

DOSYA/GÖZLEM VE GÖRÜŞLER**EKONOMİK SİSTEMLER İLE TIP EĞİTİMİ
ETKİLEŞİMİ**

Gazanfer AKSAKOĞLU*

Toplumların sağlık politikaları -en yalın düzeneğe indirildiğinde- iki boyutta, "Finansman" ve hizmet "Üretim" i olarak ele alınabilir. Yine yalın bir yaklaşımla her iki kavram da ikili olarak, "kamu" ve "özel" sınıflamalarıyla incelenebilir. Böylece kaba bir tanımlamayla toplumlar sahip oldukları sağlık yapılanmaları açısından;

- 1) kamu kaynaklarıyla finanse edilen, kamu hizmeti üreten,
- 2) kamu kaynaklarıyla finanse edilen, özel hizmet satın alan,
- 3) özel kaynaklarla finanse edilen, kamudan hizmet alan,
- 4) özel kaynaklarla finanse edilen, özel hizmet satın alan, olarak dört temel grupta sınıflanabilir (Şekil 1 a).

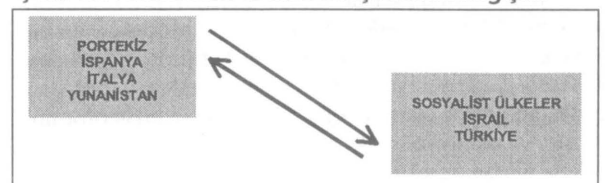
Şekil 1a. Sağlıkta finansman-üretim bileşkesi

		FİNANSMAN	
		KAMU	ÖZEL
ÜRETİM	KAMU	TÜMÜYLE KAMU HİZMETİ (İSKANDINAVYA, İNGİLTERE, KÜBA)	KAMU'DA ÖZEL YATAK / RANDEVU/ DÖNER SERMAYE (ÜNİVERSİTE)
	ÖZEL	ÖZEL HASTANEDE/ LABORATUVARDA RESMİ HASTA (SSK)	ÖZEL SİGORTA / ÖZEL HASTANE (ABD)

Yakın yıllara değin sosyalist blok ülkelerinin başarıyla uygulamış olduğu birinci grup model artık yalnızca Küba'da geçerlidir. İskandinav ülkeleri ve kısmen de olsa Birleşik Krallık bu modelin temel ilkelerini yaşamda tutmaya çalışmakta ve geliştirmektedir. Bu iki grup ülkenin temel özellikleri, gelir düzeyine göre alınan vergilerden oluşan kamu geliri havuzunu, sağlık hizmetinin kamu

kurumları eliyle verildiği ücretsiz hizmete yansıtmaktır. İkinci grupta yer alan düzenleme geçmişte İspanya, daha sonra Latin Amerika ülkeleri tarafından uygulanan, Türkiye'de SSK tarafından giderek daha yoğun olarak yürütüldüğüne tanık olunan modeldir. Prim katkısıyla da olsa kamu finansı olarak adlandırılabilir bu kurumlaşma, serbest piyasadan, özel muayenehanelerden, laboratuvarlardan ve hastanelerden hizmet alınması ağırlıklıdır. Üçüncü grup için açıklayıcı örnek, özel kaynaklarla oluşturulan finansın, kaba deyimle cepten harcanan paranın üniversite hastanelerindeki öğretim üyesi bakısına ve özel ameliyatlara yöneltildiği karma uygulamadır. Dördüncü grupta finansın ve hizmetin "özel" olarak oluşturulduğu özgürlükçü(!) model, yani ABD yer alır.

Doğal olarak, yukarıda çizilen genel çerçeve tüm sağlık sistemlerini açıklamaz. Ara modeller, farklılıklar, karşıtlıklar, karma sistemler, ülkeler arası ve ülke içlerinde çok sayıda uygulama örneğiyle ortaya çıkar. Yalın düzeneğe sadık kalınarak açıklamaya devam edilirse, özellikle Akdeniz ülkelerinde bugün hızlı bir değişim yaşanmakta olduğunu söylemek gerekir. Avrupa'nın güneyindeki yarımada ları oluşturan ülkeler son yıllarda hızla yeniden yapılanmaya yönelmekte, Portekiz, İspanya, İtalya ve Yunanistan'da sağlık kamu kurumlarınınca finanse edilmeye ve sağlık hizmeti de kamu kurumlarınınca ücretsiz olarak sunulur olmaya başlamaktadır. Tersine bir gidiş ise Akdeniz'in doğusunda, sosyal kavramlardan hızla uzaklaşarak derin bir kapitalistleşme sürecine giren ve giderek ABD'leşen İsrail ve Türkiye'de görülmektedir (Şekil 1b).

