

DERLEME

SAĞLIK BAKANLIĞINCA ARALIK 2001 TARİHİNDE YENİDEN YAYIMLANAN "SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÜRÜTÜLMESİ HAKKINDAKİ YÖNERGE" NİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bülent KILIÇ*, Gazanfer AKSAKOĞLU**

Sağlık Bakanlığı, 20 Aralık 2001 tarihinde "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge"yi güncelleştirerek yeniden yayımladı (**Temel Sağlık Hizmetleri Gen. Müd., 2001**). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan ve eski adıyla "154 sayılı Yönerge" olarak da bilinen metnin yeni hali Sağlık Bakanlığı tarafından son yıllarda hızlandırılan "özelleştirme" ve "merkezi/siyasi baskı oluşturma" yaklaşımlarının hem yansımalarını hem de yasal dayanak oluşturma çabalarını içermektedir. Yönergenin yeni hali "temel kavramlar", "sağlık hizmetlerinin yürütülmesi" ve "mülki idare ilişkileri" olmak üzere 3 ana başlık altında irdelenecektir:

I-TEMEL KAVRAMLAR

Yeni yönergede sağlık, sağlık hizmetleri ve sosyalleştirme gibi başlıklar altında değinilmesi gereken bazı temel ilkelere ya hiç değinilmemiş ya da yetersiz ve yanlış olarak tanımlanmıştır:

a) **Ücretsiz hizmet:** Bilindiği üzere sosyalleştirme yasası 1. maddesinde sosyalleştirmenin amacını "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak" olarak açıklar ve 2. maddesinde ise ".....her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz eşit şekilde faydalanmalarıdır" diyerek hizmetin ücretsiz olduğunun altını çizer (**Resmi Gazete, 1961**). Sosyalleştirme yasasına dayanarak çıkartılan yönergenin 4. Maddesinin c fıkrası sosyalleştirmeyi

tanımlamaya ayrılmış ancak bu tanımda ücretsiz hizmetten bahsedilmemiştir. Özellikle ücretsiz hizmet gibi bir kavrama değinilmemesinin temel nedeni unutkanlık veya iyimser bir görüşle "bilinenin tekrar edilmemesi" değildir. Temel neden Sağlık Bakanlığı tarafından artık hizmetlerin bedelinin halktan toplanmak istenmesidir. Bilindiği üzere son yıllarda aile planlaması hizmetlerinin Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı aracılığıyla ücretlendirilmesi başlatılmış durumdadır. Sağlık ocaklarına başvuran yoksul halk oral kontraseptif ve kondomu ücretsiz alamaz ve RİA uygulamasını da bedelsiz yaptıramaz hale gelmiştir. Öte yandan sağlık ocaklarında çok uzun bir süredir Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı'na bağlı adı altında gebe ve bebeklere bakılan hemoglobin, hematokrit, idrar tetkiki gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden de ücret alınmaktadır. 2002 yılından başlayarak 41 ilde uygulanmaya başlanan sağlık ocaklarında döner sermaye uygulaması da hizmetin tamamına yakınına fiilen ücretli hale getirmiştir (**Resmi Gazete, 2001**). Böylece yönergede de hizmetin ücretsiz olduğu ilkesine değinilmeyerek mevzuat açısından bu duruma uygun bir alt yapı oluşturulmaya çalışılmaktadır.

b) **Eşitlik:** Hizmete gereksinimi olan herkesin herhangi bir etnik, kültürel veya dinsel bir ayrıma uğramaksızın, yoksulluk başta olmak üzere, bilgisizlik, iş güvencesi veya sosyal güvence olmayışı gibi nedenlerle sağlık hizmetlerine ulaşmasında bir sorun oluşturmayacağı konusu ayrı bir ilke ve açık olarak vurgulanmamış, sadece sosyalleştirme tanımı içinde "hakça yararlanma"dan bahsedilmiştir. Temel ilkelere ilgili bu özensizlik sürekli göze çarpan bir olgudur. Örneğin daha ilk sayfada sağlık hizmetleri tanımlanırken koruyucu ve iyileştirici olarak eksik tanımlanmış, sağlığın geliştirilmesi ve esenlendirme

*Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

**Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

gibi boyutları görmezden gelinmiştir. Daha sonraki bölümlerde bu kavramlar yer yer ele alınmakla beraber eksik veya yetersiz kalmıştır.

c)Katılım: Sağlık hizmetlerine katılım "halkın sağlık hizmetine para ya da mal bağışlayarak ya da insangücü desteği vererek katılması" şeklinde tanımlanarak, bilinçli bir şekilde toplumun bu alandaki maddi desteği (katkısı) özendirilmiş ve ön plana çıkarılmıştır. Oysa sağlık hizmetlerine toplum katılımı halkın bu hizmetleri bilmesi, benimsemesi, kullanması ve örgütlü bir şekilde bu hizmetlerin geliştirilmesi amacıyla bu alanda sağlık personeliyle beraber olması demektir. Katılım tanımının özünü oluşturan bu yapı daha çok mal ve para bağışlama gibi bir anlama çekildiğinden bu durum Sağlık Bakanlığı'nın asli sorumluluklarını terketmek istediği izlenimini doğurmaktadır.

