süreç içinde işletmelerin elde ettikleri parasal değer tek başına pek önemi kalmamıştır. İşletme elde ettiği değerleri toplumun çeşitli kesimlerine yararlı olacak biçimde kullanmadığı ya da toplumla birlikte paylaşmadığı takdirde uzun dönemde yaşama şansı azalmaktadır. (Sabuncuoğlu & Tokol, 2001)

Günümüzde bir işletmenin başarısı kazancı maksimize etmekle değil, bu kazancı toplumsal hedeflere yöneltip, toplumun değer ölçülerine uygun politikalar belirleyerek faaliyetlerini sürdürmesiyle artan oranda bağlantılı hale gelmiştir. İşletmeler, çevresindeki sistemin bir parçası olduğuna göre, yaşamlarını sürdürmeleri bu sistemdeki değişikliklere uyum sağlamalarıyla mümkündür. Toplumsal yaşamın bir gereği olarak ortaya çıkan sorumluluk kavramının, değişen şartlara bağlı olarak boyutlarının artmış ve genişlemiş şekli olarak sosyal sorumluluk, işletmelerin kayıtsız kalamayacağı boyutlara

ulaşmıştır. (Bayrak, 2001, s. 83) Çünkü işletmeler, kullanılması toplumu çeşitli şekillerde etkileyen büyük kaynakları kontrol etmektedirler. Bu nedenle de bu kaynakları kullanırken sorumluluk hissetmektedirler. (Turan, 1998)

1970’li yılların başlarına doğru sosyal huzursuzlukların artması, yönetime katılımın önem kazanması, artan ölçüde sosyal sorunlara dönük kanunlar ve düzenlemelerin hazırlanması, toplumsal baskılar ve hükümetlerin çabaları işletmeleri ekonomik faaliyetlerinin sosyal amaçlarını düşünmeye zorlamıştır. Sosyal konular bütün insanlığın refahı ve sağlığıyla ilgili olduğu için son derece önemlidir. Bu nedenle günümüz yöneticilerinin bu sorunların önemini kavraması ve gerekli önlemleri almaya hazır olmaları gerekir. (Özgener, 2000)

İşletmenin sosyal sorumluluğu kavramını tesis eden işadamı Carnegie başarmak için insanın kendisini iyilik yapmaya adanması gerektiği inancındaydı ve Rockefeller’ den Ford’a kadar birçok iş adamı onu izlemiştir. Ford topluma karşı hizmeti “kârdan önce hizmet” şeklinde vurgulamıştır. Yine üst düzey bir yönetici olan Perkins 1908’de “İşletme ne kadar büyürse sorumluluğu da o kadar büyür” tezini ortaya atmıştır. (Keskin, 1985)

Son yıllarda bu görüşler sosyo-ekonomik yönetim felsefesi olarak yaygınlaşmakta ve bu felsefeye göre işletme yönetimi sosyo-ekonomik çevrenin ihtiyaçlarına göre üretim ve pazarlama yapmaktadır. Bu görüş verimliliğe göre çok daha kapsamlıdır.

İşletmenin alacağı kararlar kendi çıkarlarının ötesinde toplumun amaçları ve değerleri göz önünde bulundurularak alınacaktır. (Hatipoğlu, 1995)

Frederic, Post, Davis, Carrol ve Drucker gibi iktisatçılar da işletmelerin kâr yapmaktan başka sorumluluğu olamayacağını, kâr haricindeki sorumlulukların ancak bireyler ve yöneticiler tarafından üstlenilebileceğini öne sürmekteydiler. Ancak bugün işletmeleri sosyo-ekonomik sistemin önemli bir ögesi olarak kabul etmektedir. Bundan dolayı işletme sadece kendi amaçlarına hizmet eden bir alt sistem değil, diğer alt sistemlerle etkileşim halinde olan etkin bir toplumsal unsur olarak algılanmaktadır. Bu algılama doğrultusunda işletmeye farklı roller ve sorumluluklar yüklenmektedir. (Ay & Çelik, 2002)

20. yy. son yılları bir taraftan işletmelerin toplumda kendi yerlerini daha da güçlendirdikleri diğer taraftan da güçlenmeleri nedeniyle toplumun refahını sürdürmek

ve iyileştirmek için sosyal yönden sorumlu hareket etme taleplerinin arttığı yıllar olmuştur. Böylece işletmeler güçlenirken, içinde yer aldıkları topluma karşı kendilerini sorumlu hissetme bilinciyle faaliyette bulunmak beklentisiyle karşı karşıya kalmaya başlamışlardır. (Bayrak, 2001, s. 102)

Bugün bütün dünyada büyük şirketlerin, günlük yaşamda en az herhangi bir ülkenin hükümeti kadar etkili olduklarını söylemek gerekir. Bu güç beraberinde müthiş bir sorumluluk da getirmektedir. İşletmelerle insanların birbirine bağlılığı giderek artmakta ve işletmeler insanların yaşamlarında ne kadar büyük bir rol oynadıklarının bilincine varmaktadır. Üstelik sadece çalışanlarına karşı değil, ilgili oldukları bütün paydaşlar nezdinde önemli bir rol üstlendiklerinin farkındadırlar. (Pringle & Thompson, 2000)

Bu nedenle işletmeler sosyal sorumluluklarını yerine getirirken devlet ya da toplumdan baskı beklemezsizin çalışma alanlarını bilinçli bir şekilde tespit etmeli, toplumun refahını ve yaşam düzeyini geliştirmeye yardımcı faaliyetlere istekle (gönüllü) katılmalıdırlar. Gerçekte işletmeler bir toplumda faaliyette bulunmak ve yaşamak amacı ile kuruldukları gün sorumluluklarını da kabul etmiş olurlar. Bu nedenle, toplumun amaçlarına yönelmiş, değer ölçülerine uygun politikalar tespit ederek faaliyetlerini bu politikalara göre yürütmek zorundadırlar. (Tenekecioğlu, 1977)

Sürdürülebilir ekonomik gelişme için de işletmeler, yaşadıkları ve etkin oldukları topluma ilişkin bilgi ve ilgilerini geliştirmek durumundadırlar. Sosyal sorumluluk, işletmelerin daha iyi bir toplum ve daha iyi bir çevre için gönüllü olarak katkıda bulunmasını gerektirir. BM, AB, OECD, Dünya Bankası gibi uluslar üstü kuruluşlar sosyal sorumluluk kavramına değişen şartlarla birlikte artık daha fazla önem vermektedirler ve bu şirketler üç ana tema üzerinde taahhütte bulunmaktadırlar.

Bunları şu şekilde sıralayabiliriz;

1. Her şeyden önce işletmelerin ticari faaliyetlerini yürütürken kanuna, ahlâk standartlarına, insan haklarına tam anlamıyla uyumlu davranmaları ve faaliyetlerinin dünyanın her yerinde çevreye verebileceği zararı en aza indirmek durumunda olduklarını kabul etmeleri ve buna uygun davranmaları.

2. İşletme faaliyetlerinin sadece işletmenin içini değil, aynı zamanda piyasayı, tedarik piyasalarını, içinde yaşanılan yöreyi, sivil toplum örgütlerini ve kamu sektörünü

de etkilediğinin ve tüm bu paydaşlar ile işbirliği içinde çalışma gereğinin bilincinde olmaları.

3. Bu sorumluluğun en başta şirket Yönetim Kurulları, Yönetim Kurul Başkanları ve Genel Müdürlerinin olduğunun kabul edilmesi gerekir. Sosyal sorumluluk bilincine sahip işletmelerin en üst düzey yönetiminin bu konuda liderlik göstermesi, kavramı ve paydaşlarını net olarak tanımlaması, sosyal sorumluluk faaliyetlerini sonuç odaklı olarak yürütmesi ve yapılanlar hakkında şeffafça hesap vermesi beklenmektedir. (Argüden, 2002, s. 9-10)

Toplumsal değişme, sanayileşme, nüfus artışı, şehirleşme gibi faktörler sosyal tercihlerin kendisini daha çok hissettirmesine neden olmaktadır. Bugün işletme felsefesinde yaşanan büyük değişim birden çok sosyal konular üzerine eğilmeyi gerekli kılmaktadır. İşletmelerin sadece verimli yönetilmesi, vergilerin dürüst ödenmesi, işçi işveren ilişkilerinin olumlu bir şekilde yürütülmesi, tüketicilerin tatmin edilmeleri yeterli olmamakta, içinde bulunduğu toplumla olan ilişkileri üzerinde daha fazla durulmaktadır. Yoksulluk ve refah, şehirlerin planlanması ve yenileştirilmesi, gecekonduların tasfiye edilmesi, işsizlik, ulaştırma, uyuşturucu ile mücadele, suçluluğun önlenmesi gibi konularla uğraşmayı ihmal eden işletmeler uzun vadede başarılı olamayan işletmelerdir. (Tenekecioğlu, 1977)

Toplumsal gelişme ve değişmelere bağlı olarak sosyal sorumluluğun bugünkü sosyo-ekonomik yapı içinde artan eğitim ve bilinç nedeniyle öneminin daha iyi anlaşıldığı yargısına varabiliriz. Tabi ki sosyal sorumluluğun öneminin farkındalığı, istekle uygulanmasını da sağlayacaktır.

Sosyal sorumlulukların yerine getirilmesi mevcut bir takım sorunların çözülebilmesi açısından çok önemlidir. Bu sorunları tüketici haklarının korunması, çevre kirliliğinin önlenmesi, dil, din, cinsiyet ayrımı yapılmadan herkese eşit istihdam olanağının sağlanması, kişisel özgürlüklerin garanti altına alınması, kentleşmenin getirdiği sorunlar, işsizlik, enflasyon, eğitim, çalışanların sosyal güvenliği, iş hayatındaki haksız rekabetin önlenmesi olarak sıralayabiliriz. (Karancı, 1995)

Bu sorunlar işletmelerin gelişmesi ve sanayileşmenin artmasıyla daha çok gündeme gelmektedir. Çağdaş toplumlarda sanayileşmenin artmasıyla birlikte sosyal sorumluluk uygulamalarına da gereken önem verilir. Bu iki kavram arasındaki dengesizlik toplum yapısına önemli ölçüde zarar verir.

Sosyal sorumluluğun toplum için getireceği avantajlar şöyle belirtilebilir:
(Karancı, 1995)

- Kötümser, moral-motivasyon ve verimliliği düşük bir toplum yerine aktif iyimser, çalışmayı seven, morali, motivasyonu ve verimliliği yüksek bir toplum.
- Sınıflar arası farkların belirgin olduğu, düşmanlıkların ve gerilimlerin arttığı bir toplum yerine, sınıflar arası farklılıkların azaldığı, gerilim ve düşmanlıkların törpülediği, insani değerlere ve eşitliğe yönelen bir toplum.
- Politik, sosyal, ekonomik ve dini tüm kurumlarda danışmalı, çoğulcu yaklaşım ve yönetim anlayışının egemen olduğu bir toplum.
- Verimlilik ve yüksek çalışma sonucu oluşan üretim artışının sağladığı daha yüksek hayat seviyesine sahip olan bir toplum.
- Toplumsal kültürün hem mistik ve hem de materyalistlik biçimde yorumlanarak ikisinin dengelendiği, mutluluk arayışının bu ikisi arasında bulunacağına inanarak çalışan bir toplum.

Sosyal sorumluluğun dezavantajları (Şimşek, Akgemici, Çelik, & Çelik, 2003)

- Sosyal faaliyetlerin, ürün maliyetlerine yansıtılmasıyla fiyatlar artar, bu da pazar kaybına neden olabilir.
- Sosyal faaliyetler için yeni insan kaynağına ihtiyaç duyulabilir.
- İşletme sahip, ortak veya yöneticilerinin sosyal konulara fazla duyarlı davranmaları, örgütsel amaçlardan uzaklaşılmasına neden olabilir.

Sonuç olarak sosyal sorumluluk projelerinin hem toplum, hem organizasyon ve hem de çalışan açısından çok yönlü yararlarının bulunduğu ve iyi yönetilen bir sosyal sorumluluk projesinin yapılan maliyetlerin çok üstünde bir getiri sağlayacağı söylenebilir.

Bu nedenle işletmeler, sosyal sorumluluk çalışmalarına gereken önemi vermeli, tüm paydaşları kapsayacak bir projenin işletmeye getirilerinin de çok olacağı unutulmamalıdır.

3.1.3. Sosyal Sorumluluk Standardı SA 8000

SA 8000 Merkezi Manhattan, Newyork'ta bulunan SAI (Social Accountability International New York) Uluslararası Sosyal Sorumluluk Örgütü, önceki ismiyle CEPAA (Council on Economic Priorities Accreditation Agency) Ekonomik Öncelikler Konseyi Akreditasyon Bölümü tarafından Ekim 1997 yılında içinde, işçi sendikaları, insan hakları ve çocuk hakları örgütleri, akademisyenler ve işverenlerin de bulunduğu bir çalışma grubu tarafından, çalışanların temel haklarını garanti altına almayı amaçlayan işletmeler için SA 8000 Sosyal Sorumluluk Standardı 8000 (Social Accountability 8000) yayınlanmıştır. (Sosyal Sorumluluk Standardı SA 8000, 2010)

İşgörenin yaşam standardını korumaya ve geliştirmeye yönelik olan Sosyal Sorumluluk Standardı 8000 işletmelerin işgörene karşı bu sorumluluklarını belirlemede bir rehber niteliği taşımaktadır.

SA 8000, ISO 9001² ve ISO 14001'i örnek alan, performans koşulları kadar prosedür ve sistem koşullarını da önemseyen, yönetim sistemi ile davranış kodunun bileşimi bir standarttır. SA 8000, dört bölümden oluşmaktadır.

İlk bölüm standardın amaç ve kapsamını tanımlamakta, ikinci bölümde, bir işletmenin belge almaya hak kazanabilmesi için standard ek olarak uymak zorunda olduğu yerel yasaları, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün temel düzenlemelerini ve Birleşmiş Milletler Anayasasını belirtmekte; Üçüncü bölüm, standartla ilgili "işletme", "tedarikçi", "çocuk işgören" ve "zorla çalıştırılan işgören" gibi kavramları tanımlamakta, son bölüm ise, işletmenin yönetim sistemini uygularken ve belge alırken uymak zorunda olduğu genel koşulları açıklamaktadır. (Export Today, 1998, s. 74-76)

SA 8000, son yıllarda adından söz edilmeye başlanan bir yönetim sistemidir. Türkiye'de henüz çok yenidir. Bu standart ile belge alan yerli kuruluş sayısı azdır. Rekabet parametreleri arasına kalite ve maliyet kadar, sosyal sorumluluklara ve ahlaka uygun faaliyet göstermek de girmeye başlayınca, gündeme taşınmıştır. Gelişen iletişim

² 1947 yılında kurulan ve yaptığı standardizasyon çalışmaları sonucu sanayiye, ticarete ve tüketicilere katkılar sağlayan ISO (International Organization for Standardization) Uluslararası Standard Organizasyonudur. TSE, ISO'nun üyesi ve Türkiye'deki tek temsilcisidir. (TSE, 2007)

teknolojileriyle birlikte daha da güçlenen sivil toplum örgütlerinin, ekolojik çevreye zararlı, işgücü-yoğun eski teknolojilerini geliştirmekte olan ülkelere transfer ederek, hem gelişmiş ülkelerin hukuki düzenlemelerinden kaçan, hem de ucuz iş gücü sayesinde yatırımlarının ömrünü uzatmayı amaçlayan uluslararası işletmeler üzerinde, artan baskılarının bu standardın ortaya çıkmasında önemli bir etkisi olduğu söylenebilir. Son yıllarda giderek artan kalite bilinci de bu gelişmeyi, “kaliteli ürünler, ancak işgörenlerin mutlu olduğu çalışma koşullarında üretilebilir” savıyla desteklemiştir. (Şen & Kaleli, 2008)

İnsan hakları şuurunun yerleşmesi ile şirketlerin işgörenlerine karşı sosyal sorumluluklarını ne derece yerine getirdikleri tüketicilerin dikkatle izledikleri konular arasında yer alır. SA 8000, hizmet veya üretim süreçlerinin, insan haklarının gereği olan değerlere uygun bir sistem altında çalıştığını ölçümler. SA 8000 standardına uygun işgören bir kuruluşta, sağlık ve güvenlik şartları, çalışanların yaşlarının çalışmaya uygunluğu, ırk, cinsiyet, din gibi sosyal ayrımlara dayalı iş ve ücret şartlarında farklılık gözlemlenmediği, çalışma ve mesai saatlerinin uygunluğu, ücretin yeterliliği, örgütlenme ve toplu sözleşme hakkı sistemli olarak güvence altına alınmış demektir.

SA 8000 standart, mal ve hizmet üretiminde etik kurallara uyumu garanti altına alır. İnsan Hakları Beyannamesi, Uluslararası Çalışma Örgütü Anlaşmaları ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Konvansiyonu'na dayanan SA 8000, çalışma koşullarına ilişkin en kapsamlı uluslararası standart olma özelliğine sahiptir. SA 8000 belgesini almak isteyen işletmeler, sosyal açıdan kabul edilebilir çalışma koşullarını destekleyen yönetim sistemlerini benimsemekle yükümlüdürler. Bu standartlar; çalışanların zorla istihdam edilmesi, maaş düzeyleri, çocuk işçiler, çalışanların sağlığı ve güvenliği, ayrımcılık, toplu sözleşme hakkı gibi birçok konuyu kapsamaktadır. (Emhan, 2007)

Az gelişmiş ve geliştirmekte olan ülkelerdeki çalışma koşullarının kötülüğü, insan hakları konusunda duyarlı, gelişmiş ülkelerin bazı adımlar atmasını zorunlu hale getirmiş ve SA 8000, bu zorunluluğun sonucunda ortaya çıkmıştır. Uluslar arası işletmelerin bu ülkelerdeki faaliyetlerini incelemek standarda duyulan ihtiyacın daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır. İşletmelerin uymak zorunda oldukları bu standartlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Çocuk işgören: 15 yaşın altında çocuk işgören çalıştırılmaz. Bu yaş üzerindeki çocuk işgören eğer okula da devam ediyorsa, iş için harcayacağı toplam zaman, günde (iş, okul, ulaşım dâhil) 10 saati geçemez.

- Zorla çalıştırılan işgören: İşletme zorla işgören çalıştıramaz veya işgörenlerin, kimliklerini ya da belli bir “depozit” i işletmeye bırakmalarını isteyemez.
- Sendika kurma ve toplu pazarlık hakkı: İşgörenler sendika kurma, sendikaya katılma ve toplu pazarlık hakkına sahiptirler.
- Çalışma saatleri: İşgörenler haftalık 48 saatten fazla çalıştırılmaz ve (kısa dönemli olağan üstü iş koşulları hariç) fazla mesailer, haftalık 12 saati geçemez.
- Maaş ve ücretler: Ücretler en azından ülkenin “asgari ücret” seviyesinde ve personelin temel ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek kadar olmak zorundadır.
- Sağlık ve güvenlik: İşletme, sağlıklı bir çalışma ortamı sunmak, kaza ve yaralanmaları önleyici tedbirleri almak, sağlık ve güvenlik eğitimi vermek, temiz sağlık tesisleri ve içilebilir su sağlamak zorundadır.
- Ayırmıcılık ve disiplin uygulamaları: İşgörenler cinsiyet, etnik köken vb nedenlerden dolayı farklı muameleye tabi tutulamaz ve işgörelere dayak, küfür vb. fiziksel ve psikolojik baskı uygulanamaz. (Emhan, 2007)

SA 8000, dünyanın her yerinde bütün sanayi dallarında her büyüklükteki kuruluşta uygulanabilir.

Bunun yanında, ISO 9001 ve 14000 kavramının dayandığı kalite ve çevre yönetim sistemleri standardı gibi, SA 8000 de uygunluk belgesi vermeye yetkili üçüncü şahıs kimliğindeki bir kuruluşça bağımsız olarak değerlendirme ve belge vermeye olanak kılacak şekilde tasarlanmıştır. Sosyal sorumluluklara uygun uygulamalar ve üçüncü şahıs kimliğindeki bir kuruluşça SA 8000'e uygunluk belgesi verilmesi, sadece üretim kuruluşlarına değil aynı zamanda her türlü yapı ve büyüklükteki herhangi bir kuruluşta da birçok yarar sağlamaktadır.

Dokuma, giyim, gıda, oyuncak, parfüm, elektronik, ambalaj sanayi makineleri, ilaç sanayi dallarındaki kuruluş ve daha birçok üretim ve sanayi kuruluşu sosyal sorumluluklarını ayrıntılı olarak inceleyerek bu alanda öncülük yapmaktadırlar.

Özellikle perakende pazarlama, “fast food”, ithalat hizmetleri, kamu hizmetleri ve büyük çaplı tarımsal üretim gibi alanlarda olmak üzere ve tarımsal üretim sektörleri de SA 8000'in sağladığı yararlarla tanışmaktadırlar. Bütün kuruluşların sosyal sorumluluk riskleri ve performansını ilgilendirdiği müşterileri, mali destekçileri ve çalışanlar gibi

sorumluluğunu paylaştığı kişiler vardır. Üçüncü şahıs kimliğindeki bir kuruluş tarafından gerek kuruluşun kendisine gerekse tedarikçisine veya kendisinden ihale alan firmalarca uyulduğu konusunda güvence verilmektedir. (Kaya, 2006)

SA 8000 belgelendirme sürecinin 4 aşaması vardır. Bunlar:

Planlama Aşaması: Yönetim sistemleri denetimi konusunda bilgili, deneyimli ve üst yönetimin desteğine sahip bir yönetici, belgelendirilme süreci için görevlendirilmelidir. Bu konuda danışman şirketlerden de yararlanılabilir.

Uygulama Aşaması: Bu aşamada tutulacak kayıtlar SA 8000e uyulduğunu kanıtlamak bakımından önemlidir.

Kontrol Aşaması: Kesin başvuru öncesi bir ön-denetim yararlı olabilir. Ön denetimin belgelendirme açısından olumsuz bir etkisi yoktur. Koşulların yerine getirildiğine inanılıyorsa, doğrudan gerçek denetim için de başvurulabilir. Denetimler sonucunda bir eksiklik görülmüşse, düzeltme istenecektir.

Periyodik Kontrol Aşaması: Belgeler 3 yıl için geçerli olup, standarda uyulup uyulmadığı belli aralıklarla kontrol edilmektedir. Bu tür kontrollerle, sistemin sürekli geliştirilmesi ve işletmelerin standarda uyma konusunda mükemmelleşmeleri hedeflenmektedir. (Sosyal Sorumluluk Standardı SA 8000, 2010)

Tedarikçi seçiminde dünyadaki ilk evrensel ahlak standardı olma özelliğini taşıyan SA 8000 Standardı'na ihtiyaç duyulmasının nedenlerini üç ana başlık altında incelemek olanaklıdır.

Bu nedenler, gelişmekte olan ülkelerdeki kötü çalışma koşullarının artık göz ardı edilemeyecek bir boyuta ulaşmış olması, sivil toplum örgütlerinin çalışma koşullarını iyileştirme yönündeki çabaları ve tasarruf sahiplerinin yatırım kararı verirken kar kadar, aday işletmelerin sosyal sorumluluklarına uygun faaliyet gösterip göstermediklerini de dikkate almaya başlamaları olarak sayılabilir. İşletmelerin tek başlarına standarda uymaları yeterli olmayıp, birlikte çalıştıkları üretici ve tedarikçi işletmelerin de uyması gerekmektedir. (Aydemir, 1999)

SA 8000, iyileşen çalışma koşullarıyla birlikte işgören verimliliğini, ürün ve hizmet kalitesini, müşteri memnuniyetini ve işletmenin toplumdaki saygınlığını arttıracak önemli bir rekabet üstünlüğü ve insan haklarına daha saygılı bir iş dünyasının oluşturulmasına yapılacak anlamlı bir katkı olarak değerlendirilmelidir.

3.1.4.Sosyal Sorumluluk Kampanyalarının Uygulanması

Kurumlar, gerçekleştirdikleri sosyal sorumluluk kampanyalarında yüklü bir maliyete katlanmaktadır ve oldukça uzun bir yol izlemektedirler: (Yaman, 2002)

Alanı Tanımlama: Sosyal sorumluluk için alan geliştirme konusu temelde kurumları ilgilendiren bir konu olsa da sivil toplum kuruluşları da bu alan belirlemeyi kendi bünyelerinde yapmak durumundadırlar.

Kurumlar bu noktada; Üretilen ürünün özelliği, tüketicilerin algılaması, kurumun karakteri gibi özelliklere göre, alan saptaması yapmaktadır. Kendi alanını tanımlayan işletme, alanı kendininkine, mümkün olan en iyi şekilde, uyum sağlayacak bir sivil toplum kuruluşunu seçebilecektir. Sivil toplum kuruluşları ise alan belirleme işini aslında, faaliyetlerine başlamadan önce yapmaktadır. Ne için kurulduklarını ve neye hizmet ettiklerini net olarak ortaya koyabilen sivil toplum kuruluşları için alan zaten tanımlanmış olmaktadır. Bundan sonra, sosyal sorumluluk kampanyası bağlamında yapmaları gereken, tıpkı kurumlar gibi kendi alanlarına uygun projeler ile bu alanda faaliyet gösteren kurumlara gitmek ve onlara projelerini detayları ile sunmaktır.

Doğru Çıkış Noktasını Belirleme: Alan tanımını yapan kurum, alanına uygun doğrultuda bir çıkış noktası seçecektir. Örneğin; alanı “arkadaş isteyen çocuklar” olarak tanımlayan kurum için çıkış noktası “her çocuğa bir arkadaş daha, arkadaşlarımızı arttıralım ya da anne beni parka götür vb.” olabilir.