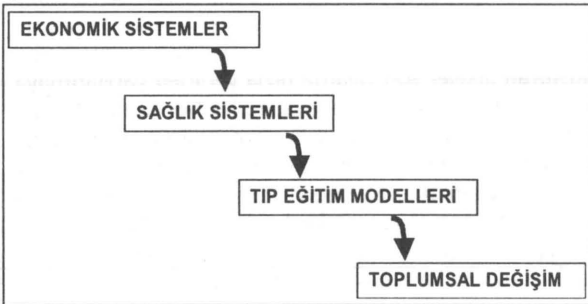
Şekil 1b. Finansman-üretim bileşkesinde değişim

* Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Başkanı

Ekonomi mi eğitimi, eğitim mi...

Toplumun örgütsel yapılanmasını oluşturan temel unsur üretim ilişkileridir. Üretim biçimi ve araçlarının mülkiyeti toplumsal sınıflar arasındaki ilişkiyi belirler, bu ilişkiyle ekonomik sistemler oluşur. Ekonomik yapılanma yaşam biçiminin ve paylaşımın nasıl olacağına karar verir. Sağlık da barınma, temel beslenme, eğitim,.. gibi bu karar sürecinde nasıl oluşturulacağı belirlenen bir kavramdır. Kapitalist üretim ilişkileri sağlığın parayla alınıp satılmasına ve kar unsuru olmasına karar verebileceği gibi -doğrusu da budur- geçici bir ödün olarak sağlığı sosyal hak yaklaşımı ile de değerlendirebilir. Kapitalizmin her iki seçiminde de amaç "kar eden toplum" u oluşturmaktır. Sosyalist üretim ilişkisinde toplumu oluşturan bireyin gelişimi ve kazanımları ilk hedef olduğundan, sağlık sisteminin temel amacı "herkese eşitlikçi hizmet", bunun sonucunda "sağlıklı toplum" olarak belirlenir. Amaç ve hedef bunlar olunca, sağlık sisteminde yer alacak sağlıkçı, bunun içinde de hekimin nasıl yetiştirileceğini belirlemek kolaydır. Kar amaçlı sisteme dayalı yapılanmada hasta yönelimli, ileri teknoloji ağırlıklı, uzmanlık amaçlayan hekim yetiştirilmesi öncelik alırken; topluma hizmeti amaçlayan sistemde sağlık sorunlarını ve önceliklerini saptayabilen ve çözebilen, bir yandan da toplum gelişimine hız kazandıran hekim üretilmesi amaçlanır. Sağlık ve tıp eğitiminin amaçları, var olan sağlık sistemini önceden belirlenen ekonomik ve siyasal hedeflere yönelik oluşturacağından, toplumun etkilenmesi ve değişimi de buna bağlı olarak gelişecektir. Kapitalist yapılanmada, ABD'de olduğu gibi, üretilen sağlık hizmetini satın alabilenler en varlıklı konumda yaşarken toplumun geniş bir kesimi temel sağlık gereksinimlerinden tümüyle yoksun kalacaktır. Yine kapitalist yapıda bir başka düzenleme olan Almanya'da sigorta adıyla yürütülen hizmette ise toplumun hemen her kesimi yarar sağlarken, hizmeti sunan ve aynı zamanda finans kurumunun ortağı kılınan hekimler daha fazla çıkar sağlayacaktır. Sosyalist yapılanmada, eski SSCB, Bulgaristan ve Küba'da ise, toplumun tüm bireyleri sağlıklı olmak için gerekli tüm temel gereksinimlerini karşılayabilecektir.

Şekil 2. Tıp eğitiminin etki süreci

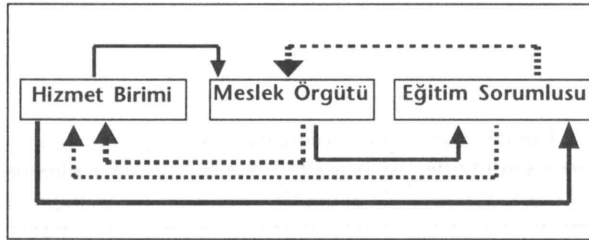


Genel bir değerlendirme ile ekonomik sistemlerin sağlık modellerini belirlediği, tıp eğitimi modellerinin bu yolla oluştuğu ve ürünlerinin de toplumun yapısını etkilediği söylenebilir (Şekil 2). Sözü edilen yapılanma içinde, konumuz olan tıp eğitimi modelinin etkilenmesi ve işlevini anlayabilmek için modeli bir bütün olarak dikkate almak gerekir.

Kimin hangi görevi...

