

SAĞLIK SEKTÖRÜ VE KAMUYA YARARLI KURULUŞLAR

Dr. M. Hulki UZ*

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklar her dönemde kısıtlı olmasına rağmen toplumun sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları yıldan yıla sürekli olarak artmaktadır. Bu da kamu kaynaklarındaki yetersizlikten dolayı bazı hizmetlerin tamamının ya da bir kısmının veril(e)memesine neden olmaktadır. Bununla birlikte, diğer hizmet sektörleri gibi sağlık hizmetlerinin de tümünün kamu eliyle verilmesi gerek kamunun hantal ve ileri derecede bürokratik yapısı gerekse kamuda maliyet kısıtlaması metodlarının ve uygulama ve tahsisat verimliliği(1) kavramının gereklerinin genellikle ihmal edilmesinden dolayı sıklıkla ya etkili olmayan ya da etkili fakat çok pahalıya mal olan uygulamaları gündeme getirmektedir. Ülkeler kamu kesiminin bu dezavantajlarını ortadan kaldırmak için çeşitli yollar izlemektedirler. Bir kısmı kamu sektörünün verimliliğini artırıcı önlemlere başvururken, bir kısmı da belirgin bazı sağlık hizmetlerinin verilmesini tüm kontrolleri elinde tutarak özel sektöre devretmektedir(2).

Bazı ülkelerde ise, bazı hizmetlerin bir bölümü ya da tamamı kamu yararına çalışan özel statüdeki kuruluşlar tarafından verilmekte, bu kuruluşların çalışmalarını kamu tarafından kontrol edilmekte ve direkt ya da indirekt olarak desteklenmektedir.

KAMUYA YARARLI KURULUŞLAR#

Green (3) kamuya yararlı kuruluşları, maddi olarak kar amacı gütmeyen ve çoğunluğunda olduğu gibi devlet tarafından direkt olarak yönetilmeyen

veya devlete karşı direkt sorumlu olmayan, kamu yararına çalışan organizasyonlar olarak tanımlanmaktadır. Devletten çeşitli yardımlar almalarına rağmen bu kuruluşlar kaynak kullanımı konusunda detaylı bir denetime nadiren tabi tutulmaktadır. Kamuya yararlı kuruluşlar (KYK'lar) geliştirmekte olan hemen tüm ülkelerde toplumun özellikle düşük gelirli gruplarına çeşitli tip ve boyutta sağlık hizmeti üretmektedirler(2).

KYK'lar, kamu kurumlarından ayrılabilmek için bazen **özel kuruluş** olarak da nitelendirilmektedirler. Fakat bunların kamu kuruluşu olmamaları, kar amaçlayan organizasyonlar olmaları anlamına gelmez. Kuruluş amacı ve işlev olarak kar elde etmeyi hedeflemeyen ve kamu yararına çalışan bu kuruluşlar kamu eliyle kurulmadıklarından özel kuruluş statüsündedirler.

Hükümetlerin finansman kaynaklarındaki kısıtlamalara bağlı olarak KYK'ların sağlıkla ilgili faaliyetlerdeki popülariteleri 1980 yılından beri özellikle az gelişmiş ve geliştirmekte olan ülkelerde hızla artmıştır(4). Bu popülaritenin sebepleri aşağıda tartışılacaktır.

Buna karşın bazı uluslararası yardım kuruluşları bazen kendilerinin ya da kendilerini büyük ölçüde destekleyen devletlerin "özel" amaçlarını yardım verdikleri ülkenin hükümetine benimsetmek veya bu amaçları gerçekleştirmek için bu kuruluşları kullanabilmektedirler.

Tipleri:

KYK'lar genel olarak 6 başlık altında incelenmektedirler (3,5):

- Dini kuruluşlar: Özellikle hristiyan aleminde bu kuruluşların, kilise ile olan bağlantılarından do-

* WHO/EURO Sağlık Politikaları Merkezi

Her ne kadar literatürde "Hükümet Dışı Kuruluşlar - Nongovernmental Organizations (NGOs)" olarak adlandırılırsa da bu yazıda anlaşılabilirliği artırmak için ülkemizde yaygın olarak kullanılan bu terim tercih edilmiştir.

layı ürettikleri diğer hizmetler gibi sağlık hizmetlerini de dini yayma aracı olarak kullandıkları ileri sürülmektedir.

