



# TÜRKİYE'DE TIP EĞİTİMİNE İLİŞKİN TEMEL SORUNLAR VE ÇÖZÜM STRATEJİLERİ

Dr. Derman Boztok\*

## 1. Güncel sorunun genel boyutları

Sağlık Bakanı Sayın Rıfat Serdaroğlu, Ağustos ayı başlarında, tıp fakültesi mezunu pratisyen hekimler için zorunlu hizmetin kaldırılacağını, söz konusu hekimler için işe alınmanın bölgesel olarak yapılacak sınavlarla gerçekleşeceğini belirtmişlerdir.

Bu gelişme bir yandan hekimlerde güncellenen iş güvencesi kaygısı ve istihdam sorunlarını, diğer yandan da tıp eğitiminin yıllardır üzerinde durulan temel aksaklıklarını gündeme getirmektedir.

Ülkemizde herkese gereksindiği ölçüde sağlık hizmetlerinin götürülmesi için gerekli insangücünün, hekimler ve diğer sağlık meslek mensupları olarak, uluslararası normlara uygun gerçekçi ve akılcı bir planlamayla geliştirilmesi zorunluluğu bilinmektedir.

Tıp eğitiminin kalite sorunları, hekimlerin sayı, dağılım ve niteliklerini, sağlık hizmetlerini ve toplumun sağlık düzeyini doğrudan etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinin rekabete ve özel girişimciliğe dayalı serbest piyasa koşullarında verilmesini öngören sağlık reformları çerçevesinde de, hekimlerin eğitim ve istihdam konuları, iş güvencesi, mesleki, etik ve halk sağlığı yönleriyle tartışılmaktadır.

## 2. Tıp eğitimine ilişkin sorunlar

### 2.1. Tıp eğitiminin içeriği

Tıp eğitiminin içeriği, ülkede sık görülen, ölümlere, sakatlıklara ve işgücü kayıplarına neden olan sağlık sorunlarını çözecek sağlık programlarına, temel sağlık hizmetlerine ve çağdaş toplum hekimliği yaklaşımına uygun değildir.

**2.1.1.** Batıdaki tedavi edici hastane/klinik hekimliği eğitim müfredatı, ülkemiz koşullarına göre yeterince uyarlanmadan aktarılmak istenmektedir.

**2.1.2.** Tıp eğitimi müfredatının belirlenmesinde, Sağlık Bakanlığının ülke ihtiyaçları için yönlendiren

ci olamamaktadır. Tıp fakültesi (TF) halk sağlığı bölümlerinin etkisi de yetersiz kalmaktadır. Eğitim programlarının belirlenmesinde, temel tıp ve klinik dal bölüm yöneticileri, kendi ilgi alanlarına göre esas yönlendirici durumundadırlar. Nadir görülen hastalıklar, ayrıntılı temel tıp bilimleri (anatomi, biyokimya, vb.) konuları ağırlık kazanabilmektedir.

**2.1.3.** Eğitimin içeriği, esas olarak birinci basamak sağlık ocağı hekiminin ihtiyacı olan toplumu tanıma, kişi ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sık görülen hastalıkları tedavi ve kontrol, ekip yöneticiliği, adli tıp gibi toplum hekimliği konularına yönelik değildir.

### 2.2. Tıp fakültelerine fazla sayıda öğrenci alınması

Tıp fakültelerine ciddi sakınca yaratacak düzeyde fazla sayıda öğrenci alınmaktadır.

**2.2.1.** Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Avrupa Topluluğu ülkelerindeki nüfus/hekim oranlarına uyacak biçimde bir an önce yüksek hekim sayısına ulaşılmasını istemektedir. Bir hekime düşen nüfus, 1991 yılında, Almanya'da 332, İspanya'da 296, Belçika'da ....., İtalya'da 248'dir. Sırasıyla aynı ülkelerde işsiz hekim sayısı ve oranları ise şöyledir: 15400 (yüzde 8), 6000 (yüzde 4,6), 4200 (yüzde 12) ve 4000 (yüzde 17,3). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 1990 yılında tahmin edilen işsiz hekim sayısı 90000'dir.

Batı ülkelerinde hekim başına düşecek optimum nüfusun 600 olabileceği konusunda görüşler vardır. Bu rakam, bir kişinin yılda 5 kez hekime başvuracağı düşünülerek bulunmuştur. Türkiye'de ise yılda hekime başvuru Sosyal Sigortalar Kurumunda (SŞK) kişi başına 1,5; Çankırı ilinde yapılan bir pilot çalışmada 1,03, Çubuk ve Etimesgut bölgelerinde ise 1'in altındadır.

Hizmet kullanımının en yüksek olduğu SSK oranı alınacak olursa:  $600 \times 5/1,5 = 2000$  kişiye bir hekim yeterli görülmektedir. Halbuki, 1991 yılı itibarı

\* Halk Sağlığı Uzmanı

riyle Türkiye'de 1059 kişiye bir hekim düşmektedir.

Hekim sayısı ile hizmet arzının artması sonucu, kullanımın artacağı düşünüldüğünde, yılda 3 kez hekime başvuru olması durumunda:  $600 \times 5/3 = 1000$  kişiye bir hekim yeterli olacaktır.