Tıp eğitiminin siyasal olarak belirlenen konumunu ve işlevini mikro düzeyde planlayan ve yürüten birden fazla kurum olması gerekir. Bunların "olmazsa olmaz" olanları üç yaşamsal kuruluştur: "Hizmet birimi" olan Sağlık Bakanlığı, "meslek örgütü" olan Hekimler Birliği ve "eğitim sorumlusu" olan Tıp Fakültesi. Üç kurumun amaçları ve tıp eğitime yönelik işlevlerinde ortak paydaları vardır ve yoğun etkileşimle çalışmaları gerekir. Sosyalist model içinde düzenli ve sürekli etkileşim zorunludur; kapitalist sistemde ise bu etkileşimin en az düzeyde de olsa sürdürülmesi ve ortak amaçlarla örtüştürülmesi, sistemin özünde var olan eşitsizliği bir ölçüde giderme açısından önem taşır (Şekil 3).

Şekil 3. Tıp eğitiminde görevli birimler



Etkileşim sürdürülürken, görev paylaşımı kaçınılmaz olarak bağımsız oluşacaktır. *Hizmet birimi* siyasal yapının uzantısı olarak hizmet türünü belirler ve verdiği kararlara yönelik belirlediği hizmet türü için hekim üretilmesini bekler: Sistem sağlık ocağı ve tümelci hizmet ağırlıklı mı olacak, yoksa hastaneler ve sağaltım hizmetleri mi önde gidecek... Koruma ve sağlığı geliştirme programlarına mı yatırım yapılacak, yoksa ivedi durumlara ve ambulanslara mı... *Meslek örgütü*, hizmet biriminin oluşturduğu model için gerekli hekim formasyonunu saptar: Pratisyen mi yetişmeli, yoksa uzmanlık adayı mı... Ağırlıklı yaş gruplarının sağlık sorunlarına yönelik hekim mi, yoksa ivedi girişimde bulunabilecek teknik eleman niteliğinde hekim mi... *Eğitim sorumlusu* her iki kurumun kararları doğrultusunda eleman yetiştirir: Hekim biyokimyasal reaksiyonların ağırlıklı olarak öğretildiği ve enzim eksikliklerinde oluşan hastalıkları tanıyan yapıda mı olmalı, yoksa toplumda sık görülen ve verimliliği düşüren yaygın hastalıkları tanıyıp sağaltabilen türde mi yetişmeli... Toplum katılımına katkıda bulunacak değer yargılarıyla donatılmış mı olmalı, yoksa bireyin bedenini iyi tanıması yeterli mi...

Tüm bu soruların yanıtının verilebilmesi ve buna yönelik ürünlerin sağlanabilmesi için sayılan üç birimin karşılıklı ve eşit söz hakkına sahip etkileşimi gerekir. Bunun için iletişim düzenli geri bildirim ve sorumlu işbölümüne dayandırılmalıdır. Birimlerin rollerinin iyi tanımlanması işbölümünü verimli kılar. Temel görevlerin iyi yürütülebilmesi için işbölümünün tam ve net olarak ayrılması gerekir. *Hizmet birimi* hizmet türünü belirledikten başka, altyapıyı oluşturarak hizmet alanını hazırlamalıdır. Hizmette görev alacak sağlık personelinin görev yerlerini ve görev tanımlarını belirlemek hizmet biriminin ödevidir,

ancak bu elemanları atamakta ve yerlerini değiştirmekte hizmet biriminin (Türkiye için Sağlık Bakanlığı) hiç bir yetki ve sorumluluğu olmamalıdır. *Meslek örgütü* sağlık elemanını atamayla sorumlu ve -elemanın isteği üzerine- yerini değiştirmekte yetkili tek kuruluş (Türkiye için Türk Tabipleri Birliği) olmalıdır. Hizmetin kalitesini geliştirmek de meslek örgütünün yükümlülüğü olacağından, hizmetiçi eğitim ve eğitim sorumlusuyla işbirliğine girerek uzmanlık eğitimi, meslek örgütünün görevleri arasında yer alır. *Eğitim sorumlusu* kendinden beklenen ürün olan hekimi, gerekli bilgi ve beceriyle donatmakla yükümlüdür. Hizmetiçi eğitim ve özellikle uzmanlık eğitimi de, meslek örgütünün istekleri doğrultusunda eğitim sorumlusunun (Türkiye için Tıp Fakülteleri) katkıda bulunacağı alanlardır.

Tıp eğitimi görelidir

Sağlık sistemini ve dolayısıyla sağlık eğitimini ekonomik sistem belirlediğine göre, üretilen hekimin tipine de o karar vermiş olur. Yukarıda sıralanan görev dağılımı da farklı toplum ve ülkelerde ekonomik yapılarına göre nitelik değiştirmiştir.