Kreatif Brifin Hazırlanması: Sosyal sorumluluk kampanyasının en önemli basamağı, kampanyayı en yararlı nasıl kılınabilir sorusuna veri sağlayacak kreatif brifi hazırlamaktır. Bu hazırlık hem kurumu gözden geçirme hem de potansiyel ortağa sunulacak şartları ihtiva etmesinden ötürü önemlidir.

Bu brifte yer alacak başlıklar, en azından, aşağıdaki öğeleri içermelidir:

- Kampanyanın hedefleri
- Demografik ve psikolojik özellikler ilişkin bilgilerle birlikte hedef kitle
- İşletmenin teklifi / işletmeye teklif
- Destekleyici kanıtlar
- Arzulanan tepki
- Medya planlaması

- Takvimlendirme
- Yazı karakterlerinin, logoların ve metinlerin kullanım şartları

Doğru Ortağı Seçme: Ortak seçimi için önceden araştırma yapmak gerekmektedir. Bu araştırma; ortağı bulmak için değil, muhtemel ortakların alanındaki konumlarını, saygınlıklarını, yasal konumlarını ölçmek içindir. Bu araştırma genellikle anket yoluyla yaptırılabilir.

Kampanya Süresince Ortaya Çıkacak Her Türlü Ödülü ve Karşılaşılabilecek Riski Tartma: Ortak adayları arasından (ki ortaklık için alternatiflerin her zaman elde tutulması gerekir.) bir seçim yapmadan önce, ortağın ileriki zamanlarda, kuruma kâr ya da zarar getirip getirmeyeceğini iyi tartmak gereklidir. Ortaklığı kurmadan önce, bu konu da göz önüne alınmalıdır. Özellikle kampanyanın mülkiyetinin açıkça belirlenmiş olması bu ödülün/riskin nasıl paylaşılacağını da belirlemiş olacaktır.

Ortaklığı Kurma (Sözleşme Görüşmeleri): Ortağın seçiminden sonra, kurumla sivil toplum kuruluşu arasında, iki tarafın da yükümlülüklerini belirleyen imzalı bir sözleşme hazırlanması gerekmektedir. Sözleşmede yer alacak unsurlar:

- Para ile ilgili unsurlar
- Zaman ile ilgili hususlar (Ortaklığın ne kadar süreceği belirlenmeli ve ilk dönem için en az iki / üç yıllık bir zaman hedef olarak konmalıdır.)

Ortaklık Mesajının İfadelenmesi (Taahhüt): Kurumun kendisini sosyal sorumluluk kampanyası fikrine adanması taahhüdün temelini oluşturmaktadır. Burada, kurumun üst düzey yönetiminin desteği kesinlikle şarttır. En etkili araç üç-beş yıllık vade ile kurumun, gönüllü kuruluşu da yanına alarak, ulaşmayı hedeflediği amacı kamuoyu önünde taahhüt etmesidir.

Özen Gösterme: Sosyal sorumluluk kampanyaları bağlamında genellikle evlilik benzetmesi kullanılır ve özen gösterme süreci boyunca bu akılda tutulmalıdır. Sosyal sorumluluk kampanyasına da bu hassasiyetle yaklaşmak gerekmektedir.

Kampanyayı Tamamlama: Kampanya belirlenen kapsam ve zamanda tamamlanabileceği gibi, uyumlu bir ortaklığın varlığında taraflar kampanyayı uzatabilirler. Uzatma sonucu kampanya ya aynen sürdürülür ya da belirli değişiklikler yapılır. Örneğin, zaman dilimi üç yıldan iki yıla çekilebilir ya da ortaklık mesajında revizyona gidilebilir.

Sonuçları Takip Etme ve Kamuoyuna Duyurma: Sosyal sorumluluk olduğu bilinmektedir. Bunun bir sebebi de, bu türden kampanyaların ticari boyut taşımasıdır. Kampanya sonrası yapılacak araştırmaların kamuoyuna açıklanması hem kurumların şeffaflığını hem de samimiyetini ortaya koymaktadır.

3.2. İşletmelerin Sosyal Sorumluluk Alanları

İşletmelerin sosyal sorumluluk alanları işletme dışı sosyal sorumluluklar ve işletme içi sosyal sorumluluklar olmak üzere iki grupta incelenir.

3.2.1. İşletme Dışı Sosyal Sorumluluk

İşletme dışı sosyal sorumluluklar 4 bölümde incelenir. Bunlar müşterilere, topluma, çevreye, devlete karşı sosyal sorumluluklardır.

3.2.1.1. İşletmelerin Müşterilere Karşı Sosyal Sorumlulukları

Günümüzde, ekonomik faaliyetlerin odağında tüketici memnuniyetinin olduğu bilinmekte, dolayısıyla üretime tüketici ihtiyaçları ve tercihleri yön vermektedir. Bu bağlamda işletmeler için tüketicilerin beklentileri büyük önem taşımaktadır. Küreselleşme ve rekabet, üreticinin sahip olduğu gücün yönünü bu ürünleri alan ve kullanan müşterilere doğru kaydırmıştır. Pazar ekonomilerinde işletmenin başarısını etkileyen en temel unsur müşteriler olarak kabul edilmektedir. Başarılı işletmeler müşterilerinin talep ve beklentilerini karşılayarak, onlara kaliteli ve güvenilir mal ve hizmet sunmaya çalışmaktadırlar. Ayrıca gün geçtikçe çeşitlenen ürün profili içinde müşterinin dikkatini çekmeye, ürün ve hizmeti satın almaya yönelik bir istek yaratmaya çalışmaktadırlar. (Kağnıcıoğlu, 2007, s. 25)

Bazı işletmeciler topluma çıkar sağlayan hemen her faaliyeti sosyal sorumluluk kavramı içine sokmaya çalışmaktadırlar. Onlara göre verimli ve etkin olarak mal ve hizmet üreten her işletme sosyal sorumluluğu yerine getiriyor demektir. Bu görüş klasik yaklaşımıcılara

aittir. Ancak günümüz modern işletmelerinden bundan fazlası beklenmektedir. (Diken, 1998)

Tüketicilerin haklarının korunması, sosyal sorumluluk uygulamalarının en büyük bölümünü oluşturmaktadır. Tüketicilere karşı sorumluluk, müşterinin istediği mal veya hizmetin, istediği yer ve zamanda ödemeyi kabul edeceği fiyattan satılmasını kapsamaktadır. Yapılan reklamlarda dürüst davranmak, müşteriye ürünü tanıtmak ve tanıtılanları satmak, malların bakım ve onarımında müşteriye hizmet etmek işletmenin tüketicilere karşı olan sorumluluklarının bir kısmını oluşturmaktadır. (Özüpek, 2004)

İşletmelerin ve yöneticilerin tüketicilere karşı dört temel görevi bulunmaktadır.

Bunlar şöyle açıklanabilir:

Öncelikle, satış sözleşmesinin koşullarına uyumlu olmak gerekmektedir. Yani üretilen ürün veya hizmetin kaliteli olması ve önceden belirtilen nitelikleri taşıması gerekmektedir. Bunu belirleyen faktörler ise güvenilirlik, hizmet süresi, garanti sorumluluğu ve üretim güvenliğidir. Hizmet süresi yani, satın alınan ürünün tüketicinin kullanmayı düşündüğü süre boyunca bozulmadan kullanılmasıdır. Nitekim tüketici bir ürünü satın alırken, onu ne kadar süre kullanabileceğini bilmelidir. Satın alınan ürünün, belli bir süre içinde bozulması durumunda, tamir gibi işlerin işletme tarafından üstlenilmesini ifade etmektedir. Üretim güvenliği, işletmelerin satılan malın kullanımındaki riskleri belirtmeleri güvencesidir.

Yöneticilerin tüketicilere karşı ikinci temel görevi, üretilen malın özelliklerini taşımasıdır. Yeni sözleşme taraflar arasında özgürce yapılmalıdır. Fakat özgürlük doğru bilgilendirmeye anlamlı olur. Satın alınan malın tüm özellikleri doğru olarak tüketiciye anlatılmış olmalıdır.

Üçüncü temel görev, tüketicinin doğru bilgilendirilmesidir. Özellikle bir ürünün reklamı yapılırken, yanıltıcı bilgi verilmemesi gerekmektedir.

Son temel görev, baskı ve zorlama yapmaktan kaçınmaktır. Tüketiciler bazen yoğun duygusal baskılara maruz kalarak rasyonel davranışlarını değiştirebilmektedirler. (Çimen, 2007)

Bugün iktisadi faaliyetlerin merkezinde müşteri istekleri yer almaktadır. İşletme bu isteklere uymakla hem maksimum kâr elde edecek, hem de toplumun kaynaklarını

gereksiz yere harcamamış olacaktır. Ayrıca ürün hakkında bilgi vermek ve doğacak problemlere göğüs germek zorundadır. İşletmenin bunların yanında ‘sosyal pazarlama’ anlayışına uygun hareket ederek etik davranması gerekir. Böyle bir davranış işletmeye piyasada iyi bir imaj kazandıracak ve karını maksimize etmesini sağlayacaktır. (Diken, 1998)

“Ülkemizde tüketicinin korunmasına yönelik düzenleme ilk kez 1982 Anayasası’nda yer almıştır. 1982 Anayasası’nda: Devlete tüketiciyi koruma ve aydınlatma görevi verilmiş, bu arada tüketicinin kendisini koruması için yapılacak girişimlerin teşvik edileceği” hükmüne bağlanmıştır. Ayrıca yine tüketiciyi korumaya yönelik olarak piyasaların sağlıklı ve güvenli işlemesinin sağlanması ve geliştirilmesi, piyasalarda tekelleşme ve kartelleşmenin önlenmesi devlet tarafından sağlanacaktır” ifadesi yer almıştır. (Özgener, 2004, s. 180)

Tüketici koruma kanunu ise 1995 yılında yürürlüğe girmiştir. 4077 sayılı tüketici koruma kanununun amacı, “ekonominin gereklerine ve kamu yararına uygun olarak tüketicinin sağlık ve güvenliği ile ekonomik çıkarlarını koruyucu, aydınlatıcı, eğitici, zararı tazmin edici, çevresel tehlikelerden korunmasını sağlayıcı önlemleri almak ve tüketicilerin kendilerini koruyucu girişimlerini özendirme ve bu konudaki politikaların oluşturulmasında gönüllü örgütleri teşvik etmeye ilişkin hususları düzenlemektir” (Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun TTK, 1995)

3.2.1.2. İşletmelerin Topluma Karşı Sosyal Sorumlulukları

Birey karşılıklı(yakın) ilişkilerle diğer bireyleri tanır, tanıdıkça samimi ilişkilere yönelir, samimi ilişkiler de toplumsal (kurumsal) ilişkilere dönüşür. Bir amaç etrafında birleşen samimi kişiler bir örgüt oluşturarak ilişkileri kurumsallaştırırlar.

Toplumsal ilişkiler aynen samimi ilişkiler gibi karşılık beklemeden “genel menfaat” için gerçekleştirilir. Bu tür ilişkilerde samimi ilişkilerde olduğu gibi taraflar birbirlerini yeterince tanımazlar. O yüzden bu tür ilişkilerin düzeyi toplumsaldır (sosyaldır/kişisellikten uzaktır), toplumun düzen ve huzurunu sağlamaya/bozmamaya dönük ve yapılan işin nitelikleriyle alakalıdır. Düzen ve huzurun bulunmadığı toplumlarda iş hayatı, sosyal hayat hatta bireyin hayatı güvencede değildir. Tüm işletmeler huzur ve güven ortamında verimli çalışabilirler. Devlet, bu huzur ve güveni

sağlamakla yükümlü ise de işletmelerinde kendi üzerine düşen sorumlulukları vardır. Örneğin toplumda açlık ve işsizlik bir tehlike ise ve bu tehlikenin ortadan kalkması devletin sosyal devlet olma özelliği yanında birey ve kurumların yardımlaşma ve dayanışmasıyla da yakından ilişkilidir.

Toplumsal birer organizasyon olan işletmelerin halkla ilişkiler birimleri, toplum hassasiyetlerini gözeterek yönetime danışma görevi yapmak ve çalışanlarına sosyal sorumluluk bilinci aşılamakla kendilerini yükümlü saymalıdırlar. Çalışanlarından yöneticilerine kadar işletmede herkese bu bilinci kazandıracak birim, halkla ilişkiler birimidir, bunu da iç halkla ilişkiler çalışmalarıyla yapacaktır. Örgütlere, kendilerini ifade etme ve toplumsal taleplere cevap verme imkânı veren halkla ilişkilerin, toplumsal bütünlüğün korunması, içerisinde faaliyette bulunduğu toplumun daha ileri gitmesi için sorumlu davranması hem işletme hem toplum için yararlı ve gereklidir.

Hiçbir fert dışarıda kalmamak üzere tüm toplumsal kesim ve kişilerin insanî bir yaşam sürdüğü, sosyal adalet ilkesine azami ölçüde uyduğu bir toplumda hem sosyal sermaye adil kullanılmış hem de kişi ve kurumlar sosyal sorumluluklarını gereğince yerine getirmiş olurlar.

İşletme, bireylerin idare ettiği bir kurum olduğu için, kurumu idare eden yöneticilerin (bireylerin) toplum adına üstlenmeleri gereken sorumluluk türü, sosyal (toplumsal) sorumluluğun karşılığıdır. Sorumluluk duygusu ile hareket eden bir işletme, insanlara da topluma da zarar vermeyecek, verdiği zararları telafi edecek önlemlerini de alacaktır. İşletme faaliyetlerinin toplumsal açıdan hangilerinin zararlı, hangilerinin faydalı olacağını tespit etme görevi halkla ilişkiler birimine aittir. Bu birim uzmanları, toplumsal talepleri ve beklentileri, çalıştıkları kurumları adına yönetim birimlerine sunarken, işletmenin sosyal politikalarına yön veren bir görev de ifa etmiş olurlar. Bunun için halkla ilişkiler uzmanlarının içinde buldukları toplumu iyi tanımaları, dünya sistemini iyi analiz etmeleri daha önemlisi insan psikolojini iyi bilmeleri ve empati yeteneklerinin güçlü olması gerekmektedir.

Bugün işletmelerin kendi amaçlarını gerçekleştirmesinin ötesinde topluma karşı önemli bir yükümlülüğe sahip olması düşüncesi giderek yaygınlaşmaktadır. Toplum, işletmelerin sosyal sorunların çözümüne katkıda bulunmasını her geçen gün daha fazla talep etmektedir. Toplumun bu beklentilerinin temelinde, işletmelerin gerek dünyanın ekonomik kaynaklarını kullanmaları, gerekse işletme yöneticilerinin aldıkları kararlarla işletmede çalışanların ve toplumun refahını ve sosyal ahlâkı etkilediği anlayışı yatmaktadır. İşletmelerin sosyal sorumluluklarının bilincinde olması, hem toplumda

olumlu bir imaj yaratmak, hem de insani değerlere önem veren, iyimser, sağlıklı ve aktif bir toplum yaratmak bakımından oldukça önemlidir.

İşletmelerin, toplumla bütünleşme sürecinde sivil toplum örgütleriyle ilişkileri büyük önem taşımaktadır. İşletmeler, söz konusu kuruluşlarla düzenli ve sağlıklı, dürüstlüğe, iyi niyete dayalı ilişkiler kurmak durumundadırlar. İşletmeler, söz konusu grupların sivil hareketlerine destek vermeli, toplumun sağlık ve refahının artırılması için çaba göstermeli, eğitime, kültürel ve sanatsal faaliyetlere destek vermelidirler. (Aydemir, 2003)

İşletmelerde uygulanan sosyal sorumluluk faaliyetlerinin çalışanlar üzerindeki etkisini ele alan bir araştırmada, yöneticilerin % 80'ini topluma yardım faaliyetlerine katılmanın işletmenin hedeflerine ulaşmasını sağladığını ve verimliliği arttırdığını belirtmiştir. %90'ına yakını ise takım çalışmasına, moralin yükselmesine, daha nitelikli iş gücünün işletmeye çekilebilmesine katkı sağladığı dolayısıyla da işe alma ve eğitim maliyetlerinin azaldığını ileri sürmüştür. (Kağnıcıoğlu, 2007, s. 29)

Bu bağlamda sosyal sorumluluk faaliyetleriyle topluma fayda sağlanırken aynı zamanda işletmenin verimliliği de artmaktadır.

3.2.1.3. İşletmelerin Çevreye Karşı Sosyal Sorumlulukları

İşletmeler bir taraftan sosyal sorumluluk projeleriyle buldukları çevrenin eğitim, kültür, sanat, spor, sağlık, istihdam, kentleşme vb. gelişimine katkı sağlarken bir taraftan da kurumsal imajlarını kuvvetlendirmekte, piyasa değerlerini arttırmakta bununla birlikte küresel pazarda konumlarını sağlamlaştırmış olmaktadır.

İşletmeler, bireyler gibi kendi toplumlarının birer üyesidirler ve parçası oldukları topluma büyük etkileri bulunmaktadır. İşletmelerin çevreye olan etkileri toplumu etkileyecek önemli unsurlardan biridir. Ancak, köklü işletme ve yönetim kuramları, örgütlerin doğal kaynakları koruma ve zenginleştirme yükümlülüklerinin olmadığını savunmaktadırlar. Bu kuramlara göre, eğer işletmeler kazançlarını atıkların arıtılması, yenilenmesi, değişik biçimlere sokularak yeniden kullanılması gibi pahalı ve toplumsal içerikli projelere yatırmaları durumunda yeni işyerleri açma konusunda sıkıntı yaşayacakları düşünülmektedir. Örgütlerin bu tür faaliyetlerinin maliyeti tüketicilere yansıtacak ve onları yoksullaştıracaktır. Bu bağlamda, çevreye yönelik sosyal sorumluluk faaliyetleri, işletmeleri zayıflatacak ve işletmelerin ekonomiye olan katkısını

azaltacak bir faktördür. (Başaran, 1998, s. 245) Geliştirilen bu teoriler sonucunda uygulamalarda da farklı görüşler ortaya çıkmamış ve ekonominin aktörlerine göre çevre, atıkların bedelsiz olarak boşaltıldığı bir mekân olarak görülmüş ve herhangi bir bireyin yol açtığı kirliliğin onun bireysel çevresinde önemli bir etki yaratmadığı kabul edilmiştir. Bu görüşün doğal sonucu olarak tüm ülkelerde, mal ve hizmetlerin üretim maliyetini çevreye uyumlu bir içerikte planlamak yerine, çevreyi kirletme eğilimi yönünde gerçekleşmiştir. (Bayrak, 2001, s. 105)

Sorumluluk anlayışından uzak endüstriyel faaliyetler sonucu tehdit altında olan çevresel öğeleriye: (Arslan, 2001, s. 189)

- Hava
- Su
- Ekilebilir arazi
- Fosil yakıtlardan oluşmaktadır.

Bilindiği gibi işletmeler mal ve hizmet üretimi sonucunda havaya zehirli maddeler ile boğucu gazlar vermekte ve oksijen oranı azalmaktadır. Diğer bir konu ise, zararlı sıvı maddelerin dere, göl ve denizlere verilmesi sonucunda hem bu suların insanlar tarafından kullanılamayacak hale gelmesine, hem de buralarda yaşayan balıklar ve diğer yararlı canlıların yok olmasına sebep olmaktadır. Aynı şekilde toprak da işletme faaliyetleri sebebiyle zarar görmektedir. Katı maddelerde kullanılan ürünlerin ambalajı ve ya artıklarıyla bozulan toprağın, kirlenmiş ve zehirli maddeler içeren sularla sulanması durumunda, humus tabakası bozulmakta, verimliliği azalmakta ve hatta ortadan kalkmaktadır. Tüm bu tehlikelere rağmen, doğal kaynakların tükenmesi konusunda kamuoyu duyarlılığı yeni oluşmaktadır. Bu konuda da “ozon tabakasının delinmesi”, “hava kirliliği” gibi insan sağlığını doğrudan doğruya etkileyen çevre sorunlarının ortaya çıkışı etkili olmuştur. (Arslan, 2001, s. 189)

Devletler, gerek ulusal, gerek uluslararası alanda çevrenin koruyuculuğu ve iyileştirilmesi ödevlerini üstlenecek en önemli taraf durumundadırlar. Bunun yanında devletin en önemli görev ve sorumluluklarından biri de sürekli denetim yanında cezai yaptırım bakımından adil, kesin ve tutarlı politikalar uygulayabilme kapasitesidir. Bu bağlamda, işletmelerde daha duyarlı bir çevre politikası izlemeli, varlıklarını sürdürdükleri çevreye karşı sorumluluk bilinçlerini arttırmalıdırlar.

Bu amaçla işletmeler öncelikle şu uygulamaları yerine getirilmelidir. (Çimen, 2007)

- Doğal kaynaklar “sorumlu” biçimde kullanılmalı
- Çevre dostu ürünler ve üretim süreçleri arayışı içinde olmalı
- Toplumda çevre yararına çalışan çeşitli gruplarla bilgi alış verişinde bulunmalı ve iş birliği yapmalı
- Ekonomik, sosyal ve ekolojik amaçlara eşit derecede önem vermelidirler.

İşletmelerin çevreye zarar verecek uygulamalar içinde bulunması, önceki yıllara göre toplumun daha çok tepkisini çekmektedir. Diğer taraftan çevre dostu politikalar izleyerek ön plana çıkan işletmeler daha çok takdir edilmektedir. Günümüzde işletmeler, çevresel etik söylem ve eylemleriyle, medyanın ilgisinin çekebilme, toplum üzerinde olumlu imaj yaratabilmekte ve itibar sağlayabilmektedir. Kamuoyu önündeki imajı ile işletmenin değişik kesimler ile daha ileri ilişkiler kurması, reklâm veya benzeri kampanyalarla sağlanacak etkilerden daha kalıcı etkiler bırakabilmektedir. Bu nedenle işletmeler basit ancak sorumsuz uygulamalardan kaçınmalıdırlar. İşletmelerin havanın kirlenmesini önleyecek filtreler takılmasından, atıkların geri dönüşümünü sağlayacak çalışmalar yapılmasına kadar birçok konu hakkında politikalar belirlenmeleri çevre konusunda uygulanması gereken sorumluluk faaliyetlerinden bazılarını oluşturmaktadır.

Türkiye’de çevre sorunları 1980’li yıllarda tartışılmaya başlanılmıştır. Ve nihayet 11 Ağustos 1983 tarihinde 2872 sayılı Çevre Kanunu yürürlüğe girmiştir.

Çevre Bakanlığı ise ancak 1991 yılında kurulmuştur. Çevre kanununun amacı, “bütün vatandaşların ortak varlığı olan çevrenin korunması, iyileştirilmesi; kırsal ve kentsel alanda arazinin ve doğal kaynakların en uygun şekilde kullanılması ve korunması; su, toprak ve hava kirliliğinin önlenmesi; ülkenin bitki ve hayvan varlığı ile doğal ve tarihsel zenginliklerinin korunarak, bugünkü ve gelecek kuşakların sağlık, uygarlık ve yaşam düzeyinin geliştirilmesi ve güvence altına alınması için yapılacak düzenlemeleri ve alınacak önlemleri, ekonomik ve sosyal kalkınma hedefleriyle uyumlu olarak belirli hukuki ve teknik esaslara göre düzenlemektedir” (Özgener, 2004, s. 182)

3.2.1.4. İşletmelerin Devlete Karşı Sosyal Sorumlulukları

İşletmelerin bir diğer sorumluluk alanını ise devlet oluşturmaktadır. İşletmelerin faaliyette buldukları bölgede ya da ülkede devlet kurumları tarafından belirlenen yasa ve yaptırımlara uyma yükümlülüğü bulunmaktadır. Hükümet kurumları, sektörlerdeki ilişkileri ve uygulamaları düzenlemek, yeni yatırımları desteklemek, ulusal ya da uluslararası ticareti korumak amacıyla bir takım yasa ve yaptırımlar oluşturmaktadır. Bu kapsamda işletmeler, söz konusu yasalara uymakla yükümlüdürler. Ancak bu yasalar esnek olabilmektedir. İşletmeler söz konusu açıklıklardan yararlanıp ülke ve bölge ekonomisini sarsacak faaliyetlerde bulunmamalıdır. İşletmeler kurdukları lobiler ile mali güçlerini kullanarak yasaları değiştirme ya da esnetme gibi yöntemler seçmemelidirler. İşletmeler ülke bütünlüğünü sarsacak politik eylemlere girmemeli, politik grupları desteklememeli, yasalara uygun davranmalıdırlar. (Aydemir, 2003)

3.2.2. İşletme İçi Sosyal Sorumluluk

İşletme içi sosyal sorumluluk, çalışanlara karşı sosyal sorumluluk ve sahiplere (sermayedarlara) karşı sosyal sorumluluk olmak üzere iki kısımda incelenir.

3.2.2.1. İşletmenin Çalışanlarına Karşı Sosyal Sorumlulukları

İşgörenlerin sosyo-ekonomik gereksinimlerini karşılaması işletmelerin taşıdığı sosyal sorumluluklar arasında yer almaktadır. Günümüzde işletmelerin sahip olduğu en önemli üretim kaynağı insandır. İşletme, varlığını borçlu olduğu insanın kişiliğine ve önerilerine saygılı davranmalıdır. (Sabuncuoğlu & Tokol, 2001)

Daha teknolojinin kıt, doğal kaynakların ve insan gücünün bol olduğu dönemlerde insanın önemi işletmelerde yeterli ölçüde kavranmamıştı. Bu sebeple insan, diğer üretim faktörlerinden farklı görünmüyordu. Ancak insan haklarının ve teknolojinin gelişimi ile yönetim biliminin de gelişmesi ve “kaliteli ürünler, ancak işgörenlerin mutlu olduğu çalışma koşullarında üretilebilir” düşüncesinin hâkim olması insana verilen önemi arttırmıştır. Bunun göstergesi ise, insanların gereksinimlerinin araştırılması ve bu gereksinimlerin tatmin edilmeye çalışılmasıdır.