- Uluslararası kuruluşlar: Kızılay [1868 yılında Tarihi Ferman ile kurulmuştur (6)] ve Kızıllaç bu kuruluşlara birer örnektir. Bu iki kuruluş, ülke, din, dil, ırk farklılığı gözetmeksizin gerek savaşta gerekse doğal afetlerde insanlığın yardımına koşmakta ve bu amaçla sağlık hizmetini de kapsayan bir dizi hizmet üretmektedirler.

- Ulusal kuruluşlar: Bunlar ya genel olarak ya da sağlık gibi daha özel konularda toplumun gelişmesi, ilerlemesi amacı ile faaliyet göstermek için kurulan sosyal gruplardır. Özellikle ikinci grupta yer alan KYK'lar sağlık hizmeti sunumunda daha fazla etkin rol oynarlar [örneğin Türkiye Trafik Kazalarını Önleme Derneği, Yeşilay Derneği(6)].

- Sendika, ticaret ve meslek örgütleri: Bu kuruluşların temel amacı üyelerinin haklarını korumak ve onların durumlarını geliştirmek ve iyileştirmektir. Bu kuruluşlar da bazen kampanyalar şeklinde belli hedef gruplara sağlık hizmeti sunmaktadır. Türk Tabipleri Birliği, Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği bunlara birer örnektir.

- Diğer: Yukarıda sıralanan grupların çalışma alanı dışında kalan bazı özel konularda (örneğin meslek hastalıkları) görev yapan KYK'lardır.

Görevleri:

Büyükükleri, organizasyon yapıları, üyeleri ve amaçları ne olsun KYK'lar eğer görev alırlarsa sağlık sektörüne önemli katkılarda bulunmaktadır. Genel olarak bu katkılarının başlıcaları şunlardır (3,5,7):

- *Hizmet sunumu*: Toplumda hizmete daha fazla ihtiyacı olan nüfus gruplarına kolayca ulaşarak hizmet sunabilirler. Hizmet sunumunu da;

a) mevcut hizmet sunumu sistemine kaynak (bina, araç-gereç, insangücü, para, bilgi) aktarma,

b) gerekli olan hizmeti kamu ya da özel sektörden satın alma,

c) kendi kaynaklarını kullanarak çeşitli yöntemlerle (örneğin gezici sağlık araçları ya da kampanyalar) direkt hizmet üretme yoluyla yaparlar. Hatta Kızılay'ın ülkemizde kan ve kan ürünlerinin temininde üstlendiği rol gibi bir hizmetin üretiminde tek kuruluş da olabilirler.

- *Sosyal aktiviteler*: KYK'lar ya ülkede ya-

şayanların tümünün ya da toplumun öncelikli gruplarının (yaşlı, özürlü, çocuk, kadın gibi) statülerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi ile ilgili sosyal aktiviteler düzenlerler.

- *Destek faaliyetleri*: Yukarıda hizmet sunumunda bahsedildiği gibi kaynak aktarımı ya da paylaşımı ile mevcut uygulamalardan bazısına (hizmetiçi eğitim, halkın sağlık eğitimi, ilaç ya da aşı temini, vb.) destek olurlar(8). Ülkemizde 1993 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre pratisyen hekimlerin son bir yılda katıldıkları hizmetiçi eğitimlerden (n=121) %14.1'ini meslek odaları, %3.2'sini de yerli ya da yabancı bir kuruluş düzenlemiş, eğitimlerin %16.6'sında da düzenleyici grupta (finans eden ya da eğitici olarak) yer almışlardır(9).

- *Araştırma ve geliştirme*: Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, ulusal ve/veya uluslararası lobicilik gibi alanlarda araştırma ve geliştirme faaliyetlerini bizzat kendileri yürütürler veya konuyla ilgili profesyonelleri kullanırlar. Örneğin Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği'nin kuruluş amaçlarından biri kanser ve kanser tedavisi ile ilgili araştırmalar yapmak, yapılmasını sağlamaktır(6).

Bütün bunların ışığında denilebilir ki, KYK'lar sadece sağlık hizmeti sunmakla kalmazlar, aynı zamanda toplum gelişimini ve örgütlenmesini sağlayan, yönetici, eğitimci ve ulusal ya da uluslararası lobici olarak da sağlık sektörüne önemli katkılarda bulunurlar.