Gerekli hekim sayısına bugün ulaşılmış olmasına rağmen, DPT'nin teşvikiyle TF kontenjanları iki katına çıkarılmış ve yılda 5400 öğrenci alınmasına yükseletilmiştir.

Türk Tabipleri Birliği'nce (TTB) yapılan bir çalışmada, nüfus projeksiyonlarına göre, 1995 yılında 8700, 2000 yılında 22000 hekim işsiz durumda bulunacaktır.

İşte zorunlu hizmetin kaldırılması, böyle bir döneme denk gelmektedir.

**2.2.2.** Pratisyen hekimlerin istihdamı söz konusu olduğunda, hekimlerin yerleştirileceği birinci basamak sağlık ocaklarının sayısı da önemlidir.

224 sayılı yasada öngörülen, şehir mahallelerinde de 5000-10000 nüfusa bir sağlık ocağı fizik yapısı, çeşitli nedenlerle oluşturulmamış, bugüne kadar eksik bırakılmıştır.

Sağlık ocağına kapasitesi üzerinde hekim tayini yapılması, hizmet açığını gidermemekte ve gizli işsizliği ortaya çıkarmaktadır.

Aile hekimliği sistemi ile muayenehanelerin kullanılması ise çözüm olmayacaktır; zira, ülkemizin olumsuz sağlık göstergelerine, temel sağlık hizmetleri yaklaşımından uzak serbest muayenehaneler sistemi ile gelinmiştir.

**2.2.3.** Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Türkiye'de hekim başına düşen hemşire, ebe, sağlık memuru oranları birin altındadır. Hekim dışı sağlık personelinin de, kaliteli bir eğitimle arttırmadan, yalnızca hekim sayısını arttırmak, hizmette istenen iyileşmeyi sağlamayacaktır.

**2.2.4.** Gelişmiş ülkelerde (ABD, İngiltere, Japonya gibi), bir tıp fakültesine yılda en çok 100-150 öğrenci alınabilmektedir.

1990-91 öğretim yılında, Cerrahpaşa TF'e 467, İstanbul TF'e 404, Hacettepe TF'e 358, Ankara TF'e 345, Ege TF'e 337 öğrenci alınmıştır.

### **2.3 Tıp fakültelerinin fizik yapı, araç-gereç, finansman, öğretim üyesi ve yabancı dil sorunları**

Tıp fakültelerinin eğitim alt yapı imkanları, fizik yapı, araç-gereç, finansman, öğretim üyesi ve yabancı dil yönünden yetersizdir.

**2.3.1.** Ülkemizde tıp fakültesi sayısı 33'e yükselmiş bulunmaktadır.

Kalabalık öğrencilerin teorik derslerde bile anfilere sığınarak eğitimi izleyemedikleri, laboratuvar uygulamalarına yeterince katılmadıkları, uygulama hastanelerindeki yetersizlikler nedeniyle klinik inceleme yapamadıkları, karşılaşılan durumlardır.

**2.3.2.** 1991 yılında yayınlanan Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM), "Türkiye'de tıp eğitimi" konulu Araştırma Komisyonu raporunda, fakülte yöneticilerinin görüşlerine göre, dersane sayıları yüzde 26, laboratuvar sayıları yüzde 23, kırsal hekimlik imkanları yüzde 22 oranında yetersizdir. Yine öğrencilere sağlanması gereken sosyal imkanlardan yurt, ulaşım, medikososyal ve okuma alanları yüzde 32-35, kafeterya yüzde 52, sosyal çalışma alanları yüzde 56, spor tesisleri yüzde 56-59 oranında yetersiz bulunmuştur.

**2.3.3.** Meclis araştırmasında, öğretim üyelerinin görüşlerine göre, tıp fakültelerinde ders araçları yüzde 23 (Gaziantep TF'de yüzde 64, Fırat TF'de yüzde 46, Anadolu TF'de yüzde 45); tıbbi cihazlar yüzde 23 (Fırat TF'de yüzde 56, Gaziantep TF'de yüzde 52); öğretim materyali yüzde 30 (Fırat TF'de yüzde 61, Dokuz Eylül TF'de yüzde 57); kitap ve periyodik sayıları yüzde 30 (İnönü TF'de yüzde 80, Gaziantep TF'de yüzde 78, İstanbul TF'de yüzde 48); bilgisayar tarama yüzde 56 (İnönü, Selçuk, Cumhuriyet TF'de yüzde 90-96); fotokopi imkanları yüzde 30 (Dicle, Anadolu, Atatürk, Uludağ, Trakya TF'de yüzde 50-68) oranında yetersizdir.

**2.3.4.** Tıp fakültelerine verilen ödeneklerde yıllara göre bir artış görülmesine rağmen; gerçekte, yüksek öğretim kurumları bütçelerinin gayri safi milli hasıla (GSMH) ve konsolide bütçe içinde paylarıyla, öğrenci başına düşen ödenek tutarının azaldığı görülmektedir. Üniversite ödenekleri gerçek artış göstermez iken, yeni açılan tıp fakülteleri sabit kaynağa ortak olmaktadır.