Günümüzde değerler ve beklentiler sürekli değişmekte, işgörenler ekonomik tatminin yanında sosyal ihtiyaçlarının da tatmininin sağlanmasını beklemekte, çalışma hayatını bu

doğrultuda değerlendirmektedir. Fizyolojik gereksinmelerinin yanında güvenlik, sevgi ve ait olma, saygı görme ve kendini gerçekleştirme gibi ihtiyaçları giderilmeyen işgörenlerin verimli çalışması beklenilmemelidir.

Herzberg'in iki faktör kuramı da bu görüşleri destekler niteliktedir. Herzberg çalışmasını iş tatmini ile verimlilik arasındaki ilişkiyi belirlemek adına yapmıştır. (Baysal & Tekarslan, 1996)

Hijyen faktörleri, şirket politikası, gözetim, kişilerarası ilişkiler, çalışma koşulları ve ücret gibi tatminsizliği önleyici faktörlerdir ve bu faktörler verimlilikle doğrudan ilişkili değildir. İşgörenleri güdüleyen faktörler ise; başarı, tanınma, işin kendisi, sorumluluk, ilerleme, gelişme gibi faktörlerdir ve verimliliği sağlayan da bu faktörlerdir. İşgörenin bu gereksinimlerinin karşılanması işletmenin sosyal sorumluluğu olmasının yanında kalite bilincinin yerleştiği ve rekabetin arttığı pazarda hayatını devam ettirebilmesi için önemli bir koşuldur.

İşletmelerin çalışanlarına karşı sorumluluklarını aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz (Öztürk, 2003, s. 102)

1. İş ile personel arasındaki uyumun sağlanması
2. Çalışma ortamının iyileştirilmesi, aydınlanma, ısı, nem ve havalandırma, gürültü ve ses gibi fiziksel koşulların çalışma şartlarına uygun şekilde düzenlenmesi iş verimini önemli ölçüde artıracaktır.
3. İşçi sağlığı ve işçi güvenliğinin sağlanması
4. Meslek içi eğitim
5. Adil terfi sistemi
6. Adil ücretlendirme
7. Çalışanların cinsel tacize karşı korunması
8. Çalışanların özel yaşamlarının gizliliğine önem verilmesi
9. Çocukların çalıştırılmaması

İş ile personel arasındaki uyumun sağlanması, gerek işletmelerin ekonomik amaçlarının başarılması gerekse işletmelerin sosyal amaçlarının yerine getirilmesi açısından önemlidir. İsteddiği işi yapan işgören işinde daha verimli olur, dolayısıyla işletmenin verimliliği artar. İşin tümünden sorumlu tutulma, yaptığı işin öneminin bilinmesi, bağımsızlık, geri beslenme gibi unsurların bulunduğu işler, işgörende anlamlı bir iş yaptığı, sorumluluk duygusu ve yaptığı işin sonuçların bilinmesi (terfi ya da ücret artışı vb.) gibi hem işletme hem işgören açısından tatminkâr sonuçlar doğurur.

Birey bilgi ve becerilerini kullanabileceği, kendisini geliştirebileceği, terfi etme imkânı bulacağı, takdir ve saygınlık kazanacağı bir işte çalışma arzusundadır. Bilgi ve yeteneklerini kullanamayacağı ya da bilgi ve yeteneklerinin yetersiz olduğu bir işte çalışmak işgörenin tatminini engelleyecektir. Bu durum iş veriminin düşmesi veya işten ayrılma gibi hem ekonomik hem sosyal açıdan olumsuz sonuçlar doğuracaktır. İşten ayrılmaların fazlalaşması işletme için zaman ve ekonomik açıdan ek maliyetler doğuracağı gibi sosyal açıdan da imaj kaybetmesine neden olacaktır.

İş ile uyumu sağlama yollarından biri oryantasyondur. Oryantasyon, işletmeye yeni giren ya da bölüm değiştiren işgörenlere işe başlama öncesi ya da işe girilen günlerde uygulanan eğitim çabalarıdır. İşe alıştırma, yeni işgörenin işe ve işletmeye uyumunu sağlayacak önemli bir adımdır. Bu anlamda yeni işgörene işletmeyi, iş arkadaşlarını, işini belirli bir program çerçevesinde tanıtmak, ona yapacağı işi öğretmek veya onu işine alıştırmak, yerine getirilmesi gereken önemli bir işlemdir. (Sabuncuoğlu, 1997, s. 151) İşletmelerin bu görevlerini yerine getirmemesi işgörenin sistemle ters düşmesine neden olacaktır. Yeni işgörenlerin işe alıştırmalarının belli bir program çerçevesinde yapılması, karışıklıkların ortaya çıkmasını önlemesi yanında programın amaçlarına ulaşmasına da yardımcı olur.

İşe alıştırma programını dokuz aşamada mümkündür. (Sabuncuoğlu, 1997, s. 182-183)

1. Yeni İşgöreni Karşılama Hazırlanmak. Onun yaş, cinsiyet, deneyim, öğrenim ve eğitim gibi özellikleri ile iş hakkında bilgileri gözden geçirmek, iş tanımlarını hazır bulundurmak, iş yerini, araç ve gereçleri düzenlemek.
2. Yeni işgöreni karşılamak
3. Yeni işgörene karşı gerçek ilgi göstermek
4. İşletmeyle ilgili bilgi cermek. İşletmenin ana hedeflerini ve felsefesini anlatmak, politikalarını açıklamak, işletmenin ürettiği mal ve hizmetlerle ilgili bilgi vermek.
5. Yeni işgörenin çalışacağı birimin işlevlerini anlatmak. Birimde ifa edilen görevleri anlatmak, işgörenin pozisyonunu belirtmek, kimden emir alacağını ve kimlere emir vereceğini açıklamak.
6. Çalışma kurallarını bildirmek. İşe geliş ve işten ayrılış saatlerini belirtmek, dinlenme ve yemek saatlerini belirtmek, iş güvenliği kurallarını ve güvenlik araçlarının nasıl kullanılacağını açıklamak, izin alma usulünü anlatmak, yararlanacağı sosyal yardım ve hizmetleri belirtmek, onunla ücret ödeme usullerini gözden geçirmek.
7. Yeni işgöreni iş arkadaşları ile tanıştırmak

8. Yeni işgörene aşağıdaki süreçle işini öğretmek. İşgörene işin işlemlerini göstermek, iş başarımını denemek, işgörenin çalışmasını izlemek ve hatalarını düzeltmek.

9. İzlemek. Yeni işgörenin gelişip gelişmediğini denetlemek, onu soru sormaya cesaretlendirmek.

İşletmenin personele karşı sorumluluklarından bir tanesi de işgörene mesleki eğitim verilmesidir. Gün geçtikçe mesleki eğitime duyulan ihtiyaç, insanların eğitim düzeylerinin yükselmesi, her yeni kuşağın beklenti ve ihtiyaçlarının değişiklik göstermesi, iletişim olanaklarının gelişmesi, artan ihtiyaçlara yanıt verilebilmesi amacıyla daha ileri teknoloji kullanılması ve otomasyon ve aşırı uzmanlaşmaya gidilmesi gibi nedenlerle artmaktadır. Bu bakımdan günümüzde işletmeler, işgörenlerin başarılarını geliştirmenin ve arttırmanın önemini kavramış bulunmaktadır. Eğitim geniş anlamıyla işletme içinde işgörene temel bilgi, görgü, bilgi, beceri, davranış, anlayış ve iyi alışkanlıklar kazandırmayı amaçlamaktadır.

İşletmenin personele karşı bir diğer sorumluluğu çalışma ortamının iyileştirilmesidir. Sağlık ve güvenlik açısından tehlike taşımayan, temiz; gürültü, nem, toz, kimyasal kirlilik gibi tehlikelerin olmadığı bir iş ortamı sağlam işletmelerin personele karşı sorumluluğudur. (Özkalp, Arıcı, & vd., 1998)

Ayrıca işletmelerin adil ücret ve terfi politikaları geliştirmeleri personele karşı taşıdığı diğer sosyal sorumluluklarıdır. Geçimini bir işte çalışarak sağlamak zorunda olan işgörenin aldığı ücretin adil olması iş tatmini ve işletmeye bağlılığı açısından önemlidir. Bunun yanı sıra işgörenler işlerini değerlendirirken yükselme kanalları açık işleri tercih ettikleri yadsınamaz bir gerçektir. İşgören terfi etme imkânı olmayan bir işten aldığı ücret tatmin edici olsa da iş doyum verici olarak görülmez. Bu faktörler işletmelerin verimliliğinin düşmesine ve işgören kaybetmesine neden olan en önemli etkenlerdendir. İşletmelerin işgörenler başlığı sadece işletme içi kapsamında düşünülmemelidir.

İşletmelerin personel temin ederken uyması gereken sorumlulukları da vardır. Özellikle otomasyonun ve nüfusun artması işsizlik oranlarının yükselmesine neden olmaktadır. Öncelikle bu konu bir sosyal sorun olarak tehlike arz etmektedir. Bu bağlamda işletmelerin sosyal sorumluluklarından bir diğeri ise çevresine istihdam olanağı sağlamasıdır. Bu sorumluluk, işletmelerin faaliyet gösterdiği toplumda istihdam olanakları yaratıp işsizlik sorununun çözümüne katkıda bulunmak olarak ifade edilebilir. Ayrıca işe almada, cinsiyet, ırk, özürllülük, mahkûmiyet veya sosyal sınıf farkı gözetme sosyal sorumluluğun diğer boyutlarını ifade etmektedir. (Eren, 2000, s. 115)

Ayrıca işletmelerin, işçilerin çıkarlarını koruyabilmeleri için, sendika kurma, sendikal faaliyetlerde bulunma ve grev hakkına engel olmaması, hatta bunun için uygun bir ortam yaratması çalışanlara karşı sorumluluğunun bir gereğidir.

İşletmeler çalışma şartlarını genişleterek, insanlar için daha elverişli ve anlamlı bir hale getirmelidir. Gerçekte çalışanlara daha iyi iş ve çalışma şartları hazırlamak, işletme için bir sosyal sorumluluk olduğu kadar ekonomik bir zorunluluktur.

Küreselleşme sürecinin neden olduğu hızlı gelişme ve değişmelerle karşı karşıya kalan ve yoğun rekabet koşulları içinde olan işletmelerin varlıklarını sürdürebilmeleri ve gelişme gösterebilmeleri, rekabet güçlerini arttırmalarına bağlıdır. Rekabette başarılı olabilmek de ancak kolay işçilikle değil, iyi eğitilmiş, işletmeyle bütünleşmiş, sürekliliği olan bir işgücü kalitesi ile mümkündür. Bu sebeple işletmelerin personele karşı sorumluluklarının bilincinde olması ve bu sorumluluklarını yerine getirmesi işletme için hayati önem taşımaktadır.

3.2.2.2. İşletmelerin İş Ortaklarına Karşı Sosyal Sorumlulukları

Yoğun küresel rekabet ortamında iş ortakları başarıyı etkileyen en kritik unsurlardan biridir. Bu ortaklar alt işverenler, tedarikçiler ve ortaklar gibi işletmenin çeşitli nedenlerle ilişki içinde bulunduğu bütün grupları kapsamaktadır. Gittikçe sertleşen rekabet ortamı işletmelerin iş ortaklarıyla uzun dönemli, stratejik ve işbirlikçi ilişkiler geliştirmesini gerektirmektedir. Ayrıca işgücü yoğun işletmeler uzun üretim zincirleri meydana getirmekte ve işçileri yasal korumanın dışında bırakan alt işveren sistemini yaygınlaştırmaktadırlar. Sosyal sorumluluk anlayışı, işletmelerin kendi işçisi olsun ya da olmasın alt işverenin ya da tedarikçilerin işçilerine karşı çalışma koşullarıyla ilgili bazı sorumlulukları üstlenmesini öngörmektedir. Bu amaçla uluslar arası çalışma ilkeleri işletmenin alt işverenlerine ve tedarikçilerine uygulanacak şekilde düzenlenmiştir. Böylece işletmelerin kısa vadeli fayda ya da avantaj sağlayacak ilişkiler yerine, uzun dönemli başarı sağlayacak ahlaki sorumluluk, dürüstlük ve adillik temeline dayalı bir ilişkiler ağı geliştirmesi söz konusu olmaktadır. (Kağnıcıoğlu, 2007, s. 28)

Yatırımcıların ise kurumdan temel beklentileri; kendileri için gelir elde etmesidir. Ancak, tek beklentilerini bu olarak belirlemek yanlış olacaktır. Bunun yanı sıra şirketlerin yatırımcılara karşı diğer bir sorumluluğu, yatırımcıların bilgi edinme haklarına saygılı olmaktır. Küreselleşmeyle birlikte mal ve hizmet ticareti, sınır

tanımayan bir yapıya kavuşmuştur. Bunun sonucunda da yatırımcılar, dünyanın herhangi bir yerindeki şirkete ortak olmak olanağına kavuşmuşlardır. Küreselleşmenin dolaylı bir sonucu da, yatırımcıların haklarının uluslar arası ortamda korunması gerekliliğinin ortaya çıkmasıdır. Bu bağlamda yatırımcıların yatırımları karşılığında hak edilen geliri elde etmek ve yatırım yaptıkları kurumla ilgili gerekli bilgileri doğru ve güncel bir şekilde elde etmek olmak üzere temelde iki hakkından söz etmek mümkündür. İşletmelerin öncelikli rollerinin kâr elde etmek ve bunları pay sahiplerine dağıtmak olduğu konusunda da hala bir fikir birliği vardır. Bu işletmelerin gelişmeleri ve büyümeleri için gerekli sermayeyi hissedarlar sağlayacaktır. Bunun sonucu olarak, pay sahipleri yönetimden, kâr dağıtım ya da varlık değer artışı şeklinde yatırımlarına mümkün olan en yüksek dönüşün sağlanmasını isteyeceklerdir. (Özüpek, 2004)

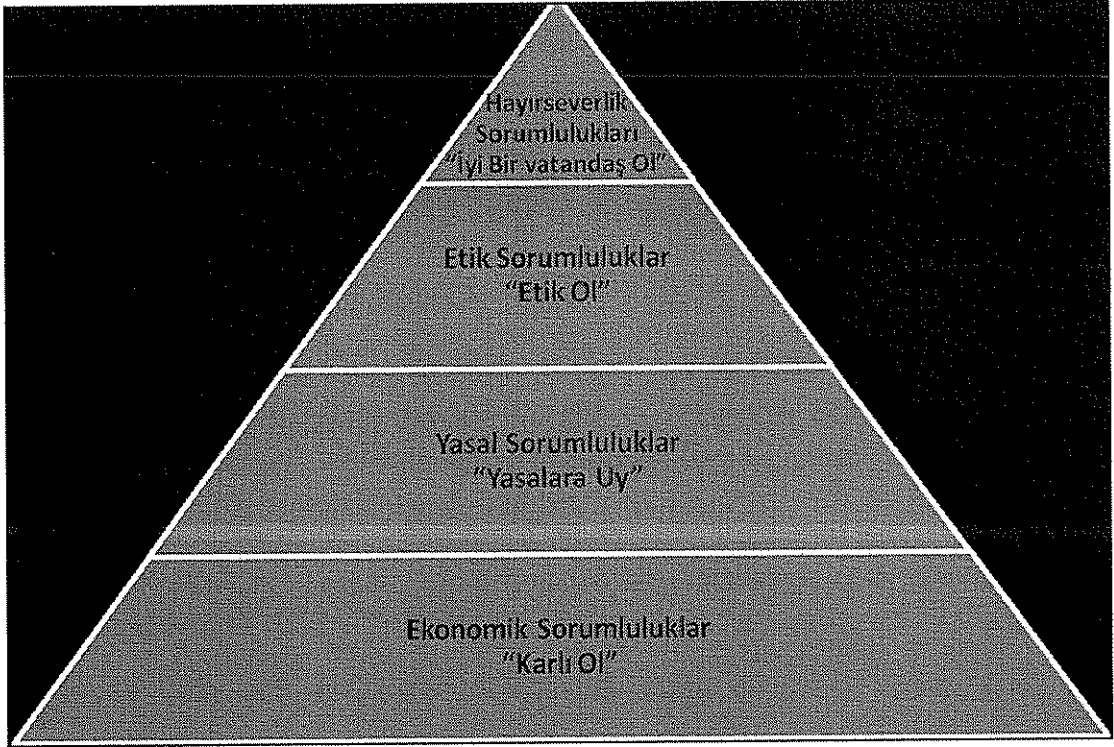
Çağdaş işletmecilik ve sosyal devlet anlayışına göre; bir bireyin elinde bulunan tasarruf ve sermaye, sadece o bireyin değil toplumun malıdır. Öyleyse, birey bunu kendi yararına olduğu kadar toplumun yararına da kullanmak yükümlülüğündedir; onu harcayamaz, toplumun genel çıkarına aykırı amaçlar için kullanamaz. Böylece işletme yöneticileri sermayenin kullanımında birer emanetçi sıfatıyla ve sosyal sorumluluk bilinciyle hareket etme durumundadırlar. (Ulu, 2007)

3.3. İşletmelerin Sosyal Sorumluluk Boyutları

İşletme kavramının söz konusu olduğu ilk günlerden bu yana işletmelerin sosyal sorumluluğunun ne olduğuna dair çeşitli görüşler ortaya atılmıştır. (Ataç, 1982) Sosyal sorumluluk konularının genişlemesi ile işletmelerin sosyal sorumlulukla ilgili yaklaşımları da etkilenmiştir. Klasik yaklaşımda ekonomik ve yasal sorumlulukların işletmelerin sosyal sorumlulukları açısından yeterli olacağı varsayımı geçerli iken, modern yaklaşımda ahlaki sorumlulukların da işletmelerce yerine getirilmesinin benimsendiği anlaşılmaktadır. Kâr elde etmek ve piyasada sürekli kalmanın yanında topluma hizmet de işletme için sorumluluğun yanında ahlaki bir görev olmuştur. (Torlak, 2001, s. 54-55)

Görüldüğü gibi işletmelerin sosyal sorumlulukları zaman içinde toplum tarafından işletmelere yüklenen ekonomik, yasal, ahlâki ve ihtiyari görevleri içine almıştır. Sosyal sorumluluk boyutları da aslında toplum işletmelerden ne bekler sorusunun cevabını veren kavramsal bir model oluşturmaktadır. (Demir & Songür, 1999)

Archie B.Carrol işletmelerin sosyal sorumluluğunu 4 basamaktan oluşan bir piramide benzetmektedir. (Ay & Çelik, 2002) Bu dört kategori karşılıklı birbirine eşit değildir. Bu sınıflar içerisinde ekonomik sorumluluklar en büyük bölümü oluşturmakta daha sonra sırasıyla, kanuni, ahlâki ve ihtiyari sorumluluklar gelmektedir. (Cora, 1996)



Şekil.2. Kurumsal Sosyal Sorumluluk Piramidi

Carroll, A.B. (1991) The Pyramid of Corporate Social Responsibility: Toward the Moral Management of Organizational Stakeholders, Business Horizons, July-August, pp. 42. 22.04.2010 tarihinde http://eab.ege.edu.tr/pdf/10_1/C10-S1-M15.pdf adresinden alındı.

3.3.1. İşletmelerin Ekonomik Sorumlulukları

Bir işletmenin yerine getirmesi gereken ilk sorumluluğu faaliyetlerinden kâr elde etmektir. İşletmeler temel ekonomik birimler olarak uzun bir süre sadece sahiplerinin ve hissedarlarının sermayesinin getirisini çoğaltan “kâr” amacıyla hâsılat elde eden kuruluşlar olarak görülmüşlerdir. Bu sorumluluk yerine getirilmeden işletme başka sorumluluk üstlenmemektedir. Çünkü kâr yapmadan işletmenin varlığını sürdürmesi mümkün değildir. (Ay Ü. , 2000) İşletmenin büyüklüğü, sektörü, iş yaptığı ülke, yönetim tarzı gibi faktörler ne olursa olsun sosyal sorumluluk piramidinin en altında ekonomik sorumluluklar bulunması gerekir. Aksi halde, işletmelerin faaliyetlerini devam ettirmesi mümkün olamaz. Ekonomik sorumlulukları işletmelerin en önemli varlık nedenleri olarak da kabul edilebilir. İktisadi doktrinde klasik yaklaşım işletmenin ekonomik sorumluluklarını asıl ve önemli kabul eder. (Torlak, 2003, s. 55)

Klasik görüşün özünü oluşturan bu anlayış, işletmelerin ekonomik çıkarları ile uğraşması ve diğer konuları başka kurumlara bırakmasının işletmeleri sosyal olarak daha sorumlu kılacağı üzerinde durmaktadır. (Bayrak, 2001, s. 5-102)

İşletmeler toplumun istediği mal ve hizmetleri üretmek, ortaklarının kârlarını en yüksek düzeyde tutmak sorumluluğundadırlar. Bu sorumluluk Milyon Friedman’ın en yüksek fayda görüşüne dayanmaktadır. (Yurtseven, 2000)

Bilindiği gibi ekonomik hayatta, klasik anlayışın hâkim olduğu dönemde, işletmeler için tek sorumluluk olarak kârı arttırmak ön görülmüştür. Özellikle Friedman’ın öncülük ettiği bu görüşe göre işletmelerin tek sorumluluğu açık ve serbest rekabet şartlarında, oyunun kuralları içinde kalarak kaynaklarını ve enerjilerini kârlarını artıracak şekilde düzenlenmiş faaliyetlerinde kullanmaktır. (Bayrak, 2001, s. 4)

Friedman’a göre yöneticiler kendi organizasyonlarının kaynaklarını sosyal amaçla için kullanacak olurlarsa pazar mekanizmalarını bozarlar. Birileri de bozulan mekanizmaların düzelmesi için gerekli maliyeti ödemek zorunda kalır. Eğer sosyal sorumluluk faaliyetleri karları azaltacak olursa sermayedarlar kaybedecektir. Eğer ücretler bu çalışmaları finanse etmek için kesilirse çalışanlar kaybedecektir. Eğer fiyatlar artarsa tüketiciler kaybeder. Eğer yüksek fiyatlar tüketiciler ve diğer alıcılar tarafından kabul edilmezse kurumun varlığı tehlikeye düşer. Her durumda organizasyonu oluşturan parçalardan biri kaybedecektir. (Zoroğlu, 2001)

Friedman'a göre işletme yöneticisinin sosyal sorumluluğu çalışanların değil, pay sahiplerinin çıkarlarına göre hareket etmekle sınırlıdır. Yöneticiler bu şekilde hareket ederek pazar değerini yükseltecek, rekabeti geliştirecek ve bu yolla toplumsal refahı artırmaya katkıda bulunmuş olacaktır. Böylece serbest pazarda pazar değerinin geliştirilmesiyle işletme çalışanlarına karşı olan sosyal sorumluluklarını yerine getirmiş olmaktadır.

Friedman, işletme gelirlerinin artmasını sağlamak için kârların dağıtılmayarak iç finansmanda kullanılmasını savunur. Böylece yeni yatırımlar toplumdaki bütün insanların ekonomik refahını artıran yeni işler ortaya çıkaracak, yeni malların üretimi sağlanacaktır. (Torlak, 2003, s. 36)

Günümüzde bütün işletmeler, toplumun ekonomik ve sosyal refahına ve yaşam kalitesine katkıda bulunmaya ve toplumun beklentilerine cevap vermeye, bu doğrultuda insanların refahını ve iyi niyeti geliştiren programları taahhüt etmeye davet edilmektedir. Ekonomik ve sosyal refah konusunda işletmelerin ortaya koydukları, refah ve durgunluk dönemi uygulamaları sosyal sorumluluk sorunları yaratabilmektedir. Refah dönemlerinde işletmeler, kendi işletmelerinin üretimlerini, tüketici taleplerini karşılamak için arttırmaktadır. Ancak bu şekildeki mal üretimi, yüksek oranda üretim hataları ve kalite düşüklüğüne neden olmaktadır. Ayrıca, böyle bir dönemde, işletmelerin arz artışından dolayı meydana gelebilecek fiyat düşüşlerini önlemek için kapasitesini mevcut talebi karşılayamayacak düzeyde kullanmaları bir sorumsuzluk örneği oluşturacaktır. Refah dönemi dışında durgunluk dönemlerinde de sosyal sorumluluk sorunlarına tanık olunabilir. Çünkü bu dönemde işsizlik oranları artmakta ve toplam satın alma gücü azalmaktadır. Tüketim harcamaları azalmakta ve satışlar düşmektedir. Satışların düştüğü dönemde işletmeler, kendi üretim maliyetlerini düşürmeye ve bu çerçevede yüksek kaliteli hammaddeler yerine daha düşük kaliteli hammaddeler ikame etmeye başlamaktadırlar. Bu durum ise bir değer sorunu ortaya çıkarmaktadır. Çünkü ürünlerin fiyatları aynı kalır ya da çok az düşerken, aksine ürünlerin kalitesi önemli ölçüde düşmektedir. (Bayrak, 2001, s. 110-112)

Sonuç olarak işletmeler içinde bulunduğu durum ve koşullar ne olursa olsun minimum düzeyde kâr sağlamak zorundadırlar. Kârı çoğaltmak için geliri yükseltmek, gideri ise düşürmek gerekir. Geliri yükseltmek için satış miktarını ve/veya satış fiyatını arttırmak, gideri düşürmek için ise üretim harcamalarını azaltmak ve/veya bunları

mümkün ölçüde düşük fiyatla satın almak gerekir. Satış miktarını arttırmak ve/veya satış fiyatını yükseltebilmek için malın kalitesini yükseltmek, reklâm ve ilan, müşteriye iyi hizmet sunmak gibi pazarlama politikası önlemlerine önem vermek ve piyasada rekabet gücünü arttırmak gibi çeşitli işletme politikası önlemlerine başvurmak gerekir. Öte yandan harcamaları azaltmak için çeşitli rasyonellik önlemleri alıp verimliliği yükseltme zorunluluğu vardır. (Tosun, 1990, s. 375)

Yukarıdaki görüşlerden de anlaşıldığı üzere işletmeler çok uzun yıllar kârı maksimize etme ve rasyonelliği gerçekleştirme ile ilgilenmiş ve bunlara ulaşmada birer engel olarak gördükleri ahlaki değer ve ilkeleri ya iş hayatının dışında bırakmış ya da kendi istekleri doğrultusunda değer ve normlar belirlemişlerdir. Böylece kazanç elde etme, servet biriktirme, statü ve ün kazanma isteğinin önüne serilen imkânlarda önceki yıllardan daha fazla bir çeşitlilik görülmüştür. Ancak, bugün gelinen noktada, ticaretin amacının para kazanmak değil, topluma hizmet olduğu bilinmekte ve kârın hizmetin bir ödülü olduğu, tek başına bir amaç olamayacağı belirtilmektedir. “İşletmeleri zengin eden kârları değil, değerleridir” sözü günümüzde her çerçevede büyük oranda kabul görmektedir.