Mali Kaynaklar:

Kuruluş amaçları, yapıları, üyeleri ve diğer faktörlere bağlı olarak KYK'lar çeşitli kaynaklardan mali destek alırlar. Ürettikleri mal ya da hizmeti kullananların belli oranlardaki katkı payları, hükümetin destekleri, üyelerin katkıları, ulusal ve/veya uluslararası kuruluşların yardımları, taşınır/taşınmaz mal varlıklarından elde edilen gelirler, düzenlenen piyango, konferans ya da eğlencelerden elde edilen gelirler ve halkın bağışları bu kuruluşların gelir kaynakları arasında sayılabilir(3,6). Bazen de bu kuruluşların ihtiyaç duyduğu bazı kaynaklar ya da bunların bir kısmının kullanım maliyetleri (bina, araç-gereç ya da bina kirası, personel maaşı gibi) kamu tarafından karşılanabilmektedir.

Avantaj ve Dezavantajlar:

Her ikisinin performanslarını karşılaştırmanın çeşitli güçlükleri olsa da KYK'ların kamuya göre daha verimli hizmet ürettikleri gösterilmiştir (2). Bunun muhtemel sebepleri şunlardır:

1. Daha küçük boyuttaki örgüt yapıları ile daha

yaratıcıdır, yerel ihtiyaçlara kolay cevap verebilirler ve bürokratik işlemlerden uzaktırlar.

2. Hizmet verdikleri topluma daha yakın olduklarından toplumun sağlık hizmetlerine daha fazla katılımını teşvik edebilirler. Bu da sağlık programlarının ya da hizmetlerin toplum ihtiyaçlarına daha uygun ve etkili verilmesini sağlar (10).

3. Kamunun sorumluluğunda olan bazı hizmetleri herhangi bir kamu kaynağına gerek kalmadan onun adına üretebilirler. Böylece tasarruf edilen bu kaynaklar diğer öncelikli alanlara aktarılabilir.

Buna karşın bu kuruluşların uygulamadan ziyade yönetimde verimli olmaları için daha çok sebep vardır. Çünkü bunlar değişikliklere hızla ve kolayca adapte olabilirler, kararlar sağlık kuruluşunda bir üst makamın onayı olmadan direkt olarak alınabilir ve kaynakları daha rahat kullanabilirler.

Buna rağmen yönetimdeki bu rahatlığın verimsizliğe ve planlamada aksaklıklara neden olduğu yolunda örnekler de mevcuttur(7). KYK'lar ulusal hedeflerden ziyade hedef toplumun ihtiyaçlarına cevap vermek üzere uygulamalar yaptığından bazen uygun olmayan boyutlarda ve yerleşim yerlerinde sağlık merkezleri kurabilmekte, gereksiz şekilde yüksek teknoloji ürünü cihazlarla hizmet üretebilmektedirler(3).

Özellikle kamu uygulamalarındaki sorunlar ve aşırı bürokrasinin neden olduğu belirgin bazı zayıflıklar ve kamu sektörüne göre daha verimli çalışmalar, bu kuruluşlara bir avantaj sağlarken kuruluş amaçları ve uygulamaları açısından da belirgin bazı dezavantajlara sahiptirler. Bunlar kuruluşa, bulunulan ülkeye, gelir kaynaklarına ve benzeri faktörlere göre değişmekle birlikte genel olarak şu şekilde sıralanabilirler(2,3,5,7):

Avantajları: Özgün, yaratıcı ve değişikliklere kolay adapte olabileme; insani değerlere göre hareket etme; hızlı hareket edebilme; etkili ve verimli çalışma; daha çok ihtiyacı olan nüfus grubuna yönelme ve onun çeşitli boyutlardaki heterojen taleplerini karşılayabilme, toplumla daha yakın ilişkiler kurabilme, bürokrasi olmadan iş yapma, bazı bölgelerde daha az maliyet ile daha kaliteli hizmet üretebilme.

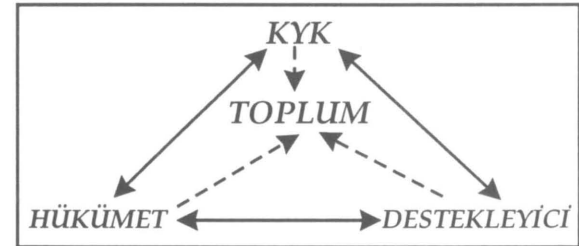
Dezavantajları: Denetlenmelerindeki problemler; dikkatlice planlanmayan hatta hiç planı olmayan uygulamalar; kaynak kullanımında ve hizmet üretiminde duplikasyon; ulusal düzeydeki sağlık ihtiyaçlarına cevap ver(e)meme (örneğin aile planlaması); toplumdan çok kaynak desteği aldığı kişi ya da kuruluşlara karşı daha fazla sorumlu olma, yetersiz bilgi toplama ve değerlendirme sistemine

sahip olma, bazen uygulamalarda ve yönetimde yetersizlikler.