II-SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÜRÜTÜLMESİ

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi bölümünde getirilen uygulamalar ve tanımlanan ilkelerde anlaşılamayan, yetersiz, çelişkili ya da son derece yanlış tanımlamalar yer almaktadır:

a)Nüfusa Göre Örgütlenme: 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"un 2. Maddesi sağlık ocağı tanımını şu şekilde yapmaktadır.

"Sağlık Ocağı: Takriben 5.000-10.000 kişinin köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını teşkil eder. Bunların il içinde idari taksimata uyması icabetmez".

Bu durumda sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında Bakanlıkça yayınlanan son yönergenin Sosyalleştirme yasasında belirtilen her 5.000-10.000 nüfusa bir sağlık ocağı açılması gerekliliğini göz ardı ettiği görülmektedir. Çünkü yönergede sağlık ocağı nüfusu illerde 10.000 kişinin üzerine çıkartılmış ve 30.000 nüfuslu sağlık ocakları tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın yıllardır bilimsel planlama ve örgütlenme ilkelerinden yararlanmadan ve özellikle İstanbul ve benzeri kentlerde yeterli sağlık ocağı açmadığı bilinmektedir. Bu durumda sağlık ocağı başına düşen nüfus da artırılarak mevzuat buna uygun hale getirilmeye çalışılmakta, 30.000 nüfusa tek bir sağlık ocağı tarafından nitelikli bir sağlık hizmeti götürmenin zorlukları göz ardı edilmektedir. Öte yandan yönergede örgütlenme önce nüfusa göre tanımlanmış ancak daha sonra ilçe tipi örgütlenmeden bahsedilerek tekrar çelişkiye düşülmüştür.

Bir başka önemli konu özellikle son 20 yıldır tüm sağlık ocağı bölgeleri ve sağlık grup başkanlıklarının yasadaki ".....**Bunların (sağlık ocaklarının) il içinde idari taksimata uyması icabetmez**" tanımının tersine idari taksimata uydurilmaya ve ilçe tanımlamalarıyla kaymakamlıklara bağlanmaya çalışılmasıdır. Sosyalleştirme nüfus bazındaki örgütlenmeyi ilçelere bağımlı olmayan sadece il düzeyinde sınırlı olarak ele

almıştır. Bunun temel nedeni hekimin hükümet tabipliği modelinde olduğu gibi kaymakamlıklara bağımlı kılınmasını önlemektir. Ayrıca bir çok ilçe ve köyde idari taksimat olarak adlandırılan sınırlar sağlık hizmetlerinin sınırları ile uyuşmamaktadır. Oysa yeni yönergede tüm bu yaklaşımların tamamen tersine olarak örgütlenme ilçe sınırlarına bağlı kalınarak tanımlanmıştır.

b)Bölge Tabanlı Hizmet: Kentlerde nüfusu 10.000'i aşan ve alt yapısı ile personeli uygun sağlık ocaklarında yasaya aykırı olarak oluşturulmuş yapay bölünmelerle poliklinik hizmetleri yeniden düzenlenmiştir (4. Madde, o fıkrası). Bölge tabanlı olarak 1 hekim, 1 hemşire ve 2 ebeden oluşan ekiplerin kişiye yönelik tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada vereceği iddia edilmesine karşın bu tanımlamayla sağlık ocağındaki toplumsal bakış açısını göz ardı eden yeni yapılar oluşturulmuştur. Bu bölünmüş yapının sağlık ocağı bütünündeki aşı oranlarının, bulaşıcı hastalıkların değerlendirilmesini nasıl yapacağı ve tüm bunların su ve gıda kontrolleriyle olan bağlantısını nasıl kurabileceği görmezden gelinmiştir. Bir kaç yıldır İzmir'de Bornova'da yapılan bölge tabanlı uygulamanın başarısızlığı göz ardı edilmiş, Kişisel Sağlık Fişlerinin dahi kullanılmadığı, bir kaç büyük binada sadece poliklinik uygulamalarına yoğunlaşıldığı, bir müddet sonra polikliniklere de hekim ve ebelerin birbirinin yerine girdiği dikkate alınmamıştır. Ayrıca yönergede bu uygulamanın yaygınlaşamayacağı daha baştan kabul edilerek "alt yapısı ve personeli uygun olan yerler" de uygulanması istenmiştir. Alt yapısı uygun tanımının ne anlama geldiği ise açıklanmayarak hiç bir tanımlama yapılmamıştır.