Sovyetler Birliği sağlık modelini bir tür sağlık ocağı olan *Uçastok*'lara dayandırmıştır. Tıp eğitiminde erişkin sağlığı, çocuk sağlığı ve sanitasyon-epidemioloji ağırlıklı üç ayrı tıp fakültesinden yetiştirdiği uzmanlara görev vermiş, yanlarına sağlık memuru niteliğinde ancak tanı ve sağaltım yetkisi olan *Feldşer*'leri katmıştır. Çin Halk Cumhuriyeti, ekonomisinin üzerinde geliştiği köy sosyalizmi temelinde kırsal sağlık örgütlenmesine yönelmiş, *Çıplak Ayaklı Doktorlar*'a umut bağlamış, tıp fakülteleri profesörlerini köylere eğitim almaya göndermiştir! Küba'da profesörler altışar aylık dilimler için sağlık ocağı hekimliği yapar, o basamağın sağlık sorunlarını anımsarlar. İsveç'de bu uygulama halk sağlığı öğretim üyelerinin haftanın belirli günlerinde sağlık ocağında çalışmaları, diğer hekimler gibi evde nöbet tutmaları ve ek görevlerin ücretini yerel yönetimden almalarıyla gerçekleşir. Britanya'da da profesörler sağlık ocağına gider, ama bambaşka biçimde: Yetişkin çocuklarını okutmak için paraları yetmeyince üniversiteden istifa eder, ocak hekimi olur, biraz para kazanırlar!

Çağdaş tıp anlayışının köklü merkezlerinden olan Fransa'da birincil sağlık hizmeti, dolayısıyla sağlık ocağı yoktur. Buna karşılık halkın içine yayılmış kırkbinin üzerinde akıl sağlığı uzmanı görevlendirilmiş, akıl sağlığı hastaneleri yatakları sayısı en aza indirilmiştir. Finlandiya'da mezun olan hekim sağlık ocağında çalışmaya başlar, genel pratisyenlik uzmanlığı almayı seçerse kendisini düzenli ziyaret eden bir Halk Sağlığı öğretim üyesi denetiminde eğitim alır. İsveç'de öğrenci tıp fakültesi eğitimine sağlık ocağında başlar, sürdürür ve tamamlar, klinik eğitim alması gerektiği günler üniversite hastanesine geçer. Bu hekim adayının eğitiminin dayandırıldığı temel konular "yaşlı adam karşından karşıya geçerken ne tür sağlık riskleri taşır", "hipertansif hastayı işyerinde reçete verip ayakta sağaltmak mı uygundur, hastaneye yatırarak mı" gibi toplumsal kaygılar içerir. Ölüm olduğunda ölenin evine sosyal hizmet

uzmanıyla birlikte öğrenci de gider. Sınavında sağlık ocağı hekimi üç sınav görevlisinden biridir. Mezun olduğunda sağlık ocağı hekimi olarak ücretini -üniversiteye parasal katkı da yapan- yerel meclis öder, hem hekime hem kendisine prestij kazandırır. İskandinav ülkelerinde eğitimin toplumsal hedefleri içinde temel amaçlardan biri *Erken Tanı*'dır, böylece sistemin etkin ve ucuz işlemesi sağlanır. ABD'de hekim eğitimi uzmanlık öncesi amaçlar içerir. Sağlık ocağı yoktur, sağlık sistemi uzmanlık hizmeti verilmesine dayandırılmıştır. Yaralanmanın önlenmesi değil, metal ile parçalanmış kalbin sağaltımı; koroner arter hastalığının önlenmesi değil, koroner damar cerrahisi ya da kalp transplantasyonu amaçlanır. *Amaç Geç Tanı*'dır, böylece kapitalizmin özüne uygun olarak sağlık sisteminin de karmaşık ve pahalı işlemesi sağlanmış olur.

Hekimin tıp öğrenimini tamamlayıp alanda çalışmaya başladığında toplumun yapısına bağlı olarak karşılaşılabilecek sorunlar bellidir. Doğu Afrika'da AMREF'de ve Kanada'da çalışacak hekimler uçak kullanmaya alışmalıdır. Peru sağlık ocaklarının hekimleri And dağlarında hurda jipleri sürmeyi öğrenir. Nepal'li hekimler sağlık ocaklarını dolaşır hemşireleri denetlemek için dağlık alanda günde elli kilometre yürümeye alışkın olmalıdır. Türkiye'de ocak hekimleri ocaklarını yerel politikacı ve kaymakama karşı çalıştırmayı başarmak zorunda olduklarını bilirler.