KKY'ların tercih edilmesinin diğer bir sebebi de bu kuruluşlarda kamu kesiminde bulunmayan bazı destek hizmetlerinin de verilmesidir. Örneğin Tanzanya'da yapılan bir araştırmaya göre kişilerin %45'i gerek daha iyi hizmet verildiği için gerekse gerekli ilaçların buralarda bulunmasından dolayı bu kuruluşlara ait sağlık merkezlerini tercih etmişlerdir. Yine aynı ülkede kişiler KYK'nun sağlık merkezinde kamuya göre daha kalifiye elemanlar çalıştığından burayı kullandıklarını belirtmişlerdir. Buna karşın yine Tanzanya'da KYK'ların uygulamaları sırasında kamu kesimiyle karşılaştırıldığında soğuk zincirde oluşan yetersizlikler, çalışanların performanslarının daha düşük olması, eğitimsiz ya da uygun eğitimi almamış personelin istihdamı gibi bazı ciddi aksaklıklar da tesbit edilmiştir(7).

Ülke Yönetimi ve Destekleyen (Donor) Kuruluş İle İlişkileri

KYK'lar çalışmaları sırasında gerek ülke yönetimi (hükümet) gerekse kendilerini destekleyen kişi ve/veya kuruluşlarla ilişkide olmak zorundadırlar. Bu ilişkinin boyutlarını aşağıdaki üçgen daha iyi anlatmaktadır (Şekil 1). Her üç köşe arasındaki ilişkinin, işbirliği ve yakınlaşmanın, birbirine saygı ve güvenin derecesi bu üçgenin varolması için en önemli önkoşullardandır. Bu ilişkide üç köşenin katkıları farklı boyut, nitelik ve niceliktedir. Üçgenin orta noktasında ise bunların uygulamalarından direkt ya da indirekt olarak etkilenen toplum yer almaktadır.



Şekil 1: KYK ve İlişkileri

KYK'lar, örgütlenme amaçları, yapıları ve izledikleri stratejilerden dolayı gerek ülkenin yönetimi gerekse yardım aldıkları yerel ya da uluslararası kuruluşlarla olan ilişkilerinde bazı dezavantajlara sahiptirler. Özellikle tek kaynaktan destek alanlar destekleyicisi konumundaki kişi ya da kuruluşlara karşı bağımlı olabilirler. Bu durum bazen yardım kuruluşu ve hizmet götürülen toplum kesimi veya ülke yönetimi arasında ikileme düşmelerine neden olabilmektedir. Sadece yardım kuruluşunun ya da onun destekleyicisi devletin çıkarları için bazı sağlık prog-

ramlarını hiç bir önceliği olmamasına rağmen uygulamaya zorlanabilmekte ya da aynı gerekçe ile bazı uygulamaları yapması engellenebilmektedir. Örneğin bir Amerikan yardım kuruluşu olan USAID, ülkemizde Sağlık Bakanlığı ile yapılacak ortak uygulamalarda, menstrüel regülasyon ya da kürtajı da içeren hiçbir aile planlaması programını desteklememekte kesin kararlılık göstermektedir (11). Benzer şekilde bu finansal bağımlılık nedeniyle KYK'lar, sürekli yardımın kesilme tehlikesi ile karşı karşıyadırlar. Nitekim Dominik Cumhuriyeti'nde bir KYK'nun (IDIA) yardım programı, KYK'nun idari yapısında kamu personelinin çoğunluğu ele geçirdiği gerekçesi ile yardımı veren kuruluş (USAID) tarafından aniden kesilmiştir (12).

KYK'lar, tüm bunların bir neticesi olarak ya ülkenin idarecilerinin ya yardım kuruluşunun ya da bazen olduğu gibi her ikisinin de ihtiyaçlarını, önceliklerini karşılamak zorunda bırakılabilmektedirler.