Meclis araştırmasında, fakülte dekanları genel bütçe imkanlarını yüzde 78 oranında yetersiz bulmuşlardır. Döner sermaye gelirleri de eğitim amacıyla yeterince kullanılmamaktadır.

**2.3.5.** Tıp eğitiminde pratik laboratuvar ve hasta başında, öğrenciyle öğretim üyesinin ..... masının önemi büyüktür. Bu nedenle öğretim üyesi sayısının ve niteliğinin yeterli olması gerekir.

**2.3.5.1** İdeal öğrenci/öğretim üyesi oranının 1 civarında olması gerekir. ABD'nin bir çok tıp fakültesinde bu oran birin altında, Japonya'da ise 2'dir. ABD'de, "part-time" ve gönüllü çalışan öğretim üyeleri de eklenirse, bir öğrenci başına 3,18 öğretim üyesi düşmektedir. Dünya Tıp Eğitimi Konseyi'nin 1989

yılında aldığı ilke kararı ve Avrupa Topluluğu ilgili komisyon kararına göre, öğrenci/öğretim üyesi oranı 5 ile 8 arasında kabul edilebilmektedir.

Ülkemizde ise, bir öğretim üyesine ortalama 12 tıp öğrencisi düşmektedir.

Tıp fakülteleri öğretim üyelerinin fakülteler arasında dağılımında da farklar bulunmaktadır. Öğretim üyeleri metropol üniversitelerinde yoğunlaşmaktadır. Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı Ankara TF'de 8, İstanbul TF'de 9, Hacettepe TF'de 9,2, Cerrahpaşa TF'de 10 iken; Dicle TF'de 15,2, Karadeniz TF'de 17, Ondokuz Mayıs TF'de 19,3 kadardır.

1991 Meclis Araştırması sonuçlarına göre, klinik dallarda öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayıları 15 ile 58 arasında değişmektedir (iç hastalıklarında 15, pediatri 28, psikiyatri 32, halk sağlığında 58 öğrenci).

**2.3.5.2** Belli yetenek ve motivasyona sahip tıp fakültesi öğretim üyesinin yetişmesinin, yaklaşık 10 yıllık bir süre aldığı kabul edilmektedir.

1991 Meclis araştırmasında, 1918 tıp fakültesi öğretim üyesinden yüzde 70'i bilimsel araştırma yapabilme, yüzde 84'ü ise bilimsel çalışmalara katılma imkanlarını, yeterli görmemişlerdir.

**2.3.5.3** Tıp fakültesi öğretim üyelerinin tam gün çalışmaması da eğitim için çok ciddi bir olumsuzluktur. Öğretim üyesi özel kazanç amacıyla, eğitim görevi ve kamu hizmetini ikinci plana itmekte, bunlara yeterli zaman ve ilgi ayıramamaktadır.

1991 Meclis araştırmasında, Cumhuriyet TF, Selçuk TF ve İnönü TF'de tam zamanlı hiç bir kadın hastalıkları ve doğum dalı öğretim üyesi bulunmadığı saptanmıştır.

**2.3.5.4.** Öğretim üyesi sayısını arttırma imkanları da sınırlı olduğuna göre, öğrenci sayısının yükseltilmesi, yaşamsal önem taşıyan tıp eğitiminin kalitesinin vahim biçimde düşmesini kaçınılmaz kılmaktadır.

**2.3.6.** Tıp eğitiminde yabancı dil bilgisi, teknik terimleri kavrayabilmek, kaynak kitapları okuyabilmek ve çok hızlı gelişen yenilikleri izleyebilmek için zorunludur.

Tıp fakültelerimizde yabancı dil eğitim imkanları da sınırlıdır.

1991 Meclis araştırmasında, mezun olan tıp fakültesi öğrencilerinin, ancak beşte birinin, tıp alanında yabancı dildeki bir yayını izleyebilecekleri anlaşılmıştır.

## 2.4. Pratik uygulamalar

Tıp eğitiminde, pratik uygulamaların yaşamsal önem taşıdığı kuşkusuzdur.

**2.4.1.** Önceki yıllarda, hekimler, uzmanlık eğitimine daha kolay girebilmeleri nedeniyle, uygulama eksiklerini bu dönemde kapatabiliyorlardı. Günümüzde mezun olan 10 hekimden ancak biri uzmanlığa ayrılabilir.

Yukardaki nedenle de mezuniyet öncesi uygulamaların önemi artmışken, öğrenci sayısının fazlalığı, pratisyen hekimliğin vazgeçilmez koşulu olan pratik yetenek kazanabilmeyi, daha da olumsuz etkilemektedir.

**2.4.2.** 1991 Meclis araştırmasına göre, tıp fakültelerinde mikroskop başına düşen öğrenci sayısı ortalama 3, kadavra başına düşen öğrenci sayısı ise ortalama 25 olarak bulunmuştur. Öğrenci başına düşen hasta sayısı 2 ile 8 arasında değişmektedir.

**2.4.3.** Yine aynı araştırma sonuçlarına göre, öğretim üyelerinin yüzde 55'i pratik uygulamalara ayrılan süreleri yeterli bulmamışlardır.

1634 öğretim üyesinden yüzde 71'i haftada ancak 1-2 saat pratik eğitime katıldıklarını belirtmektedirler.