c)Sevk Zinciri/Kademeli Hizmet: Sosyalleştirme yasasında sevk zinciri şu şekilde tanımlanır:

Madde 13:"Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen, acil vakalar hariç evvela sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar. ...sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları.....hastaneye yollarlar."

Madde 14a:"Sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde hastanelere başvuranlar hariç hasta muayene ve tedavisi parasızdır". Madde 12:"Hastanelerdeki sağlık personeli sağlık ocakları ve merkezleri personelinin mesleki tekamülüne de yardım ederler".

Sevk zinciri yeni yönergede tanımlanmış ancak bir zorunluluk olduğu ve acil durumlar hariç herkesin öncelikle bağılı olduğu sağlık ocağına başvurmak zorunda olduğu net bir dille ifade edilmemiştir (4. Madde, I fıkrası; ve 5. Madde e fıkrası). Örneğin yönergede sevk zincirine uyulmadığı durumda yapılması gereken yaptırımlardan da bahsedilmemiştir. Bu durum sevk zinciri uygulamasının zorunlu olmadığı ve şimdiye kadar olduğu gibi bundan sonra da uygulanmayacağı izlenimini vermektedir. Ayrıca basamaklar arası iletişim, sevk edilen hastayla ilgili olarak uzman-pratisyen hekim iletişimi gibi son derece önemli konular da gündeme getirilmemiştir. Bilindiği üzere sevk sisteminin temel amaçlarından biri sağlık ocağı hekimiyle bir üst basamak arasında düzenli bir iletişim ve karşılıklı

eğitimidir. Sağlık Bakanlığı'nın bu yapıyı engelleyen en önemli faktörlerden biri olan yarı zamanlı çalışma gibi sorunları da gerçekte çözmeye niyetli olmadığını göstermektedir.

d) Sağlık Grup Başkanı - Sağlık Müdürü Görevleri:

Sağlık Grup Başkanı tanımında yer alan "en az 5 yıl hizmeti olan (tercihen halk sağlığı uzmanı)" koşulu (25. Madde, b fıkrası) sağlık müdürü tanımında yer almamıştır (6. Madde, b fıkrası). Bu durumda yeni yönergede sağlık müdürleri için herhangi bir tanımlama ve uygunluk koşulundan bahsedilmemektedir. Böylece devlet memuriyetine dahi kabul edilmemiş, yeni mezun bir kişinin sağlık müdürü olmasına olanak sağlanırken bu durum sağlık grup başkanlığı için uygun görülmemektedir. Öte yandan konunun eğitimini almış, halk sağlığı uzmanlarının sağlık müdürlüğü için parantez içinde "tercihen" dahi anılmamış olması da çok ilginçtir. Oysa yönergeden beklenen hem sağlık müdürleri hem de sağlık grup başkanlıkları için "halk sağlığı uzmanı olmak" koşulunun olması veya bu alanda mezuniyet sonrası eğitimin öneminin ve zorunluluğunun tanımlanmasıydı. Bu özensizlik halk sağlığı uzmanlık eğitimine verilen önemi ve atamalarda izlenen akıl ve bilim dışı yolları da göstermektedir. Aradaki çelişkiler anlaşılabilir olmaktan uzaktır.

e) Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri: "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun"u

