

Araştırma

Tıp Fakültelerindeki Öğrenci Fazlalığının Yarattığı Sorunlar "RAPOR"

ANKARA, 8 MART 1990

1. SUNUŞ

Türk üniversiteleri Tıp Eğitimi Konseyi'nin 1 Aralık 1989 tarihli toplantısında Tıp Fakültelerindeki öğrenci fazlalığının yarattığı sorunlar" konulu bir rapor hazırlamak üzere görevlendirilen ve üyeleri, Prof. Dr. Doğan Taner (Başkan, Türk Üniversiteleri Tıp Eğitimi Konseyi Genel Sekreteri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı), Prof. Dr. Enver Hasanoğlu (Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı), Prof. Dr. Kamil Mutluer (Yüksek Öğretim Kurulu Üyesi), Prof. Dr. Semih Baskan (Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı), Prof. Dr. Emin Kansu (Yüksek Öğretim Kurulu Üyesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi), Prof. Dr. İbrahim Erkul (Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı), Prof. Dr. Ender Altuğ (İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan Vekili), Prof. Dr. Erdiñ Kanım Türk (Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Öğretim üyesi), Prof. Dr. Münevver Bertan (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi), Prof. Dr. Erdal Akalın (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi), Prof. Dr. İskender Sayek (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi), Dr. Selim Ölçer (Ankara Tabip Odası Başkanı), Halil İbrahim Becer (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitim Genel Müdürü), Hürol Sarp (Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdür Yardımcısı) dan oluşan komisyon, 8 Mart 1990 tarihinde Hacettepe Üniversitesi "R" salonunda toplanarak, Prof. Dr. Erdal Akalın, Prof. Dr. Doğan Taner, Prof. Dr. Münevver Bertan, Prof. Dr. Emin Kansu, ve Prof. Dr. İskender Sayek tarafından hazırlanan ön raporu tartışmış, rapor kabul edilmiş ve Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına arz edilmesine karar verilmiştir.

2- BUGÜNKÜ DURUM

Son 20 yıldır ülkemizde hekim sayısının çoğaltılarak sağlık hizmetleri seviyesinin düzeltileceği ileri sürülmüş, ancak daha çok politik nedenlerle ve yöre halkını memnun etmek amacı ile yeni Tıp Fakülteleri açılmış ve açılmaya devam edilmiştir. Ülkemizde özel şartlardan dolayı gerçek anlamda bir planlama yapılamamaktadır. Bu nedenle ve genellikle bu fakültelerin açılışları öncesinde de fiziki imkan, personel, öğretim elemanı, araç-gereç planlamaları çok defa yapılmamış ve daha sonra da eksiklikleri tamamlamak mümkün olamamıştır. Yeni fakültelerin açılacağı şehirlerin gerçekten Tıp Fakültesine ihtiyaçları olup olmadığı çok defa göz önüne alınmamış ve o şehirde kurulacak Tıp Fakültesinin öğretim üyesi temin edip edemeyeceği ve hatta aday öğrencilerin bu şehirde eğitim görmek isteyip istemeyecekleri düşünülmemiştir. Tıp Fakültelerinin bulunduğu şehrin öğrenciyi sosyal yönden eğitici olup olmadığı da göz önüne alınmamıştır. Bunun tam tersi üniversitelerin bu şehirleri kalkındıracağı düşüncesi hakim olmuştur. Yeni açılan fakültele öğrenci alınmış ancak, hazırlıksız olduğu için bu fakültele bina, araç-gereç ve öğretim üyesi temininde büyük zorluklarla karşı karşıya kalınmıştır. Örnek olarak bir fakültede dekan dışında öğretim üyesi bulunmadığı ve hatta kadro kanununun ve bütçede yerinin olmadığı görülmüş, ancak birinci ve ikinci sınıflarında öğrenci bulunduğu gözlenmiştir. Bunun yanında "gelişmiş" kabul edilen tıp fakültelerinde kullanılan araç ve gerecin genellikle miadını doldurmuş olmasına rağmen, yenilenemediği görülmüştür. Bütçe imkanlarının kısıtlı olması nedeni ile, fakültelerin çoğunda, ısıtma, yeni amfi, dersane gibi temel ihtiyaçlar karşılanamamış, bazı hallerde sınav kağıdı bulunmasında bile güçlük çekildiği olmuştur.

"Gelişmiş Tıp Fakültelerinin" öğrenci sayılarının gerekenin 2-2.5 katı fazla olması nedeniyle bu fakültelerde eğitim yapılmasında büyük güçlüklerle karşı karşıya kalınmakta ve bunların bazılarında çift eğitim yapılmaktadır. Aşırı sayıda öğrenci fazlalığı, öğretim üyesi öğrenci ilişkilerinde yakınlık doğmasına imkan bırakmamaktadır. Gelişmekte olan fakültelerde ise öğretim elemanı azlığından, yine gereken düzeyde eğitim yapılamamaktadır. Bütün bu faktörler tıp eğitiminin niteliğini önemli ölçüde etkilemektedir. Durum böyle iken yeni Tıp Fakülteleri açılmakta, gelişmiş kabul edilen fakültelerin ise öğrenci kontenjanları artırılmak istenmektedir.

Yüksek öğrenime ve sağlık hizmetlerine bütçeden her yıl ayrılan para eski beş üniversiteye verilen paraya eşit olmakta ve enflasyon gözönüne alındığı zaman bu paranın her yıl süratle azaldığı görülmektedir. Her yeni açılan üniversite diğer üniversitelerin bütçe ödeneklerinin azalmasına sebep olmaktadır.

Ülkemizin hekim ihtiyacının ne olması gerektiği tartışması yapılırken, alınan örneklerin iyi incelenmesi şarttır. Örnek alınan Avrupa ülkelerindeki doktor/nüfus oranları incelenirken, bu ülkelerdeki işsiz doktor yüzdelerinin korkutucu yüksekliğine dikkat edilmelidir.