**2.4.4.** Yüzde 32 oranında öğretim üyesi, fakültelerdeki hasta çeşitliliğini yeterli bulmamaktadır. Yetersizlik oranı, Gaziantep, İnönü, Fırat ve Marmara TF'lerinde daha da yükselmektedir.

**2.4.5.** Meclis araştırması sonuçlarına göre, tıp eğitimi sırasında, pratisyen hekimlerin yüzde 5'i resüsitasyon (acil canlandırma) yöntemlerini hiç izlemediğini, yüzde 22'si hiç yapmadığını, yüzde 11'i yanık tedavisini hiç izlemediğini, yüzde 30'u hiç yapmadığını; yüzde 10'u kırığı atele alma ve alçı uygulamayı hiç izlemediğini, yüzde 55'i hiç yapmadığını; yüzde 4'ü doğum yaptırmayı hiç izlemediğini, yüzde 19'u hiç yaptırmadığını; yüzde 19'unun doğum kontrol metodlarından rahim içi araç takılmasını hiç izlemediğini, yüzde 56'sı hiç yapmadığını; yüzde 13'ünün kulak yıkama, buruna tampon koyma ve acil kulak burun boğaz (KBB) uygulamalarını hiç izlemediğini, yüzde 50'sinin hiç yapmadığını; yüzde 11'inin sağlık ocağı hekiminin görevlerini hiç izlemediğini, yüzde 35'inin hiç yapmadığını; yüzde 40'ının otopsiyi hiç izlemediğini ve yüzde 81'inin hiç yapmadığını belirtmişlerdir.

**2.4.6.** Çok temel pratik becerilerden yoksun olarak hizmete başlama durumunda olan geniş bir hekim kitlesinin varlığı, derhal müdahale gerektiren ciddi bir sorunu açıkça göstermektedir.

### 2.5. Tıp eğitiminde halk sağlığı uygulamaları ve sağlık örgütlenmesiyle tıp eğitiminin ilişkisi

Tıp eğitimi içinde büyük önem taşıyan halk sağlığı-toplum hekimliği uygulamalarının yetersizliği, çok ciddi boyutlardadır. Sağlık Örgütlenmesindeki karmaşa ve geri adımlar da eğitime yansiyarak olumsuz etkide bulunmaktadır.

**2.5.1.** Günümüzün çağdaş hekimliği, temel sağlık hizmetleri olarak formüle edilen, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali için; bireye ve topluma, sosyal çevre dahil çevreye yönelik koruyucu, geliştirici, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin, tümelci bir yaklaşımla; ekip halinde; ilk ve üst basamak sevk kuruluşlarının koordinasyonu içinde; sektörlerarası işbirliği ve toplum katılımının sağlanarak verilmesini gerektirmektedir.

Tıp eğitimi sırasında, öğrenciye yukardaki hekimlik formasyonunun verilebilmesi için, toplum hekimliği ya da halk sağlığı disiplininin teorik derslerinin yeterli ağırlıkta olması; diğer tıp ve klinik derslerinin ülkenin gerçek sorunlarını işleyecek biçimde halk sağlığı ile işbirliği içinde geliştirilmesi; toplumu ve sağlık örgütünün değişik yönlerini tanıyabilmek üzere, şehrsel ve kırsal birinci basamak sağlık ocaklarında, eğitimin uygulama ve araştırmalarla sürdürülmesi gerekmektedir.

Ülke koşullarına göre uyum sağlayabilmek ve sorunları çözecek yeteneklere kavuşabilmek, böylece bir eğitimin sağlanmasına bağlıdır.

**2.5.2.** Hacettepe TF Toplum Hekimliği Enstitüsü, Etimesgut ve Çubuk; Ege TF Toplum Sağlığı Bölümü, Bornova; Ankara TF, Abidinpaşa eğitim ve araştırma bölgeleriyle; 1980'lerin başlarına kadar, bir yandan bu formasyonda öğrenci yetiştirirken, diğer yandan araştırmalarla ülke toplumunun sık görülen sağlık sorunlarına ışık tutmakta ve örnek sosyalleştirilmiş hizmet modelleri geliştirmektedir.

Bugün, Dokuz Eylül TF'nin Narlıdere uygulamaları dışında, bu bölgeler, Bakanlık ve üniversitelerin yeterli desteğini görmediklerinden, 1980'lerin sonlarına doğru birbiri ardından söz konusu niteliklerini yitirmişlerdir.

Böylece ülkemiz sağlığını geliştirecek en önemli hayatiyet damarı kurutulmuş olmaktadır. İşte, bugünkü tıp eğitiminin en ciddi eksiği, öğrencilerin toplum hekimliği formasyonundan uzak yetişmeleridir.

**2.5.3.** 1980 sonrası Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) uygulamaları ile, toplum hekimliği adı kaldırılarak, hemen her fakültede halk sağlığı anabilim dalları kurulmuş, teorik ders saatleri azaltılmış, toplum hekimliği stajı ise, son yılda "kırsal hekimlik"

olarak uygulanmaya başlanmıştır. Öğrenimin son yılına da, "aile hekimliği" (internlik) adı verilmiştir.