3.3.2. İşletmelerin Hukuki Sorumlulukları

Sosyal sorumluluk piramidinin ikinci basamağında yer alan yasal sorumluluklar işletmelerin vazgeçemeyecekleri önemli sorumluluklarındandır.

Kanun, tüzük, kararname ve yönetmelikler çerçevesinde işletmenin faaliyetlerini yerine getirmesini ifade etmektedir. Özellikle artan kamuoyu baskısıyla toplumlar işletmeleri yasalara uygun olarak faaliyette bulunmasını ve taraf olarak işletmenin işletme ile toplum arasındaki “sosyal sözleşmeye” uygun davranmasını talep etmektedirler. Buna göre işletmenin sadece içinde bulunduğu yerel ve ulusal düzeydeki yasalara göre değil, faaliyette bulunduğu uluslararası düzeydeki yasalara da uygun davranması beklenmektedir. (Bayrak, 2001, s. 108)

Ancak, ekonomik sorumluluklara nazaran hukuki sorumlulukları yerine getirmede işletmeler veya yöneticilerin her zaman istekli oldukları söylenemez. Bu nedenle, yasal boşlukların söz konusu olduğu durumlarda zaman işletmelerin sosyal sorumluluklarından uzaklaşması mümkün olabilmektedir. (Torlak, 2003, s. 55)

Bazı kuruluşlar sosyal sorumluluğu şirket politikası olarak değil, yasalar gereği devlete verilen vergiler olarak düşünmektedirler. (Arıkök, 2002)

Fakat sorumluluk duygusu taşımak demek yasalarda suç, cezaya uğramak korkusuyla yerine getirilen sorumluluk, sorumluluk duygusu taşımak demek değildir. Bu durum ancak sorumlu olma korkusudur. Bu yüzden işletme yöneticileri cezalandırma korkusu olmaksızın sorumluluk duygusu taşınmalı ve işletmelerin neden oldukları sorunları, bu sorunlar ortaya çıkmadan kaynağından çözümlenmeyi işletme politikası haline getirmelidirler. (Cora, 1996)

Bir Fransız hukukçusu olan Antoine Garapon, hukuktaki klasik sorumluluk kavramları olan; hukuki, cezai ve yönetsel sorumluluk kavramlarının günümüzün ihtiyaçlarına yanıt vermekten uzak olduğunu, etik değerlere dayanan yeni bir sorumluluğun yurttaş Sorumluluğu'nun geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. (Gökdayı, 1998)

Sosyal sorumluluğun önemli bir boyutu olarak hukuki sorumluluk, toplumun doğru ve yanlışının ne olduğunun bir kriteri olarak sorumlu davranış için minimum standartları koymada, yönetimler tarafından yapılan düzenleme ve yasalara itaat etmeyi işaret etmektedir. Başka bir deyişle güven eksikliğinin giderilmesi, hukuki sorumlulukların odak noktasıdır. İşletmelerin faaliyetlerine dair mali yükümlülüklerini yerine getirme çabaları, yasal sorumluluklarının başında gelir.

Kurumlar, katma değer vergisi olmak üzere işletmeyi ilgilendiren tüm vergi, resim, harçların ödenmesini zamanında ve gereği gibi yapmak durumundadırlar. Devletin en temel gelir kaynaklarından olan verginin alınamaması veya kaçırılması, işletmelerin toplum çıkarlarını göz ardı etmesi olarak değerlendirilmektedir.

İşletmelerin aynı zamanda bireysel ve sendikalar yoluyla kolektif düzeyde gerçekleşen hizmet sözleşmesi ve toplu sözleşmelerin gerektirdiği düzenlemeleri de uygulaması gerekmektedir. Bu konudaki sorumluluklarına sahip çıkan işletmeler, bir taraftan çalışana hakkını vererek onların adil pay almasını sağlama, diğer taraftan da çalışanlar karşısında güç oluşturma yerine sosyal barışı, iş barışını sağlamada aktif rol oynarlar. Endüstriyel ilişkiler ekonomik sistemin bir alt sistemi olduğundan, bu ilişkileri ülke ekonomisine katkıda bulunacak şekilde düzenlemek ve küresel gelişmelere paralel götürmek hayati önem taşımaktadır. İşletmelerin hukuki sorumlulukları içinde İş Kanunu ile düzenlenen hükümleri uygulama sorumlulukları da önem taşımaktadır. Örneğin 15 yasından küçük işçi çalıştırmama, belli oranda sakat ve eski hükümlü çalıştırma (ülkemizde %6), ayrımcılık yapmama vb. uygulamaları içermektedir. İşletmelerin ILO'

nun 1952 tarihli Sosyal Güvenliğin Asgari Standartları Sözleşmesi'ne uymak, çalışma kalitesinin yükseltilmesi, gerçek anlamda istihdam seviyesinin korunması açısından çalışanın konumu, çalışma mutluluğu için uyulması gereken uluslar arası bağlamdaki hukuki sorumluluklardır.

İşletmenin hukuki sorumluluğun yerine getirmesine bir örnekte yasa dışı alanlarda faaliyette bulunmamaktır. Bazı mal ve hizmetlerin kamu sağlığı düzenini tehdit etmesi veya stratejik önemi nedeniyle ahlaki ve yasal nedenlerle yasaklanabilir. Üretimi, tüketimi, ticareti ve depolama faaliyetleri yasaklanan en yaygın alanlar şunlardır. Uyuşturucu maddeler, silah, mühimmat, stratejik malzemeler, altın ve kıymetli madenler, organ, bebek, çocuk, kadın, göçmen ticareti, tarihi eserler, nesli tükenmiş canlılar, çeşitli döviz, sahte para.

Sonuç olarak belirtilen bu alanlarda yapılan hukuki düzenlemelerin yetersiz kalması, yaşanan hayatın değişimiyle birlikte yeni gelişen durum ve şartlara cevap verememesi nedeniyle hukuki boşluklar ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte kanun maddeleri arasında oluşan mevzuat boşluklarını kullanarak başarı elde etmeye çalışan işletmeler de bulunmaktadır. Rekabet hukuku konusundaki boşluklar da buna eklendiğinde ekonomik değer yaratmadan para kazanmak ve toplum zararına faaliyette bulunmaları gerçeği artan oranda dikkat çekmektedir. Bütün bu boşluklar işletmelerin sorumluluklarını daha da arttırmaktadır çünkü bu boşlukları yapıcı tavırları ile dolduran işletmeler iş ahlakının yaygınlaşmasını da sağlamış olacaktırlar.

3.3.3. İşletmelerin Ahlâki Sorumlulukları

Tarih sürecinde her toplum kendi içinde yaşamını devam ettirebilecek kurallarını oluşturmuştur. Bu kuralların bazıları dinsel olabildiği gibi bazıları da mesleki kurallar olmuştur. Ancak sanayi toplumuna geçişle birlikte merkezileşme, ilişkilerin çok yönlülüğünün oluşturduğu karmaşık yapıda söz konusu ilişki ve kurallar daha da öne çıkmaya başlamıştır. Bu kapsamda sanayi toplumlarının karmaşık yapısı kendi alt sistemlerini oluşturmuş ve bu sistemler kendi içinde ve birbirleriyle olan ilişkilerinin temellerini oluşturacak kurallar sistemlerini oluşturmaya başlamıştır. İş ortamı ve ilişkiler karmaşılaştıkça da tarafların birbirlerine olan güvenleri önem kazanmaya başlamıştır. Bu nedenle işletmelerde de zamanla kendi geleneklerinden ve kültürlerinden oluşan bir ahlâk sisteminin mevcudiyeti söz konusudur. (Kırel, 2000, s. 1-2)

Ahlâki tutum ve davranışlar konunun önemine paralel olarak üç açıdan ele alınır: Dini bakımdan, felsefi açıdan ve bilimsel olarak. Bu temel ve yaklaşımlar ahlakın önemi ve değeri konusunda uzlaşıırken ele alınışı ve temellendirilmesi konusunda farklılaşmaktadırlar. (Köktaş, 1998)

Türklerde İslâmiyet öncesi yaygın olan birtakım ahlâk kuralları ve töreler İslamiyetli birlikte şekillenmiş Ahilikle çalışma hayatına uygulanmaya başlamıştır. Ahilik, genel olarak birbirini seven, sayan, yardım eden, fakiri ve yoksulu gözeten, iş hayatında ahlâki kuralları esas alan esnaf ve sanatkârlardan oluşan bir teşkilatın adıdır. 12.yy. 19.yy. dek devam eden Ahilik Teşkilatı 1727'de gedik örgütüne dönüşmüştür. (Dönek, 1998)

Genel olarak yasalar statiktir ve yaşanan yeni durumlara karşılık veremeyebilir. Oysa iş dünyası dinamiktir ve sürekli değişmektedir. Dolayısıyla, yalnızca yasalara göre karar almak yasal düzenlemelerin yeterince yapılmadığı alanlarda insanların hatalı karar almalarına yol açabilmektedir. Bu durumda, işletmelerin ahlâki tutumları, yani yanlış karar almaya ve başkalarının çıkarları aleyhine durumlar ortaya çıkmasına engel olucu tarzda hareket etmeleri, aynı zamanda sosyal sorumluluklarını yerine getirmeleri gerekmektedir.

Başka bir deyişle işletmelerin sosyal sorumluluklarını tam anlamıyla yerine getirmeleri ahlâki kararlar alabilmelerine ve bu yönde faaliyet göstermelerine bağlıdır. Çünkü ahlâki benimsemeyen bir işletmenin sosyal sorumluluk konusunu da benimsemesi beklenemeyecektir. Dolayısıyla is ahlâkını içermeyen bir sosyal sorumluluktan, sorumluluk içermeyen bir ahlâk anlayışından bahsetmek söz konusu olamayacaktır. (Bayrak, 2001, s. 110)

İşletmelerin ahlâki sorumlulukları, gerek ekonomik gerekse hukuki sorumluluklarını yerine getirirken ahlâki değerlere duyarlı olması ile ilgili olup sosyal sorumlulukların temelini oluşturur. Bir başka ifade ile işletmeler gerçekleştirmiş oldukları faaliyetlerin yasalara uygun olduğunu ileri sürerek sorumluluktan kurtulamazlar. Söz konusu faaliyetler yasalara uygun olabilir ancak ahlâki olmayabilir. Bu nedenle sosyal sorumluluk kavramı bu faaliyetlerin aynı zamanda ahlâki olmasını da kapsamaktadır. (Otlu, 2002)

3.3.4. İşletmelerin Gönüllü (İhtiyari) Sorumlulukları

İşletmelerin yerine getirmesi gereken dört temel sorumluluklardan biri olarak karşımıza çıkan ihtiyari sorumluluklar, toplumsal sorunların çözümü için gönüllü katkıda bulunmak olarak tanımlanmaktadır. Şirketler sadece işlerini değil, toplumsal sorumluluklarını da ciddi bir planlama ve uygulama ile gerçekleştirmelidirler. Dolayısıyla bu konu düzenli olarak yönetim kurulunun gündeminde yer almalıdır. Toplumsal sorumlulukları yerine getirirken sivil toplum örgütleriyle işbirliği geliştirilmeli, hedeflere ulaşmak için yaratıcı çözümlere fırsat tanınmalı ve teşvik edilmelidir. Ekonominin küreselleşmesi, politik yapıların değişmesi, teknik gelişmeler milyonlarca insanın yaşam standartlarını geliştirerek pek çok yeni olanak sağlamakla birlikte halen pek çok insanın güç koşullarda, güvenlikten yoksun, yarımından emin olmayan bir halde yaşamasına, yeni çatışmaların ortaya çıkmasına, çevresel koşulların kötüye gidişine ve fırsat eşitsizliğine neden olmaktadır. Bütün ülkelerin, büyük sektörlerin ve bütün sosyal kuruluşların liderleri, insanın gelişimini desteklemek ve küreselleşmenin faydalarının yaygın bir şekilde paylaşımını sağlamak amacıyla ortak çalışmak zorundadırlar. Bunu yapabilmeyenin anahtarı ise, sorumlu bir iş yaşamı için faaliyetlerin insan sevgisine dayandırılması ve iş strateji ve uygulamaların temelinde bu ilkenin yerleştirilmesidir. (Argüden, 2002, s. 9-17)

Son yıllarda şirketlerin başarısı yalnız ticari kriterlerle değil, topluma ne oranda katkı yaptıklarıyla ölçülmekte, işletmelerde sosyal sorumluluklarını iş stratejilerinin bir parçası olarak değerlendirmektedirler. Çünkü tüketiciler artık sadece bir ürünün maddi değeri ve kalitesine değil, satın aldıkları ürünün arkasındaki işletmenin toplum için ne yaptığına bakmaktadırlar. Bu beklenti toplumların gelişmişlik düzeyine bağlı olarak artış göstermektedir. 1997 yılında yapılan bir araştırmada (Kalker Research) fiyat ve kalite aynı olsa bile hayırseverlik söz konusu olduğunda tüketicilerin %76'sı marka değiştirebileceklerini belirtmişlerdir.

İşletmeler çevre, eğitim, kültür, sanat ve spora yönelik faaliyetlerinde sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler ile işbirliği içerisinde, toplumdan kazandığını topluma geri vererek, toplumun geleceğine sahip çıkacak faaliyetlerde bulunmaktadır.

Küreselleşme işletmeleri milli sınırların ötesine taşımış ve günümüz işletmeleri faaliyetlerini gerçekleştirirken kararlarının insani, sosyal, politik, yasal ve ahlâki boyutlarını düşünmeden alamaz hale gelmişlerdir. (Ay Ü. , 2000)

İşletmelerin sosyal sorumluluklarını yerine getirmelerinde, politik, teknolojik, insani sorumluluklarda günümüzde önem kazanmıştır.

3.4. Sağlık İşletmelerinde Sosyal Sorumluluk Kavramı

Sağlık durumunu çevre, yaşam tarzı, kalıtım, sağlık hizmetleri etkiler. Sağlığı etkileyen bu dört faktör, nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem, politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altında kalmaktadır. (Kavuncubaşı & Kısa, 2002) Sağlık hizmeti sunumunu sağlayan işletmelerinin sosyal sorumluluk boyutları ekonomik, yasal, ahlaki, gönüllü, politik, insan, teknolojik faktörler olarak incelenecektir.

3.4.1. Sağlık İşletmelerinin Ekonomik Sorumlulukları

Sağlık hizmetleri, kâr amacı olan özel işletmeler tarafından veya birincil amacı kâr olmayan işletmelerce verilmektedir. Girişimciler tarafından kurulmuş ve kâr amacı ile faaliyet gösteren bir sağlık işletmesinde yeni yatırımlardan en yüksek kârı elde etme isteği olacaktır. Bu tür işletmelerin amacı, girişimcilerin veya işletme sahiplerinin yaptıkları yatırımın en yüksek değere çıkarılmasıdır. (Çoşkun & Akın, 2009)

Birincil amacı kâr olmayan kamu sektörü sağlık işletmeleri ise Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği hedefleri gerçekleştirerek, topluma katkı sağlamak için çalışmaktadırlar. Son yıllarda sağlık sektöründe görülen yapısal değişiklikler, sağlık güvenlik sisteminde yapılan düzenlemeler, teknolojik gelişmeler kamu sektörü sağlık işletmeleri yönetiminde değişiklikler oluşturmuştur. Önceleri kâr amacından uzak hayır kurumu gibi çalışan işletmelerde müşteri memnuniyeti, kalite, verimlilik gibi kavramlar ön plana çıkmıştır. Kâr amacı olmayan bu işletmelerin amaçlarını gerçekleştirebilmeleri için finansal yeterliliğe sahip olmaları gerekir. Finansal açıdan yeterliliklerini devam ettirebilmek için bu işletmelerin kâr etmeyen projelere uzun süre yatırım yapmaları beklenemez. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin büyük kısmını sağlayan Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarının döner sermaye işletmeleri bulunmaktadır. Döner sermaye

işletmeleri hem gerekli yatırımların gerçekleştirilmesi için ihtiyaç duyulan finansal kaynağın temininde esneklik sağlamakta hem de sağlık kuruluşlarının finansal açıdan verimli işletilmesini teşvik etmektedir. (Coşkun & Akın, 2009)

Dolayısıyla birincil amacı kâr elde etmek olan özel sağlık işletmeleri de, öncelikli amacı topluma hizmet etmek olan kamu sektörü özel sağlık işletmeleri de varlıklarını devam ettirebilmek için öncelikli olarak ekonomik sorumluluklarını yerine getirmelidirler.

3.4.2. Sağlık İşletmelerinin Hukuki Sorumlulukları

Sağlık hizmeti veren resmi ve özel kurumlar bu hizmete katılan her unvan ve kademedeki ilgililer ve hizmetten faydalanma hakkına sahip tüm fertleri kapsayan Hasta Hakları Yönetmeliği Sağlık Bakanlığı tarafından Resmi Gazete’de 1 Ağustos 1998 yılında yayınlanmıştır.

Bu yönetmelik maddelerinde konumuzla ilgili düzenlemeler ağırlıklı olarak yer almıştır.

Buna göre sağlık hizmetlerinin sunulmasında şu ilkelere uyulması gerekmektedir (madde 5):

- a) Hizmetin her safhasında bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde yaşama hakkının en temel insan hakkı olduğu göz önünde bulundurulur.
- b) Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma hakkına sahiptir ve hiçbir merci ve kimsenin bu hakkı ortadan kaldırma yetkisi olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.
- c) Sağlık hizmeti verilirken hastaların din, ırk, dil, mezhep, siyasi düşünce, inanç, ekonomik ve sosyal durum gibi farklılıkları dikkate alınmaz.
- d) Tıbbi zorunluluk ve kanunda yazılı haller dışında rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.
- e) Kişi, rızası ve bakanlık izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.
- f) Kanun ile müsaade edilen ve tıbbi zorunluluklar dışında hastanın özel hayatı ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

- Sağlık kuruluşları ve hizmette görevli personel, hastalarına adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet vermekle yükümlüdürler (madde 6).

- Tıbbın ilkeleri ve tıbbi mevzuat hükümlerine aykırı aldatıcı mahiyette tanı ve tedavi yapılamaz. (madde 11)
- Ötenazi yasaktır. (madde 13)
- Hastaya sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyanın bir sureti, isterse verilir. (madde 16)
- Hastalık durumunu bildiren rapor hasta isterse düzenlenmelidir. Sağlık hizmeti verilirken “mahremiyetine saygı gösterilmesi” konusu madde 21’de belirtilmiştir.
- Sağlık kuruluşları hasta ile ilgili bilgileri, kanunla izin verilen haller dışında açıklayamazlar. (madde 23).
- Her türlü tıbbi müdahalede hastanın rızası gerekir. Bu rıza her müdahale için ayrı ayrı hazırlanmış “aydınlatılmış onam” adı verilen belgelerin hasta tarafından okunaklı imzalanması şeklinde yapılmalıdır ve etik bir gerekliliktir. Sözlü bilgilendirme yeterli değildir. Yazılı bilgilendirme hastanın sorumlu hekimi tarafından yapılmalıdır.
- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta, kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Tedavinin uygulanmamasından dolayı doğacak sonuçların hastaya veya yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz. (madde 27)
- Bilinen klasik tedavi yöntemlerinin hastaya yarar vermeyeceği kesinse, hayvan deneylerinde faydalı etkisi olduğu bilinen bir tedavi şekli, klasik tedavi yöntemleri yerine hastanın rızası alınarak uygulanabilir. (madde 27, kısaltılarak)
- Sağlık kuruluşu hasta ve yakınlarının can ve mal güvenliğini korumak ve sağlamak için gerekli tedbirleri almak zorundadır. (madde 37, kısaltılarak).
- Sağlık kuruluşları imkân ölçüsünde hastaların dini görevlerini yerine getirebilmeleri için veya talep halinde manevi destek için din görevlisi davet etmek gibi gerekli tedbirleri alır. (madde 38, kısaltılarak)
- Sağlık kuruluşunun hizmet personeli hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilerine güler yüzlü, şefkatli ve hizmetle ilgili mevzuat ve yönetmenlik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır. Tanı ve tedavi için hangi işlemin nasıl ve neden yapılacağı, bekletilme söz konusu ise bunun sebepleri hakkında yeterli

bilgi hastalara verilmelidir. Hasta ziyaretleri kuruluşça belirlenen usullere uygun olarak, hastaların huzurunu bozacak hareketlere ve durumlara neden olmayacak şekilde düzenlenmelidir. (madde 39 kısaltılarak)

- Hasta refakatçiliği hakkının ne şekilde kullanılacağı yine kuruluşun saptadığı esaslara uygun şekilde uygulanır. (madde 40, kısaltılarak)
- Kamu sağlık kuruluşlarında görevli personelin, hasta haklarını ihlal eden davranışları şikâyet sonucu veya idarece saptanırsa, olayın soruşturulması ve gerekirse cezaya bağlanması için valilikçe veya bakanlıkça ya da kuruluş tarafından müfettiş veya soruşturmacı görevlendirilir. Sonuçta hak ihlali varsa mevzuata göre disiplin cezası yetkili kurullarca takdir edilir, bu fiil ceza hukukuna göre suç teşkil ediyorsa dosya Cumhuriyet Başsavcılığı'na gönderilir ve ceza davası açılması sağlanır. (madde 46, kısaltılarak)
- Hasta hakları devlet memuru veya kamu görevlisi olmayan personel tarafından ihlal edilmişse, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları haysiyet divanlarınca disiplin cezası ile cezalandırılır. Yine bu tip personel tarafından hasta hakkı ihlali yapılmışsa hem kendileri hem de çalıştıkları kuruluşa karşı dava açılabilir. Ceza hukukuna göre suç teşkil eden fiil hakkında ceza istenmesi, doğrudan Cumhuriyet Başsavcılığı'na yapılacak ihbar veya şikâyet yoluyla gerçekleştirilir. (madde 47, kısaltılarak)

(Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998)

Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinin yasal sorumlulukları net bir şekilde ifade edilmektedir. Sağlık işletmelerinin bunlara uyma zorunluluğu vardır.

3.4.3. Sağlık İşletmelerinin Ahlaki Sorumlulukları

Sağlık alanında etik ilkeler temelini Hipokrat ve deontolojiden almaktadır. Tıbbın babası olarak bilinen Hipokrat hekimlik mesleğinin icrası sırasında hastalar arasında ırk, din, cinsiyet, vb. ayırım yapılmamasını, hastaya ait bilgilerin gizliliğini temel ilke edinmiş ve tıbbi meslek mensuplarının birbirlerine karşı saygılı olması gerektiğini belirtmiştir. Sağlık alanında etik kodlar sağlık çalışanlarına mesleklerini icraları esnasında hangi davranışların yapılması veya yapılmaması gerektiği konusunda rehberlik eden kurallar bütünüdür. (Tengilimoğlu, vd., 2009, s. 377)

Tıbbi etik kurallar hastalar, tüketiciler, sağlık çalışanları, işverenler ve hizmet sağlayıcıları arasındaki ilişkilerde rehberlik eden temel bir çerçevedir.1980'li yılların başlarından itibaren tıbbi etik konularının hastaların mahremiyetinin korunması, aydınlatılmış onayların alınması, ihtiyaçları dışında başka tıbbi işlemlere tabi tutulmalarının önlenmesinde sağlık kuruluşlarının sorumluluklarının belirlenmesi üzerinde odaklandığı görülmektedir. (Ehlen & Spenger, 1998)

Amerikan Tıp Birliği (The Amerikan Medical Association) nin yeni stratejisi hekim sorumluluklarının artırılması, etik standartların korunması ve hastaların korunması şeklindedir. (Seward, 1997) Eskiden tıbbi etik hasta- hekim arasındaki ilişkilere dayanmaktaydı, günümüzde daha çok tıp dünyası ile toplum arasındaki ilişkilere dayanmaktadır. Bu değişimin nedeni yalnızca davranışlardaki değişimden kaynaklanmamakta, aynı zamanda tıbbi kuruluşların tıbbi bakımdan oynadığı temel rolden, toplumsal finansmandan ve karmaşık teknolojik sistemlerin kullanımındaki artışlardan kaynaklanmaktadır.

Sağlık kurumları yöneticisi, etiği hastalara, kuruma, personele, kendi mesleğine, topluma karşı üstlendiği görev ve sorumlulukların bir boyutu olarak görmelidir.