hazırlayan Prof. Dr. Nusret Fişek, yasanın uygulanabilmesi için Sağlık Bakanlığı ile üniversiteler arasında bir iş birliği geliştirilmesinin zorunlu olduğunu dile getirmiş ve dolayısıyla "Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri"nin kurucusu olmuştur. Konu ile ilgili ilk bölge olan "Etimesgut Eğitim ve Araştırma Bölgesi" de 1964 yılında bu amaçla kurulmuştur. Türkiye için sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun son derece uygun ve uygulanabilir bir model olduğu da "Eğitim ve Araştırma Bölgeleri"yle kanıtlanmıştır. Bölgelerin hizmet sunumu ve araştırmalar dışında son derece önemli bir işlevi de tıp eğitimidir. Sağlık örgütlenmemiz içinde hizmet sunumunda son derece önemli bir yere sahip olan pratisyen hekimler, tıp fakültelerinde sosyalleştirme yasasına ve sağlık ocaklarında çalışmaya uygun bir tıp eğitimi alamamakta ve bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda da önemli aksamalara yol açmaktadır. Bu nedenle "Eğitim ve Araştırma Bölgeleri" hekimlerin mezuniyet öncesi dönemde ülkemizin sağlık örgütlenmesini, sağlık alt yapısını, sağlık ocaklarını, sağlık mevzuatını ve sağlık personelinin tanıyabilecekleri en uygun yerler olmaktadır. Aynı zamanda da tıp öğrencileri bu bölgelerde sağlıkla ilgili olaylarda biyolojik etmenler kadar toplumsal etmenlerin de ne kadar önemli olduğunu, ülkemizde sık görülen hastalıkları ve sağlık sorunlarını bizzat yaşayarak öğrenmektedirler. Kuşkusuz aynı özellikler başta halk sağlığı uzmanlık eğitimi olmak üzere mezuniyet sonrası tıp eğitimi, ebe-hemşireler başta olmak üzere sağlık personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık hizmetleri için insan gücü yetiştiren diğer okullar için de büyük bir gereksinimdir.

Tüm bu nedenlerle yıllardır Eğitim Araştırma ve Sağlık Grup Başkanları üniversite ve bakanlığın ortak görüşü ile üniversiteden bir öğretim üyesi olarak atanmıştır. Ancak son yönergede eğitim araştırma sağlık grup başkanının üniversiteden bir öğretim üyesi olacağı belirtilmemiş ve böylece uzun bir süredir gündeme getirilen "üniversiteyi yönetimden uzaklaştırmak" çalışmasının ilk adımı atılmıştır. Yönergede dikkati çeken ikinci konu bölgelerin sağlık hizmetlerini en üst düzeyde yürütülmesini sağlama amacının sadece "eğitim" çalışmalarına bağlanmış olmasıdır. Oysa eğitimin temel öğelerinden biri de hizmet içinde, sürekli, göstererek ve gözleyerek yapılmasıdır. Özellikle alan çalışmalarının ağırlıklı olduğu sağlık ocağı çalışmasında eğiticinin hiçbir yönetsel yetkisi ve denetim gücü olmadan hizmet içi eğitim yapması verimli olmayacaktır. Ayrıca bölgede gerçekleştirilecek her türlü araştırma ve proje konusunda bakanlığa bilgi verilmesi ve müdahale araştırmaları için izin alma koşulu getirilmesi de üniversitelerdeki özgür bilimsel ortamı kısıtlayıcı maddeler olarak dikkati çekmektedir. Bu durum da Sağlık Bakanlığı bölgelerde halk sağlığı anabilim dalları için yönetimden uzak ve kopuk, sadece eğitimle sınırlandırılmış bir görev tanımları çizmektedir. Yönergenin Sağlık Bakanlığı tarafından atanmış bir grup başkanını ve hareket kabiliyeti sınırlandırılmış bir üniversiteyi amaçladığı görülmektedir. Nitekim Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün hazırladığı taslak protokol da bu yöndedir (Temel Sağlık Hizmetleri Gen. Müd., 2002).

f) İş Sağlığı Hizmetleri: Sağlık ocaklarının ve grup başkanlıklarının sunması gereken hizmetler arasında iş sağlığı hizmetleri yer almamış, söz konusu edilen yerlerde de bu hizmetler işyeri denetimi ve portör muayeneleri ile sınırlı kalmıştır. Nüfusun önemli bir kesiminin 50'den az işçi çalıştıran ve işyeri hekimi olmayan iş yerlerinde çalışmakta olduğu düşünülürse bu gruba yönelik olarak verilmesi gereken işe giriş muayeneleri, periyodik izlemler, eğitim, risk değerlendirmesi gibi hizmetlere hiç değinilmemesi ciddi bir eksikliklerdir. Bu alanın işyeri sahiplerinin insafına ve mevzuattaki yetersizlikler nedeniyle de küçük iş yerlerinde çalışma olanağı bulamayan işyeri hekimlerine bırakıldığı dolayısıyla terkedildiği görülmektedir.