Bu değişiklikler, dünyada "yeni ekonomik düzen" gereği, sağlık hizmetlerinin "serbest piyasa" koşullarına göre uyarlanması çalışmalarını sürecinin bir parçasıdır.

Nitekim, sağlık reformu çalışmalarıyla yeni yasa taslaklarında da; birinci basamak hizmetlerin, sağlık ocağındaki tümelci-entegre hizmetler bütünlüğü bozulmuş, bireysel tedavi ve korumanın bir kısmının ayrılarak serbest aile hekimliğine verildiği bir yapı ortaya çıkmıştır.

Bu yapı değişikliği önerisi ciddi itirazlara neden olmuş, Birinci Ulusal Sağlık Kongresi Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu, bu yaklaşımı çağdaş bulmayarak, tümelci sosyalleştirilmiş sağlık ocağı sisteminin şehrsel ve kırsal bölgelerde korunmasını ve geliştirilmesini istemiştir. Bu görüş ikinci kongrede de korunmuştur.

Toplum hekimliği uygulamaları, ülkemizin sağlık, hizmet ve eğitim sorunlarına getirdiği çözümlerle uluslararası çapta başarı kazanmış öz tecrübelerimizdir. Bu sistemin terkedilmesiyle; eğitimde ciddi kayıplar ortaya çıkmış; gerek öğretim üyeleri gerekse öğrenciler bilimsel ve çağdaş moral değerlerine yabancılaşmış; her kademedeki sağlık yöneticilerine ışık tutacak çözüm modelleri yitirilmiştir. Karşımızda olan bu gerçekler için acil önlem gerekmektedir.

**2.5.4.** Halk sağlığı eğitim, araştırma ve uygulamalarına, uluslararası gelişmelere ve standartlara göre yön verecek olan Bakanlık Hıfzıssıhha Okulunun kapatılması da, bu olumsuz sürecin bir diğer önemli kaybıdır.

Bilindiği gibi, dünyada Rockefeller yardımı ile kurulan bu öncü okulların, Londra, Zagreb, Atina ve İskenderiye'de bulunanları, çalışmalarını geliştirerek sürdürmektedirler.

### 3. Sağlık reformu çalışmaları, tıp eğitimi ve hekim istihdamı

Dünya Bankası kredisi ile desteklenen Sağlık Projesi, sağlık sektöründe verimliliği arttırabilmek için, hizmet altyapısını güçlendirmeyi, sağlık yönetim enformasyon sistemini geliştirmeyi, modern işletmecilik yöntemlerini kavramış sağlık insangücü oluşturmayı ve sağlık programlarının uygulanmasıyla esas hedef olan toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlamaktaydı.

Özünde temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi demek olan bu proje; mevcut sistemimizin incelenerek olumlu yönlerinin korunması, sorunları

nın ise tartışılarak çözüm alternatiflerinin geliştirilmesi ve ıslah çalışmalarıyla yeniliğe ulaşması gerekirken; finansmanda belli bir modeli oluşturmaya yönelik çalışmalara ağırlık vermiştir.

Bu model, sigorta primi ile yeni kaynak yaratma ve birbiri ile rekabet eden serbest aile hekimleri ve özel hastaneler/sağlık kuruluşlarıyla finans birikimi oluşturma esasına dayanmaktadır.

Oysa sağlık sektöründe rasyonelliği ve verimliliği arttırmak asıl amaç olsaydı, alternatif finansman modellerinin, bu arada vergilerin etkin toplanmasıyla eşgüdümlü bir kamu (sosyalleştirilmiş) sağlık hizmetinin genel bütçeden finansmanının da, yeterli biçimde yapılması gerekirdi.

Reform adı altında, olumlu pek çok yönü bulunan sosyalleştirilmiş kamu sağlık hizmetleri ve mevzuatı tümüyle terkedilmekte; yeni yasal düzenlemelerle, Devletin/Bakanlığın sorumluluğu büyük ölçüde kaldırılmakta, karmaşık, birden kurulması mümkün görülmemeyen, bölgesel yönetime ve serbest rekabete dayalı, eğitim ve denetim unsurları yeterince açık olmayan mekanizmalar önerilmektedir.

Reform önerileri, acil yardım bekleyen temel sağlık, hizmet ve eğitim sorunlarına yanıt getirmediği gibi, tereddüt ve karmaşayı arttırmakta, sistemin çözülmesini hızlandırmaktadır.

Proje ve reform çalışmaları çerçevesinde, mezuniyet öncesi tıp fakültesi ve diğer meslek okullarıyla mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitim programları yeterince işlenmemiştir. Özellikle sağlık ocağı hekim ve diğer personelinin eğitim ihtiyacı karşılanmamıştır. Ayrıca aile hekimliği türü yeni öneriler, eski tecrübelerin ışığında yeterince tartışılarak olgunlaştırılmadığı için, hizmetler ve eğitimde kavram kargaşası ve belirsizlik yaratmış, kıymetli kazanımların da yitirilmesini hızlandırmıştır.

Zorunlu hizmetin kaldırılması ve bölgesel sınavla hekim istihdamına başlanması; yaratılan hekim enflasyonu ile birlikte, ucuz işgücü ya da işsizliği ve iş güvencesinin yeterli olmadığı sözleşmeli sisteme geçişi çağrıştırmaktadır.