Tıp eğitiminin yukarıda örneklerle söz edilen örgütlenme modellerine uygun olması gerekir. Hekim yetiştirilmesinde amaç toplumun yararı olarak görülüyorsa, toplumun gerçeklerine ve gereksinmelerine yönelik eğitim yapılması zorunludur.

Toplumsal geçerlilik

Dünya Sağlık Örgütü tıp eğitiminin *toplumsal geçerlilik* taşıması, yani eğitim sürecinde yer alan bilgi ve becerinin toplumun sağlık sorunlarının çözülmesinde geçerli olması gerektiği kanısındadır. Geçerlilik için dört temel ölçüt belirlenmiştir:

1) *Öncelik*: Tıp eğitimi sağlık sorunlarıyla koşut olmalı, öncelikli sağlık sorunlarının belirlenmesi öğretilmelidir. Toplumda bulaşıcı hastalıklara bağlı çocuk ölümleri varsa eğitimde çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklara ağırlık verilmeli, kardiyovasküler cerrahi önde yer almamalıdır.

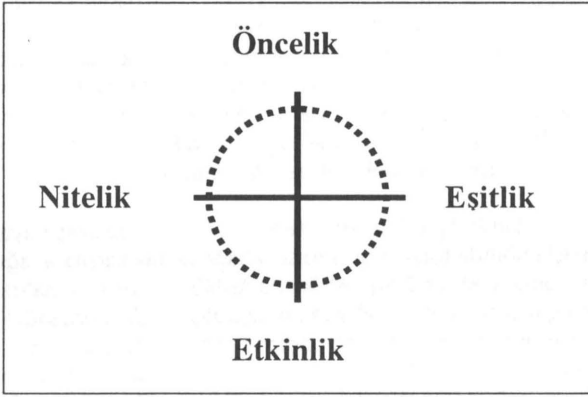
2) *Nitelik*: Tıp eğitiminde kalite salt teknik yeterlilikle ilişkili değildir. Öğrencinin birincil sağlık hizmetini kavraması, koruma/geliştirme/sağaltma/esenlendirme tümelciliğini anlayabilmesi ve uygulayabilmesi gerekir. Ayrıca her hekim adayının ivedi girişim ve sağlık eğitimi konularını iyi öğrenmiş olması beklenir.

3) *Etkinlik*: Hekim adayı kaynak kullanımının önemini bilmelidir. Pahalı teknoloji değil, koşullara *uygun teknoloji*; çok değil, yeterli ilaç; geçerli olmalıdır. Hekim adayı aile planlaması, sağlıklı çocuk yetiştirme, tüberküloz sağaltımı gibi konularda bilgi ve beceri sahibi kılınmalıdır. [DSÖ yayınlarında bu başlığı maliyet-etkinlik (cost-

effectiveness) olarak vurgulamasına karşın, konuya tarafımızca "etkinlik" olarak değinilmiştir.]

4) *Eşitlik*: Her yerde ve herkese ne tür hizmet gerektiği belirlenmeli, eğitimde ağırlıklı olarak saptanan önceliklere yer verilmelidir. Kime, nerede, nasıl hizmet gerektiğini tıp fakültelerinin de belirleyebilmesi beklenir.