Bir Tıp Fakültesinde 100-150'den fazla öğrenci olması, o fakültedeki tüm imkanlar ve hatta öğretim üyeleri sayısı ne olursa olsun eğitim seviyesinin düşmesine neden olmaktadır. Dünyada artık didaktik eğitimden genellikle uzaklaşmakta ve eğitim 10 kişilik gruplar halinde yapılmaktadır. Klinikte ise hasta başı eğitim esastır. Şimdiki durumda bazı fakültelerimizde 40 yataklı bir anabilim da-

İna 40-50 stajyer öğrenci gitmekte ve stajlar "koridor stajı"na dönüşmektedir. Klinik dönemlerinde 40 kişilik dersanelere 120 öğrenci sığdırılmaya çalışılmaktadır.

Yeni Tıp Fakültelerinin açılması veya gelişmiş kabul edilen fakültelerin kontenjanlarının artırılması, sağlık hizmetlerinin niteliğini olumsuz yönde etkileyecek ve niteliksiz hekim yetişmesi nedeni ile bu hizmetler daha da kötü olacaktır. Gereğinden fazla hekim yetiştirilmesi işsiz doktorlar ordusu yaratacaktır. Bunun düzeltilmesi de çok uzun zaman alacaktır. Bu konuda sayısız yayın vardır, referans kısmında bunlardan bazıları verilmiştir.

Plansız, programsız, öğretim üyesiz, binasız araç-gereçsiz Tıp Fakültesi açılması modası ülkemiz tıbbının yurt dışındaki imajını çok kötü bir şekilde etkilemeye başlamıştır. Yeni açılan bazı fakültelerimizi gezen yabancı akademisyenler hayretler içerisinde kalmaktadırlar.

Raporun diğer bölümlerinde bilimsel verilere dayanılarak ve diğer ülkelerdeki durumlar ele alınarak, ülkemizdeki durum tartışılacaktır. Ancak Türk tıbbının geleceği için plansız fakülte açılması durdurulmalı hiçbir fakülteye 150'nin üzerinde öğrenci alınmamalı, gerekirse bugün için 400 civarında öğrenci alan fakülteler gerekli yatırım ve planlar yapıldıktan sonra öğrenci sayıları artırılmadan iki fakülteye ayrılmalıdır (Örneğin Hacettepe Üniversitesi İngilizce ve Türkçe Tıp bölümlerinin, bina vs. gibi fiziki imkanlar, öğretim üyesi eksikliği tamamlandıktan sonra iki fakülteye ayrılması gibi).

Tıp Fakültelerindeki öğretim üyesi/öğrenci oranları hesaplanırken, Tıp Fakültesi öğretim üyelerinin günlük işlerinin büyük bir kısmının hasta bakmak olduğu ve ayrıca Tıp Fakültesi öğrencileri dışında diğer fakülte ve yükseköğretim öğrencilerine de ders verdikleri unutulmamalıdır. (bazı Tıp Fakültelerinde, Tıp Fakültesi öğretim üyeleri on beş fakülte ve yükseköğretim öğrencisine ders vermektedirler). Bu şekilde bir çok fakülte ve yükseköğretimde ders veren Tıp Fakültesi Anabilim Dalları, bir eğitim yılında 90 civarında ara, genel ve bütünleme sınavı yapmak durumunda kalmaktadırlar. Öğretim üyesi/öğrenci oranları hesaplanırken bu durum göz önünde tutulmalıdır.

Sağlık insan gücü çalışmaları planlama, üretim/ eğitim ve yönetim (istihdam) ile ilgili konuların tümünü kapsar. Bu çalışmalar ancak ülkelerin ulusal sağlık sistemleri göz önüne alınarak yapıldığında sağlıklı olur. Sağlık alanında hizmet veren insan gücünün tek tek planlanması yapılırken grubunun birbirleri ile ilişkili çalışmaları da göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye'de hekim insan gücü çalışmaları da aynı sistem içinde düşünülmelidir.

3. BUGÜN VE 2000'Lİ YILLARA AİT HEKİM SAYISI VE PROJEKSİYONLAR

Türkiye'de 1988 sonu itibariyle Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre, 42502 hekim vardır. Nüfusumuz ise 53.578.000'dir. Bu durumda hekim başına düşen nüfus 1261'dir. Hekimlerimizin 22318'i (% 52.5) uzman ve 20184'ü (% 47.5) pratisyendir. Uzman hekimlerin 9208'i (% 41.2) özel, 6239'u (% 28) Sağlık Bakanlığı, 2848'i (% 12.8) SSK, 2635'i (% 11.8) üniversitelerde ve 1388'i (% 49.5) Sağlık Bakanlığı, 3844'ü (% 19) üniversitelerde, 2850'si (14.1) kamu teşekküllerinde, 1812'si (% 9) SSK'da ve 1695'i (% 8.4) özel olarak çalışmaktadır. Görüldüğü gibi hekimleri yaklaşık % 55'i Sağlık Bakanlığında çalış-

maktadır. Bu aşamada dönüştürülmesi gereken sağlık hizmeti vermenin bir ekip çalışması olduğudur. Hekim sayısının yanında diğer sağlık personelinin durumu da gözönünde bulundurulmalıdır. Sağlık insan gücü planlaması yapılırken temel amaç, ekip sayısı ve ekiplerin kompozisyonunu halkın sağlığını en iyi düzeye çıkarmak üzere belirlemektir. Burada ekip kompozisyonu denildiğinde hemşire, ebe, çevre sağlığı teknisyeni vb. gelmektedir. Hekim sayısını belirlerken bunun da üzerinde önemle durulmalıdır. Ülkemizde 1988 sonu itibariyle 38903 hemşire, 25665 ebe ve 18831 sağlık memuru vardır. Hekim başına düşen hemşire ve ebe sayısı ise birden azdır ve bu sayı oldukça düşüktür.