Kaynakların akılcı kullanımı ve evrensel bir insan hakkı olan çalışma hakkının sağlanması; tıp eğitiminin gereği gibi planlanmasını, diploma alan bir hekimin de, başka bir işleme ihtiyaç duyulmaksızın ve zaman geçirilmeden, uluslararası çalışma hukuken normlarına uygun olarak işe alınmasını gerektirmektedir.

#### 4. Temel çözüm stratejileri

4.1. Sağlık Bakanlığınca (Bakanlık), tıp eğitiminin sorunlarını ve çözüm yollarını incelemek üzere,

temel sağlık hizmetlerinde çalışanların ve halk sağlığı elemanlarının ağırlıkta olacağı bir çalışma grubu kurulmalı; bu grup, "Sağlık Bakanlığının Tıp Eğitiminden Beklentileri" konulu bir rapor üretmelidir.

4.2. Bu rapor, Bakanlığın merkez taşradaki ilgili daireleri, YÖK ve tıp fakültelerinin ilgili birimleri, DPT, Çalışma Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, TTB ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi kuruluşlarca incelenerek, görüşleri alınmalıdır.

4.3. Sağlık Bakanlığı öncülüğünde, ilgili tarafların katılacağı, "Türkiye'de Tıp Eğitimine İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri" konulu bir kongre ile, dünyadaki çağdaş tıp eğitimi standartlarını yakalamaya yönelik, ortak stratejiler üretilmeye çalışılmalıdır.

4.4. Kongre sonrasında, Bakanlık öncülüğünde katılan taraflarca oluşturulacak bir "tıp eğitimi komisyonu", çalışma programı hazırlayarak çözüm stratejilerinin uygulanmasını izlemeli; Sağlık Bakanlığı da, hükümet düzeyinde gerekli önlemlerin alınmasını yerine getirmelidir. Tıp eğitimi komisyonu, yıllık değerlendirme toplantı ve raporlarının hazırlanmasını da sağlamalıdır.

4.5. Hıfzıssıhha Okulu, "Nuşret Fişek Halk Sağlığı Okulu" olarak canlandırılmalıdır. İlerde bir akademiye dönüşecek biçimde, tecrübeli halk sağlığı elemanlarından çekirdek kadro oluşturulmalı, yurt dışı işbirliğiyle öğretim görevlisi ve program geliştirilmelidir.

Bu okul, Bakanlık (ülke) ihtiyaçlarına göre uluslararası gelişmeleri izlemeli ve tıp fakültesi halk sağlığı okullarını ve tıp eğitimini yönlendirmelidir.

4.6. Tıp fakülteleri halk sağlığı anabilim dallarının kırsal ve şehrsel eğitim ve araştırma uygulama bölgeleri, vazgeçilmez bir zorunluluk olarak derhal canlandırılmalıdır.

Ortak protokoller çerçevesinde, halk sağlığında tecrübeli yönetim ve hizmet elemanları, Üniversitenin de uygun bulacağı Bakanlık atamalarıyla seçilerek tamamlanmalı; eğitim ve araştırma faaliyetlerinden de üniversite elemanları sorumlu olmalıdır.

Protokol çerçevesindeki uygulamalar, il sağlık müdürlüğü ve sağlık grup başkanlığı bölgesindeki birinci basamak sağlık ocakları, bölge hastaneleri ve diğer sağlık kuruluşlarıyla, tıp fakültesi hastaneleri, halk sağlığı ve diğer tıp dallarının işbirliği sağlanarak sürdürülmelidir. Sonuçlar, Bakanlık ve ilgili tüm tıp dalları yetkilileri ile belli aralıklarla ortaklaşa değerlendirilmeli, eğitimi sürekli geliştirmek için gerekli düzeltmeler yapılmalıdır.

4.7. DSÖ'nün tıp fakülteleri ile hizmeti yürütmekle görevli örgüt arasındaki ilişkileri işleyen,

"sağlık hizmetleri ve insangücü gelişimi" programında, en üst düzeydeki yetkililerin (bakan, rektör, müdür, vb.) desteğini almak; çalışmalara temsil niteliğine sahip yetkilileri dahil etmek; eğitimcilerin ve meslek kuruluşlarının da eşit temsil edilmesini sağlamak; ve yeni görüşleri geliştirmek üzere tıp öğrencilerini de çalışmalara katmak, önerilmektedir.

**4.8.** Bakanlık öncülüğünde oluşturulacak tıp eğitimi komisyonunca, tüm tıp fakültelerindeki eğitimin kalite kontrolü yapılmalıdır. Bunun için, DSÖ işbirliğiyle kalite güvencesi mekanizmaları ve standartları oluşturulmalı; her fakülte bölgesinde yerel kalite kontrol komiteleri kurulmalıdır.

**4.9.** Tıp eğitimi komisyonu, yerel kalite kontrol komiteleriyle işbirliği içinde, standartlara göre tıp fakültelerini incelemeye almalı; gerek gördüklerini yerinde denetleyerek sorunların çözümü için önerilerde bulunmalı; düzeltilemeyecek durumlarda tıp eğitiminin durdurulmasını sağlamalıdır.