Amerikan Sağlık Kurumları Yöneticileri Derneği, sağlık kurumları yöneticilerinin uyması gereken etik ilkeleri belirlemiştir. Bu ilkeler özetle aşağıda verilmiştir. (Kavuncubaşı, 2000, s. 13-15)

Sağlık kurumları yöneticisinin;

Sağlık Kurumları Yönetimini Mesleğine Yönelik Sorumlulukları:

- Kişisel mesleki faaliyetlerinin, mesleğe yakışır tarzda, dürüst, doğru, saygılı ve adil biçimde yürütmek
- Mesleki faaliyetlerinde ve yargılamalarda sağlık kurumları yönetimi ile ilgili hukuk kurallarına uymak
- Kişisel mesleki eğitim ve değerlendirme programlarını sürekli uygulayarak, sağlık kurumları yönetimi alanındaki yeterliliğini ve uzmanlığını geliştirmek
- Kişisel kazanç amacıyla mesleki ilişkilerini istismar etmemek, kişisel çıkarlarını değil mesleğin çıkarları için etik kurallara uymak
- Mesleki sırlara saygı göstermek

Hizmet edilen hastalara ve diğerk kişilere yönelik sorumlulukları:

- Kalite değerlendirme çalışmalarına destek olmak
- İnsanlar arası ayrımcılığa yol açan kurumsal faaliyetleri önlemek için gerekli tedbirleri almak
- Hizmet sunulan tüm kişilere; hakları, olanakları, sorumlulukları ve mevcut tıbbi hizmetlerin riskleri konusunda aydınlatan bir hizmet sürecinin oluşturulması için çalışmak
- Hizmet sunulan kişilerin özerkliğini ve bağımsız karar vermelerini sağlayan bir takım süreci için çalışma, onların güvenliğini ve mahremiyetini koruyan prosedürlerin oluşması için çalışmak.

Kurumsal Sorumluluklar:

- Mevcut kaynaklarla uyumlu sağlık hizmetleri sunarak ve etik boyutları dikkate alan kaynak tahsisi sürecinin oluşturulmasını sağlamak
- Toplumsal sağlık hizmetlerini geliştirmek için hem rekabette hem de işbirliğine dayalı çalışarak müşterilere gerekli saygıyı göstermek
- Yönetmel standartların ve etkili işletmecilik tekniklerinin uygulanması ve geliştirilmesi için önderlik yapmak
- Kurumsal ve mesleki iletişimde inanılır olmak, yanlış yanıtıcı bilgi aktarmaktan kaçınmak

Personele Karşı Sorumlulukları

- Personelin etik davranış ve faaliyet göstermesini sağlayacak iş ortamı oluşturmak,
- Personelin etik konularda görüşlerini açıkça ifade etmeleri için gerekli ortamı hazırlamak,
- Cinsel ve diğerk taciz türlerinin bulunmadığı ırk, din, dil, etnik köken yaş, cinsiyet ve sakatlık durumuna dayalı bir ayrımcılığın bulunmadığı, yasal olmayan bir işi yapmaları için personelin tehdit edilmediğı iş ortamı oluşturmak
- Personelin iş ortamına ve iş emniyetine önem göstermek

- Uygun bir şikâyet mekanizması kurulmasını sağlamak.

Toplumaya Yönelik Sorumlulukları

- Toplumun sağlık ihtiyacını belirlemeye ve karşılamaya çalışma
- Yönetimsel kararların, toplumda yaratacağı uzun ve kısa dönemli etiklerini göz önünde tutmak
- Tüm insanların makul ölçüde sağlık hizmetlerinden yararlanmasını güvence altına almak
- Müşterilere gerçek ve yeterli bilgi sağlamak.

Ayrıca yönetici yetkisini ve sahip olduğu bilgileri çıkar amaçlı kullanmamak ve etik kurallara uymadığına inandığı meslektaşını Etik Kurul'a bildirmekle yükümlüdür.

Yukarıda belirtilen hususları, sağlık işletmelerinin öncelikle yöneticilerinin daha sonra birimde çalışan diğer sağlık personelinin bilmesi ve uygulaması gerekmektedir. Sağlık işletmesinde çalışan sağlık personelinin davranışı, kurum kültürü ve sağlık işletmesinin geneli hakkında insanların kafasında olumlu veya olumsuz imaj oluşmasına neden olmaktadır.

3.4.4. Sağlık İşletmelerinin Gönüllü Sorumlulukları

Küresel rekabet ortamında işletmeler iyi bir imaj oluşturmak, işletmenin devamlılığını sağlamak için son yıllarda sosyal sorumluluk faaliyetlerine ağırlık vermişlerdir. Özellikle birincil ihtiyaç olan eğitim ve sağlık alanında yapılan sosyal sorumluluk faaliyetleri daha uzun soluklu olmuştur. Yapılan araştırmalarda toplumun işletmelerden beklentileri bu doğrultudadır.

Metro Grup'un desteği ile 2005 yılında Strateji GFK Araştırma Şirketi'nin yaptığı bir araştırmaya göre: Türk halkı en çok eğitim alanında sosyal sorumluluk projeleri yapılmasını istemektedir. 20 ilde 15 yaş ve üzeri 1335 kişi ile görüşülerek yapılan araştırmada görüşme yapılan kişilerin yüzde 29,9'u şirketlerin eğitim ve öğretime yatırım yapmasını istemektedir. Sağlık ve sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiğini söyleyenlerin oranı ise yüzde 20,7. Görüşme yapılan kişilerden yüzde 11,9'u çevreye, yüzde 9,1'i hayır işlerine, yüzde 7,2'si çalışanlara, yüzde 4,7'si insan haklarına

yönelik yatırım yapılması gerektiğini belirtmektedir. (Sosyal Sorumluluk Projeleri Hem Topluma Yarıyor Hemde Şirketlere, 2009)

Araştırmalar sonucunda toplumun işletmelerden beklediği gönüllü sorumluluklardan ikinci sırayı sağlığın aldığı görülmektedir. Bu konuda özel sağlık işletmeleri, ellerindeki kaynakları etkin bir şekilde kullanarak yapacakları gönüllü kampanyalar ile insanların temel ihtiyaçlarından biri olan sağlık konusunda eksikliklerin giderilmesinde katkı sağlayacak ve sağlık işletmesinin pozitif imaj kazanmasında etkili olacaktır.

Sağlık sistemleri, insanların ihtiyaç duyduğu oranda sağlık hizmetini ihtiyaç duyulan zaman ve yerde sürekli ve koordineli bir şekilde sunulmasını garanti etmelidir. Çocuklar artık henüz 5 yaşına ulaşmadan önlenabilir hastalıklardan ölmemeli, anneler doğumda kaybedilmemeli ve erken teşhis ve tedavi ile önlenabilir birçok hastalıktan sonra ölümler, sakatlıklar ya da kaliteli yaşam yılı kayıpları yaşanmamalıdır. Unutulmamıdır ki bugün birçok hastalık erken teşhis ve tedavi ile önlenabilir. Yeter ki insanların ihtiyaç duydukları anda ulaşabilecekleri bir doktor, hemşire/ebe, ilaç ve asgari medikal donanım sağlanmış olsun. Bu konuda 2006 yılında kurulan Sağlık Gönüllüleri Türkiye, sağlık sisteminin yetişemediği hizmetleri gönüllülük esasına göre tamamlamayı hedeflemektedir. Hastayı ele alacak doktoru, hemşireyi/ebeyi, teşhiste yardımcı olacak asgari medikal donanımı ve tedavide kullanılacak ilacı; hastanın ulaşabileceği hale getirmeyi amaçlamaktadır. Bu temel hedefin ülke genelinde ihtiyaç önceliğine göre gerçekleştirilmesi için gerekli yönetsel gücü göstermek arzusundadır. Başta geri kalmış yörelerdeki çocuk, kadın, yaşlı ve özürlü sağlığına odaklanırken; aynı risk grupları için kırsal alanda ve büyük şehir gecekondu alanlarında hizmet tamamlama kararlılığındadır. (Sağlık Gönüllüleri Türkiye Hedeflerimiz, 2006) Bu konuda Sağlık Gönüllüleri her yıl sağlık alanında geliştirilen en başarılı sosyal sorumluluk projelerini ödüllendirmektedir. Yapılan bu ödüllendirme sağlık alanında yapılan sosyal sorumluluk faaliyetlerinin teşvik ederken, başarılı kampanyaların örnek teşkil etmesini sağlamaktadır. Sağlık Gönüllüleri Türkiye ilk olarak 2007 yılında başarılı sosyal sorumluluk projelerine ödül vermiş sonraki yıllarda da başarılı projeleri ödüllendirmeye devam etmiştir.

Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri – 2007

- Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Büyük Ödülünü
 - Bilinçli Anne-Sağlıklı Bebek Projesiyle
 - Procter&Gamble
- Sağlıkta En Başarılı Sivil Toplum Örgütü Ödülünü
 - 12/8 Tansiyonunuz Kontrol Altında
 - Türk Kardiyoloji Derneği
- Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sağlık Kuruluşu Ödülünü
 - Toplum Takımı
 - Pfizer
- Sağlığa En Fazla Kişisel Katkıda Bulunan Kişi Özel Ödülünü
 - Kadir Has ve Mehmet Ali Aydınlar almışlardır. (Sağlık Gönüllüleri Türkiye, 2007)

Sağlık sektöründe görülen değişiklikler ve özel özel sağlık işletmelerinin sayısının artması ile toplumun özel sağlık işletmelerinden uzun vadeli sağlık alanında gönüllü kampanyalar yapması doğrudur. Örneğin sayı olarak fazla olan göz hastanesinin göz taraması yapması veya ağız diş sağlığı merkezlerinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili kampanyalar yapması gibi. Ancak şunu unutmamak gerekir gönüllü olarak yapılan bu faaliyetler kısa vadede işletmeye kar getirecek bir uygulama değildir. Gönüllü yapılan bu kampanyalar uzun vadede işletmeye olumlu prestij kazandıracak, işletmenin duyarlı olduğunu göstererek toplumla bütünleşmesini sağlayacak ve tercih edilen bir işletme konumuna girmesini sağlayacak bir uygulamadır.

3.4.5. Sağlık İşletmesinin Politik Sorumlulukları

İşletmenin faaliyette bulunduğu ülkenin politik şartları işletmenin aldığı çeşitli kararlar üzerinde etkili olur. Politik ortam her ülkede farklı biçimlerde ve farklı tonlarda, kişi, kurum, firma ve devletlerin karşısına çıkmaktadır. Bu farklılıklar ülkelerin siyasal ve bürokratik geleneklerine, siyasal rejimin niteliğine, siyasal iktidarı elinde bulunduran parti ya da toplumsal gruplara, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, içinde buldukları

tarihsel sürecin özelliklerine vb. göre ortaya çıktığı bilinmektedir. Örneğin; uluslararası işletmelerin az gelişmiş ülkelerde karşılaştıkları zorlukların başında hükümet yetkililerinin bu işletmelerin önüne çıkardıkları sorunlar gelmektedir. (Austin, 1990)

Ülkelerin içinden geçtikleri tarihsel süreç de ekonomi politikalarını belirlemede önemli rol oynamakta ve dolayısıyla da uluslararası işletmeleri etkilemektedir.

Politik sistemlerin sağlık sistemleri üzerindeki etkisi son yıllarda giderek hissedilir derecede artmıştır. Tüketiciyi koruma yasalarının bir uzantısı olan hasta haklarına ilişkin yasal düzenlemeler hızla uygulamaya konulmuştur. Sağlık personeli ve sağlık kurumlarının hastalarla sosyal güvenlik kurumlarıyla ve diğer tedarikçi firmalarla ilişkilerini düzenleyen yasal mevzuat her ülkede mevcuttur. Kamuoyu ve sigorta kuruluşlarının sağlık kuruluşları üzerindeki baskısı artmaktadır. Bu yüzden mevzuattaki değişiklikleri sağlık kuruluşları yakinen takip etmeleri gerekir. Hastaneler, hasta ve yakınları sağlık, güvenliğinden sorumludur. Sağlık yöneticileri iş sağlığı ve iş güvenliği mevzuatına uygun çalışma koşullarını düzenlemek durumundadır. Ayrıca sağlık kuruluşları elektrik, su iletişim ve ulaşım araçları, yangın ve polis teşkilatı hizmetlerinden yararlanmakta ve yerel yönetimlerle sosyal hizmet kurumları gibi kurumlarla ilişki kurmak durumunda kalmaktadır. Yerel yönetimlerin düzenlemelerinden etkilenmektedirler. Bu nedenle gerek özel gerekse kamuya ait tüm sağlık kuruluşları ileriye dönük planlarında, kamu gücü tarafından belirlenmiş hedefleri dikkate almak ve mevzuattaki değişiklikleri günü gününe takip etmek zorundadırlar. (Tengilimoğlu vd., 2009)

3.4.6. Sağlık İşletmelerinin İnsani Sorumlulukları

Kişi öncelikle kendisine karşı sorumludur. İnsanın kendisine olan bu sorumluluğu, sahip olduğu maddi ve manevi değerlerini, doğru, yerinde ve zamanında kullanmasını içerir. Bireysel sorumluluk iki farklı şekilde ortaya çıkar. Bunlar (Torlak, 2003, s. 18-19);

1. İç sorumluluk(ahlaki)
2. Dış sorumluluk, olarak ifade edilebilir.

İç sorumluluk, bireyin vicdanı karşısında duyduğu sorumluluktur. Vicdan, iyi ile kötüyü birbirinden ayırma yetisidir. Vicdan, kişiyi hem ahlaki davranışta tutarsızlıklardan kurtarır, hem de dışarıdan bir kontrol olmadan da ahlaklı davranmasını sağlar. (Güngör, 1995, s. 57)

Dışsal sorumluluk ise bireyin çevresine karşı sorumluluklarıdır. Birey davranışlarının diğer insanları ve çevresini etkilediği düşüncesiyle hareket etmelidir. Bu noktada toplumun belirlediği sorumluluklar vardır. Bu sorumlulukların bazıları ise yasalar tarafından desteklenmektedir. Birey dışsal sorumluluklarını yerine getirmediğinde toplum tarafından hatta kanuni açıdan yaptırımlarla karşılaşır.

Sosyal sorumluluk, bireyin tüm davranışlarının bütün toplumu etkileyebileceği esasına dayanır. Bu nedenle birey, davranışlarının sonuçlarından topluma karşı sorumludur ve sağlıklı bir toplum için bireyin sosyal sorumluluk bilincine sahip olması gerekir. Bu bilincin kendiliğinden gelişmesini beklemek yanlış bir davranış olacaktır. Sosyal sorumluluk bilincinin yerleşmesi ve gelişmesi için toplumsal desteğe ve eğitime ihtiyaç vardır. Bu eğitim küçük yaşlarda aileden başlayarak eğitim kurumlarında verilmeli ve daha sonra iş hayatında bir takım eğitim programlarıyla desteklenmelidir. Sosyal sorumluluk eğitiminde öncelikle bireysel sorumlulukların önemi vurgulanmalıdır. Çünkü bireysel sorumluluklarının bilincinde olmayan bireyin sosyal sorumluluk bilincine sahip olması beklenilemez. İşletmelerin insani sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için öncelikle işletme çalışanlarının bu sorumluluklarının bilincinde olması gerekmektedir. İşletme çalışanları öncelikle işleme yöneticileri daha sonra diğer çalışanlar insani sorumlulukların bilincinde olarak çalışırlarsa işletme sosyal sorumluluklarını getiren bir işletme olarak anılacaktır.

İnsan sevgisi insanların toplumda tanınmalarını, sevimlerini insanların güven duymalarını sağlar. Söz konusu insanların sağlıklarını emanet ettikleri özel sağlık işletmelerinde çalışan personel olunca toplumun bu insanlarda beklentileri daha fazla olmaktadır. Sağlık birimlerinde çalışan personel işletmenin genel kültürü ve iş etiği kurallarının yanı sıra bireysel olarak insanların güvenlerini kazanmaları gerekir. Diğer hizmet işletmelerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de hizmet işletmesi ile müşterinin karşılaştığı an olan gerçek an son derecede önemlidir. Kişiden kişiye etkileşimin söz konusu hizmet işletmesinin temel amacı müşteri ile karşılaşıldığında pozitif bir sosyal dinamiğe ulaşmak olmalıdır. Böylece sunulan hizmet ve müşteri karşılıklı olarak güçlü kıldıkları bir sistemi yapılandırmış olurlar. (Örs, 2007, s. 46) Örneğin hastasına tedavi

düzenleyen doktor kadar, doktorun verdiği tedaviyi uygun bir şekilde devam ettiren hastada tedavinin başarıya ulaşmasında aktif rol oynamaktadır. Bu durumda sağlık personelinin hasta ile iyi bir iletişim kurarak hastanın güvenini kazanması kendi başarısı ve işletmenin başarısı açısından son derecede önemlidir.

Özellikle sağlık hizmetleri sunumunda hizmet kalitesi ve güven duygusu hizmeti sunan sağlık personeli ile özdeşleşmiş durumdadır. İnsanlar, hizmet aldığı sağlık personelinin tutum ve davranışlarını sağlık işletmesinin tamamına mal etmektedir. Bu durumda bireysel yetenekler devreye girmektedir. Sağlık işletmesinin kabul ettiği etik değerleri sağlık personeli içselleştirerek sunduğu hizmeti bu doğrultuda devam ettirmesi bireysel ve işletme düzeyindeki başarı oranını artıracaktır.

3.4.7. Sağlık İşletmelerinin Teknolojik Sorumlulukları

Teknoloji sağladığı olanaklar ve değişim hızıyla yeni yüzyılın en etkili ve belirleyici unsuru olarak görülmektedir. (Aşıkoğlu, 1993) Teknoloji yaşamın her alanında olduğu gibi işletmeler açısından da önemli bir öğedir. Teknolojinin kritik unsur olması sürekli değişiyor olmasından kaynaklanmaktadır.

Değişen teknolojiye işletmelerin uyum sağlaması işletmelerin devamı için gerekli olmaktadır. (Akdemir, 1997, s. 10) Teknolojinin her türlü üretim bilgisini içerdiği düşünülürse, teknoloji değişimiyle işletmelerin daha az işgücü ile çalışma, daha kısa sürede daha çok ürün elde etme olanağı sağladığı düşünülmektedir.

İnsanların tüm sosyal olaylara ilgi gösterdiği ve gelecek adına kaygılandığı günümüz dünyasında işletmelerin yapması gereken en doğru hareket teknolojiyi, kaliteli ürün üretme, rekabet etme gücünü arttırma, devamlılığını sağlama ve topluma katkıda bulunma adına kullanmasıdır.

Teknolojik gelişimi takip edemeyen işletme, rekabet gücünü kaybedecek, toplumun kaynaklarını verimli ve etkin kullanamayacak, sosyal sorumlulukları bir yana ekonomik sorumluluklarını da yerine getiremeyerek yok olmaya mahkûm olacaktır.

Sağlık işletmelerinin görevleri arasında” Modern teşhis ve tedavi metod ve teknolojilerini takip etmek ve gecikmeksizin uygulamak” (Resmi Gazete, 1995) yer almaktadır. Teknolojinin hızla geliştiği günümüzde sağlık sektörünün bu değişimden uzak kalması mümkün değildir. Özel sağlık işletmeleri teşhis ve tedavi için gerekli olan sürenin düşürülmesi, hata oranının minimize edilmesi ve tüm süreçler boyunca müşteri

memnuniyetinin artırılması vb. nedenlerden dolayı yeni teknolojik yatırımlar yapma gereğini hissederler. Bununla beraber, iyi bir yatırım kararı almak için gerekli süreçlerin yerine getirilmemesi, yapılan teknolojik yatırımların atıl kalmasına ve sonuç olarak beklenen faydanın gerçekleşmemesine neden olabilir. Özel sağlık işletmelerinde yatırım kararlarının verilmesi yeni teknolojiyi kullanacak sağlık personeli de katılmakta ve çoğu zaman bu personel alınan karar üzerinde önemli ölçüde etkili olmaktadır.

Özel hastanelerde hekimler ve işletme sahipleri (işletme sahipleri genellikle hekim kökenli olmaktadır) yatırım kararını beraber verirken Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde kullanıcı durumundaki ve idari yapıdaki hekimler teknoloji yatırımlarında belirleyici konumdadırlar. (Coşkun & Akın, 2009)

Yeni teknolojinin piyasaya girmesi ile mevcut mal ve hizmetler piyasadan çekilmektedir. Hastanelerde yatarak tedavi gören hasta sayısındaki azalmaya karşın ayakta tedavi gören hasta sayısında önemli ölçüde artış görülmektedir. Bu durum birçok tıbbi prosedürün icra aşamalarını geliştiren ve hastaların iyileşme sürelerini düşüren tıbbi teknolojideki gelişmelerden büyük ölçüde etkilenmiştir. Son yıllarda teknolojik gelişmeler sonucu akut bakım merkezleri, günü birlik cerrahi merkezleri gibi sağlık bakım örgütleri ön plana çıkmıştır.

Günümüzde ileri teknolojiye sahip tıbbi malzemelerin kullanılması sağlık işletmesi tercihinde önemli bir yere sahiptir. Bu durum sağlık işletmesinin rekabet gücünü artırmaktadır. Rakip özel sağlık işletmeleri arasında kullandığı teknolojik ürünler ile gündeme gelen sağlık işletmesi olumlu bir imaj oluşturacak ve bulunduğu çevreye karşı sosyal sorumluluğunu yerine getirmiş olacaktır.

4. ÖZEL SAĞLIK İŞLETMELERİNDE SOSYAL SORUMLULUK BOYUTLARI İLE İLGİLİ BİR UYGULAMA

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık işletmelerinin sosyal başarısında etkili olan faktörlerin özel sektörde hangi ölçüde uygulandıkları araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

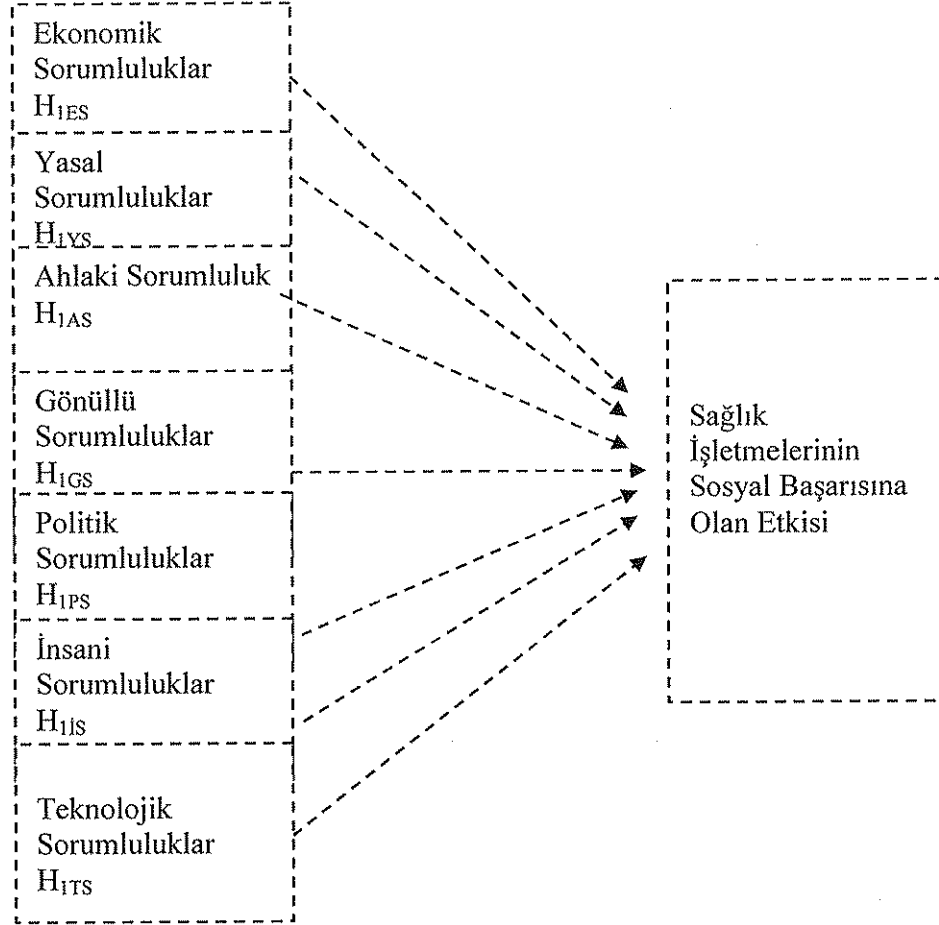
Bu çalışmada özel sağlık işletmelerinin sosyal sorumluluklarını yerine getirip getirmediği araştırılarak, işletmelerin toplum ile bütünleşmeleri, toplum tarafından tercih edilen sağlık işletmesi konumuna gelmeleri için sosyal sorumluluk kavramı üzerine dikkat çekildi.

4.2. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini İstanbul genelinde bulunan özel sağlık işletmelerinin hastane, tıp merkezleri, poliklinikler, dal hastaneleri (Göz ve kadın doğum) ve ağız diş sağlığı merkezleri oluşturmaktadır. Araştırmaya özel sağlık işletmelerinin yönetim kadrosunda yer alan işletme sahibi, hissedarı, müdürleri, müdür yardımcıları ve halkla ilişkiler uzmanları katıldı. Toplamda 150 anket geri döndü.

4.3.Hipotezler

Literatür taraması ile elde edilen bilgiler ışığında ve araştırmanın amaçları doğrultusunda oluşturulan araştırma modeli Şekil 4.1 de gösterildi.



Şekil.3. Araştırma Modeli

Bu araştırma modeli temel alınarak; Sağlık İşletmelerinin Sosyal Başarısına etki eden faktörlere ait 7 temel hipotez, bu faktörlerin demografik (katılımcıların statüsü, eğitim seviyesi, çalışma süresi, işletmelerin çalışma alanları) özelliklere göre farklılık gösterip göstermediklerine yönelik 28 adet alt hipotez oluşturuldu.