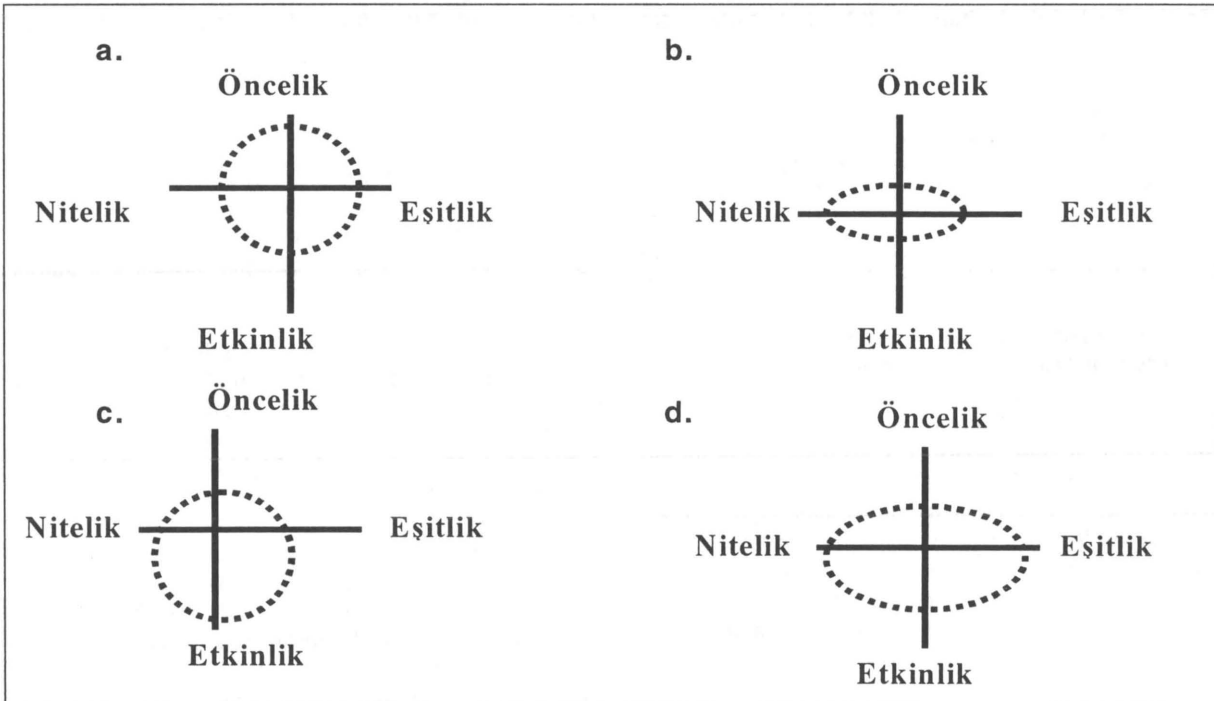
Şekil 4. Toplumsal geçerlilik ölçütleri



Toplumsal geçerliliğin hem sağlık hizmeti veren birim, hem de eğitim sorumlusu tarafınca aynı önemle ele alınması gerekir. Geçerliliğin ölçülebilmesi için oluşturulan düzenek şekilde gösterilmiştir (Şekil 4). Ölçüm verisi çemberin ortasına yaklaştıkça düşük değerler göstermektedir. Şekilde gösterilen çember, alınan yüksek değerler sonucu dört ölçüde de yakın olması nedeniyle, olabilecek en iyi durumu göstermektedir.

Ölçütlerin açıklanmasına yönelik örnekler Şekil 5'te yer verilmiştir. 5a örneğinde öncelik ve eşitlik açısından

Şekil 5. Toplumsal geçerlilik örnekleri



yeterli ve dengeli, nitelik ve etkinlik açısından yetersiz bir hizmet/eğitim modeli görülmektedir. Örneğe uygun toplum olarak Hindistan ve Türkiye gösterilebilir. 5b örneğinde salt nitelik kaygısı güden, masraflı ve dengesiz, önemli bir toplum kesimini devre dışı bırakan bir model görülmektedir. Tipik örneği ABD olmalıdır. 5c örneği nitelik ve etkinlik yönünden güçlü, ancak kendisine başvuran hastalardan oluşan "müşterileri" dışında kaygısı olmayan bir yapı sunmaktadır. Orta ve Batı Avrupa'nın sigorta sistemine dayalı toplumlara buna iyi bir örnektir. 5d örneği etkin, ancak eşitlik ve öncelik düşünmeyen bir model sunmaktadır. İsrail örnek olarak gösterilebilir.

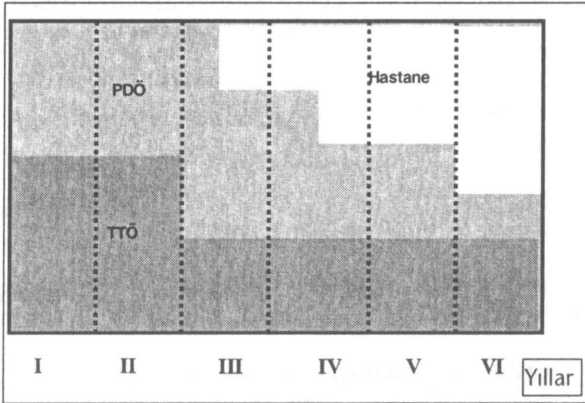
Tıp fakültelerinin eğitim sürecinde bu dört ölçütten yararlanmaları ve yerinde ve zamanında yapılacak değerlendirmelerle eğitimde yeniden düzenlemelere gitmeleri önerilir. Böylece eğitimin toplumsal gereksinimlerle örtüşmesi sağlanmış olur. Eğitim programı içinde oluşturulacak bir izleme formu, sayılan ölçütlerin eğitimin *planlama*, *uygulama* ve *etkileme* aşamalarındaki başarılarını saptamada kullanılabilir.

Eğitim değil, öğrenme!