**4.10.** Acil bir önlem olarak, yerel fakülte yöneticilerinin eğitim kapasitesi ve kontenjanlarına ilişkin görüşleri de dikkate alındıktan sonra, öğrenci sayısı kabaca yarıya indirilmelidir.

**4.11.** DSÖ ile işbirliği içinde, tıp eğitimi komisyonunca çıkarılacak sürekli bir yayınla, dünyadaki gelişmeler ve standartlar konusunda ilgililerin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

**4.12.** Sağlık projesi, Bakanlık merkez ve taşra birimleriyle eşgüdüm içinde, temel sağlık hizmetleri alt yapısını güçlendirecek biçimde; mevcut olumlu tecrübeleri geliştirip, problem çözücü ve ıslah edici yaklaşımla yenilikleri oluşturmalı; Dünya Bankası, DSÖ ve diğer kuruluşlar desteğiyle uluslararası gelişmelere uyum sağlanmalıdır.

**4.13.** Proje anlaşma dokümanında belirtilen eğitim danışma kuruluna işlerlik kazandırılmalı;

Bakanlık merkez birimlerinin yakın koordinasyonu, Hıfzıssıhha Okulu ve halk sağlığı anabilim dallarıyla işbirliği içinde, sağlık ocakları, hastaneler ve yöneticilerin eğitim ihtiyaçları karşılanmalı; temel sağlık hizmetlerine ilişkin programlar, süratle mezu niyet öncesi eğitimlere yerleştirilmelidir.

Proje, sağlık insangücü geliştirme, sağlık programları ve hizmet içi eğitim, yönetim enformasyon sistemi, inşaat ve satın alma gibi birimleriyle, bu işlevler için teknik danışmanlık ve diğer kaynak desteğinde bulunmalıdır.

**4.14.** Projenin ilgili birimlerinin desteği ve YÖK işbirliğiyle, tıp fakültelerindeki eğitim teknikleriyle, nicelik ve nitelik yönünden öğretim görevlilerinin geliştirilmesi programları hazırlanmalıdır.

**4.15.** Sağlık hizmeti ve insangücü geliştirme programlarında, toplum hekimliği ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri sistemi temel alınmalıdır. Bu sistem üzerinde çalışılarak, her düzeyde katılımcı tartışmaya açılmalı, olumlu yönleri korunmalı, aksayan yönleri düzeltilerek "reform" sağlanmış olmalıdır.

**4.16.** Sağlık personeline moral ve inanç verecek biçimde, Bakanlık ve Üniversite yönetiminde acil düzeltme sağlanmalıdır. Yönetime, temel sağlık hizmetleri ve halk sağlığında teknik yeterliliği olanlar getirilmelidir. Personele teşvik edici önlemler ciddi yetle ve kesintisiz olarak gerçekleştirilmelidir.

**4.17.** Temel sağlık hizmetleri kampanyası başlatarak, sağlık ocakları sayı ve nitelik yönünden geliştirilmelidir.

Yasada belirtildiği gibi, (özellikle şehir gecekondu bölgelerindeki mahallelerde) 5000-10000 nüfusa bir sağlık ocağı düşecek ve toplumla bütünleşilecek biçimde, "kendi sağlık ocağını kendin yap" türü uygulamalarla, halkın ve yerel yönetimlerin katkıları teşvik edilmelidir.

Yine sosyalleştirilmiş hizmet yönetmelik ve yönergelerine uygun olarak, ortalama 50000-100000 nüfusu kapsayan bölgelerdeki tüm sağlık kuruluşlarının yönetim ve koordinasyonunu sağlayacak sağlık grup başkanlıkları, fizik yapı ve personel kadrolarıyla, il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak oluşturulmalıdır. Reformlar çerçevesinde düşünülen ilçe sağlık müdürlüğü sistemi, gerek büyük (yüzbinlerce) ya da küçük (birkaç bin) nüfuslu ilçeler bulunması, gerekse kaymakamlık amirliğinin sağlık hizmetlerinin acil ve özel yönlerinde sorunlar yaratması nedenleriyle, uygun değildir.

Sağlık grup başkanlığı bölgesinde, sağlık ocaklarıyla, dispanser (ana-çocuk sağlığı, verem gibi hala önemini koruyan konularda sağlık ocaklarına hizmet ve eğitim desteği veren üst kuruluş), semt polikliniği (hastane olmayan bölgede hastane bağlantısı ile 24 saat acil ve ambulans hizmeti veren üst basamak uzmanlık kuruluşu) ve hastanelerin, sevk/geri bildirim ve hizmet içi eğitim konularında işbirliği yaparak bütünleşmeleri sağlanmalıdır.

Sağlık yönetiminde en önemli birimi oluşturan sağlık grup başkanlığı sistemi için, eğitim-araştırma bölgelerinde, örnek uygulamaların geliştirilmesine çalışılmalı; sağlık projesinin yönetim enformasyon sistemi birimi, bu konuda destek vermelidir.