Her ne kadar doğrudan denetlenmeseler de KYK'lar ile ülke yönetimi arasında bir ilişkinin olması kaçınılmazdır, en azından kurulmak için kanunlar gereği kamudan izin almaları gereklidir. [Örneğin ülkemizde 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği, 3224 Sayılı Türk Dişhekimleri Birliği, 2908 Sayılı Dernekler, 2821 Sayılı Sendikalar Kanunu (13)]. Bu ilişkinin boyutları ve yakınlık dereceleri çeşitlidir. Kamu, KYK'ların sağlık hizmeti sunmasını mevcut haliyle kabul eder; kanuni olarak sınırlar, yasaklar; ya da düzenler, denetler ve koordine eder. Hindistan ve Sri Lanka'da KYK ve kamu arasında yakın bir işbirliği var iken Güney Amerika'daki bazı ülkelerde bunların askeri diktatör rejiminden uzak kalmak istemelerinden dolayı yok denecek kadar az bir ilişki vardır(4).

Özellikle fakir veya demokratik olmayan rejimlerin olduğu ülkelerde yöneticiler, toplum üzerindeki yönetim gücünü ve egemenliğini tehlikeye sokabilecek uygulamalardan kaçınır. Bu da yönetimin KYK'lar ve ona yardım eden kuruluşla olan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir. Benzer şekilde eğer yardım kuruluşu hükümetten herhangi bir katkı almaksızın ya da bir işbirliği yapmaksızın bir KYK'a kendi politikasını uygulamaya çalışırsa hükümet bunu kendi saygınlığına, güvenilirliğine ya da egemenliğine bir tehdit olarak görecektir(7). Böylece bu KYK'un faaliyetlerini sıkı kontrol altında tutmaya çalışacak, hatta tamamen yasaklayabilecektir.

Diğer taraftan, kendilerine olumlu yaklaşan bir yönetimde KYK'lar, genellikle toplumdaki güçlü grupları (meslek kuruluşları, sendikalar, dini gruplar gibi) temsil ettiğinden ülkenin politikalarını yerel yönetimlerden merkez teşkilata kadar olan hemen her

düzeyde etkileyebilme kapasitesinde olacaktır(14). Örneğin 1992 ve 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ankara'da düzenlenen I. ve II. Ulusal Sağlık Kongresi'nin çalışma gruplarında yer alan KYK'ların temsilcileri tüm katılımcıların %18.68'ini oluşturmuşlardır (15,16). Benzer şekilde Malawi ve Nepal'de bu kuruluşlar politika geliştirilmesi ve planlama aşamalarında danışma gruplarında yer almışlardır(5).

Halkla İlişkileri

Bir KYK'un yapacağı hizmetler genelde o bölgede o zamana kadar ya hiç sunulmamış ya da kamu eliyle verilmiştir. Bu da toplumun olumsuz tepkilerine neden olabilir. Buna karşın eğer hizmet yöre halkının çok ihtiyaç duyduğu bir hizmet ise ve onların sosyo-kültürel yapısına uygun ise KYK'un ve uyguladığı programın, hizmetlerin kabul edilmesi ve başarılı olması daha kolay olacaktır. Bu nedenle hizmet üretmek üzere seçtiği hedef toplumu amaçlarını başarıya ulaştırabilmek için çok iyi tanımak, onunla yaklaşmak mecburiyetindedir.

Ayrıca KYK'lar faaliyetleri sırasında yerel düzeyde toplumla olan bağlantılarını sağlayacak bir kişi ya da örgüte ihtiyaç duyarlar. Bu ihtiyacın bir sonucu olarak da ülkemizdeki öğretmen, imam ve muhtar gibi toplum liderleri yaratabilir ya da mevcut olanların güçlerini artırabilirler. Bu kişiler aracılığıyla toplumun kendi ihtiyaçlarını ve isteklerini hükümete iletmeleri ve hükümet üzerinde bir baskı odağı olmalarını sağlayabilir. Bu da özellikle demokrasinin olmadığı toplumlarda çoğulculuk adına atılan ilk adım olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte bu ilk adımın başarılı olması için gerek ülke yönetiminin gerekse tek kaynaklı ise KYK'a yardım eden kuruluş ya da ülkenin bu çoğulculuğu tam olarak desteklemesi, en azından engel olmaması şarttır (10).

SONUÇ

Yukarıda sayılan avantajlarına kamu uygulamalarında elde edilen tecrübeleri de eklenince kamu tarafından veril(e)meyen bazı sağlık hizmetlerinin kamuya yararlı kuruluşlar tarafından üretilmesi ve hedef gruplara sunulması sağlık sektörüne ek bir girdi sağlayacaktır. Fakat bu kuruluşların sahip oldukları dezavantajlar da gerek kendi örgütsel yapıları içinde gerekse kamu tarafından yapılacak bir takım düzenlemeler ile bertaraf edilebilir. Örneğin hizmette duplikasyonları önlemek için ortak planlama yapılarak hizmetlerin taraflar arasında paylaşılması ve eldeki kaynakların ortak amaç için tek elden yönlendirilmesi yoluna gidilebilir.