Buraya değin sıralanan nitelikleri içeren bir yapılanma tıp eğitimini değil, tıpta öğrenmeyi gerektirir. Toplumu tanıyan, sağlık sorunlarını bilen, önceliklerini saptayan ve çözüm önerilerini oluşturarak uygulayan, bilgiyi ve beceriyi kendi çabasıyla da elde edebilen bir hekim adayı için *eğitim* sözcüğünü kullanmak yerinde olmaz; çünkü sözcük edilgen bir yapı içermekte, çağdaş olmayan bir "öğretme" anlamı taşımaktadır. Süregen, devingen ve aktif olmayı gerektiren bu sürece *öğrenme* demek daha doğrudur. Yaşam boyu süreceği ve içinde bulunulan ortama uyum

sağlayacak biçimde değişikliklere açık olacağı için de *aktif öğrenme* olarak adlandırmak yerinde olur

Şekil 6. Aktif öğrenme süreci



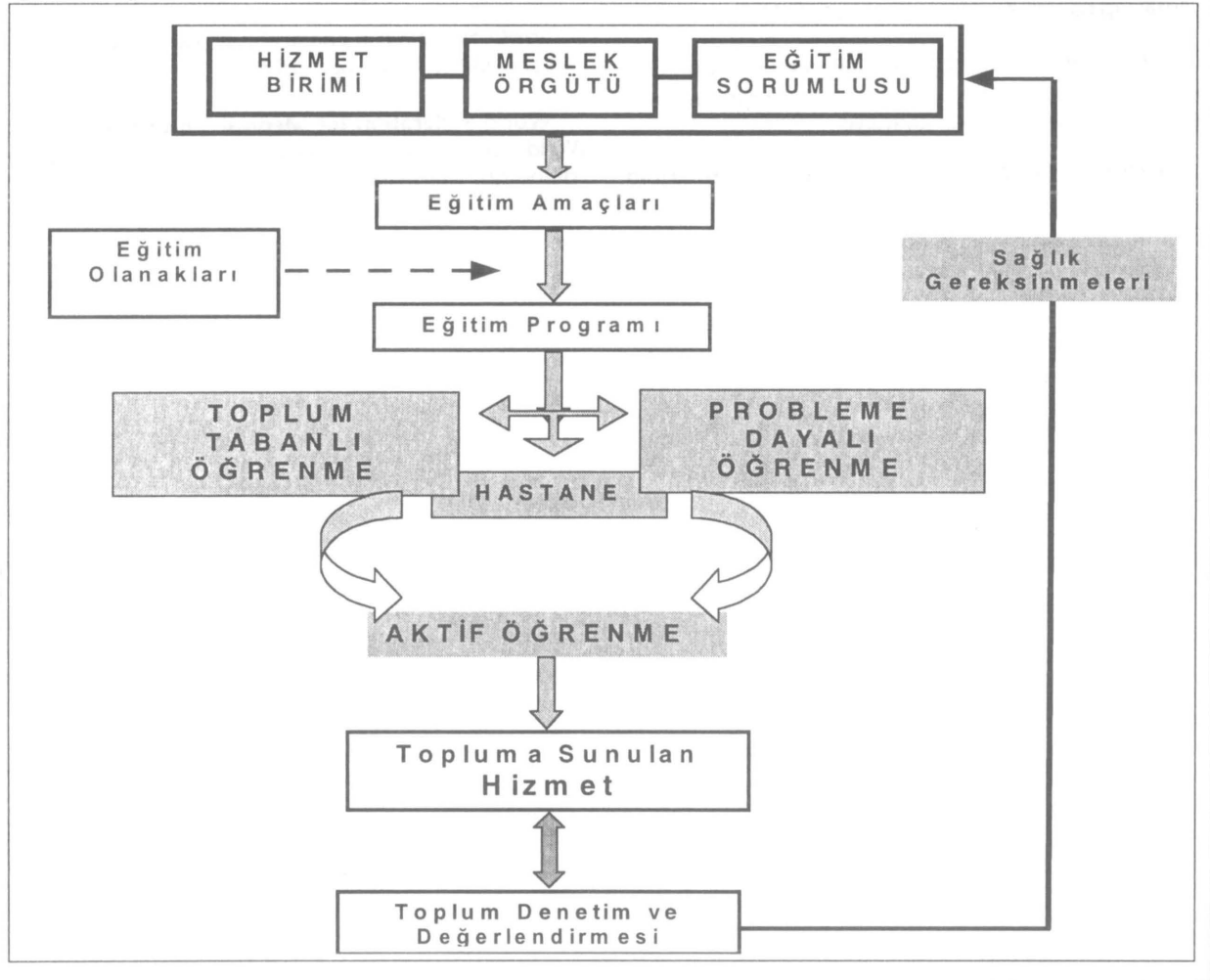
Aktif öğrenmenin sağlanabilmesi için iki temel uygulama yöntemi gerekir. Birincisi, kuşuculuğu ve araştırmacılığı geliştirmek amacıyla *probleme dayalı öğrenme* (PDÖ) yöntemlerinin geliştirilmesidir. Böylece yazılı bir senaryo üzerinde, yönlendirici denetiminde çalışan küçük bir grubun, tartışarak ve kendi kendine