Hekimlerin bölgesel dağılımına göz atılacak olursa; hekimlerin % 27.5'nin İstanbul ve çevresi, % 17.2'sinin Ankara ve çevresi ile % 13.3'ünün İzmir ve çevresinde olduğu görülür. Hekimlerin % 58'i üç büyük şehir çevresindedir. Hekimleri dağılımında bir dengesizlik olduğu kesindir (Tablo 1). Ancak bu ülkemize has bir durum değildir.

3.1. İnsan gücü projeksiyonu (DPT ve YÖK rakamlarına göre):

Ülkemizde 1988 sonu itibariyle 42502 olan hekim sayısı; göreve başlayamama, hekimlik mesleğini icra etmemek, görevden ayrılma, ölüm, emeklilik vs. gibi faktörler (yaklaşık % 12.5) göz önünde bulundurulursa 1995 yılında 68967 olacaktır. Ülkemiz nüfusu da 1995 yılında 62.573.000 olacağına göre bir hekim başına düşen nüfus 907 olacaktır. DPT'nin 1990-1994 yılları için önerdiği en düşük rakamla (yılıda 5400 öğrenci alınarak) yapılacak projeksiyon ile 2000 yılında 88220 hekime ulaşılacak ve nüfusumuzun da 69.276.000 olacağı düşünülürse hekim başına düşen nüfus 785 olacaktır. Batı ülkelerinde 600 kişiye bir hekim oranı ile bu rakamın uygun olduğu düşünülebilirse de, uygulama ile Batı ülkelerinin çoğunda hekim fazlası ve işsiz hekim ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra, Pakistan ve Hindistan gibi ülkelerde hekim başına düşen nüfus 3692 ve 2740 olmasına rağmen hekim işsizliği bulunmaktadır. Bu nedenle sadece nüfusa göre yapılacak projeksiyon hesapları yanıltıcı olmaktadır. Her ülkenin

Tablo 1: Türkiye'de Hekimlerin Bölgelere Dağılımı 1988 Sonu - Sağlık Bakanlığı

Edirne-İstanbul-Kırklareli-Tekirdağ	11.667	%	27.5
Bolu-Kocaeli-Sakarya-Zonguldak	1.179	%	2.8
Balıkesir-Bursa-Çanakkale	1.681	%	3.9
Aydın-Denizli-İzmir-Manisa-Muğla	5.642	%	13.3
Afyon-Bilecik-Eskişehir-Kütahya-Uşak	1.226	%	2.9
Antalya-Burdur-Isparta	887	%	17.2
Antalya-Çankırı-Kastamonu-Kırşehir-Nevşehir-Yozgat	7.291	%	17.2
Konya-Niğde	1.076	%	2.5
Amasya-Çorum-Ordu-Samsun-Sinop	1.363	%	3.2
Kayseri-Tokat-Sivas	1.227	%	2.7
Adana-Gaziantep-Hatay-Içel-Maraş	2.337	%	5.6
Artvin-Giresun-Gümüşhane-Rize-Trabzon	1.098	%	2.6
Adıyaman-Bingöl-Elazığ-Malatya-Tunceli	747	%	1.8
Diyarbakır-Mardin-Siirt-Ş. Urfa	1.015	%	2.4
Ağrı-Erzincan-Erzurum-Kars	1.026	%	2.4
Bitlis-Hakkari-Muş-Van	329	%	0.8

Tablo 2: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Hekimlerle İlgili Bilgiler

Ülke	Yıl	Toplam Nüfus (100.000)	Doktor Sayısı	Doktor başına Düşen Nüfus	İşsiz Hekim
İtalya	1985			764	
Mısır	1985	47.000	71.739	655	400 (%5.5)
Meksika	1985	77.777	95.000	819	40.000 (%42)
Pakistan	1985	94.700	25.650	3.692	6.000 (%23.3)
Hindistan	1981	685.185	250.000	2.740	Surplus
Kanada	1983	25.000	41.400	603	830 (%2.2)

Bazı Batı Avrupa Ülkelerindeki Durum

Ülke	Yıl	% İşsiz Hekim
Belçika	1984	12
Fransa	1982	16
B. Almanya	1982	17

Tablo 3: Türkiye'de Bugün ve 2000'li Yıllarda Hekim Durumu

Yıl	Toplam Nüfus (100.000)	Doktor Sayısı	Doktor Başına Düşen Nüfus	Yılda 3 Hekime Başvurma ile Hekim Fazlası
1988	53.578	42.502	1.261	
1995	62.573	68.967	907	6.500 (Yaklaşık)
2000	69.276			
3.500 (YÖK Önerisi)		79.974	866	10.000 (Yaklaşık)
5.400 (DPT Önerisi)		88.220	785	120.000 (Yaklaşık)

sağlık örgütlenmesi, kültürü, halkının yaşantısı ve ekonomisi farklı olduğundan sayısal karşılaştırmaların yapılması doğru değildir. (Tablo 2).

Hekimlerin sayısını belirlemede yardımcı olan başka bir faktör de halkın hekime başvurma alışkanlığıdır. Ülkemizde SSK'nın sağlık hizmetlerinden yararlananlarda kişi başına yılda hekime başvurma sayısı 1.5'dir. En iyimser olarak kişi başına yılda hekime başvurma iki misli yani 3 olarak alınarak Batı standartlarına göre hesaplanırsa 1000 kişiye bir hekim yeterli olacaktır. Bu durumda nüfus projeksiyonları ile 1994 yılında 6800, 2000 yılında 22000 dolaylarında işsiz hekim ile karşı karşıya kalınabilecektir. (Tablo 3).

Hekim sayısını artırma veya azaltmanın "hekim yetiştirmede" etkisini uzun sürede göstereceği unutulmamalıdır. Tıp Fakültelerinden mezun olan hekim sayısını azaltmak 6-10 yıl, çalışan hekim sayısını azaltmak ise daha uzun süre 10-20 yıl alacaktır.