Hipotezler şunlardır:

H_{1ES}: Özel sağlık işletmelerinin ekonomik sorumlulukları yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.

H_{1YS}: Özel sağlık işletmelerinin yasal sorumlulukları yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.

H_{1AS}: Özel sağlık işletmelerinin ahlaki sorumlulukları yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.

H_{1GS}: Özel sağlık işletmelerinin gönüllü sorumlulukları yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.

H_{1PS}: Özel sağlık işletmelerinin politik sorumlulukları yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.

H_{1IS}: Özel sağlık işletmelerinin insani sorumlulukları yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.

H_{1TS}: Özel sağlık işletmelerinin teknolojik sorumlulukları yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.

4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul'da faaliyet gösteren özel sağlık işletmelerinde hâlihazırda görev yapmakta olan 150 işletme yöneticisi ve çalışanına uygulandı. Araştırma verileri anket yöntemi ile toplandı. Anket 44 soru ile sınırlandırıldı.

4.5. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak anket tekniğine başvuruldu. 44 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme ve email yoluyla cevaplandırıldı. Formda, çalışmaya katılanların kişisel bilgileri 5, işletmenin konumunu belirlemeye yönelik 1, özel sağlık işletmelerinin sosyal başarısına etki eden faktörlere ait 33, bu faktörlerden hangisinin sosyal başarı üzerinde daha etkin olduğunu belirlemeye yönelik 5 soru oluşturuldu.

Soruların hazırlanmasında çeşitli makale (Çetin, Çimen, Türk, Fedai, & Şahin, 2010) ve yüksek lisans tezlerinden (Korkmaz, 2009) yararlandı. Soru tipi seçiminde, güvenilirliği artırması, karşılaştırmaya olanak vermesi ve cevaplayıcıların kullanımını

kolaylaştırması açısından kapalı uçlu sorulara yer verildi. Cevap seçeneklerinde Likert tipi sayısal ölçek kullanıldı. Ölçek cevapları kesinlikle katılmıyorum 1, katılmıyorum 2, kararsızım 3, katılıyorum 4, kesinlikle katılıyorum 5 puanları ile değerlendirildi.

4.6. Verilerin Analizleri

Anket, katılımcıların her maddeye verdikleri cevapların karşılığı olan puanların toplamına göre SPSS 17.0 istatistik programı ile değerlendirildi.

Verilerle; anketin uygulandığı kurum çalışanlarının demografik özelliklerine ait Frekans Dağılımları, Faktör Analizi, Güvenilirlik Analizi, Ortalama, Standart Sapma, Korelasyon Analizi, ANOVA Farklılık Analizi ve Regresyon Analizi yapıldı. Faktör analizi sonrası P1, P2 ve B2 soruları anketten çıkarıldı. Güvenilirlik analizi yapıldıktan sonra E1, E2, A4, İ1, İ5, T1, B1 soruları çıkarıldı, bu sorular sonraki analizlerde kullanılmadı.

4.7. Bulgular ve Yorumlar

Çalışmada öncelikle; katılımcılar hakkında bilgi vermek amacıyla anketin ilk altı soruluk bölümü için tanımlayıcı istatistik analizi uygulandı. Daha sonraki bölümlerde belirlenen araştırma hipotezleri sırasıyla uygun istatistikî yöntemler kullanılarak test edildi.

4.7.1. Araştırmaya Katılanlar İle İlgili Genel Bilgiler

Araştırmaya katılanların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma suresi, işyerindeki statüsü ve sağlık işletmesinin konumu aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Yaşlarına Gore Frekans ve Yüzde Değerleri

	Frekans	Yüzde (%)
30'dan az	53	35,3
30-35 yaş	31	20,7
36-40 yaş	19	12,7
41-50 yaş	30	20,0
51 yaş ve zeri	17	11,3
Toplam	150	100,0

Katılımcıların; 53'ünün (%35,3) "30'dan az", 31'inin (% 20,7) "30-35", 19'unun "36-40", 30'unun "41-50", 17'sinin "51 ve üzeri" yaş aralıklarında olduğu tespit edildi.

Tablo 2: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Gore Frekans ve Yüzde Değerleri

	Frekans	Yüzde (%)
Bayan	91	60,7
Erkek	59	39,3
Toplam	150	100,0

Katılımcıların; 91'inin (% 60,7) "Bayan", 59'unun (% 39,3) "Erkek", olduğu tespit edildi.

Tablo 3: Araştırmaya Katılanların Eğitim Seviyelerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

	Frekans	Yüzde (%)
İlköğretim	2	1,3
Lise ve dengi	12	8,0
Meslek Yüksekokulu	27	18,0
Lisans	79	52,7
Yüksek Lisans	24	16,0
Doktora	6	4,0
Toplam	150	100,0

Katılımcıların; 2'sinin (% 1,3) "İlköğretim", 12'sinin (% 8,0) "Lise ve dengi", 27'sinin (% 18,0) "Meslek Yüksekokulu", 79'unun (% 52,7) "Lisans", 24'ünün (% 16,0) "Yüksek Lisans", 6'sının (% 4,0) "Doktora" seviyesinde eğitimlere sahip olduğu tespit edildi.

Tablo 4: Araştırmaya Katılanların Çalışma Sürelerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

	Frekans	Yüzde (%)
0-5 yıl	72	48,0
6-10 yıl	35	23,3
11-15 yıl	22	14,7
16-20 yıl	9	6,0
21 yıl ve üzeri	12	8,0
Toplam	150	100,0

Katılımcıların; 72'sinin (% 48,0) "0-5 yıl", 35'inin (% 23,3) "6-10 yıl", 22'sinin (% 14,7) "11-15 yıl", 9'unun (% 6,0) "16-20", 12'sinin (% 8,0) "21 yıl ve üzeri" sürelerdir mesleki deneyime sahip olduğu tespit edildi.

Tablo 5: Araştırmaya Katılanların İş yerindeki Statülerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

	Frekans	Yüzde (%)
Sağlık İşletmesi Sahibi	13	8,7
Sağlık İşletmesi Hissedarı	10	6,7
Sağlık İşletmesi Müdürü	32	21,3
Sağlık İşletmesi Müdür Yrd.	31	20,7
Halkla İlişkiler Müdürü	64	42,7
Toplam	150	100,0

Katılımcıların; 13'ünün (% 8,7) "Sağlık İşletmesi Sahibi", 10'unun (% 6,7) "Sağlık İşletmesi Hissedarı", 32'sinin (% 21,3) "Sağlık İşletmesi Müdürü", 31'inin (% 20,7) "Sağlık İşletmesi Müdür Yrd.", 64'ünün (% 42,7) "Halkla İlişkiler Müdürü" pozisyonunda çalıştığı tespit edildi.

Tablo 6: İşletmelerin Çalışma Alanlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

	Frekans	Yüzde (%)
Özel Hastane	55	36,7
Özel Poliklinik	15	10,0
Özel Tıp Merkezi	19	12,7
Özel Dal Hastanesi (Göz, Kadın Doğum)	51	34,0
Ağız Diş Sağlığı Merkezi	10	6,7
Toplam	150	100,0

Katılımcıların; 55'inin (% 36,7) "Özel Hastane", 15'inin (%10,0) "Özel Poliklinik", 19'unun (% 12,7) "Özel Tıp Merkezi", 51'inin (% 34,0) "Özel Dal Hastanesi", 10'unun (% 6,7) "Ağız Diş Sağlığı Merkezi" alanlarında hizmet verdikleri tespit edildi.

4.7.2. Faktör Analizi

Faktör analizi, birbiriyle ilişkili p tane değişkeni bir araya getirerek az sayıda ilişkisiz ve kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı, keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistiktir.

İki tür faktör analizi yaklaşımı vardır. Açımlayıcı faktör analizinde, değişkenler arasındaki ilişkilerden hareketle faktör bulmaya yönelik bir işlem; doğrulayıcı faktör analizinde ise değişkenler arasındaki ilişkiye dair daha önce saptanan bir hipotezin ya da kuramın test edilmesi söz konusudur. Bu çalışmada faktör analizi kavramı, sosyal bilimlerde bir veri toplama aracı olarak ölçeğin yapı geçerliliğini incelemeye sıklıkla kullanılan açımlayıcı faktör analizini kullanılacaktır. (Büyüköztürk, 2007, s. 123)

Tablo 7: Faktör Analizi Tablosu

BÖLÜM ADI	KÜMÜLATİF %	DEĞİŞKEN SAYISI
EKONOMİK SORUMLULUK	57,443	3
YASAL SORUMLULUK	60,379	4
AHLAKİ SORUMLULUK	52,473	4
GÖNÜLLÜ SORUMLULUK	51,739	5
POLİTİK SORUMLULUK	70,904	3
İNSANİ SORUMLULUK	58,681	3
TEKNOLOJİK SORUMLULUK	58,992	3
BAŞARI DURUMU	56,840	3

Tabloda görülüğü üzere, her bir bölüm bireysel olarak %50 ila %70 oranında temsil edebilme yeteneğine sahip birer faktörle ifade edilebilmektedir. Bu noktadan sonra yapılacak analizlerde faktör analizi ile elde edilen faktörler kullanıldı.

4.7.3. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik değeri bir ölçme aracının tekrarlanan ölçümlerde aynı sonucu verme derecesinin göstergesidir. (Ay İ. , 2010) Bir ölçeğin güvenilirliğini yansıtan ölçüt iç tutarlılıktır. Likert tipi bir ölçekte iç tutarlılığı değerlendirmek üzere en çok Cronbach Alpha katsayısı kullanılmaktadır. Bu katsayı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin bir göstergesidir. (Tezbaşaran, 1997) Cronbach Alpha katsayısı. 40'dan düşük olması güvenilir olmadığını, .40-.59 arasında olması düşük güvenilirlikte olduğunu, .60-.79 arası oldukça güvenilir olduğunu, .80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olduğunu gösterir. (Özdamar, 2002, s. 673) Bu çalışmada SPSS 17.0 güvenilirlik analizleri kullanıldı. Analizler ankette yer alan Likert ölçekli sorular için yapıldı. Programdan elde edilen ekran görüntüleri ve değerlendirmeleri aşağıda belirtildi.

Tablo 8: Alfa Yöntemine Göre Anket Güvenirlilik Analizi

BÖLÜM ADI	CRONBACH ALPHA KATSAYISI	ÖĞELERİN SAYISI
EKONOMİK SORUMLULUK	,626	3
YASAL SORUMLULUK	,780	4
AHLAKİ SORUMLULUK	,696	4
GÖNÜLLÜ SORUMLULUK	,755	5
POLİTİK SORUMLULUK	,642	3
İNSANİ SORUMLULUK	,794	3
TEKNOLOJİK SORUMLULUK	,644	3
BAŞARI DURUMU	,610	3

Cronbach Alpha katsayılarına bakıldığında, .60-.79 seviyesinde değıştikleri görüldü. Bu sonuç; 150 katılımcı üzerinde yapılan toplam 28 Likert ölçekli sorunun ve uygulanan ölçeğin “ oldukça güvenilir” olduğu anlamına gelmektedir.

4.7.4. Değişkenlere Ait Ortalama Standart Sapma, Korelasyon Analizi

Korelasyon analizi ile iki farklı değişken arasındaki ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi verir. Pearson Correlation ifadesinin karşısındaki değer “r” ile ifade edilir ve - 1 ile + 1 arasında bir değer alır. Burada ilişkinin yönünü “r” nin işareti, derecesini ise katsayının büyüklüğü belirler. Eksi değerler bir değişken artarken diğersinin azaldığının, artı değerler ise her iki değişkenin aldığı değerlerin birlikte artış ve azalış gösterdiğinin göstergesidir. (Eymen, 2007)

Bu bölümde; sorumluluk faktörlerinin başarı durumu faktörü ve birbirleriyle olan ilişki durumları analiz edilecektir. Analiz sonuçları aşağıda verilen numaralandırma üzerinden sunulmuştur.

EKONOMİK SORUMLULUK	(ES)	1
YASAL SORUMLULUK	(YS)	2
AHLAKİ SORUMLULUK	(AS)	3
GÖNÜLLÜ SORUMLULUK	(GS)	4
POLİTİK SORUMLULUK	(PS)	5
İNSANİ SORUMLULUK	(İS)	6
TEKNOLOJİK SORUMLULUK	(TS)	7
BAŞARI DURUMU	(BD)	8

Tablo 9: Değişkenlere Ait Ortalama Standart Sapma, Korelasyon Analizi

	Ort.	Std. Sap.	Ekonomik Sorumluluk	Yasal Sorumluluk	Ahlaki Sorumluluk	Gönüllü Sorumluluk	Politik Sorumluluk	İnsani Sorumluluk	Teknolojik Sorumluluk	Sağlık İşletmesi Sosyal Başarısı
1 ES	4,38	,642		<u>Pearson Cor.</u> ,349**	<u>Pearson Cor.</u> ,224**	<u>Pearson Cor.</u> ,220**	<u>Pearson Cor.</u> ,094	<u>Pearson Cor.</u> ,213**	<u>Pearson Cor.</u> ,161*	<u>Pearson Cor.</u> ,105
2 YS	4,59	,533			,508**	,238**	,072	,134	,297**	,215**
3 AS	4,73	,459				,257**	,036	,293**	,278**	,144
4 GS	4,18	,614					,166*	,247**	,227**	,276**
5 PS	3,75	,919						,042	,060	,024
6 İS	3,67	,473							,229**	,162*
7 TS	4,49	,540								,270**
8 BD	4,13	,598								

*. Korelasyon 0.05 seviyesinde (2- taraflı) anlamlıdır.

** .Korelasyon 0.01 seviyesinde (2- taraflı) anlamlıdır.

Yukarıdaki korelasyon analizi incelendiğinde % 1 anlamlılık seviyesinde en yüksek pozitif ilişkinin ahlaki sorumluluk ile yasal sorumluluk (,508) en düşük ilişkinin ise ahlaki sorumluluk ile politik sorumluluk (,036) faktörleri arasında olduğu görüldü.

Başarı Durumu ile en yüksek pozitif ilişki Gönüllü Sorumluluk (,276) ve Teknolojik Sorumluluk (,270) arasındadır.

4.7.5. Tek-Yön ANOVA Farklılık Analizi

ANOVA bağımsız değişkenlerin kendi aralarında nasıl etkileşime girdiklerini ve bu etkileşimlerin bağımlı değişken üzerindeki etkilerini analiz etmek için kullanılır. Faktöriyel ANOVA; İki veya daha fazla bağımsız değişken olduğu durumlarda yapılır. Bağımsız faktöriyel tasarımda, çok sayıda bağımsız değişken farklı denekler üzerinde test edilir. (gruplar arası). (Tonta, 2008)

Tablo 10: Sağlık İşletmelerinin Sosyal Sorumluluklarını Yerine Getirmelerinde Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre ANOVA Farklılık Analizi

		Kareler Toplamı	df (Serbestlik Der.)	Karelerin Ort.	F değeri	Anlamlılık
Ekonomik Sorumluluk	Gruplar Arası	2,909	5	,582	1,434	,216
	Gruplar İçi	58,431	144	,406		
	Toplam	61,340	149			
Yasal Sorumluluk	Gruplar Arası	,625	5	,125	,431	,826
	Gruplar İçi	41,748	144	,290		
	Toplam	42,373	149			
Ahlaki Sorumluluk	Gruplar Arası	,523	5	,105	,489	,784
	Gruplar İçi	30,810	144	,214		
	Toplam	31,333	149			
Gönüllü Sorumluluk	Gruplar Arası	2,816	5	,563	1,521	,187
	Gruplar İçi	53,324	144	,370		
	Toplam	56,140	149			
Politik Sorumluluk	Gruplar Arası	2,976	5	,595	,697	,626
	Gruplar İçi	122,897	144	,853		
	Toplam	125,873	149			
İnsani Sorumluluk	Gruplar Arası	1,390	5	,278	1,253	,287
	Gruplar İçi	31,943	144	,222		
	Toplam	33,333	149			
Teknolojik Sorumluluk	Gruplar Arası	,543	5	,109	,365	,872
	Gruplar İçi	42,930	144	,298		
	Toplam	43,473	149			

Analiz çıktılarında anlamlılık düzeylerine bakıldığında; sorumluluk faktörlerinden hiçbirisinin katılımcıların eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi.

Katılımcıların Eğitim Durumu İle İlgili Hipotezler

H₀: Özel sağlık işletmelerinin ekonomik sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin yasal sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin ahlaki sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin gönüllü sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin politik sorumluluklarını yerine getirmeleri eğitim katılımcıların durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin insani sorumluluklarını yerine getirmeleri eğitim katılımcıların durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin teknolojik sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların eğitim durumu ile ilgili hipotezlerin tamamı kabul edildi.

Tablo 11: Sağlık İşletmelerinin Sosyal Sorumluluklarını Yerine Getirmelerinde Katılımcıların Çalışma Sürelerine Göre ANOVA Farklılık Analizi

		Kareler Toplamı	df(Serbestlik Der.)	Karelerin Ortalamaları	F değeri	Anlamlılık
Ekonomik Sorumluluk	Gruplar Arası	,622	4	,155	,371	,829
	Gruplar İçi	60,718	145	,419		
	Toplam	61,340	149			
Yasal Sorumluluk	Gruplar Arası	,822	4	,206	,717	,581
	Gruplar İçi	41,551	145	,287		
	Toplam	42,373	149			
Ahlaki Sorumluluk	Gruplar Arası	,604	4	,151	,712	,585
	Gruplar İçi	30,730	145	,212		
	Toplam	31,333	149			
Gönüllü Sorumluluk	Gruplar Arası	,388	4	,097	,252	,908
	Gruplar İçi	55,752	145	,384		
	Toplam	56,140	149			
Politik Sorumluluk	Gruplar Arası	1,880	4	,470	,550	,700
	Gruplar İçi	123,993	145	,855		
	Toplam	125,873	149			
İnsani Sorumluluk	Gruplar Arası	,538	4	,134	,594	,667
	Gruplar İçi	32,796	145	,226		
	Toplam	33,333	149			
Teknolojik Sorumluluk	Gruplar Arası	,929	4	,232	,791	,533
	Gruplar İçi	42,545	145	,293		
	Toplam	43,473	149			

Analiz çıktılarında anlamlılık düzeylerine bakıldığında; sorumluluk faktörlerinden hiçbirisinin katılımcıların iş yerindeki çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi.

Katılımcıların Çalışma Süreleri İle İlgili Hipotezler

H₀: Özel sağlık işletmelerinin ekonomik sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerlerinde çalışma sürelerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin yasal sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerlerinde çalışma sürelerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin ahlaki sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerlerinde çalışma sürelerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin gönüllü sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerlerinde çalışma sürelerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin politik sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerlerinde çalışma sürelerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin insani sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerlerinde çalışma sürelerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin teknolojik sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerlerinde çalışma sürelerine göre farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların işyerlerinde çalışma süreleriyle ilgili hipotezlerin tamamı kabul edildi.

Tablo 12: Sağlık İşletmelerinin Sosyal Sorumluluklarını Yerine Getirmelerinde Katılımcıların Statülerine Göre ANOVA Farklılık Analizi

		Kareler Toplamı	df(Serbestlik Der.)	Karelerin Ortalamaları	F değeri	Anlamlılık
Ekonomik Sorumluluk	Gruplar Arası	2,383	4	,596	1,465	,216
	Gruplar İçi	58,957	145	,407		
	Toplam	61,340	149			
Yasal Sorumluluk	Gruplar Arası	,466	4	,116	,403	,806
	Gruplar İçi	41,907	145	,289		
	Toplam	42,373	149			
Ahlaki Sorumluluk	Gruplar Arası	,938	4	,235	1,119	,350
	Gruplar İçi	30,395	145	,210		
	Toplam	31,333	149			
Gönüllü Sorumluluk	Gruplar Arası	5,093	4	1,273	3,617	,008
	Gruplar İçi	51,047	145	,352		
	Toplam	56,140	149			
Politik Sorumluluk	Gruplar Arası	3,875	4	,969	1,152	,335
	Gruplar İçi	121,998	145	,841		
	Toplam	125,873	149			
İnsani Sorumluluk	Gruplar Arası	,332	4	,083	,364	,834
	Gruplar İçi	33,002	145	,228		
	Toplam	33,333	149			
Teknolojik Sorumluluk	Gruplar Arası	,663	4	,166	,562	,691
	Gruplar İçi	42,810	145	,295		
	Toplam	43,473	149			

Analiz çıktılarında anlamlılık düzeylerine bakıldığında; gönüllü sorumluluk faktörünün (p -değeri= 0,008<0,05) katılımcıların iş yerindeki statülerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi.

Katılımcıların Statüsü İle İlgili Hipotezler

H₀: Özel sağlık işletmelerinin ekonomik sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerindeki statülerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin yasal sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerindeki statülerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin ahlaki sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerindeki statülerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin gönüllü sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerindeki statülerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin politik sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerindeki statülerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin insani sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerindeki statülerine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin teknolojik sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerindeki statülerine göre farklılık göstermemektedir.

Özel sağlık işletmelerinin gönüllü sorumluluklarını yerine getirmeleri katılımcıların iş yerindeki statülerine göre farklılık göstermemektedir. Hipotezi ret edildi diğer hipotezler kabul edildi. Ret edilen hipotezle ilgili olarak farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere, ANOVA Farklılık Analizi Alt Gruplar Çoklu Karşılaştırma analizi yapıldı.

Tablo 13: Sağlık İşletmelerinin Sosyal Sorumluluklarını Yerine Getirmelerinde Katılımcıların Statülerine Göre ANOVA Farklılık Analizi Alt Gruplar Çoklu Karşılaştırma

Bağımlı Değişken		(I) Sütunu	(J) Sütunu	Ort. Fark. (I-J)	Std. Sap.	Anl.
Gönüllü Sorumluluk	Tukey HSD	Sağlık İşletmesi Sahibi	Sağlık İşletmesi Hissedari	-,331	,250	,676
			Sağlık İşletmesi Müdürü	-,231	,195	,761
			Sağlık İşletmesi Müdür Yrd.	-,618*	,196	,017
			Halkla İlişkiler Müdürü	-,496	,181	,052
	Sağlık İşletmesi Hissedari	Sağlık İşletmesi Sahibi	Sağlık İşletmesi Hissedari	,331	,250	,676
			Sağlık İşletmesi Müdürü	,100	,215	,990
			Sağlık İşletmesi Müdür Yrd.	-,287	,216	,673
			Halkla İlişkiler Müdürü	-,166	,202	,924
	Sağlık İşletmesi Müdürü	Sağlık İşletmesi Sahibi	Sağlık İşletmesi Sahibi	,231	,195	,761
			Sağlık İşletmesi Hissedari	-,100	,215	,990
			Sağlık İşletmesi Müdür Yrd.	-,387	,150	,078
			Halkla İlişkiler Müdürü	-,266	,128	,240
	Sağlık İşletmesi Müdür Yrd.	Sağlık İşletmesi Sahibi	Sağlık İşletmesi Sahibi	,618*	,196	,017
			Sağlık İşletmesi Hissedari	,287	,216	,673
			Sağlık İşletmesi Müdürü	,387	,150	,078
			Halkla İlişkiler Müdürü	,121	,130	,883
	Halkla İlişkiler Müdürü	Sağlık İşletmesi Sahibi	Sağlık İşletmesi Sahibi	,496	,181	,052
			Sağlık İşletmesi Hissedari	,166	,202	,924
			Sağlık İşletmesi Müdürü	,266	,128	,240
			Sağlık İşletmesi Müdür Yrd.	-,121	,130	,883

* Ortalamaların farklılığı 0,05 seviyesinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Yukarıdaki analizlere bakıldığında; mevcut farklılık durumunun “Sağlık İşletmesi Müdür Yardımcıları” ile “Sağlık İşletmesi Sahipleri” arasındaki görüş farklılığından kaynaklandığı işletme sahiplerinin gönüllülük faktörü ile ilgili sorulara daha düşük puan verdiği görüldü.

Tablo 14: Sağlık İşletmelerinin Sosyal Sorumluluklarını Yerine Getirmelerinde İşletmenin Çalışma Alanına Göre ANOVA Farklılık Analizi

		Kareler Toplamı	Df (Serbestlik derecesi)	Karelerin Ortalamaları	F değeri	Anlamlılık
Ekonomik Sorumluluk	Gruplar Arası	,606	4	,151	,362	,836
	Gruplar İçi	60,734	145	,419		
	Toplam	61,340	149			
Yasal Sorumluluk	Gruplar Arası	2,177	4	,544	1,963	,103
	Gruplar İçi	40,197	145	,277		
	Toplam	42,373	149			
Ahlaki Sorumluluk	Gruplar Arası	1,559	4	,390	1,898	,114
	Gruplar İçi	29,775	145	,205		
	Toplam	31,333	149			
Gönüllü Sorumluluk	Gruplar Arası	3,071	4	,768	2,098	,084
	Gruplar İçi	53,069	145	,366		
	Toplam	56,140	149			
Politik Sorumluluk	Gruplar Arası	1,574	4	,394	,459	,766
	Gruplar İçi	124,299	145	,857		
	Toplam	125,873	149			
İnsani Sorumluluk	Gruplar Arası	,052	4	,013	,057	,994
	Gruplar İçi	33,281	145	,230		
	Toplam	33,333	149			
Teknolojik Sorumluluk	Gruplar Arası	,778	4	,194	,660	,621
	Gruplar İçi	42,696	145	,294		
	Toplam	43,473	149			

Analiz çıktılarında anlamlılık düzeylerine bakıldığında; sorumluluk faktörlerinden hiçbirisinin katılımcıların çalıştıkları iş alanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi.