öğrenme yöntemlerini geliştirerek "öğrenmeyi öğrenme" si sağlanmış olur. İkincisi, toplumun sağlık sorunlarını ve çözüm önerilerini öğrenebilmek amacıyla *toplum tabanlı öğrenme* (TTÖ) sürecine girilmesidir. Sağlık, birey ve toplumun, iyi ve kötü konuları birlikte, içiçe ve uyumlu yaşama durumudur. Bunun için öğrenciyi henüz hastalık konumunu öğrenmeden, iyi ve kötü olma koşullarını birlikte içeren sağlık kavramı ile tanıştırmak üzere, alana ve özellikle de sağlık ocağına yönlendirmek yerinde olur. Tıp fakültesinin başlangıcında oluşturulan bu süreç üçüncü yıl içinde hastane ile desteklenirse hekim adayının bütüncül bir bakışa sahip olması ve sağlık sorunlarını tümelci yaklaşımla ele alması sağlanabilir (Şekil 6).

...ama toplum tabanlı!

Topluma dayalı olmayan hizmet ve eğitimin geçerliliği tartışmalıdır. Çünkü topluma dayalı olmanın temel niteliği *denetim* özelliğidir. Topluma yönelik hizmetlerin toplum tarafından değerlendirilmesi ve yeniden düzenlenmesinin önerilmesi için en önemli koşul, hizmeti alan kişilerce tartışılması, değerlendirilmesi ve elde edilen sonuçların eğitim ve hizmet planlayıcılara sunulmasıdır. Bu bütüncül sürecin aşamaları Şekil 7'de sunulmuştur.

Şekil 7. Sağlık hizmeti bütüncül şeması



Sağlık hizmeti birinci aşamada hizmet birimi, meslek örgütü ve eğitim sorumlusundan oluşan üçlünün, toplumdan aldığı geri bildirimle işleve geçen planlama süreci ile başlar. Sağlık gereksinmelerine dayalı olarak eğitim amaçlarının belirlenmesinden sonra, eğitim olanakları da dikkate alınarak eğitim programı oluşturulur. İkinci aşamada toplum tabanlı, probleme dayalı, hastane destekli aktif öğrenme sürecine girilir. Üçüncü aşamada hizmete dönüşen süreç, toplumun denetleme ve değerlendirmesinden sonra yeniden başlangıç aşamasındaki devreye girer. Sağlanan sürekli devinimle eğitim ve hizmetin bütünlüğü ve sürekliliği sağlanmış olur.

Tıp eğitimi hizmet birimi, meslek örgütü ve eğitim sorumlusu üçlüsü eliyle toplumun sağlık gereksinmelerine yönelik olarak, aktif öğrenme modeli aracılığıyla, toplum için ve toplum içinde oluşturulmalı, toplum tarafından denetlenmelidir.

Teşekkür: Değerli eleştirileri ve özenli çizimleri için Yücel Demiral'a içten teşekkürlerimi sunarım.

KAYNAKÇA

Aksakoğlu G., (2001), Tıp eğitiminin sağlık politikalarına yansması. [Basılı olmayan sunum metni] II. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi. İzmir: 24-28 Nisan

Aksakoğlu G., (2001), Sosyalleştirmede yönetim. [Basılı olmayan sunum metni] II. Sosyalleştirme Genel Kurulu Toplantısı. Ankara: 26 Mayıs

Belek İ., (2001), Dünyada sağlık sistemlerinin

değişimi. [Basılı olmayan sunum metni] Nevzat Eren Halk Sağlığı Sempozyumu. Ankara: 17 Mart.

Boelen C., Heck JE., (1995), Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: WHO

Boelen C., (1992), Medical education reform: the need for global action. ; 11: 745-9.

Margolis CZ., (2000), Community based medical education. Medical Teacher; 22: 482-4.

Walton H., (1985), Primary health care in European medical education. Medical Education; 19: 167-88.

Walton H., (1991), Six major themes: World conference on medical education, 1988. Med Educ 1986; 20: 378-89.

WHO. Changing medical education. Geneva: The Organization.

WHO. Doctors for health. Geneva: The Organization; 1996.

WHO. Education in primary health care. Copenhagen: Regional Office for Europe; 1983.

World Federation for Medical Education, (1988), World conference on medical education. [Basılı rapor] Edinburgh: The Organisation.