Böyle bir sistemle temel sağlık hizmetleri çok daha etkin olarak verilecek; sağlık düzeyi, hizmet ve eğitim göstergeleri, şimdiye kadar yayınlanan eğitim-araştırma bölgeleri raporlarında da görüldüğü üzere, çok daha başarılı olacaktır.

Kampanya sonucu sağlanacak türlü mekanlarla (bina, arsa, kira yardımı, vb.), zaman içinde sağlık ocağı nüfusunun 5000-10000'e doğru düşmesiyle, düşünülen ideal toplum hekimliği hizmetleri içinde, bir haneye "aile hekimliği"nden çok daha kapsamlı hizmetler, ekip bütünlüğü içinde verilmiş olacaktır. Sağlık ocaklarının araç-gereci modernize edilerek tamamlanabilecek; çocuk gelişimi, psikoloji, beslenme ve sosyal hizmet uzmanları gibi elemanlarla ekipler güçlendirilebilecektir.

Sağlık ocakları sayısının artmasıyla, hekim ve diğer sağlık personeli istihdam kapasitesi de gelişecektir.

Bu başarılı örnekler, eğitim sistemini etkileyerek, öğrenci ve eğitimcilerin moral ve inançları üzerinde olumlu etki yapacaktır.

**4.18.** Bu çalışmaların, proje illeri için hemen başlatılması gerekmektedir. Bilindiği gibi 8 proje ili arasında Ankara ve İstanbul da bulunmaktadır. İzmir de, Doğu Anadolu Bölgesini desteklemek üzere, ikinci proje illeri arasına dahil edilebilir.

Birinci proje kapsamında, illerdeki sağlık kuruluşlarının araç-gereç alımları yapılmış; ancak Ankara ve İstanbul merkezinde sağlık ocağı yapılmamıştır. Proje desteğiyle yukarıda anlatılan örnek uygulamalar özellikle metropollerde gerçekleştirilmeli; doğru örgütlenme altyapısı üzerinde, fakültelerle işbirliği içinde eğitim ve araştırmalar geliştirilmelidir.

**4.19.** Projenin sağlık yönetim enformasyon sistemi birimi, sosyalleştirme bilgi-kayıt sistemini ıslah ederek, ülke düzeyinde çağdaş bir yönetim enformasyon sistemi kurmalıdır. Bu sistem mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitiminde tanıtılmalıdır.

Sosyalleştirme Yasası gereğince hizmetlerin Sağlık Bakanlığında bütünleştirilmesiyle, enformasyon sistemi de etkinleştirilmiş olacaktır.

**4.20.** Öğretim üyeleri ve kamu sağlık hizmet elemanlarının tam gün çalışması ve ülke düzeyinde dağılımlarının daha uygun hale getirilmesi için özendirci önlemler hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

**4.21.** Günümüzde sağlık finansman sistemi tercihlerinin, hizmet örgütlenmesini (aile hekimliği, özel hastaneler, vb.) ve tıp eğitimini (toplum hekimliğine önem verilmemesi) belirlediği görülmektedir.

Oysa, uyulmaması suç oluşturan Anayasa ve mevcut yasalar, kamusal örgütlenme ve insangücü eğitimini gerektirmektedir.

O halde, yöneticilerin ve eğitimcilerin; mevcut hizmet ve eğitimi aksatmadan; uygulamadaki güçlüklerini yeterince işleyen çalışmalara ve buradan hareketle çözüm önerilerine ihtiyaçları vardır.

Ülkemiz için; toplum hekimliği, ücretsiz sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ve etkin vergi toplanmasıyla genel bütçeden finansmanın, en doğru çözüm olduğu görüşündeyiz.

Dünyada örnek olarak gösterilen, İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) de böyle sosyalleştirilmiş bir sağlık sistemidir ve tıp eğitiminin yüksek kalitesi de bilinmektedir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmet sistemini seçerek başarılı olmuş pek çok gelişmekte olan ülke vardır.

Kamusal sağlık sistemi, bireylerin belli oranda katılımı, personele özendirici primler, çağdaş işletme yöntemleri ve belli kamu kontrollü özelleştirmelerle, daha etkin ve verimli hale getirilebilir.

**4.22.** Tıp eğitiminde çözümleri de kapsayacak bir sağlık reformu, her durumda, ülkenin kazanmış olduğu değerli tecrübelerle dayanacak; olumlu yönlerin korunmasıyla varlık bulacak; mevcut yönetim, hizmet ve eğitim teknik insangücünün eğitilerek, katılımcı yöntemlerle, serbestçe çözümler üretebilmesiyle yararlı ve kalıcı gelişmeler sağlayabilecektir.

Sağlık projesi gibi fırsat ve kaynakların, böylesi bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. TBMM Araştırma Komisyonu. Türkiye'de Tıp Eğitimi, Ankara, 1991
2. Nusret Fişek ve Hekimlik, Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 1991.
3. Tıp Fakültelerinin Sayı ve Kontenjanlarına İlişkin Türk Tabipleri Birliği Görüşü, 17 Ağustos 1992, Ankara.
4. Report on Consultation on Health Services and Manpower Development, WHO Consultation Group, 6-8 Sept. 1976, Geneva.
5. Sağlık İstatistikleri, Sağlık Bakanlığı, 1992.