Özel Sağlık İşletmelerinin Çalışma Alanları ile İlgili Hipotezler

H₀: Özel sağlık işletmelerinin ekonomik sorumluluklarını yerine getirmeleri işletmenlerin çalışma alanlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin yasal sorumluluklarını yerine getirmeleri işletmenlerin çalışma alanlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin ahlaki sorumluluklarını yerine getirmeleri işletmenlerin çalışma alanlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin gönüllü sorumluluklarını yerine getirmeleri işletmenlerin çalışma alanlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin politik sorumluluklarını yerine getirmeleri işletmenlerin çalışma alanlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin insani sorumluluklarını yerine getirmeleri işletmenlerin çalışma alanlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Özel sağlık işletmelerinin teknolojik sorumluluklarını yerine getirmeleri işletmenlerin çalışma alanlarına göre farklılık göstermemektedir.

Özel sağlık işletmelerinin çalışma alanlarıyla ilgili hipotezlerin tamamı kabul edildi.

4.7.6. Regresyon Analizi

Regresyon analizi, aralarında ilişki olan iki ya da daha fazla değişkenden birinin bağımlı değişken, diğerlerinin bağımsız değişkenler olarak ayrımı ile aralarındaki ilişkinin bir matematiksel eşitlik ile açıklanması sürecini anlatır.

Regresyon analizinde; Bağımlı değişken bir, bağımsız değişken iki ya da daha fazla ise Çoklu Regresyon Analizi uygulanır. (Büyüköztürk, 2007, s. 98)

Bu çalışmada Sağlık İşletmelerinin Sosyal Başarısı bağımlı değişken olarak ele alınmış, sosyal başarısına etki eden Ekonomik, Yasal, Ahlaki, Gönüllü, Politik, İnsani, Teknolojik sorumluluklar bağımsız değişken olarak incelendi.

Tablo 15: Sağlık İşletmelerinin Sorumlulukları ile Başarı Durumu Arası Regresyon Analizi

Model Özeti

	R	R-Kare	Std. Hata
1	,361 ^a	,131	,571

^aBelirleyicileri: Ekonomik Sorumluluk, Yasal Sorumluluk, Ahlaki Sorumluluk, Gönüllü Sorumluluk, Politik Sorumluluk, İnsani Sorumluluk, Teknolojik Sorumluluk

Model özeti tablosunda; R² Kare sütunundaki değerlerden sabit faktörlerin bağımlı değişken durumundaki Sağlık İşletmesinin Sosyal Başarısı değişkenine ait varyansı % 13.1 oranında açıkladığı, diğer bir ifade ile Sağlık İşletmesinin Sosyal Başarısını % 13.1 oranında bu faktörlere bağlı olarak şekillendiği anlaşılmaktadır.

Regresyon Analizi Katsayıları

Model	Katsayılar			t	Anlamlılık
	B	Std. Sap.	Beta		
1 (sabit)	1,838	,648		2,838	,005
Ekonomik sorumluluk	-,012	,082	-,013	-,145	,885
Yasal sorumluluk	,134	,108	,119	1,236	,219
Ahlaki sorumluluk	-,048	,122	-,037	-,392	,696
Gönüllü sorumluluk	,195	,083	,200	2,348	,020
Politik sorumluluk	-,014	,052	-,022	-,270	,787
İnsani sorumluluk	,052	,108	,041	,480	,632
Teknolojik Sorumluluk	,225	,093	,204	2,429	,016

Bağımlı Değişken: Başarı Durumu

Gönüllü Sorumluluk ve Teknolojik Sorumluluk faktörlerinin modeldeki katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 16: Temel Hipotezlere ait Sonuçları Gösteren Tablo

H_{IES}	Özel sağlık işletmelerinin ekonomik sorumluluklarını yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.	RET
H_{IYS}	Özel sağlık işletmelerinin yasal sorumluluklarını yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.	RET
H_{IAS}	Özel sağlık işletmelerinin ahlaki sorumluluklarını yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.	RET
H_{IGS}	Özel sağlık işletmelerinin gönüllü sorumluluklarını yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır	KABUL
H_{IPS}	Özel sağlık işletmelerinin politik sorumluluklarını yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.	RET
H_{IIS}	Özel sağlık işletmelerinin insani sorumluluklarını yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.	RET
H_{IBD}	Özel sağlık işletmelerinin teknolojik sorumluluklarını yerine getirmesi ile sosyal başarısı arasında pozitif ilişki vardır.	KABUL

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonucuna göre, sosyal başarıyı etkileyen faktörlerden biri teknolojik sorumlulukların yerine getirilmesidir. Bu durumda sağlık işletmesinin sosyal başarısını artırmak için işletmenin modern tıbbi teknolojiyi takip etmesi gerektiği, modern tıbbi teknolojinin hizmet kalitesi, çalışan ve hasta memnuniyeti üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu sonucu çıkarılabilir. Dünyada ve ülkemizde görülen yeniliklerin takip edilmesi ve kullanılması tercih edilme ve diğer işletmelerden farklılık göstererek öne çıkmayı sağlayan unsurlardan biridir.

Gönüllü sorumlulukların yerine getirilmesi sosyal başarı üzerinde etkili olan diğer faktördür. Bu sorumlulukların yerine getirilmesi sağlık işletmesinin olumlu imaj kazanmasını, uzun vadede kâr elde etmesini sağlar.

Yapılan literatür araştırmaları ile, ekonomik sorumluluklarını yerine getirmeyen işletmelerin, diğer sorumluluklarını yerine getiremeyecekleri, yasal, ahlaki ve insani sorumlulukların yerine getirilmesi insanların hassas olduğu sağlık konusunda son derecede önemli olduğu, ve sağlık işletmesinin, ülkede uygulanan sağlık politikalarını dikkate alarak çalışması işletmenin büyüyüp gelişmesinde önemli bir yere sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak alan çalışması sonrası, ekonomik, yasal, ahlaki, politik ve insani sorumluluk faktörleri ile sağlık işletmesinin sosyal başarısı arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır.

Bunun nedeni, iki sorumluluğun yerine getirilmesinde, işletme yöneticilerinin daha fazla söz sahibi olması olabilir. Diğer faktörlerle karşılaştırıldığında örneğin işletme yöneticisinin yasal sorumlulukların tamamını yerine getirme zorunluluğu varken en son üretilen tıbbi cihazı kullanması veya gönüllü bir kampanya düzenlemesi onun inisiyatifinde olan bir durumdur.

Ayrıca modern tıbbi teknolojiyi kullanmak ve gönüllü sorumlulukların yerine getirilmesi, özel sağlık işletmesinin toplumda olumlu imaj kazanarak tanınması ve tercih edilmesini sağlamaktadır. Bu durum sağlık işletmesi yöneticilerinin gerçekleştirmeyi düşündüğü temel hedeflerinden biridir

Yeni Uygulama Önerileri

Özel sağlık işletmeleri, sosyal sorumluluklularını bir bütün olarak ele almalı ve dengeli bir şekilde yerine getirmelidir. Ekonomik, yasal, ahlaki, gönüllü, politik, insani ve teknolojik sorumlulukların birinin yerine getirilmemesi veya eksik yapılması kısa vadede etkisiz gibi görünse de uzun vadede başarısızlık nedenidir.

Özel sağlık işletmelerinin varlığı devam ettirebilmesi, kâr elde ederek modern teknolojideki tıbbi cihazları kullanıp topluma yüksek seviyede sağlık hizmeti verebilmesi için, çevresi ile bütünleşmesi gerekmektedir. Önemi giderek artan ve toplumda vazgeçilmez bir işletme olmak, bazı sosyal sorumlulukları üstlenmek ve bunları yerine getirmek ile mümkündür. Sosyal sorumlulukların yerine getirilmesi için öncelikle işletme yöneticisinin bunu benimsemesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Akar, Ç., & Özalp, H. (1998). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Ankara: Somgür Yayınları.
- Akdemir, A. (1997). *İşletme Bilimine Giriş*. Eskişehir: Birlik Ofset Yayıncılık.
- Argüden, Y. (2002). Kurumsal Sosyal Sorumluluk, 1.Basım. ARGE, no 3.
- Arıkan, S. (1995). İşletmelerde Sosyal Sorumluluk ve İş Ahlakı. *Hacettepe Üniversitesi İİBF Dergisi (13)* , 172-173.
- Arıkök, M. (2002). SA 8000 Sosyal Sorumluluk Standardı ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi.
- Arslan, M. (2001). *İş ve Meslek Ahlakı*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Aşıkoğlu, R. (1993, Eylül). Globalleşme Sürecinde Uluslararası Finansal Yönelimler. *Dumlupınar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları* , (2) 18.
- Ataç, A. (1982). İşletmelerin Sosyal Sorumlulukları. *İTİA Dergisi*, 18,(1) , 104.
- Austin, J. (1990). *Managing in Developing Countries, Strategic Analysis and Operating Techniques*. New york: The Free Press.
- Ay, İ. (2010, 05 15). *SPSS 15.0 Kullanma Kılavuzu Güvenilirlik Analizi*. 06 11, 2010 tarihinde <http://www.ibrahimay.com/bilim/istatistik/94-spss-15-kullanma-kilavuzu.html?start=29>. adresinden alındı
- Ay, Ü. (2000). İşletme Amaçları ve Sosyal Sorumluluğu. 8. *Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirileri*, (s. 240-241). Nevşehir, Türkiye.
- Ay, Ü., & Çelik, C. (2002). Sanayi ve İşadamları Dernekleri Üyelerinin İşletme Sosyal Sorumluluğuna İlişkin Algılamaları:Çukurova Bölgesinde Bir Araştırma. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (5) , 67-68-71.
- Başaran, İ. (1998). *Yönetimde İnsan İlişkileri, Yönetimsel Davranış*. Ankara: Gül Yayınevi.
- Bayrak, S. (2001). *İş Ahlakı ve Sosyal Sorumluluk*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Bayraktaroğlu, G., İltar, B., & Tanyeri, M. (2009). *Kurumsal Sosyal Sorumluluk Pazarlamada Yeni Bir Paradigmaya Doğru* , Birinci Basım. İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Baysal, A., & Tekarslan, E. (1996). *İşletmeler için Davranış Bilimleri*. İstanbul: Avcıol Basım.

Bolat, T. (2000). *Toplam Kalite Yönetimi, Konaklama İşletmelerinde Uygulaması*. İstanbul: Beta Basım Yayım.

Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Yayıncılık.

Can, H. (1994). *Organizasyon ve Yönetim*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Carroll, A. (1991). *The Pyramid of Corporate Social Responsibility: Toward the Moral Management of Organizational Stakeholders, Business Horizons, July-August, pp. 39-48*. 22.04.2010 tarihinde http://eab.ege.edu.tr/pdf/10_1/C10-S1-M15.pdf adresinden alınmıştır

Cora, İ. (1996). *İşletmelerde Sosyal Sorumlulukların Yönetimi ve Doğu Karadeniz Bölgesi Çay İşletmeleri Yöneticilerinin Sosyal Sorumluluk Anlayışları Üzerine Bir Araştırma, Doktora Tezi*. Marmara Üniversitesi.

Coşkun, A., & Akın, A. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Çelik, T. (2009). *Özel Sektör Kuruluşlarının Sosyal Sorumluluk Kavramına Yaklaşımı, Yüksek Lisans Tezi*. Selçuk Üniversitesi.

Çetin, M., Çimen, M., Türk, Y., Fedai, T., & Şahin, B. (2010). *Eczacıların Sosyal Sorumluluk Alguları Üzerine Bir Araştırma*. 04 23, 2010 tarihinde http://www.gulhanemedicaljournal.org/pdf/pdf_GMJ_527.pdf adresinden alındı

Çimen, M. (2007). *İşletmelerin Çalışanlara Karşı Sosyal Sorumluluklarının Örgütsel Güvene Etkisi, Yüksek Lisans Tezi*. Dumlupınar Üniversitesi.

Coşkun, A., & Akın, A. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Demir, H., & Songür, N. (1999). Sosyal Sorumluluk ve İş Ahlakı. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 12 (3) , 155*.

Devebakan, N. (2007). *Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, Doktora Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi.

Diken, A. (1998). İşletmelerde İş Ahlakı ve Sosyal Sorumluluk İlişkisi. *Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu, (s.469) . Adapazarı, Türkiye*.

Dinçer, Ö. (1998). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

Dönek, E. (1998). Türk Toplumunun İş Ahlakı ve Ekonomik Gelişmesinde Ahilik Kültürünün Yeri ve Önemi. *Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu, (s.433), Sakarya, Türkiye*.

DSÖ Sağlığın Tanımı. (2009, 09). 03 13, 2010 tarihinde <http://hayatkurtaran.blogspot.com/2009/09/saglgn-tanm.html>. adresinden alındı

Ehlen, K., & Spenger, G. (1998). *Ethics and Decision Making in Healthcare.* Journal of Health Care Management: Vol.43, No.3, s.219.

Emhan, E. (2007). *Başarılı İşletmelerin Sosyal Sorumluluk Kavramına Bakış Açısı*, s.252. 10 05, 2009 tarihinde [www. http://www.e-sosder.com/dergi/22247](http://www.e-sosder.com/dergi/22247) 258. adresinden alındı

Erden, D. (1987). İşletmelerin Sosyal Sorumluluğunun Algılanması Mühendislik ve İşletme- İktisat Öğrencileri Kıyaslaması. *TODAİE*, (2) 69.

Eren, E. (2000). *İşletmelerde Stratejik Planlama ve Yönetim.* İstanbul: Beta Yayınları.

Eren, E. (2002). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, 6. Baskı.* İstanbul: Beta Yayınları.

Export Today. (1998, September). Conduct of Codes. Vol. 14, Issue 9,.

Eymen, E. (2007). *SPSS 15. İle Veri Analizi.* 03 23, 2010 tarihinde <http://www.istatistikmerkezi.com/e-kutuphane.html>. adresinden alındı

Fişek, N. (1985). Halk Sağlığına Giriş. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını.

Gökdayı, İ. (1998). Yozlaşan Kamu Yönetimi'nde Etik İkilemler, İlkeler ve Etik Kültür. Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu, (s.51), Sakarya, Türkiye.

Güngör, E. (1995). *Ahlak Psikolojisi ve Sosyal Ahlak.* İstanbul: Ötüken Neşriyat.

Gürsoy, G. (1989). Sağlık, Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, (Cilt.6, s.1724-1725-1726-1727-1970-1971-).

Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998, 08 01). 23.04.2010 [http://www.saglikkutuphanesi.com/Hasta_Haklar%C4%B1/Hasta_Haklar%C4%B1_Y%C3%B6netmeli%C4%9Fi_\(1998\)_i1488.htm](http://www.saglikkutuphanesi.com/Hasta_Haklar%C4%B1/Hasta_Haklar%C4%B1_Y%C3%B6netmeli%C4%9Fi_(1998)_i1488.htm) adresinden alınmıştır

Hatipoğlu, Z. (1995). *İşletmelerde Stratejik Yönetim.* İstanbul: Lebib Yalkın,

Kağnıcıoğlu, D. (2007). Endüstri İlişkileri Boyutuyla Sosyal Sorumluluk. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (1995). *Resmi Gazete Tarihi 11.01.1995 Sayı: 22168.* 20.03.2010 http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/13052005_y_13.pdf adresinden alınmıştır

Karancı, P. (1995). Küçük Sanayi İşletmelerinin Personele İlişkin Sosyal Sorumlulukları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kavuncubaşı, Ş. (2007). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Yayın No: 1778.

Kavuncubaşı, Ş., & Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Yayın No: 767.

Kaya, S. (2006). *İşletmelerde Sosyal Sorumluluk ve SA 8000 (Social Accountability) Standardı*. 01 18, 2009 tarihinde http://www.izto.org.tr/NR/rdonlyres/7475BDA1-95B7-4855-B3519ADCE4362AFE/10149/sosyalsorumluluk_kaya.pdf.s.19 adresinden alındı

Keskin, G. (1985). İşletmelerin Sosyal Sorumlulukları Kuram ve Bazı İş Örgütlerinde Bir Uygulama, Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi.

Kirel, Ç. (2000). Örgütlerde Etik Davranışlar, Yönetimi ve Bir Uygulama Çalışması. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınlar, Yayın No:1211.

Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Korkmaz, S. (2009). *İşletmelerin Sosyal Sorumlulukları*. İzmit: Umuttepe Yayınları.

Köktaş, E. (1998). Toplumsal ve Siyasal Hayatımızda İhmal Edilen Bir Değer: Ahlak. Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu, (s.5), Sakarya, Türkiye.

Mazgit, İ. (1998). Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi.

Müftüoğlu, T. (1994). *İşletme Bilimine Giriş, 2. Baskı*. Ankara: Turhan Yayınevi.

Nasır, N. (2006). *Anadolu Ahiliğinin Sosyo Ekonomik Yönleri*. 10 03, 2009 tarihinde www.hbektas.gazi.edu.tr/dergi/21_30_yazilar/sayi_24/NIRAY.htm, adresinden alındı

Onal, G. (1995). *Temel İşletmecilik Bilgisi*. İstanbul: Türkmen Yayınevi.

Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, (1) , 3*.

Otlı, F. (2002). Sosyal Sorumluluk Kavramı, İşletme Yönetiminin ve Muhasebesinin Sosyal Sorumluluğu. *Atatürk Üniversitesi, İİBF Dergisi, 16 (2) , 148*.

Örs, H. (2007). *Hizmet Pazarlama Etkinliği ve Kalite*. Ankara: Gazi Kitabevi.

Özdamar, K. (2002). *Paket Programlar ile İstatistik Veri Analiz, 4. Baskı*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özevren, M. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi*, . İstanbul: Alfa Basım Yayım.

Özgener, Ş. (2000). *İş Ahlakı ve Sosyal Sorumluluk: İmalat Sanayinde Bir Uygulama*, Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi.

Özgener, Ş. (2004). *İş Ahlakının Temelleri*. İstanbul: Nobel Yayınevi.

Özkalp, A., Arıcı, H., & vd. (1998). *Davranış Bilimlerine Giriş*. İstanbul: Açık Öğretim Üniversitesi Yayınları, Yayın No:566.

Öztürk, M. (2003). *Fonksiyonları Açısından İşletme Ve Yönetimi*. İstanbul: Papatya Yayıncılık.

Özüpek, M. N. (2004). *Kurum İmajında Sosyal Sorumluluk, Kuramsal ve Uygulamalı Bir Çalışma*, Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi.

Pakdil, F. (2007, 11 27). *Konur Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti*. 03 13, 2009 tarihinde www.merih.net. adresinden alındı

Pringle, H., & Thompson, M. (2000). *Marka Ruhu, 1.b Çeviren zeynep*. İstanbul: Scala.

Resmi Gazete. (1995, 11 01). *No:22168 Kanun No: 3198 Madde :7 c Bendi*. 03 23, 2010 tarihinde

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.946407&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>. adresinden alındı

Sabuncuoğlu, Z. (1997). *Personel Yönetimi*. İstanbul: Furkan Ofset.

Sabuncuoğlu, Z., & Tokol, T. (2001). *İşletme*. Bursa: Ezgi Yayınevi.

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (1983). Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251: 23.03.2010

<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAAF6AA849816B2EFF5B2058CC7F44E0E> adresinden alınmıştır

Sağlık Gönüllüleri Türkiye. (2007). 23.03.2010

<http://www.saglikgonulluleri.org/index2.php?lang=Tr&opt=content&pid=16> adresinden alındı.

Sağlık Gönüllüleri Türkiye Hedeflerimiz. (2006). 04 10, 2010 tarihinde <http://www.saglikgonulluleri.org/index2.php?lang=Tr&opt=content&pid=3>. adresinden alındı

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961). Resmi Gazete Tarihi: 12.01.1961.Kanun Numarası:224, Sayı.10705:

01.11.2009<http://www.saglik.gov.tr> adresinden alınmıştır

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [SSYB]. (1973). *Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl,SSYB Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü* . Ankara: Yayın No:422.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi. (2006a). 12 04, 2009 tarihinde <http://www.worldbank.org.tr> adresinden alındı

Sağlıkta Dönüşüm Projesi. (2006b). 11 24, 2008 tarihinde <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm>.Sağlık Bakanlığı İzleme ve Değerlendirme Birimi. adresinden alındı

Sargutan, E. (1993). *Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi.* Ankara: Türk-İş Yayınları.

Seward, P. (1997). *Restoring The Ethical Balance in Healt Care.* Healt Affairs: Vol.16, No.3, s.183.

Seyyar, A. (2003). *Ahlak Terimleri, 1.b.* İstanbul: Beta Yayınevi.

Sezgin, M. (2001). İşletmelerde Sosyal Sorumluluk ve Halkla İlişkiler. *Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO Dergisi* , 140.

Sosyal Sorumluluk Projeleri Hem Topluma Yarıyor Hemde Şirketlere. (2009, 03 26). 04 10, 2010 tarihinde <http://www.businews.eu/2010/03/sosyal-sorumluluk-projeleri-hem-topluma-yariyor-hem-de-sirketlere/>. adresinden alındı

Sosyal Sorumluluk Standardı SA 8000. (2010, 04 07). 05 02, 2010 tarihinde <http://www.isguvenligirehberi.com/haber/59-sosyal-sorumluluk-standardi-sa-8000-social-account.html>. adresinden alındı

Soyer, A. (1997). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: 1980–1995. Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi ,(Cilt.14, s.1114-1115-1117-1121).

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl . Ankara: SSYB Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın no:422.

Şahin, G. (2006). *Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti, Yüksek Lisans Tezi.* İnönü Üniversitesi.

Şahman, İ. (2008). Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumlaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması, Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi.

Şen, A., & Kaleli, N. (2008). *Bilgi Toplumu İşletmelerinde Sosyal Sorumluluk*. 12 25, 2009 tarihinde http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=428 (21.04.2008). adresinden alındı

Şimşek, M., Akgemici, S., Çelik, T., & Çelik, A. (2003). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*. Konya: Adım Matbaacılık.

TDK Büyük Türkçe Sözlük. (2006). 03 13, 2010 tarihinde <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=sa%F0l%FDk&ayn=tam>. adresinden alındı

Tenekecioğlu, B. (1977). İşletmelerin Sosyal Sorumlulukları. *İTİA Dergisi*, 13 (2) , 47.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbulut, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Genişletilmiş 2.baskı*. İstanbul: Nobel Yayın.

Tezbaşaran, A. (1997). *Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu, 2. Baskı*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları .

Tonta, Y. (2008, 05 14). *Varyans Analizi ve Faktoriyel ANOVA*. 07 11, 2010 tarihinde <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~tonta/courses/spring2008/bby208/>. adresinden alındı

Torlak, Ö. (2001). *Pazarlama Ahlakı, 1.baskı*. İstanbul: Beta Yayınevi.

Tosun, K. (1990). *Yönetim ve İşletme Politikası*. İstanbul: İÜ İşletme Fakültesi, Yayın No: 232.

TSE. (2007). 23 04, 2010 tarihinde <http://www.tse.org.tr/Turkish/kaliteYonetimi/9000bilgi.asp>. adresinden alındı

TTB 10 Soruda 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (2006). 11 01, 2009 tarihinde <http://www.ttb.org.tr/eweb/224.html>. adresinden alındı

Turan, G. (1998). *Türk Endüstri İşletmelerinde Sosyal Sorumluluk Anlayışı, Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu*. (s.12) Sakarya, Türkiye.

Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun TTK. (1995, 02 23). Resmi Gazete 08.03.1995,Sayı.22221, Kanun No:4077: 10.04.2010 <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/862.html> adresinden alınmıştır

Ulu, A. S. (2007). *Kurumsal Sosyal Sorumluluk: Bir Alan Çalışması, Yüksek Lisans Tezi*. Sütçü İmam Üniversitesi.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. (1930, 04 24). *Resmi Gazete Tarihi: 06.05.1930, Kanun No:1593*. 12.04.2010 <http://www.hukuki.net/kanun/1593.13text.asp> adresinden alınmıştır

Yaman, Y. (2002, Kasım 16). Sosyal Sorumluluk Kampanyaları Semineri, (s.5) . İstanbul, Türkiye.

Yeşil Kart Kanunu. (1992, 06 17). *Resmi Gazete Tarihi:3.7.1992 , Sayı :21273, Kanun No. 3816*. 14.04.2010 <http://www.hukuki.net/kanun/3816.15.text.asp> adresinden alınmıştır

Yurtseven, H. (2000). İşletme Yönetiminde Etik: Toplum ve İşletmeler Açısından Çanakkale Kenti'nde Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Erciyes Üniversitesi 8.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler,(s.259) Nevşehir, Türkiye.

Zoroğlu, E. (2001). Sosyal Sorumluluk Kavramı: Türk Otomotiv Sektöründe Sosyal Sorumluluk Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Teknik Üniversitesi.

Ek-1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Elinizdeki anket formu Özel Sağlık İşletmelerinin Sosyal Sorumluluk Kavramı ile ilgili dūřüncelerini analiz etmek amacıyla hazırlanmıştır. Sonuçlar kiři ve işletme bazında değil sektörel bazda değerlendirilecektir. Bu nedenle isminizi ve işletmenizin ismini belirtmenize gerek yoktur. Sonuçlar sadece tez çalışması kapsamında değerlendirilecektir. Çalışmamıza yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi Nazan Hoşavcı

Demografik Bilgiler

1.Yaşınız

- 30' dan az
- 30-35
- 36-40
- 41-50
- 51 ve üstü

2.Cinsiyetiniz

- Bayan
- Erkek

3.Eğitim durumunuz

- İlköğretim
- Lise ve dengi
- Meslek Yüksek Okulu
- Lisans
- Lisansüstü
- Doktora

4.Kaç yıldır bu işyerinde çalışıyorsunuz?

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21 ve üzeri

5.Sağlık işletmesi içindeki statünüz.

- Sağlık işletmesi sahibi
- Sağlık işletmesi hissedarı
- Sağlık işletmesi müdürü
- Sağlık işletmesi müdür yardımcısı
- Diğer

6.Sağlık işletmesinin konumu

- Özel hastane
- Özel poliklinik
- Özel tıp merkezi
- Özel dal hastanesi (göz, kadın doğum)
- Diğer.....