4. NİTELİK AÇISINDAN TIP EĞİTİMİ VE HEKİM YETİŞTİRME**4.1. Tıp Fakülteleri ile ilgili görüşler:**

VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı çerçevesinde tıp fakültelerinden mezun olacakların sayılarının artırılması amaçlanmakta ve plan hedefleri doğrultusunda ülkemizde 1984 yılında mevcut olan 33.600 hekimin, 1994 yılında

Tablo 4: Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve Hedefleri

	1989 Gerçekleşme	1994 Tahmini Hedef
Bağışıklama (Yüzde)	75.0	90.0
Yatak Sayısı	134.000	153.000
Yatak Başına Düşen Nüfus	409	401
Yatak Kullanım Oranı (Yüzde)	57.0	65.0
Sağ. Oc. (2827'si kendi binasında)	3.250	4.000
Sağ. Evi (2717'si kendi binasında)	10.450	10.450
Hekim Sayısı	45.200	60.604
Bir Hekime Düşen Nüfus	1.213	1.011
Pratisyen Hekim Oranı (Yüzde)	45.0	50.0
Dişhekim Sayısı	9.750	11.800
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus	5.626	4.845
Eczacı Sayısı	9.750	11.800
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3.750	3.655
Sağlık Memuru ve Teknisyen Sayısı	18.589	21.200
Bir Sağlık Mem. ve Tek. Düşen Nüf.	2.951	2.838
Hemşire ve Ebe Sayısı	63.840	63.276
Bir Hemşire ve Ebe Başına Düş. Nüf.	859	736

Kaynak: D.P.T., Sağlık Bakanlığı

(1) 1989 yılı ortası tahmini nüfus 54859000

(2) 1994 yıl ortası tahmini nüfus 61394000

60.000 sayısına ulaştırılması planlanmaktadır. Yine bu planda 1989 yılı içinde 1213 kişiye bir hekim düştüğü ve 1994 yılında 1011 kişiye bir hekimin düşmesi gerektiği belirtilmektedir. (Tablo 4). Bu nedenle, VI. Beş Yıllık Kalkınma Planının hedefleri yönünde 1994 yılına kadar 15.400 hekimin daha yetiştirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu konu tıp fakültelerinin önünde bulunan kanuni bir zorlama olarak belirebilir.

Ancak, mevcut olan tıp fakültelerinin bir kısmını şu anda içinde bulunduğu eğitim ve öğretim kalitesiyle ilgili problemlerin henüz çözülmemiş olduğu bir dönemde öğrenci sayılarının artırılması, ileriki yıllarda nitelik yönünden son derece yetersiz hekimlerin mezun olabileceği tehlikesini ciddi bir sorun olarak gündeme getirmektedir.

Tıp fakültelerindeki eğitimin özelliği nedeniyle, hasta-başı eğitimi ve pratik eğitimin çok ağırlıklı oluşu öğrenci sayılarının artışı halinde önemli oranlarda aksaklıklara neden olacaktır.

Bu ülkede sadece hekim sayısının artırılmasının, ülke sağlık düzeyini yükseltmediği ve uzun vadede ülkenin sağlık insan gücü planlanmasının genel sağlık politikası içindeki yerinin iyi tarif edilmediği durumlarda hekim fazlalığı sorununun ne kadar ciddi boyutlara ulaştığı bir önceki bölümde belirtilmiştir.

4.2. Türkiye'de durum:

Ülkemizde mevcut tıp fakültelerinin şu anda içinde bulunduğu bazı önemli sıkıntıları kısaca belirtmekte yarar vardır.

(i) Tıp fakültelerinin temel özelliği, hasta-başı ve pratik eğitimde öğrenci ile öğretim üye veya elemanının karşı karşıya eğitimi sürdürmesi, hastayı analiz ve sentez yoluyla değerlendirmesini yapabilmesi, tanı ve tedavi

yöntemlerini öğrenerek hasta üzerinde sonuca varabilme yeteneklerinin sistem dahilinde öğrenciye kazandırılmasıdır. Bu özellikteki bir eğitimin başarılı olabilmesi için öğretim üye/öğrenci oranının en ideal oran olan 1/1'e ulaşması gerekir. Dünya Tıp Eğitim Konseyi'nin 1989 yılında aldığı prensip kararları çerçevesinde ve ayrıca AT'nun ilgili komisyonunca alınan karara göre bu oran 1/5 ile 1/8 olabilmektedir. ABD'nin birçok tıp fakültesinde oran 1'in altındadır.

Ülkemizde öğrenci/öğretim üyesi oranı esas alındığında tümü için bir öğretim üyesine 12 öğrenci düşmektedir. Bu oran Ankara Tıp için 8.0, İstanbul Tıp için 9.0, Cerrahpaşa Tıp için 10.0, Hacettepe Tıp için 9.2 iken, Dicle Tıp'ta 15.3, K.T.Ü. için 17.0, 19 Mayıs için 19.3, Uludağ Tıp için 17.6'dır. Ayrıca, fakülte genelinde öğretim üyesi/öğrenci oranına bakılması bazen önemli yanılgılara neden olabilmektedir, örneğin Hacettepe Tıp Fakültesinde genel ortalama 1/9.2 iken, aynı fakültede Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1/34.7, Kadın-Doğum Anabilim Dalında 1/29.0, Pediatri Anabilim Dalında 1/7.2 ve İç Hastalıkları Anabilim Dalında bu oran 1/9.6'dır.

Tıp fakültelerinde halen bulunan öğretim üye ve elemanlarının tıp fakülteleri arası dağılımında da önemli

farklılıklar bulunmaktadır, bu farklılıkların düzeltilmesi de çok büyük bir önem taşımaktadır. (Tablo 6). Tıp fakültelerinde mevcut öğretim üye sayıları ile henüz ideal öğretim üye/öğrenci oranına ulaşılmamış iken aynı fakültelere daha fazla öğrenci alınması halinde beklenen oranların çok fazla üzerine çıkmış olacak ve nitelikli hekim yetiştirilmesi daha da güçleşmiş olacaktır.