Söz konusu avantaj ve dezavantajları hafifletmek ya da tamamen ortadan kaldırmak için kamu sektörü;

* bu kuruluşlar üzerindeki düzenleyici ve koordine edici fonksiyonlarını geliştirmelidir. Her ne kadar direkt kontrol dışında olsalar da KYK'ların verimsizliği ortaya çıktığında ya da ürettiği hizmetin kalitesinde belirgin azalmalar olduğunda (örneğin toplumun genelinin sağlığını tehdit eden ya da kısıtlı olan kaynakların israf edilmesi gibi) kamunun bu kuruluşların verildiği sağlık hizmetini doğrudan denetlemesi ve çeşitli düzenlemelerle yönlendirmesi gerekebilir.

* bu kuruluşların hizmet sunumunda ve yönetimdeki verimliliklerini değerlendirmelidir.

* bu kuruluşları farklı alanlarda da görev almaya teşvik edecek şartları araştırmalı ve hazırlamalıdır(7).

Kamu kesimi kanunlarla tanımlanmış olan görevlerini yerine getirme kabiliyetlerini güçlendirmeye, KYK'lar ise sağlam temellere dayanan kaynakların varlığına ihtiyaç duyarlar. Karşılıklı olarak her iki taraf da bir diğerinin bu ihtiyaçlarına saygılı olabilirse kamu-KYK birlikteliği gerek yerel toplumun gerekse tüm ülke nüfusunun sağlığının geliştirilmesine önemli katkılarda bulunacaktır.

KYK'lar buldukları ülkenin yönetimi ile iyi ilişkiler içinde olduğu zaman amaçlarına daha kolay ulaşabilmektedirler. Bu ilişki sırasında çeşitli düzeylerde öncelik ve politika belirlemeden ortak uygulamalar yapmaya kadar bir çok alanda etkili bir güç haline gelebilirler.

KAYNAKLAR

1. UZ, M.H. Sağlık Hizmetleri Verimli ve Aynı Zamanda Eşit Olarak Verilebilir mi? Toplum ve Hekim. Cilt 10, No: 67, 103-107. Mayıs-Haziran 1995.
2. World Development Report 1993. The World Bank. New York, 1993.
3. Green, A. The Role of Non-Governmental Organizations and the Private Sector in the Provision of Health Care in Developing Countries. International Journal of Health Planning and Management, Vol 2, 37-58. 1987.
4. Bratton, M. The Politics of Government - NGO Relations in Africa. World Development 17, 4; 569-587, 1989.
5. Report of the Workshop on the Public/Private Mix for Health Care in Developing Countries, HEFP, HPU, PHP, LSMTH, London, 1993.
6. T.C. Devlet Teşkilat Rehberi, 1988, Birinci Kitap. Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü, Ankara, 1988.
7. Gilson, L., Dane Sen. P., Mohammed, S., Mujinija, P. The Potential of Health Sector Non-Governmental Organizations: Policy Options. Health Policy and Planning; 9(1):14-24, 1994.
8. Hoşgeçin, K. Sağlık Alanında Sektörlerarası İşbirliği. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1994.
9. Uz, M.H. Pratisyen Hekimlerin Hizmetiçi Eğitim İhtiyacı. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1993.
10. Fowler, A. The Role of NGOs in Changing State-Society Relations: Perspective From Eastern and Southern Africa Development Policy Review, 9; 53-84, 1991.
11. Kişisel Görüşme. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yetkilileri, Ankara, Mayıs 1995.
12. Meyer, C. A. Step Back as Donors Shift Institution Building From the Public to Private Sector. World Development 20, 8; 1115-1126, 1992.
13. Çoker, F., Kazancı, F., Kazancı, M. Türkiye Cumhuriyeti Kanunları, Cilt IX, İstanbul, 1991.
14. Dawson, E. NGOs and Public Policy Reform: Lessons from Peru. Journal of International Development 5; 401-414, 1993.
15. Sağlık Bakanlığı, 1. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara, 1992.
16. Sağlık Bakanlığı, 2. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara, 1994.