III-MÜLKİ İDARE İLİŞKİLERİ

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinden önce uygulanan hükümet tabipliği sistemlerinin olumsuz örnekleri, sosyalleştirme gibi yeni bir model oluşturulurken farklı bir çizgi oluşturulmasını zorunlu kılmıştı. Bu nedenle sosyalleştirme yasası hazırlanırken bu durum dikkate alınarak sağlık hizmetinin devlet eliyle ancak merkezsiz yönetim biçimine bağlı olmaksızın dolayısıyla il içindeki idari yapılanmadan bağımsız olarak örgütlenmesi gerçekleştirilmişti. Böylece sağlık örgütünün kuruluşu ve görevlendirilişinde kaymakamlık devre dışı bırakılıyor, sağlık ocağının üzerinde, sağlık grup başkanlığı, onun da üzerinde sağlık müdürlüğü olması sağlanıyordu. Çevre sağlığı hizmetleri açısından da belediyeye düşen görevler tanımlanıyor, sağlık ocağı hekimine bu hizmetlerin

danışmanlığı işlevi yükleniyordu. Tüm bu yapılanmayla iki amaç netleştiriliyordu: 1.Sağlık birimleri yalnızca sağlık hizmeti sunacaktı, 2.Sağlıkçının amiri sağlıkçı olacaktı (Aksakoğlu, 1995).

Tüm bu özelliklere karşın yeni yönergede bu durumun dikkate alınmadığı ve sağlık grup başkanlarının, kaymakam gibi mülki idarecilere karşı sorumlu tutulduğu görülmektedir:

a) Kaymakam: İlçede sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden birinci derecede sorumlu kişi olarak tanımlanmış ve sağlık grup başkanı doğrudan kaymakama bağlanmıştır (Madde 25, a fıkrası). Sosyalleştirme yasası ve 154 sayılı yönerge sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hem sağlık ocağı bölgelerini hem de sağlık personelini bilinçli olarak kaymakamlıklardan bağımsız kılmıştır. Ancak yeni düzenlemede bu durum dikkate alınmadığı gibi mülki idare baskısını artıracak, sağlık personelini kaymakama tam olarak bağımlı kılacak bir uygulama tanımlanmıştır. Kaymakamların aldıkları eğitimle sağlık hizmetlerini tam olarak değerlendirmek gibi bir yetiye sahip olamayacağı açıktır. Son yıllarda yapılan atamaların siyasi partiler tarafından düzenleniyor olması da ilçelerde belli bir siyasi görüşten gelen kaymakamlarla karşılaşılmasına yol açmaktadır. Bu durumda sağlık ocağı aracının köye gidebilmesi için kendisinden izin alınmasını isteyen, sağlık ocağı hekiminin tıp fakültesindeki eğitime katılması için valilik onayı isteyen kaymakamlara rastlanılmaktadır. Bu nedenle yönergenin, kaymakamları ilçede sağlık hizmetlerinden birinci derecede sorumlu tutarak, sağlık grup başkanlarını kaymakama bağlaması büyük bir hata olarak görülmektedir.

b) İlçelerdeki Kurul ve Komisyonlar: 154 sayılı yönerge sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde sağlık grup başkanlarının ve sağlık ocağı hekimlerinin 5442 sayılı il idaresi kanununda belirtilen komisyonlara katılamayacağını belirtmiştir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1964). Bunun temel nedeni bu tip komisyonların sağlık hizmetleri ile olan ilgisinin azlığı ve

hekimin kaymakamın yönetimi altına girmesinin önlenmek istenmesidir. 154 sayılı yönergede bu komisyonlarda tıbbi görüş isteniyorsa "hekime bu konuda görüş sorulur" denilerek hekimin sınırlı zamanının her ay saatlerce sürecek toplantılarla gereksiz yere harcanması da engellenmiş olmaktadır. Oysa yönergede bu kurul ve komisyonlar tek tek tanımlanarak sağlık grup başkanı adeta kaymakama esir edilmektedir. Sağlık ocaklarını gezmek, hizmeti değerlendirmek ve yönlendirmek gibi son derece zor bir görevi olan grup başkanlarının haftada 2 yarım günlerini bu toplantılarla harcamaları tam bir israf ve verimsizlik örneğidir.

KAYNAKLAR

Aksakoğlu, G. (1995) "Sağlık Hizmetine Kaymakam Engeli" Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, c:4, s:9, sf:304-7.

Resmi Gazete (1961) "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", Kanun No:224, Resmi Gazete No:10705, 12.01.1961.

Resmi Gazete (2001) "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağılı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanunun Bazı Maddeleri ile 190 sayılı KHK'nin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun", Kanun No:4618, Resmi Gazete No:24296.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1964) "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge", Yayın No:154, s:51.

Temel Sağlık Hizmetleri Gen. Müd. (2001) "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge", sayı:8597, Ankara.

Temel Sağlık Hizmetleri Gen. Müd. (2002) "Sağlık Bakanlığı ile Üniversiteler Arasında Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi Oluşturularak İşbirliği Yapılması Hakkında Protokol", sayı:5657, Ankara.