Tıp fakültelerine belirli yeteneklere ve motivasyona sahip öğretim elemanı yetiştirilmesi yaklaşık 10 yıllık bir süre almaktadır. Öğretim elemanı sayısının artırılması imkanları oldukça sınırlıdır ve halen faaliyette bulunan tıp fakültelerinde önemli miktarlarda öğretim üyesi açığı bulunmaktadır. (Tablo 6). Bu nedenlerle hekim sayısını arttırmak için, tıp fakültelerine alınan öğrenci sayılarında yapılacak artışlar ile belirli sayıda ve yetenekte yetiştirecek olan öğretim elemanı sayısı arasında çok belirgin bir açık oluşacak, tıp eğitiminin "üstün nitelikli hekim" yetiştirme amacına ters düşen ve arzu edilmeyen bir tablo gelişecektir.

(ii) Tıp fakültelerine devlet bütçesinden son on yıl içerisinde yapılan ödeneklerde artma olmasına rağmen, yapılan hesaplamalar ile yükseköğretim kurumlarının geçmişi

Tablo 5: Tıp Fakültelerinde Öğrenci/Öğretim Elemanı Oranları (1989-1990)

	Öğrenci Prof.	Öğrenci Doç.	Öğrenci Y.Doç.	Öğrenci Öğ.Üy.	Öğrenci Öğr.Gr.	Öğrenci Oktm	Öğrenci Uzman	Öğrenci Ar. Gr.	Öğrenci Öğr.	Öğrenci Yr.Öğr.Elm.
Akdeniz Tıp	31.1	33.7	31.7	12.7	-	110.1	236.2	10.0	8.9	5.2
Anadolu Tıp	31.7	81.5	28.8	12.8	97.5		211.1	8.0	7.7	4.6
Ankara Tıp	14.7	21.2	61.5	7.9	61.5		87.3	6.1	5.9	3.3
Atatürk Tıp	34.5	113.9	32.5	11.6	284.7		227.8	6.7	6.5	1.1
Cumhuriyet Tıp	18.2	12.8	36.7	11.0	61.3		192.7	5.7	5.5	3.7
Çukurova Tıp 4	34.7	63.5	43.8	14.8			122.7	9.1	8.1	5.1
Dicle Tıp	52.8	151.8	23.3	15.3	202.5		243.0	6.1	6.3	1.1
9 Eylül Tıp	10.0	92.4	36.8	15.5	233.3		280.0	9.6	9.3	5.7
Ege Tıp	18.7	118.2	151.1	13.3			217.2	8.0	7.8	1.9
Erciyes Tıp	55.1	55.9	41.9	15.8	149.2		111.9	7.1	6.7	1.6
Fırat Tıp	61.9	82.5	22.5	13.8	495.0		247.5	7.3	7.1	1.6
Gazi Tıp	30.0	60.1	25.1	11.2	91.1		261.2	7.1	7.2	1.2
Gaziantep Tıp	8.6	26.0	5.1	2.9				26.0	26.0	2.6
Hacettepe Tıp	16.3	56.8	66.1	10.6	389.1		118.4	7.1	6.9	1.2
İnönü Tıp	10.0			10.0						10.0
İst. C. Paşa Tıp	14.1	16.1	136.1	10.3	165.5		140.7	7.1	6.8	3.9
İstanbul İst. Tıp.	13.2	40.6	93.1	9.0	151.8		160.3	7.4	7.1	3.9
K.T.U. Tıp	71.1	55.34	36.9	16.9				11.3	11.3	6.8
Marmara Tıp	43.5	22.4	32.1	10.3	43.5		50.8	8.5	7.3	3.9
19 Mayıs Tıp	39.9	123.7	33.8	19.3			618.5	12.8	12.6	7.6
Selçuk Tıp	47.6	69.9	22.8	12.6	149.2		349.3	9.9	9.6	5.3
Trakya Tıp	141.6	72.3	57.9	26.3		144.6	231.4	11.2	9.9	7.2
Uludağ Tıp	28.8	90.7	90.7	17.6			907.0	10.6	10.4	6.6
Türkiye Toplamı	234.4	55.3	18.2	12.3	229.0	1119.3	173.2	7.9	7.6	1.6

(*) Bu tablo Sn, Prof. Kamil Mutluer ve arkadaşlarının hazırlamış oldukları "Yeni Yüksek Öğretim Kurumlarının Açılması ile İlgili Temel İlkeler Konusunda Özel İhtisas Komisyonu ön çalışma Raporu"ndan alınmıştır. Yüksek Öğretim Kurulu ve ÖSYM verilerine dayanmaktadır.

on yıl içinde toplam ödeneklerinin gerçek anlamda artmadığı, yükseköğretim kurumları, bütçeleri içinde yer alan ödeneklerin gayrisafi milli hasıla (GSMH) ve konsolide bütçe içindeki paylarının düştüğü, yatırım ödeneklerinin toplam ödenekler içindeki paylarının yükselmediği ve öğrenci başına düşen gerçek ödenek miktarının azaldığı görülmektedir. Bu nedenle geçen on yıl içinde tıp fakültelerine yapılan yatırımlarda sabit fiyatlarda bir artma olmamıştır (Tablo 7 ve Tablo 8).