Aşağıdaki ifadeler ne ölçüde katıldığınızı her ifadenin karşısındaki seçeneğin üzerine (×) koyarak belirtiniz.

(5) Kesinlikle katılıyorum

(4) Katılıyorum

(3) Kararsızım

(2) Katılmıyorum

(1) Kesinlikle katılmıyorum

		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
7 ES	Özel sağlık işletmeleri kâr amaçlı kurulmalıdır.	5	4	3	2	1
9 ES	Sağlık işletmesi kâr elde ederek ekonomik sorumluluğunu yerine getirmeden diğer sorumluluklarını yerine getiremez.	5	4	3	2	1
9 ES	Sağlık işletmesi elde ettiği kârı sağlık alanında büyüme, gelişme için kullanmalıdır.	5	4	3	2	1
10 ES	Kâr elde eden işletme hizmet sunumu açısından yenilikleri hastalara sunduğu için hasta memnuniyet oranı yüksek olur.	5	4	3	2	1

11 ES	Sağlık işletmesi kâr oranını yükseltmek için hizmet kalitesini artırmalıdır.	5	4	3	2	1
12 YS	İşletmemiz ulusal ve yerel yasal düzenlemelere uygun şekilde çalışır.	5	4	3	2	1
13 YS	İşletmemiz iş güvenliği standartlarına sahiptir ve uygulayıcısıdır.	5	4	3	2	1
14 YS	İşletmemizde çalışanların yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde tanımlanmıştır.	5	4	3	2	1
15 YS	İşletmemiz yasal hakları konusunda hasta, hasta yakını ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireyleri bilgilendirir.	5	4	3	2	1
16 AS	Sağlık işletmesi olarak öncelikli hedefimiz ahlaki kurallara uygun çalışmaktır.	5	4	3	2	1
17 AS	Özel sağlık işletmeleri diğer işletmelerden farklı olarak sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanan nedenlerden dolayı etik değerlere uygun çalışmak zorundadırlar.	5	4	3	2	1
18 AS	İşletmemiz kurumsal bütünlük ve ahlaki davranışın yasalara uymanın ötesinde bir şey olduğunu kabul eder.	5	4	3	2	1
19 AS	Yasal düzenlemelerin yeterli olmadığı yerlerde işletmemiz ahlaki değerleri dikkate alarak karar verir.	5	4	3	2	1
20 AS	Ahlaki değerlere uygun çalışan işletmede hasta memnuniyet oranı yüksektir.	5	4	3	2	1
21 GS	İşletmemiz toplumun sağlık seviyesini yükseltecek gönüllü projelere katkı sağlar.	5	4	3	2	1

22 GS	İşlemelerin gönüllü projelere katılması için yöneticiler bunun gerekliliğini benimsemelidir.	5	4	3	2	1
23 GS	Gönüllü sorumluluklara destek sağlayan işletme çalışanlarının memnuniyet oranı yüksektir.	5	4	3	2	1
24 GS	Gönüllü sorumluluklar işletmelere uzun vadede kâr sağlar.	5	4	3	2	1
25 GS	Gönüllü sorumluluklara destek sağlayan işletme toplumda olumlu imaj kazanır.	5	4	3	2	1
26 PS	İşletmemiz devlete karşı kendini daha çok sorumlu hissetmektedir.	5	4	3	2	1
27 PS	İşletmemiz için öncelikli hedef ülke ekonomisine katkıda bulunmaktır.	5	4	3	2	1
28 PS	Politik nedenler işletmenin büyüüp gelişmesinde etkilidir.	5	4	3	2	1
29 PS	Politik nedenler sağlık işletmesi yöneticisi ile yakından ilgilidir.	5	4	3	2	1
30 PS	Sağlık işletmesi politik nedenlerden etkilenir.	5	4	3	2	1
31 İS	İşletmemizin yönetici ve çalışanları toplumsal faaliyetlere gönüllü olarak katılır.	5	4	3	2	1
32 İS	Özel sağlık işletmeleri yüzyüze iletişimin fazla olduğu birimlerdir. Burada çalışan personelin güler yüzlü olması son derece önemlidir.	5	4	3	2	1
33 İS	Güler yüzlü, iyi iletişim kuran personel hasta memnuniyet oranını önemli ölçüde artırır.	5	4	3	2	1
34 İS	Sağlık işletmesi çalışanları insani sorumluluğum gereğini kabullenmiş insanlar olmalıdırlar.	5	4	3	2	1

35 İS	İnsani sorumluluklarını yerine getiren personelin mesleki tatmini yüksektir.	5	4	3	2	1
36 TS	İşletmemiz modern tıbbi teknolojiyi takip eder ve kullanmakta gecikmez.	5	4	3	2	1
37 TS	Modern tıbbi teknolojiyi takip etmek hizmet kalitesini artırır.	5	4	3	2	1
38 TS	Modern tıbbi teknolojiyi takip eden işletmelerin hasta memnuniyet oranı yüksektir.	5	4	3	2	1
39 TS	Modern tıbbi teknolojiyi takip eden işletmelerin çalışan memnuniyet oranı yüksektir.	5	4	3	2	1
40 BD	Bir işletme karını kısa sürede maksimize ediyorsa daha başarılıdır.	5	4	3	2	1
41 BD	Modern Tıbbi teknolojiyi kullanarak çalışan sağlık işletmesi daha başarılı olur.	5	4	3	2	1
42 BD	Ahlaki (etik) değerlere bağlı çalışan sağlık işletmesi daha başarılı olur.	5	4	3	2	1
43 BD	Yasal düzenlemelere bağlı çalışan sağlık işletmesi daha başarılıdır.	5	4	3	2	1
44 BD	Gönüllü yapılan projelere ağırlık vererek çalışan sağlık işletmesi daha başarılı olur.	5	4	3	2	1

(ES) EKONOMİK SORUMLULUK

(YS) YASAL SORUMLULUK

(AS) AHLAKİ SORUMLULUK

(GS) GÖNÜLLÜ SORUMLULUK

(PS) POLİTİK SORUMLULUK

(İS) İNSANİ SORUMLULUK

(TS) TEKNOLOJİK SORUMLULUK

(BD) BAŞARI DURUMU

Ek-2: Verilere Ait Analiz Ayrıntıları

DEMOGRAFİK VERİLERLE İLGİLİ ANALİZLER

YAŞ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 30'dan az	53	35,3	35,3	35,3
30-35 yas	31	20,7	20,7	56,0
36-40 yas	19	12,7	12,7	68,7
41-50 yas	30	20,0	20,0	88,7
51 yas ve üzeri	17	11,3	11,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

CİNSİYET

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bayan	91	60,7	60,7	60,7
Erkek	59	39,3	39,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

EĞİTİM DURUMU

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid İlköğretim	2	1,3	1,3	1,3
Lise ve dengi	12	8,0	8,0	9,3
Meslek Yüksekokulu	27	18,0	18,0	27,3
Lisans	79	52,7	52,7	80,0
Yüksek Lisans	24	16,0	16,0	96,0
Doktora	6	4,0	4,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

ÇALIŞMA SÜRESİ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-5 yıl	72	48,0	48,0	48,0
6-10 yıl	35	23,3	23,3	71,3
11-15 yıl	22	14,7	14,7	86,0
16-20 yıl	9	6,0	6,0	92,0
21 yıl ve üzeri	12	8,0	8,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

STATÜ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sağlık İşletmesi Sahibi	13	8,7	8,7	8,7
Sağlık İşletmesi Hissedarı	10	6,7	6,7	15,3
Sağlık İşletmesi Müdürü	32	21,3	21,3	36,7
Sağlık İşletmesi Mudur Yrd.	31	20,7	20,7	57,3
Halkla İlişkiler Müdürü	64	42,7	42,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

İŞLETME ÇEŞİDİ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Özel Hastane	55	36,7	36,7	36,7
Özel Poliklinik	15	10,0	10,0	46,7
Özel Tıp Merkezi	19	12,7	12,7	59,3
Özel Dal Hastanesi (Göz, Kadın Doğum)	51	34,0	34,0	93,3
Ağız Diş Sağlığı Merkezi	10	6,7	6,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

FAKTÖR ANALİZLERİ

FACTOR

/VARIABLES E3 E4 E5

KMO ana Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,633
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	54,162
	df	3,000
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
Sağlık işletmesi elde ettiği kari sağlık alanında büyüme, gelişme için kullanmalıdır.	1,000	,640
Kâr elde eden işletme hizmet sunumu açısından yenilikleri hastalara sunduğu için hasta memnuniyet oranı yüksek olur.	1,000	,587
Sağlık işletmesi kâr oranını yükseltmek için hizmet kalitesini artırmalıdır.	1,000	,497

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,723	57,443	57,443	1,723	57,443	57,443
2	,715	23,834	81,278			
3	,562	18,722	100,000			

Component Matrix^a

	Component
	1
Sağlık işletmesi elde ettiği kari sağlık alanında büyüme, gelişme için kullanmalıdır.	,800
Kâr elde eden işletme hizmet sunumu açısından yenilikleri hastalara sunduğu için hasta memnuniyet oranı yüksek olur.	,766
Sağlık işletmesi kâr oranını yükseltmek için hizmet kalitesini artırmalıdır.	,705

Extraction Method: Principal Component Analysis.

FACTOR

/VARIABLES Y1 Y2 Y3 Y4

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,775
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	157,841
	df	6,000
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
İşletmemiz ulusal ve yerel yasal düzenlemelere uygun şekilde çalışır.	1,000	,614
İşletmemiz iş güvenliği standartlarına sahiptir ve uygulayıcıdır.	1,000	,697
İşletmemizde çalışanların yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde tanımlanmıştır.	1,000	,553
İşletmemiz yasal hakları konusunda hasta, hasta yakını ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireyleri bilgilendirir.	1,000	,552

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,415	60,379	60,379	2,415	60,379	60,379
2	,595	14,878	75,257			
3	,581	14,525	89,782			
4	,409	10,218	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component
	1
İşletmemiz iş güvenliği standartlarına sahiptir ve uygulayıcıdır.	,835
İşletmemiz ulusal ve yerel yasal düzenlemelere uygun şekilde çalışır.	,783
İşletmemizde çalışanların yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde tanımlanmıştır.	,744
İşletmemiz yasal hakları konusunda hasta, hasta yakını ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireyleri bilgilendirir.	,743

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

FACTOR
/VARIABLES A1 A2 A3 A5

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,692
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi-Square	107,484
df	6,000
Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
Sağlık işletmesi olarak öncelikli hedefimiz ahlaki kurallara uygun çalışmaktır.	1,000	,387
Sağlık işletmeleri diğer işletmelerden farklı olarak sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanan nedenlerden dolayı etik değerlere uygun çalışmak zorundadırlar.	1,000	,625
İşletmemiz kurumsal bütünlük ve ahlaki davranışın yasalara uymanın ötesinde bir şey olduğunu kabul eder.	1,000	,662
Ahlaki değerlere uygun çalışan işletmede hasta memnuniyet oranı yüksektir.	1,000	,425

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,099	52,473	52,473	2,099	52,473	52,473
2	,755	18,871	71,344			
3	,731	18,274	89,618			
4	,415	10,382	100,000			

Component Matrix^a

	Component
	1
İşletmemiz kurumsal bütünlük ve ahlaki davranışın yasalara uymanın ötesinde bir şey olduğunu kabul eder.	,814
Sağlık işletmeleri diğer işletmelerden farklı olarak sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanan nedenlerden dolayı etik değerlere uygun çalışmak zorundadırlar.	,791
Ahlaki değerlere uygun çalışan işletmede hasta memnuniyet oranı yüksektir.	,652
Sağlık işletmesi olarak öncelikli hedefimiz ahlaki kurallara uygun çalışmaktır.	,622

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

FACTOR

/VARIABLES G1 G2 G3 G4 G5

KMO ana Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,747
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi-Square	187,951
df	10,000
Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
İşletmemiz toplumun sağlık seviyesini yükseltecek gönüllü projelere katkı sağlar.	1,000	,416
İşlemelerin gönüllü projelere katılması için yöneticiler bunun gerekliliğini benimsemelidir.	1,000	,655
Gönüllü sorumluluklara destek sağlayan işletme çalışanlarının memnuniyet oranı yüksektir.	1,000	,630
Gönüllü sorumluluklar işletmelere uzun vadede kâr sağlar.	1,000	,462
Gönüllü sorumluluklara destek sağlayan işletme toplumda olumlu imaj kazanır.	1,000	,424

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,587	51,739	51,739	2,587	51,739	51,739
2	,906	18,122	69,861			
3	,649	12,977	82,838			
4	,472	9,431	92,270			
5	,387	7,730	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component
	1
İşlemelerin gönüllü projelere katılması için yöneticiler bunun gerekliliğini benimsemelidir.	,809
Gönüllü sorumluluklara destek sağlayan işletme çalışanlarının memnuniyet oranı yüksektir.	,794
Gönüllü sorumluluklar işletmelere uzun vadede kâr sağlar.	,680
Gönüllü sorumluluklara destek sağlayan işletme toplumda olumlu imaj kazanır.	,651
İşletmemiz toplumun sağlık seviyesini yükseltecek gönüllü projelere katkı sağlar.	,645

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

FACTOR
/VARIABLES P3 P4 P5

KMO ana Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,685
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi-Square	138,984
df	3,000
Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
Politik nedenler isletmenin büyüyüp gelişmesinde etkilidir.	1,000	,669
Politik nedenler sağlık isletmesi yöneticisi ile yakından ilgilidir.	1,000	,779
Sağlık isletmesi politik nedenlerden etkilenir.	1,000	,679

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,127	70,904	70,904	2,127	70,904	70,904
2	,524	17,462	88,366			
3	,349	11,634	100,000			

Component Matrix^a

	Component
	1
Politik nedenler sağlık isletmesi yöneticisi ile yakından ilgilidir.	,882
Sağlık isletmesi politik nedenlerden etkilenir.	,824
Politik nedenler isletmenin büyüyüp gelişmesinde etkilidir.	,818

FACTOR
/VARIABLES I2 I3 I4

KMO ana Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,612
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi-Square	63,839
df	3,000
Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
Sağlık işletmeleri yuzyuze iletişimin fazla olduğu birimlerdir. Burada çalışan personelin güler yüzlü olması son derece önemlidir.	1,000	,587
Güler yüzlü, iyi iletişim kuran personel hasta memnuniyet oranını önemli ölçüde artırır.	1,000	,698
Sağlık işletmesi çalışanları insani sorumluluğum gereğini kabullenmiş insanlar olmalıdırlar.	1,000	,476

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,760	58,681	58,681	1,760	58,681	58,681
2	,746	24,878	83,559			
3	,493	16,441	100,000			

Component Matrix^a

	Component
	1
Güler yüzlü, iyi iletişim kuran personel hasta memnuniyet oranını önemli ölçüde artırır.	,835
Sağlık işletmeleri yuzyuze iletişimin fazla olduğu birimlerdir. Burada çalışan personelin güler yüzlü olması son derece önemlidir.	,766
Sağlık işletmesi çalışanları insani sorumluluğum gereğini kabullenmiş insanlar olmalıdırlar.	,690

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

FACTOR

/VARIABLES T2 T3 T4

KMO ana Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,655
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi-Square	59,381
df	3,000
Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
Modern tıbbi teknolojiyi takip etmek hizmet kalitesini artırır.	1,000	,561
Modern tıbbi teknolojiyi takip eden işletmelerin hasta memnuniyet oranı yüksektir.	1,000	,615
Modern tıbbi teknolojiyi takip eden işletmelerin çalışan memnuniyet oranı yüksektir.	1,000	,593

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,770	58,992	58,992	1,770	58,992	58,992
2	,646	21,520	80,512			
3	,585	19,488	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component
	1
Modern tıbbi teknolojiyi takip eden işletmelerin hasta memnuniyet oranı yüksektir.	,784
Modern tıbbi teknolojiyi takip eden işletmelerin çalışan memnuniyet oranı yüksektir.	,770
Modern tıbbi teknolojiyi takip etmek hizmet kalitesini artırır.	,749

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

FACTOR
/VARIABLES B3 B4 B5

KMO ana Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,642
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square
	50,009
	df
	3,000
	Sig.
	,000

Communalities

	Initial	Extraction
Ahlaki (etik) değerlere bağlı çalışan sağlık işletmesi daha başarılı olur.	1,000	,533
Yasal düzenlemelere bağlı çalışan sağlık işletmesi daha başarılıdır.	1,000	,607
Gönüllü yapılan projelere ağırlık vererek çalışan sağlık işletmesi daha başarılı olur.	1,000	,566

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,705	56,840	56,840	1,705	56,840	56,840
2	,688	22,930	79,770			
3	,607	20,230	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component
	1
Yasal düzenlemelere bağlı çalışan sağlık işletmesi daha başarılıdır.	,779
Gönüllü yapılan projelere ağırlık vererek çalışan sağlık işletmesi daha başarılı olur.	,752
Ahlaki (etik) değerlere bağlı çalışan sağlık işletmesi daha başarılı olur.	,730

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

RELIABILITY
/VARIABLES=E3 E4 E5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,780	,780	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
İşletmemiz ulusal ve yerel yasal düzenlemelere uygun şekilde çalışır.	13,56	1,993	,590	,372	,723
İşletmemiz iş güvenliği standartlarına sahiptir ve uygulayıcısıdır.	13,57	1,871	,664	,447	,683
İşletmemizde çalışanların yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde tanımlanmıştır.	13,56	1,980	,545	,305	,748
İşletmemiz yasal hakları konusunda hasta, hasta yakını ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireyleri bilgilendirir.	13,49	2,171	,544	,298	,747

RELIABILITY
/VARIABLES=Y1 Y2 Y3 Y4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,780	,780	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
İşletmemiz ulusal ve yerel yasal düzenlemelere uygun şekilde çalışır.	13,56	1,993	,590	,372	,723
İşletmemiz iş güvenliği standartlarına sahiptir ve uygulayıcısıdır.	13,57	1,871	,664	,447	,683
İşletmemizde çalışanların yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde tanımlanmıştır.	13,56	1,980	,545	,305	,748
İşletmemiz yasal hakları konusunda hasta, hasta yakını ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireyleri bilgilendirir.	13,49	2,171	,544	,298	,747

RELIABILITY

/VARIABLES=A1 A2 A3 A5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,696	,693	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sağlık işletmesi olarak öncelikli hedefimiz ahlaki kurallara uygun çalışmaktır.	13,66	1,823	,384	,149	,687
Sağlık işletmeleri diğer işletmelerden farklı olarak sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanan nedenlerden dolayı etik değerlere uygun çalışmak zorundadırlar.	13,71	1,484	,554	,360	,584
İşletmemiz kurumsal bütünlük ve ahlaki davranışın yasalara uymanın ötesinde bir şey olduğunu kabul eder.	13,81	1,352	,584	,385	,560
Ahlaki değerlere uygun çalışan işletmede hasta memnuniyet oranı yüksektir.	13,87	1,660	,411	,176	,675

RELIABILITY
/VARIABLES=G1 G2 G3 G4 G5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,755	,763	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
İşletmemiz toplumun sağlık seviyesini yükseltecek gönüllü projelere katkı sağlar.	16,66	4,951	,448	,288	,740
İşlemelerin gönüllü projelere katılması için yöneticiler bunun gerekliliğini benimsemelidir.	16,52	4,828	,632	,450	,676
Gönüllü sorumluluklara destek sağlayan işletme çalışanlarının memnuniyet oranı yüksektir.	16,65	4,780	,613	,411	,681
Gönüllü sorumluluklar işletmelere uzun vadede kâr sağlar.	16,77	4,539	,497	,277	,727
Gönüllü sorumluluklara destek sağlayan işletme toplumda olumlu imaj kazanır.	16,47	5,351	,459	,303	,733

RELIABILITY
/VARIABLES=P3 P4 P5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,794	,794	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Politik nedenler işletmenin büyüyüp gelişmesinde etkilidir.	7,40	3,624	,599	,379	,759
Politik nedenler sağlık işletmesi yöneticisi ile yakından ilgilidir.	7,62	3,069	,705	,497	,644
Sağlık işletmesi politik nedenlerden etkilenir.	7,39	3,301	,611	,392	,748

RELIABILITY
/VARIABLES=I2 I3 I4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,642	,645	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sağlık işletmeleri yüzyüze iletişimin fazla olduğu birimlerdir. Burada çalışan personelin güler yüzlü olması son derece önemlidir.	9,32	,662	,444	,237	,558
Güler yüzlü, iyi iletişim kuran personel hasta memnuniyet oranını önemli ölçüde artırır.	9,26	,677	,548	,304	,415
Sağlık işletmesi çalışanları insani sorumluluğum gereğini kabullenmiş insanlar olmalıdırlar.	9,31	,767	,374	,158	,646

RELIABILITY
/VARIABLES=T2 T3 T4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,644	,652	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Modern tıbbi teknolojiyi takip etmek hizmet kalitesini artırır.	8,89	1,129	,438	,195	,571
Modern tıbbi teknolojiyi takip eden işletmelerin hasta memnuniyet oranı yüksektir.	8,93	1,083	,482	,233	,517
Modern tıbbi teknolojiyi takip eden işletmelerin çalışan memnuniyet oranı yüksektir.	9,09	,837	,464	,218	,553

VERİLERE AİT ORTALAMA STANDART SAPMA KORELASYON ANALİZİ

Descriptive Statistics

	Miktar	Ort.	Std. Sapma
Ekonomik sorumluluk	150	4,38	,642
Yasal sorumluluk	150	4,59	,533
Ahlaki sorumluluk	150	4,73	,459
Gönüllü sorumluluk	150	4,18	,614
Politik sorumluluk	150	3,75	,919
İnsani sorumluluk	150	3,67	,473
Teknolojik Sorumluluk	150	4,49	,540
Başarı Durumu	150	4,13	,598
Valid N (listwise)	150		

	ES	YS	AS	GS	PS	İS	TS	BD
ES Pearson Kor.	1,000	,349**	,224**	,220**	,094	,213**	,161*	,105
Anlm.	.	,000	,006	,007	,253	,009	,049	,202
Miktar	150	150	150	150	150	150	150	150
YS Pearson Kor.	,349**	1,000	,508**	,238**	,072	,134	,297**	,215**
Anlm.	,000	.	,000	,003	,380	,103	,000	,008
Miktar	150	150	150	150	150	150	150	150
AS Pearson Kor.	,224**	,508**	1,000	,257**	,036	,293**	,278**	,144
Anlm.	,006	,000	.	,002	,659	,000	,001	,079
Miktar	150	150	150	150	150	150	150	150
GS Pearson Kor.	,220**	,238**	,257**	1,000	,166*	,247**	,227**	,276**
Anlm.	,007	,003	,002	.	,043	,002	,005	,001
Miktar	150	150	150	150	150	150	150	150
PS Pearson Kor.	,094	,072	,036	,166*	1,000	,042	,060	,024
Anlm.	,253	,380	,659	,043	.	,614	,465	,772
Miktar	150	150	150	150	150	150	150	150
İS Pearson Kor.	,213**	,134	,293**	,247**	,042	1,000	,229**	,162*
Anlm.	,009	,103	,000	,002	,614	.	,005	,048
Miktar	150	150	150	150	150	150	150	150
TS Pearson Kor.	,161*	,297**	,278**	,227**	,060	,229**	1,000	,270**
Anlm.	,049	,000	,001	,005	,465	,005	.	,001
Miktar	150	150	150	150	150	150	150	150
BD Pearson Kor.	,105	,215**	,144	,276**	,024	,162*	,270**	1,000
Anlm.	,202	,008	,079	,001	,772	,048	,001	.
Miktar	150	150	150	150	150	150	150	150

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ES Ekonomik sorumluluk
YS Yasal sorumluluk
AS Ahlaki sorumluluk
GS Gönüllü sorumluluk
PS Politik sorumluluk
İS İnsani sorumluluk
TS Teknolojik Sorumluluk

REGRASYON ANALİZİ ÇIKTILARI

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,361 ^a	,131	,088	,571

a. Predictors: (Constant), Teknolojik Sorumluluk, Politik sorumluluk, Ekonomik sorumluluk, İnsani sorumluluk, Gönüllü sorumluluk, Ahlaki sorumluluk, Yasal sorumluluk

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6,963	7	,995	3,046	,005 ^a
	Residual	46,370	142	,327		
	Total	53,333	149			

a. Predictors: (Constant), Teknolojik Sorumluluk, Politik sorumluluk, Ekonomik sorumluluk, İnsani sorumluluk, Gönüllü sorumluluk, Ahlaki sorumluluk, Yasal sorumluluk

b. Dependent Variable: Başarı Durumu

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,838	,648		2,838	,005
	Ekonomik sorumluluk	-,012	,082	-,013	-,145	,885
	Yasal sorumluluk	,134	,108	,119	1,236	,219
	Ahlaki sorumluluk	-,048	,122	-,037	-,392	,696
	Gönüllü sorumluluk	,195	,083	,200	2,348	,020
	Politik sorumluluk	-,014	,052	-,022	-,270	,787
	İnsani sorumluluk	,052	,108	,041	,480	,632
	Teknolojik Sorumluluk	,225	,093	,204	2,429	,016

a. Dependent Variable: Başarı Durumu

ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Ardahan'ın ıldır ilçesinde doğdum. İlköğrenimimi Sivas ortaöğrenimimi Erzincan'da tamamladım. Liseyi SSK Erzurum Sağlık Meslek Lisesi' de okudum. 2003 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Meslek Yüksek Okulu Halkla İlişkiler Bölümünü bitirdim. Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümünü bitirdikten sonra 2008 -2009 eğitim-öğretim döneminde Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 'Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi' bölümünde yüksek lisans eğitimine başladım.

Pendik Devlet Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktayım.