

SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ VE TIP EĞİTİMİ MODELLERİ

Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU

«Bu yazı dünyada değişik sağlık örgütlenme modelleri ve tıp eğitimi uygulamaları için kaynakça niteliğinde hazırlanmıştır.»

BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETİ

Eylül 1978'de Alma-Ata'da toplanan Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kongresi yayınladığı Deklarasyon ile «Birincil Sağlık Hizmeti»nin önemini vurgulamakla yetinmedi; her devletin kendi ülkesinde birincil sağlık hizmetini kurmak, bunun sağlık politikası ile uyumunu sağlamak ve diğer sektörlerle ilişkisini geliştirmek yükümlülüğü olduğunu vurguladı. (1, 2). Konferansta birincil sağlık hizmeti için yapılan tanım kısaca şöyle özetlenebilir: «Birincil Sağlık Hizmeti, toplumdaki bireyler ve ailelere, onların tüm katılımı ve ülke ve toplumun kabullenebileceği değerler ve karşıyabileceği maliyetle, evrensel olarak ulaşılabiliirliği sağlanan temel sağlık hizmetidir.» Bu tanım hizmetin herkese, onların onayı ve katılımı ile, ülke koşullarına uygun olarak ve temel hizmet olarak verilmesi gereğini ortaya koyuyor.

SAĞLIK İNSAN-GÜCÜ YETİŞTİRİLMESİ

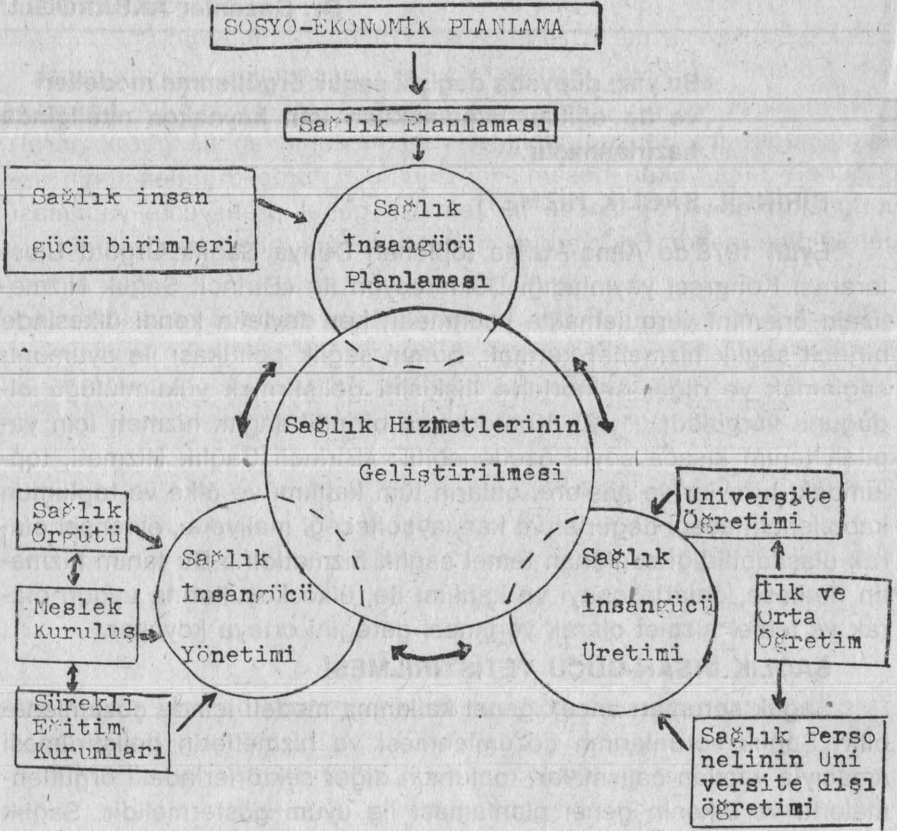
Sağlık sorunları ancak genel kalkınma modeli içinde çözümlenebilir. Sağlık sorunlarının çözülmesi ve hizmetlerin geliştirilmesi amacıyla yapılan çalışmalar, toplumun diğer sektörlerindeki örgütlenmelerle ve ülkenin genel planlaması ile uyum göstermelidir. Sağlık sektörü için genelde söylenen bu söz, sağlık insangücü için de aynı önem ve özenle söylenmelidir.

Sağlık alanındaki çalışmalarda «sağlık insangücü» faktörünün üç önemli ögesi olan 1) Planlama, 2) Yönetim, 3) Üretim'in oluşturulmaları ve etkileşimleri şemada gösterilmiştir: (kaynak: 3).

Görüldüğü gibi hizmeti geliştiren faktörleri oluşturan güçler, sağlığa ilişkin olanlar kadar, sağlıkla doğrudan ilgili olmayan güçler de olabilmektedir. Bu olgu, çağdaş toplumda sağlık hizmeti verecek hekim tipinin, hizmet türüne göre yetiştirilmesi amacından kaynaklanmaktadır. Uygulanacak hizmet türünü ise, ülkenin (ya da bölgenin) saptanan sağlık sorunları ve gereksinimleri belirler. Böylece, sorunlara yönelik sağlık hizmeti ve sağlık insangücünün birlikte ve uyumlu geliştirilmesinin zorunluluğu ilkesi ortaya çıkar. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği ölçütlere göre, sağlık ekibi halk sağlığı ve sosyal iyi-

ŞEKİL - 1. Sağlık Hizmetlerinde İnsangücü Etkileşim

Seması:



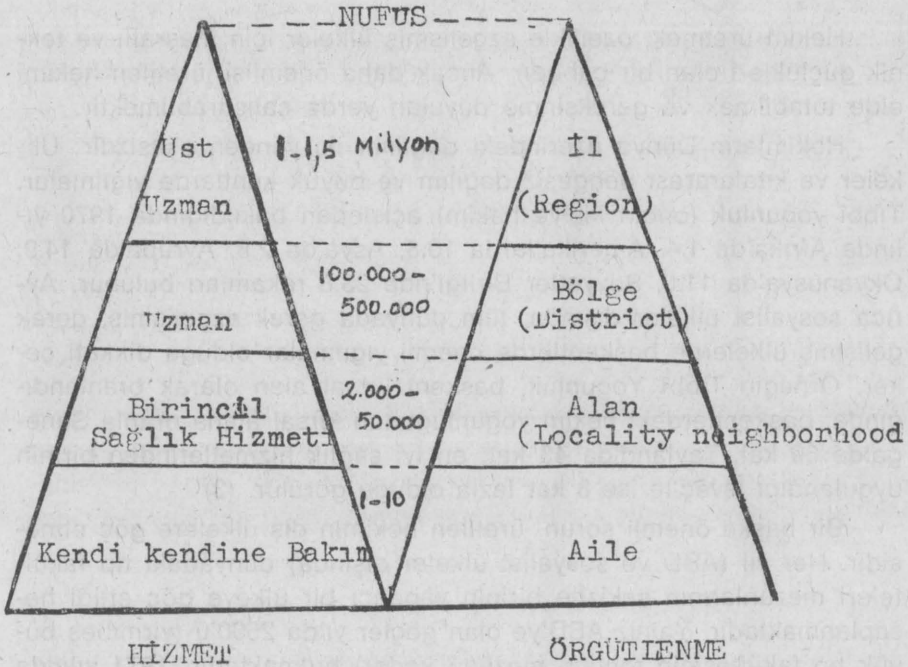
liğe ilişkin sorunlara eşzamanlı ve uyumlu bir çözüm getirebilecek nitelikte eğitilmelidir. Sağlık personelinin görevi halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğuna göre de, eğitim soyut bilgi aktarma yerine, beceri kazandırma yönünde olmalıdır. Fülöp'e göre sağlık personelinin eğitiminde yönelim, halkın sağlık gereksinme ve isteklerini doyurma yönünde olmalıdır, mesleksi ilgiler yönünde değil. Oysa birçok ülkede tıp fakülteleri (ülkemizde olduğu gibi) toplumun yoğun sağlık gereksinmelerine sırt çevirip, yüksek düzeyde akademik ölçütlere ve yirmibirinci yüzyıl gereksinmelerine göre eğitim veren fildişi kuller niteliğindedir. (3, 4)

ÖRGÜT VE HEKİM

Sağlığa ilişkin tüm çalışmaların başlangıç aşaması sorunların saptanması, sonra sorunlara yönelik örgütlenme modelinin oluşturul-

ması ve bu modele uyan, saptanan sorunları çözebilme yetisinde sağlık personeli yetiştirilmesidir. Sayılanların tümü, ülkelerin kendi gerek sinme ve olanakları ile bağımlı olgulardır. Ancak ne tür örgütlenmeye gidilirse gidilsin, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi bu örgütlenmenin Birincil Sağlık Hizmeti Üzerine inşa edilmesi yönündedir. Bu sistemin başarılı örnekleri, bazısında birinci basamakta uzman çalıştırmak ya da bu yöne eğilmek üzere, sosyalist ülkelerde yıllardır kanıtlanmaktadır. (5) Benzer nitelikte, yani hastanın ancak gerek görüldüğünde daha yukarı basamaklara iletildiği türde örgütlenmenin savunucularından olan ancak ilk temasın genel pratisyenle yapılması gerektiğine inanan Fry, verdiği modelde tabana aileyi koyuyor. (6)

ŞEKİL - 2. Örgüt Sıralanmasına göre İyileştirici Yerleşimi Seması:



Gösterilen modelde hizmetin ağırlığı, ailenin kendi sağlık sorunlarını çözülmesi şeklindedir. Sosyalist ülkelerde kurulmuş bulunan tabakalı örgütlenme modeline çok benzemesine karşın, önemli

farkı aileye ayrılan hizmet payındadır. Bu yönü nedeniyle de sağlık eğitimi yüksek düzeyde bulunan toplumlarda ve daha önemlisi, yalnızca iyileştirici sağlık hizmetleri gözönüne alındığında geçerli olabilir. Halen Birleşik Krallık'ta bu modelin geliştirilmesinin amaçlandığı söylenebilir. Şemadan görüldüğü gibi, modelin değişik basamaklarda gereksindiği üç ayrı türde hekime gereksinimi vardır. İlk ilişki kurulan ise, (SSCB'de uygulanan ve diğer sosyalist ülkelerde amaçlananın aksine) uzman değil, genel pratisyendir.

Her iki model değerlendirildiğinde, örgütlenme tarzı ve basamaklanmanın benzer nitelikte olduğu, ancak ilk basamakta kullanılan hekim tipinin farklılık gösterdiği dikkati çekiyor. Bunun dışında, gerek sistemin işleyişi, gerekse üst basamaklara çıkıldıkça uzmanlaşma düzeyinin yükselmesi, iki modelin benzer ve akılcı özellikleridir. Üzerinde önemle durulması gereken, iki modelde de hem örgütlenme tarzının hem de hekim eğitim düzeyinin gereksinmelere ve olanaklara göre planlanmış olmasıdır.

HEKİM ÜRETİMİNDE GÜÇLÜKLER

Hekim üretmek, özellikle azgelişmiş ülkeler için masraflı ve teknik güçlükleri olan bir çabadır. Ancak daha önemlisi, üretilen hekimi elde tutabilmek ve gereksinme duyulan yerde çalıştırabilmektir.

Hekimlerin Dünya üzerindeki dağılımı iki yönden eşitsizdir: Ülkeler ve kıtalararası dengesiz dağılım ve büyük kentlerde yığılmalar. Tıbbî yoğunluk (onbin kişiye hekim) açısından bakıldığında 1970 yılında Afrika'da 1.4, Amerika'larda 10.8, Asya'da 2.8, Avrupa'da 14.9, Okyanusya'da 11.0, Sovyetler Birliği'nde 23.8 rakamları bulunur. Ayrıca sosyalist ülkeler dışında, tüm dünyada gerek azgelişmiş, gerek gelişmiş ülkelerde başkentlerde önemli yığılmalar olduğu dikkati çeker. Örneğin Tıbbî Yoğunluk, başkent/kırsal alan olarak oranlandığında, başkentlerdeki hekim yoğunluğunun kırsal alana oranla Senegalde 69 kat, Tayland'da 43 kat, en iyi sağlık hizmetlerinden birinin uygulandığı İsveç'te ise 8 kat fazla olduğu görülür. (3)

Bir başka önemli sorun, üretilen hekimin dış ülkelere göç etmesidir. Her yıl (ABD ve sosyalist ülkeler dışında) dünyadaki tıp fakülteleri mezunlarının sekizde birinin yabancı bir ülkeye göç ettiği hesaplanmaktadır. Yalnız ABD'ye olan göçler yılda 2500'ü (yirmibeş büyük tıp fakültesinin toplam mezunu kadar) bulmaktadır. 1971 yılında ülkeleri dışında yaşayan hekimlerin sayısı 140.000'e ulaşmıştır. Bazı ülkeler âdeta dış pazarlar için üretim yapmakta, bu son derece masraflı üretim karşısında bir kazançları da olmamaktadır. Her yıl Filipinler'den mezun olan hekimlerin 2/3 ünün, İran'dan 1/3 ünün, Su-

riye'den % 40'ının dış ülkelere taşındığı; Madagaskar'ın yetiştirdiği toplam 157 hekimin 41'inin, Dahomey'in yetiştirdiği toplam 34 hekimin 21inin Fransa'da çalışmakta olduğu gibi örnekler ele alındığında, sorunun boyutları genişlik kazanır. Bu göçlerin az gelişmiş ülkeden gelişmiş doğru olduğunu ve bazen belirli yatırımlar sonucu oluştuğunu belirtmek, göç konusunu daha iyi açıklar. Navarro, ABD'ne göç eden Latin Amerika'lı hekimlerin bu ülkeye birincil, ikincil, üçüncül yollarla parasal katkılarının, ABD'nin tüm Latin Amerika tıp fakültelerine olan yardımlarının 20 katına ulaştığını, yani yatırımın çok fazlasının geri alınmakta olduğunu hesaplamaktadır. Göç sonucu hekimin gelişmiş ülkede eğitim gördüğü, ülkesine döndüğünde yarar sağlayacağı ileri sürülebilir; ancak unutulmaması gereken, gelişmiş ülkede verilen eğitimin o ülkenin kendi koşullarına yönelik olması, bu nedenle çok zaman eğitim amacıyla oluşan göçlerin ya kalıcı olması ya da hekimin kendi ülkesine döndüğünde belli bir sınıfa hizmet etmesine yol açmasıdır. (3, 7, 8, 9)

EKONOMİK SİSTEMLER, ÖRGÜTLENME FARKLILIKLARI, HEKİM EĞİTİMİ

Halen dünyada egemen iki ekonomik sistem, amaçlarının farklılığı gereği, ayrı türde örgütlenme modelleri geliştirmişlerdir.

Sosyalist ülkelerde halkın sağlık gereksinmelerini doyurma amacına yönelik örgütlenme, yürütücü gücünü örnek sayılabilecek birincil sağlık hizmetinden almaktadır. Bu modelde yürütülmeye çalışılan hizmet türü, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı amaçlara ve birincil sağlık hizmeti kavramına tam bir uygunluk göstermektedir. (5)

Kapitalist üretim ilişkisinin egemen olduğu toplumlarda var olan sağlık örgütlenme modelleri, bu ekonomik sistemin genel amaçlarına aykırı düşmez; sağlık da diğer tüm mal ve hizmetler gibi kâr amacına yönelik olarak kullanılır. Basit örneklerini ABD'nin zaten kuruluş amacı üyelerini sömürmeye yönelik olan sağlık sigortalarında (10); F. Almanya ve Birleşik Krallık'ın «parça başına ücret» ilkesini uygulayan örgütlenme tarzında (11) görmek olasıdır. Bu ülkeler arasında yer alan Norveç'teki uygulamalar bölge esasını ve «halk sağlığı sorumluları»nı getirmesine karşın, adı geçen sorumluların ülke hekimlerinin ancak % 8'ini oluşturmasını ve bunların da hemen tamamının yarım gün ücretsiz, yarım gün «parça başı» çalışmasını engelleyememiştir. (12)

Tüm dünyada hekimler iki tür eğitimden geçirilirler. Bunlardan birincisi, eğitim süresi sonunda «temel hekim»i, yani eğitim sonrasında uzmanlaşma ya da pratisyen kalma şıklarından birini seçecek olan

hekimi yetiştiren eğitim sistemi; ikincisi ise tıp eğitimi süresince Fransa'da denenen «erken yönlendirme» yada SSCB'de uygulanan «erken uzmanlaşma» dönemlerinden geçirilen hekimleri yetiştiren eğitim sistemleridir. (13)

ABD'de hekim yetiştirilmesi, en yüksek teknik düzey ve olanaklarla yürütülmektedir. Tıp öğrencisi olabilmek için 3-4 yıllık fen fakültelerini bitirmiş olmak gerekir. Öğretimi sürdüren 120 tıp okulundan 85'i özel okullardır. Sayılan koşullar, hekim olabilmek için öğrencinin belirli ödemeleri yapabilecek sosyal sınıflardan gelmesini, ya da özel kuruluşlardan ağır burslar almasını zorunlu kılacak niteliktedir. Bugün bu ülkenin sağlık alanındaki en büyük sıkıntısını sağlıktaki korodirasyon bozukluğu, hekimlerin dengesiz dağılımı ve aşırı uzmanlaşması oluşturmaktadır. Kırsal kesimde ülke ortalamalarına göre bebek ölümü iki kat, tüberküloz ölümleri üç kat fazla görülmekte; Virginia'da iki yaş altındaki çocukların % 52'si hiç aşılammışken, % 25 evde su ve kanalizasyon sistemleri sağlığa aykırı konumunu sürdürmektedir. Tüm ülkede 1950 sonrası tıp fakülteleri mezunlarının % 87'si uzmanlaşmış durumdadır. Bu nedenlerle Tıp Eğitimi Merkezi Direktörü, okullardaki eğitim sisteminin ülke gerçeklerine uygun hale getirilmesi, temel tıp bilimleri adı altında naylon sentezi öğretilmesine son verilmesi ve öğrencilerin toplum hekimliği ve toplum sorunlarına yönelik eğitilmesi gerektiğini vurgulamak zorunda kalmaktadır. (14, 15, 16)

Hekim başına nüfus ve hekim eğitimi kalitesi yönünden örnek nitelikteki Sovyetler Birliği modelinde, eğitimde temel ilke, tıp eğitimi süresince hastalıktan korunmayı ve sağlığın geliştirilmesini öğretme, ayrıca çevre sağlığı, sağlık eğitimi ve koruyucu hekimlik dallarına özel önem verme şeklinde özetlenebilir. Bu ülkenin tıp fakülteleri sağlık bakanlığı denetiminde çalışır ve iki yıllık temel eğitimden sonra erişkin hekimliği, pediatri ve halk sağlığı dallarında uzman yetiştirmeye yönelir. Uç birimlerde birincil sağlık hizmeti sunanlar yine bu uzmanlardır. Gerek SSCB'de, gerek diğer sosyalist ülkelerde eğitimde alan pratiği ve mezuniyet sonrası zorunlu alan hizmeti özel önem kazanır. (5, 17, 18)

SONUÇ

Hekim ve hekimdışı personelin yetiştirilmesinde ana ölçüt, ülkenin kendi özel sağlık sorunlarının ve bu sorunları çözebilecek tarzda, o sorunlara özgü kurulmuş olan örgüt modelinin gereksindiği sağlık personeli tipinin belirlenmesidir. Dünya üzerindeki tüm ülkelerde bu yönde örgütlenme modelleri geliştirildiği ve hekim üretildiği söyle-

nemez. Aksine, birçok ülkede sorunların çözümüne taban-tabana zıt amaçlarla hekim yetiştirildiği ileri sürülebilir. Ancak, sağlık sorunlarına yönelik eğitim planlaması gereği artık birçok kişi ve kuruluşça görülmeye başlanmış bir olgudur. Bu alanda çok yeni ve değerli girişimlerde bulunan kuruluşların çalışmalarını incelemek, konuya ilgi duyanlara önemli katkılar sağlayacaktır. (3, 9, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24)

KAYNAKÇA

- 1) Primary Health Care. WHO. Geneva-New York, 1978.
- 2) WHO Chronicle. V. 32. No. 11. November, 1978.
- 3) Fülöp, T. «The Responsibilities of Medical Education in Preparing the Future Physician,» Health Needs of Society: A Challenge for Medical Education. CIOMS: WHO. Geneva, 1977.
- 4) Fifth Report on the World Health Situation 1969-1972. WHO. Geneva, 1975.
- 5) Aksakoğlu, Gazanfer. «Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi,» Toplum ve Hekim. No: 7-8 (Temmuz-Ağustos 1978).
- 6) Fry, J. «The Role Of General Practitioner,» Int. Jour. Health Servs. V. 2, No. 2, May 1972.
- 7) Kidd, C. Migration of Medical Scientists and Physicians,» Training of Research Workers in the Medical Sciences. CIOMS. WHO. 1972.
- 8) Navarro, V. «The Health of Underdevelopment or Underdevelopment of Health», Medicine Under Capitalism. New York, Prodist. 1976.
- 9) Training of Research Workers in the Medical Sciences. CIOMS. WHO. 1972.
- 10) Bodenheimer, T., Cummings, S., Harding, E.: «Capitalizing on Illness : The Health Insurance Industry.» Int. J. of Health Services. V. 4, No. 4. 1974.
- 11) Fişek, Nusret, H. Sağlık İdaresi. Hac. Ün. Top. Hek. Ens. 1977.
- 12) Aksakoğlu, Gazanfer. «Health Services in Norway» (Yayınlanmamış Özel Çalışma).
- 13) «New Approaches to Medical Teaching in Europe» WHO Chronicle. V. 24, No. 10. Oct., 1970.
- 14) Gellhorn, A. «The Role Hr Premedical Education» Health Needs of Society: A Challenge for Medical Education. CIOMS. WHO. Geneva, 1977.
- 15) Personnel for Health Care : Case Studies of Educational Programmes. WHO. Public Health Papers. No. 70. Geneva, 1978.
- 16) Navarro, V. «Health and Medicine in the Rural United States: Its Political and Economic Determinants,» Medicine Under Capitalism. New York, Prodist, 1976.
- 17) Postgraduate Education for Medical Personnel in the USSR. WHO Public Health Papers. No. 39. Geneva, 1970.
- 18) Arat, Özen. «Sürekli Eğitim» TOB. No. 15-16. Ocak 1977.
- 19) The Planning of Schools of Medicine. WHO Technical Report Series. Geneva, 1975.

- 20) Competency-Based Curriculum Development in Medical Education. WHO Public Health Papers. No. 68. Geneva, 1978.
- 21) Aspects of Medical Education in Developing Countries. WHO Public Health Papers. No. 47. Geneva, 1972.
- 22) Educational Strategies for the Health Professions. WHO. Public Health Papers. No. 61. Geneva, 1974.
- 23) Development of Educational Programmes for the Health Professions. WHO. Public Health Papers. No. 52. Geneva, 1973.
- 24) Navarro, V. «Health, Services and Health Planning in Cuba,» Int. J. of Health Services. V. 2. No. 3. August 1972.