Yıllar içinde üniversitelerin ödenekleri "gerçek" olarak artış göstermez iken, bu devrede yeni tıp fakülteleri açılmıştır ve her yeni tıp fakültesi mevcut sabit kaynağa ortak olmuştur. Bu uygulamalar göz önünde tutularak gelecek yıllarda benzer bir tablonun devamı halinde mevcut fakülte öğrenci kapasitelerinin artırılması veya yeni tıp fakültelerinin açılması uygun bir strateji olmayacaktır.

iii) Tıp fakültesi eğitiminde, temel tıp bilimleri ve klinik bilimlerin öğrenciye verilmesinde, eğitimin kalitesinin artırılmasında, tıp fakültelerinde araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin geliştirilmesinde önemli sayıda pahalı araç ve gereçe ihtiyaç duyulmaktadır. Halen ülkemizde birçok tıp fakültesinin yeterli araç-gereç temini konusunda sıkıntıları mevcuttur. Bunun nedenleri arasında yeterli finansman olmayışı, önceliklerin iyi belirlenmemesi ve

fakülteler arası işbirliğinin yetersizliği gibi bazı konuları sayabiliriz. Mevcut durum nedeniyle, tıp fakülteleri öğrenci sayıları artırılacak olursa araç-gereç sıkıntılarının daha da artacağı kaçınılmaz bir gerçektir. Bu konuyla ilgili olarak tıp fakültelerine gelen ve sayıları zaten kısıtlı olan kitap ve süreli yayınların temininin daha da güçleşeceği çok açıktır.

4.3. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde durum:

Türkiye'deki durum incelendikten sonra kısaca gelişmiş ülkelerdeki tıp fakültelerinin durumu, öğretim üyesi öğrenci oranları, harcamaları ve destek kurumlarını gözden geçirmekte yarar vardır. Bugün gelişmiş ülkelerdeki tıp fakültelerinde ilk planda ele alınan konu eğitimin kalitesidir. Bu nedenle öğretim üyesi öğrenci oranı en önemli parametrelerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu konudaki en iyi örnek Amerika Birleşik Devletleri'nden verilebilir. Adı geçen ülkede 1988-1989 verilerine göre tıp fakültelerinde görevli toplam 70308 "full-time" öğretim üyesi öğrenci oranı 1.08'dir. Eğer öğretim üyesi sayısına "part-time" ve gönüllü çalışan öğretim üyeleri de eklenirse, bu oran 3.18 olmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp fakültesinin yıllık harcaması (hastane işletme harcamaları hariç) ortalama

Tablo 6: Tıp Fakültelerinde Öğretim Elemanı Sayıları (1988-1989)

	Prof.	Doç	Y. Doç.	Öğr. Üy	Öğr. Gr.	Oktm.	Uzm.	Ar.Gr.	Öğr.Yr.	Öğr.Elm.
Akdeniz Tıp	37	22	34	93		10	5	118	133	226
Anadolu Ü.Tıp	10	15	44	99	13		6	158	164	176
Ankara Tıp	184	112	44	310	44		31	423	454	608
Atatürk Tıp	33	10	35	78	4		5	170	175	257
Cumhuriyet Tıp	16	18	21	55	12		4	136	140	207
Cukurova Tıp	53	29	42	124			15	203	218	342
Dicle Tıp	23	8	48	79	6		5	189	194	179
9 Eylül Tıp	35	17	38	90	6		5	146	151	247
Ege Tıp	163	23	18	204			11	339	330	331
Erciyes Tıp	24	24	32	80	9		12	189	201	290
Fırat Tıp	8	6	22	36	1		2	68	70	107
Gazi Tıp	44	22	52	118	14		5	178	183	315
Gaziantep Tıp	3	1	5	9				1	1	10
Hacettepe Tıp	167	48	41	256	7		23	370	393	656
İnönü Tıp	1			1					0	11
İstanbul C. Tıp	200	61	18	279	17		20	395	415	711
İstanbul Tıp	218	71	31	320	19		16	389	405	744
K.T.U. Tıp	14	18	27	59				88	89	147
Marmara Tıp	14	26	19	59	14		12	72	81	157
19 Mayıs Tıp	31	10	23	61			2	96	98	162
Selçuk Tıp	22	15	46	83	7		3	106	109	199
Trakya Tıp	8	16	20	44		8	5	103	116	160
Uludağ Tıp	63	20	20	104			2	171	173	276
Türkiye Toplamı	1101	592	680	2673	143	18	189	1108	4315	7131

(*) Bu rapor Yüksek Öğretim Kurulu verilerine göre hazırlanmıştır ve aynı komisyonun hazırladığı çalışma raporundan alınmıştır.

Tablo 7: Yükseköğretim Kurumlarının 1979-1989 Yılları Ödeneklerin Konsolide Bütçe ve GSMH İçindeki Payı

Yıllar	Bütçe Ödeneği	Bütçe Payı	GSMH
1979	17.3	4.32	0.78
1980	28.7	3.92	0.65
1981	46.5	3.09	0.71
1982	54.8	3.09	0.63
1983	95.5	3.78	0.83
1984	118.4	3.66	0.64
1985	150.1	3.00	0.54
1986	221.1	3.05	0.56
1987	321.9	2.91	0.55
1988	614.6	2.94	0.61
1989	1050.7	3.19	0.64

GSMH 1989: 163.188.1

(*) Bu tablo Sn. Prof. Kamil Mutluer ve arkadaşlarının hazırlanmış oldukları "Yeni Yüksek Öğretim Kurumlarının Açılması ile İlgili Temel İlkeler Konusunda Özel İhtisas Komisyon Ön Çalışma Raporu"ndan alınmıştır. Yüksek Öğretim Kurulu, Devlet İstatistik Enstitüsü, DPT Bütçe verilerine dayanmaktadır.

\$ 35369000'dir (\$16000000 - \$ 123000000). Bir Amerikan tıp fakültesi kütüphanesinde her yıl ortalama 2100 tıp dergisi alınmaktadır. Bunların çoğu bilgisayar ağları ile en ileri ve en yeni "non-print multiple media resources"lara bağlı bulunmaktadır.

Yine adı geçen ülkede bir tıp fakültesinin eğitim verebilmesi için konulan şartlardan biri öğrencilerin uygulamalı eğitim yapacakları genel yatak sayısıdır. Bu sayı her sınıftaki beher öğrenci için 10 yatak olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle, eğitim sorumluluğu ve eğitici süpervizyonu fakülte olmak şartı ile, üniversite dışı yataklı kurumlardan da yararlanılmaktadır.

Bu ve buna benzer rakamlar ve uygulamalar tüm gelişmiş ülkelerde ve çoğu Avrupa Topluluğu ülkelerinde görülmektedir. Hekim nüfus oranları örnek olarak alınan bu ülkelerdeki tıp fakültesi eğitiminin de aynı paralelde örnek gösterilmesi ve alınması daha gerçekçi olacaktır.

Hekim sayısı ve dağılımına gelince daha önce de belirtildiği gibi, Avrupa Topluluğu ülkelerinin bazıları ile gelişmiş diğer ülkelerde hekim başına düşen nüfus 500-600 arasındadır. Hekim kullanım oranı da bu ülkelerde oldukça yüksektir.

Buna karşılık gelişmekte olan bazı ülkelerde hekim başına düşen nüfus 10000'e kadar ulaşmaktadır. Gelişmiş veya gelişmekte olan tüm ülkelerde hekim dağılımında sorun vardır. 1960 ve 70'li yıllardan hemen bütün ülkelerde politik ekonomik uyarılar ve etkilerle hekim sayısının artırılmasına yönelik bir akım görülmüştür. İspanya'daki durumun da Vilardeli (1980) tarafından buna benzer olduğu bildirilmektedir. WHO raporlarına göre, çoğu bilimsel temele dayandırılmamış olan bu çabalar sonucunda, aralarında Arjantin, Pakistan, Mısır, Hindistan, Meksika, Filipinler, İtalya, İspanya, Hollanda, Almanya, Kanada ve A.B.D.'nin de bulunduğu pek çok ülkede (2500-45000 arasında değişen) hekim fazlalığı ortaya çıkmıştır. A.B.D.'nde yapılan çalışmalar (GMENAC) tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısının aynı kalması duru-

Tablo 8: 1979-1989 Yılları Arasında Öğrenci Başına Düşen Ödenekler Tutarı (Milyon TL)

Yıllar	Deflate Edilen Ödeneklere Göre Öğrenci/Öğrenci Oranı
1979	3.5
1980	3.2
1981	3.5
1982	2.8
1983	3.3
1984	2.2
1985	2.4
1986	1.8
1987	1.7
1988	1.9
1989	1.9

(*) Bu tablo, Sn. Prof. Dr. Kamil Mutluer ve arkadaşlarının hazırlanmış oldukları "Yeni Yüksek Öğretim Kurumlarının Açılması ile İlgili Temel İlkeler Konusunda Özel İhtisas Komisyonu Ön Çalışma Raporu"ndan alınmıştır. Veriler Bütçe Raporları, Yüksek Öğretim Kurulu'ndaki bilgilere dayanmaktadır.

munda 1990'da 70000 hekim fazlası olacağını ortaya koymuş ve bu ülkede yeni öğrenci kabulü ortalama %10 azaltılmıştır. Aynı çalışmaları yapan diğer bazı Avrupa ülkelerinde de benzer uygulamalar gözlenmektedir.

World Health Organization (WHO), yaptığı çalışmalar sonucunda iyi planlanmamış ve gelişigüzel alınmış politik ve ekonomik kararlar sonucunda yalnız gelişmiş ülkelerde değil, gelişmekte olan ülkelerde de 2000 yılında hekim fazlası olacağına dikkati çekmektedir. (Health, Man Power Out of Balance, CIOMS, 1987). Daha önemlisi eğitimin kalitesini düşüreceği ve sonucunda toplum sağlığına doğrudan olumsuz etkide bulunacağı ileri sürülmektedir.

SONUÇ

1- Sağlık düzeyinin yükseltilmesini etkileyen faktörler arasında toplumun temel eğitimi, birinci basamak sağlık birimlerinin yeterliliği, çevre ve sağlıklı fizik alt yapı mevcudiyeti, finansman ve yeterli sağlık insan gücünün (hekim ve diğer sağlık personeli) bulunması, etkili ve dengeli bir sağlık yönetiminin bulunması sayılabilir. Sağlık düzeyinin yükseltilmesinde ve geliştirilmesinde sağlık hizmetlerinin sunulduğu kadar, hizmetin kişi tarafından bilinçli kullanımının da önemi çok büyüktür. Bu ülkede sağlık düzeyinin geliştirilmesinde sağlık insan gücü olarak sadece doktor sayısını ele almak ve sorunun çözümü için de tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısını arttırmak gerçekçi bir yaklaşım değildir.

2- Raporda belirtildiği gibi, ülkemizde hekim ihtiyacının hesaplanmasında ve tıp fakültelerine alınacak öğrenci sayılarının tesbitinde sadece hekim başına düşen nüfus alınmasının son derece yetersiz ve yanıltıcı bir parametre olduğu açıkça görülmektedir. Bu sayının ülkenin ulusal sağlık politikası ve master planı çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

3- Tıp fakültelerine alınacak öğrenci sayısı ile, öğrenci kabul politikası "üstün nitelikli hekim" yetiştirilmesi

imkanları göz önünde bulundurulmak suretiyle bir plan dahilinde yapılmalıdır.

4- Türkiye'de bugün bir yılda hekime başvuru ortalaması kişi başına 1.5'dir. Bu sayının üçe çıkması halinde bile YÖK veya DPT önerilerine göre tıp fakültelerine öğrenci alınmaya devam edilirse 2000'li yıllarda 13000 ile 22000 arasında hekim fazlası olacağı (işsiz hekim) projekte edilmiştir.

5- Ülkemizdeki hekim dağılımında halen % 50'ye yakın olan pratisyen hekimlerin, TUS, ile yılda yaklaşık %20'si uzmanlık eğitimine alınabileceğine göre, önümüzdeki yıllarda pratisyen hekim oranı giderek artacaktır. Bu artış ile ileride pratisyen hekimler için önemli bir gizil veya açık işsizlik ortaya çıkacaktır. Bu hekimlerin nerede ve ne şekilde istihdam edilecekleri önemle düşünülmelidir.

6- Bugünlerde Sağlık Bakanlığı tarafından sözü edilen yeni sağlık örgütlenmesi içinde "aile hekimliği" gündeme gelmektedir. Bunun hekimlerin coğrafik dağılımını düzelteceği umulmakta ve özel çalışacak, ancak Bağ-Kur'dan ücretini alacak bir aile hekiminin belirlenen en düşük ücreti hak edebilmesi için en az 100 kişiyi gerektirmesi veya kendi listesine alabilmesi gereği öngörülmektedir. Durum böyle iken, ülkemiz şartlarında hekim başına düşen nüfusun 600-800 olması ülke ve hizmet gerçekleri ile bağdaşmamaktadır.

7- Yetiştirilen hekimlerin nitelik açısından üstün olabilmeleri için, tıp eğitim kurumlarının içinde buldukları darboğazdan çıkmaları şarttır. Raporun ikinci bölümünde bu sıkıntular detaylı olarak sunulmuştur. Çeşitli alanlarda darboğazları bulunan bu kurumların daha fazla öğrenciye nitelikli eğitim verebilmeleri olanaksızdır.

8- Gerek WHO, gerekse "World Federation for Medical Education" hekim sayısının belirli bir sayıdan sonra artmasının verilen sağlık hizmetinin kalitesini iyileştirmeye yetmeyeceğini, aksine zarar vereceğini, diğer sağlık personeli ve kurumlarının de en az hekim sayısı kadar önemli olduğunu defalarca rapor ve yayınlarında önemle belirtmişlerdir.

9- Son olarak hekim insan gücü hesaplamalarının önümüzdeki yıllarda bazı farklılıklar gösterebileceği ihtimali de oldukça yüksektir. Tanı, tedavi ve belki de koruyucu hekimlikte kullanıma girecek ileri teknolojik imkanlar insan gücü ihtiyacında azalmalara neden olabilecektir.

6- TIP FAKÜLTELERİ DEKANLARININ ÖĞRENCİ SAYISI VE TIP EĞİTİMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

a) Yazı gönderen dekanların tümü fakültelerindeki öğrenci sayısının fazla olduğunu belirttiler.

b) Tüm fakültelerde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısının yüksek olduğu vurgulanıyor.

c) Gelişmiş kabul edilen fakülteler de aralarında olmak üzere tüm fakülteler fizik imkanlarının çok yetersiz olduğunu belirtmektedirler.

d) Çoğu fakülte hastanelerinde öğrenci başına düşen yatak sayısının yetersiz olduğu belirtiliyor.

e) Şu anda elde bulunan öğretim üyesi kadrosu ile bugünkü öğrenci sayısında kalırsa bile yeterli eğitimi vermenin veya sürdürmenin çok zor olduğu vurgulanıyor.

f) Eğitimin kalitesinin öğrencilerin orta eğitimdeki durumlarına da bağlı olabileceği bazı dekanlarca öne sürülmekte ve özellikle yeni açılan tıp fakültelerine giren öğrencilerin taban puanlarının çok düşük olduğu gerçeğine dikkat çekilmektedir.

g) Dekanların çoğu Türkiye'de hekim ihtiyacı ile ilgili çalışmalara dayanarak yaptıkları yorumlarda, eğer öğrenci sayısı arttırılırsa yakın bir gelecekte işsiz hekim sorununun ortaya çıkabileceğini vurgulamaktadır.

h) Öğrenci sayısının arttırılmasının eğitimin kalitesini düşüreceği ve sonucun hizmete yansiyebileceği de belirtilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Bankowski Z, Mejia A, Health Manpower out of Balance, Conflicts and Prospects, CIOMS, Geneva 1987.
- 2- Bankowski Z, Fülöp T, Health Manpower out of Balance, Conflicts and Prospects, CIOMS, Geneva 1987.
- 3- Jonas HS- Etzel SI, Barzansky B, Undergraduate medical education, JAMA 1989; 262: 1011-1019.
- 4- Bankowski Z, A wasteful meckery, World Health, WHO, Geneva, 1987; April pp: 3-4
- 5- World Federation for Medical Education, Avrupa Bölgesel Toplantısı, Dublin, 1987,
- 6- Ministerial Consultation for Medical Education in Europe, Report on a WHO Meeting, Lisbon, 1988.
- 7- Vilardell F, Medical education in Spain, Medical Education 1980; 14 (suppl): 28-31.
- 8- Health Personel Development in Support of Health for All WHO 37. Session. Bruges 15-19 Sept 1987.
- 9- Kennedy Em, Congressional Concerns About Physician Supply, Journal of Medical Education 1988, 63: 117-120.
- 10- Grinzberg E, A New Physician Supply Policy is Needed, JAMA 1983, 250: 2621-22
- 11- Kennedy Vc, Linder SH, Spears WD, Estimating the Impact of State Manpower Policy. J. Health Politics, Policy and Law 1987, 12: 299-311.
- 12- Barer ML, Gafni A, Lomes J. Accomodating Rapid Growth in Physician Supply: Lessons from Israil, Warning for Canada, International J Health Sciences 1989, 19: 95-115.
- 13- Kinding DA, Taylor CM, Growth in the International Physician Supply, JAMA 1985, 253: 3129-3132.
- 14- Proceedings of World Conference on Medical Education, Edinburgh, Scotland 7-12 August 1988.
- 15- Tisteson DC, New pathways in general medical education. N. Engl. J Med. 1990; 322: 234-238.
- 16- Physicians for the Twenty-First Century, Report of the Panel on the General Professional for Medicine (The GREP Report), Association of American Medical Colleges.